



# GESUNDHEITSBERICHT

der Bundesministerin  
für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

an den  
Nationalrat

# 1994

Bundesministerin für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

# **GESUNDHEITSBERICHT AN DEN NATIONALRAT 1994**

Berichtszeitraum 1989 - 1992

Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz  
Wien 1994

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

Eberhard Danmayr, Elfriede Glatz, Maria M. Hofmarcher, Michaela Moritz, Jan Pazourek, Ingrid Rosian, Eva Schaffenberger, Johannes M. Treytl, Elisabeth Türscherl

unter Mitarbeit von Gertrud Bronneberg, Ulrike Cibulka-Ebner, Waltraud Glatz, Sebastian Kux, Ingrid Rottenhofer

## **Projektbeirat**

Rat Mag. Paul Dukarich - Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

OR Dr. Hans-Peter Friedl - Österreichisches Statistisches Zentralamt

Dr. Silvia Füzsl - Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

MinR Dr. Brigitte Svoboda - Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

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

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, 1030 Wien, Radetzkystraße 2 - Für den Inhalt verantwortlich: Sektionschef Dr. Gunter Liebeswar - Umschlaggestaltung: Gisela Scheubmayr, Wien - Druck und Bindearbeiten: Universitäts-Buchdruckerei „Styria“, Graz

Dieser Bericht ist aus chlorfrei gebleichtem Papier hergestellt.

## Vorwort

Mit der Vorlage dieses Berichtes entspreche ich dem Ersuchen des Nationalrats vom 16. Dezember 1989, dem Parlament in periodischen Abständen über die Tätigkeit des Gesundheitsressorts Rechenschaft zu legen.

In Abgrenzung zum „Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich“, der jährlich vom Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Statistischen Zentralamt herausgegeben wird und sich vorrangig auf die kontinuierliche Fortschreibung der Gesundheitsstatistik konzentriert, liegt der inhaltliche Schwerpunkt des Gesundheitsberichtes an den Nationalrat in einer Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens. Dieser Bericht, der nunmehr alle drei Jahre erstellt wird, berücksichtigt die historische Entwicklung und internationale Vergleichszahlen, die Gegenüberstellung der Aktivitäten des Gesundheitsressorts im Berichtszeitraum zu den gesundheitspolitischen Zielen der Bundesregierung sowie die Darstellung der Perspektiven der österreichischen Gesundheitspolitik.

Der Berichtszeitraum dieses erstmals vorgelegten Gesundheitsberichtes an den Nationalrat wurde rückwirkend auf das Jahr 1989 ausgedehnt und reicht - bedingt durch die Datenverfügbarkeit - bis zum Jahr 1992, umfaßt also ausnahmsweise vier Jahre.

Mit der Konzepterstellung und Ausarbeitung des Berichtes war das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen betraut, dem ein wissenschaftlicher Beirat mit Vertretern meines Ministeriums, des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds und des Österreichischen Statistischen Zentralamtes zur Seite stand. Die Festlegung der Intentionen des Berichtes erfolgte in Arbeitsgesprächen mit meinem Vorgänger, Herrn Bundesminister a.D. Dr. Michael Ausserwinkler. Ich danke allen an der Erstellung des Berichtes Beteiligten für ihre engagierte Arbeit.

Ich übermittle diesen Bericht den Damen und Herren Abgeordneten des Nationalrats mit dem Wunsch, ihn unter Anerkennung der erbrachten Leistungen als Grundlage für eine konstruktive Kritik und als Instrument der Orientierung für eine gemeinsame Anstrengung zur weiteren Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der österreichischen Bevölkerung zu nutzen.



Dr. Christa Krammer  
Bundesministerin für Gesundheit,  
Sport und Konsumentenschutz



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	11
<b>2</b>	<b>Gesundheitspolitische Leitlinien</b> .....	13
<b>3</b>	<b>Zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens 1989 - 1992 und Zukunftsperspektiven</b> .....	15
3.1	Rahmenbedingungen .....	15
3.2	Versorgungsbereiche .....	17
3.3	Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen .....	25
3.4	Patientenrechte .....	28
3.5	Normierung der Gentechnologie .....	30
<b>4</b>	<b>Gesundheitsstatistik und Gesundheitsausgaben</b> .....	31
4.1	Gesundheitszustand der Bevölkerung .....	31
4.2	Gesundheitsstatistik und Gesundheitsberichterstattung .....	44
4.2.1	Ausgangslage .....	44
4.2.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum .....	45
4.2.3	Ausblick .....	46
4.3	Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich .....	48
4.3.1	Kenngößen im internationalen Vergleich .....	48
4.3.2	Finanzflüsse im österreichischen Gesundheitswesen 1990 .....	52
<b>5</b>	<b>Versorgungsbereiche</b> .....	55
5.1	Versorgung durch niedergelassene Ärzte .....	55
5.1.1	Problemstellung .....	55
5.1.2	Entwicklung von Anfang der siebziger Jahre bis 1989 und Stand 1990 .....	55
5.1.3	Zielsetzungen und Aktivitäten im Berichtszeitraum .....	60
5.1.4	Ausblick .....	61
5.2	Mobile Dienste .....	62
5.2.1	Problemstellung und Zielsetzung .....	62
5.2.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum .....	62
5.2.3	Aktueller Stand .....	64
5.3	Leistungsangebot für ältere Menschen .....	65
5.3.1	Problemstellung und Zielsetzung .....	65
5.3.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum .....	65
5.3.3	Aktueller Stand .....	66
5.4	Versorgung mit Rettungs-, Notarzt- und Krankenbeförderungsdiensten .....	66
5.5	Versorgung im Katastrophenfall .....	68
5.6	Vergiftungsinformationszentrale .....	68
5.7	Semistationäre Angebotsformen .....	69
5.7.1	Problemstellung und Zielsetzung .....	69

5.7.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	70
5.7.3	Aktueller Stand.....	70
5.8	Transplantationswesen .....	70
5.9	Krankenanstalten-Strukturreform .....	72
5.9.1	Einleitung .....	72
5.9.2	Mittelaufbringung.....	78
5.9.3	Der KRAZAF .....	79
5.9.4	Die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung - LKF.....	80
5.10	Psychosoziale Versorgung.....	83
5.10.1	Problemstellung und Zielsetzung.....	83
5.10.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	84
5.10.3	Aktueller Stand und Ausblick .....	89
5.11	Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung .....	90
5.11.1	Problemstellung und Zielsetzung.....	90
5.11.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	92
5.11.2.1	Themenbezogene Gesundheitsförderung.....	93
	- Mutter Kind-Paß .....	93
	- Impfungen .....	94
	- Vorsorgeuntersuchungen.....	96
	- Rauchen .....	98
	- Alkohol.....	102
	- Drogen.....	104
	- AIDS .....	109
5.11.2.2	Settingbezogene Gesundheitsförderung .....	113
	- Gesunde Städte .....	113
	- Österreichisches Netz Gesundheitsfördernder Schulen .....	115
5.11.2.3	Forum (vormals Fonds) „Gesundes Österreich“ (FGÖ) .....	116
5.11.3	Ausblick.....	120
5.12	Integration der gesundheitlichen und sozialen Versorgung .....	122
5.12.1	Problemstellung und Zielsetzung.....	122
5.12.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	124
5.12.3	Bisherige Entwicklung der IGSS in Österreich.....	126
5.12.4	Aktueller Stand und Ausblick .....	127
<b>6</b>	<b>Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen .....</b>	<b>129</b>
6.1	Ärzte .....	129
6.1.1	Problemstellung und Zielsetzung.....	129
6.1.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum und Ausblick .....	133
6.2	Krankenpflegefachdienst.....	135
6.2.1	Gesetzliche Regelung.....	135
6.2.2	Curriculumentwicklung.....	138
6.2.3	Reformen der Pflegeausbildung 1989 - 1993 .....	139
6.2.4	Ausblick.....	143
6.3	Hebammen.....	144
6.4	Gehobene medizinisch-technische Dienste .....	145
6.5	Kardiotechniker .....	147
6.6	Der medizinisch-technische Fachdienst.....	147

6.7	Sanitätshilfsdienste.....	148
	- Pflegehelfer .....	148
<b>7</b>	<b>Patientenrechte</b> .....	<b>151</b>
7.1	Patientenrechte in Österreich.....	151
7.2	Stand der Reformdiskussion .....	152
7.2.1	Einschlägige Studien und Untersuchungen .....	152
7.2.2	Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes.....	153
7.2.3	Patientencharta .....	154
7.2.4	Patientenanwalt und Patientenrechte für Mentalpatienten unter besonderer Berücksichtigung der Unterbringung von Patienten in geschlossenen Anstalten .....	154
7.2.5	Patientenanwälte allgemein .....	156
7.2.6	Rechtliche Neuregelungen im Bereich der Patientenrechte - Zusammenfassung .....	156
7.3	Ausblick .....	156
<b>8</b>	<b>Normierung der Gentechnologie</b> .....	<b>158</b>
8.1	Problemstellung und Zielsetzung .....	158
8.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum .....	158
8.3	Ausblick .....	159



## Tabellen-, Abbildungs- und Kartenverzeichnis

### Tabellen:

Tabelle 4.1:	Gestorbene Säuglinge auf 1.000 Lebendgeborene 1989 - 1992 .....	34
Tabelle 4.2:	Sterblichkeit nach Geschlecht und Bundesländern (Gestorbene/100.000 Einwohner), 1980, 1989 - 1992 .....	35
Tabelle 4.3:	Entwicklung der altersstandardisierten Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen 1980, 1989 - 1992 (Sterbefälle auf 100.000 Standardbevölkerung).....	37
Tabelle 4.4:	Durchschnittliche Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsproduktes pro Kopf in Prozent 1970 bis 1990 in Fünf-Jahres-Abschnitten .....	50
Tabelle 5.1:	Anteil der niedergelassenen Ärzte an den berufstätigen Ärzten insgesamt, absolut und in Prozent sowie jährliche Wachstumsrate 1973 - 1989.....	56
Tabelle 5.2:	Anteile der niedergelassenen Ärzte bzw. der niedergelassenen Ärzte mit §2-Kassenvertrag an den berufstätigen Ärzten insgesamt (inkl. Dentisten) nach Fachrichtungen, absolut und in Prozent, Stand 1990 .....	59
Tabelle 5.3:	Anzahl der Spendernieren, der Nierentransplantationen und der für eine Transplantation vorgemerkten Patienten - Entwicklung in Österreich 1988 - 1992 .....	72
Tabelle 5.4:	Gesamtzahl der systemisierten Betten, gegliedert nach Krankenanstalten insgesamt und KRAZAF-Krankenanstalten, 1985 - 1992 .....	73
Tabelle 5.5:	Entwicklung Krankenhauspersonal 1985 - 1992, Krankenanstalten insgesamt (Stichtag 31.12.; Kopfzahl).....	77
Tabelle 5.6:	Entwicklung Krankenhauspersonal 1985 - 1992, KRAZAF-Kranken- anstalten (Stichtag 31.12.; Kopfzahl) .....	77
Tabelle 5.7:	Zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechnigte Personen nach Bundesländern und Art der Berufsausübung, Stand Oktober 1993 .....	86
Tabelle 5.8:	Zur selbständigen psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens berechnigte Personen (Gesundheitspsychologen und klinische Psychologen) nach Bundesländern, Stand August 1993 .....	88
Tabelle 5.9:	Entwicklung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen 1974 - 1992 .....	97
Tabelle 5.10:	Inanspruchnahme der Basisuntersuchungen bezogen auf den Versichertenstand aller Krankenversicherungsträger (Versicherungs- verhältnisse ohne mitversicherte Angehörige) im Jahr 1992 in Prozent.....	98
Tabelle 5.11:	Meldungen über Kokain-, Heroin- und Cannabiskonsum von Jugendlichen und insgesamt, 1989 - 1992.....	106
Tabelle 5.12:	Entwicklung der wegen Verstoß gegen das Suchtgiftgesetz gemeldeten Personen sowie „Drogentoten“, 1987 - 1992 .....	107

**Abbildungen:**

Abbildung 4.1: Entwicklung des zu erwartenden Lebensalters bei der Geburt, mit 30 und 60 Jahren nach Geschlecht, 1980 - 1992 .....	32
Abbildung 4.2: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit 1980 - 1992 (Angaben in Absolutzahlen, bezogen auf 1.000 Geburten) .....	33
Abbildung 4.3: Entwicklung der Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung 1983 - 1992.....	37
Abbildung 4.4: Tuberkulose in Österreich - Gemeldete Erkrankungsfälle 1980 - 1993 .....	39
Abbildung 4.5: Häufigkeitsverteilung der einzelnen Krebslokalisationen 1992 (Angaben in Prozent) .....	40
Abbildung 4.6: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den Jahren 1970, 1980, 1990 (Angaben in Prozent) .....	49
Abbildung 4.7: Gesundheitsausgaben pro Kopf zu Kaufkraftparitäten in den Jahren 1970, 1980, 1990 (Angaben in US-\$).....	52
Abbildung 4.8: Finanzflüsse im österreichischen Gesundheitswesen 1990 .....	53
Abbildung 5.1: Struktur des Ärztebestandes (inkl. Dentisten) 1990.....	57
Abbildung 5.2: Mittel für Hauskrankenpflege und Heimhilfe in Prozent der Gesamtmittel des KRAZAF für strukturverbessernde Maßnahmen 1988 - 1992 (ohne Wien) .....	63
Abbildung 5.3: Systemisierte Krankenhausbetten nach Rechtsträgern 1990 (Angaben in Prozent) .....	75
Abbildung 5.4: Entwicklung der durchschnittlichen Belagsdauer, der Anzahl der Belagstage, der Auslastung, der Anzahl der stationären Patienten und der Betriebskosten in den KRAZAF-Krankenanstalten 1985 - 1992 .....	76
Abbildung 5.5: Dotierung des KRAZAF 1989 - 1993 (Angaben in Prozent) .....	80
Abbildung 5.6: Anteil von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren an den Meldungen über Kokain-, Heroin- und Cannabiskonsum, 1989 - 1992 (Angaben in Prozent) .....	105
Abbildung 5.7: Erkrankungs- und Todesfälle durch AIDS, 1987 - 1993 (Angaben in Absolutzahlen) .....	109
Abbildung 5.8: Neuerkrankungen an AIDS nach gefährdeten Gruppen, 1987 - 1993 (Angaben in Absolutzahlen) .....	110
Abbildung 6.1: Erstinskribenten der Studienrichtung Medizin - Historische und prognostische Entwicklung 1967 - 1989/1990 - 2010 (jeweils Wintersemester) .....	130
Abbildung 6.2: Personalentwicklung ausgewählter Gesundheitsberufe in Krankenanstalten, 1980 - 1991 (Angaben in 1.000 Personen) .....	136

**Karten:**

Karte 4.1: Lebenserwartung bei der Geburt nach politischen Bezirken 1991.....	47
Karte 5.1: Systemisierte Betten in KRAZAF-Krankenanstalten und in Nicht-KRAZAF-Krankenanstalten, Stand 1992 .....	74

## Häufig verwendete Abkürzungen

AKH	Allgemeines Krankenhaus
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMGSK	Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und Kunst
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
HVSV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IGSS	Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel
KAG	Krankenanstaltengesetz (des Bundes)
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖSTAT	Österreichisches Statistisches Zentralamt
VfGH	Verfassungsgerichtshof
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# 1 Einleitung

Im Zuge der Neuordnung der dem Nationalrat in periodischen Abständen zu erstattenden Berichte hat der Nationalrat mit EntschlieÙung vom 16. Dezember 1989 den Gesundheitsminister ersucht, alle drei Jahre einen - neu zu schaffenden - Gesundheitsbericht vorzulegen.

Im Dezember 1990 beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (BMGSK) das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), im Rahmen der Studie „Neugestaltung der Berichte über das österreichische Gesundheitswesen“ auch Überlegungen über Inhalt und Aufbau eines solchen Gesundheitsberichts an den Nationalrat anzustellen und insbesondere eine Abgrenzung zum „Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich“, der jährlich vom BMGSK in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Statistischen Zentralamt herausgegeben wird, vorzunehmen.

Der aus dieser Studie resultierende Vorschlag sieht für den Gesundheitsbericht an den Nationalrat folgende inhaltliche Schwerpunktsetzung vor:

- 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.

Auf Einladung des BMGSK erstellte das ÖBIG ein detailliertes Angebot zur Erstellung eines „Gesundheitsberichts an den Nationalrat“ und wurde im Dezember 1992 mit der Durchführung betraut.

Inhaltlich bezieht sich der Bericht auf folgende Tätigkeitsbereiche des BMGSK:

- Angelegenheiten des Gesundheitswesens,
- Angelegenheiten des Sanitätspersonals,
- allgemeine Angelegenheiten der Gentechnologie.

Als Berichtszeitraum wurden die Jahre 1989 bis 1992 festgelegt. Wenn verfügbar, wurden jedoch auch Daten aus dem Jahr 1993 in die Auswertung einbezogen. Daten zur historischen Entwicklung wurden jeweils in dem zeitlichen Ausmaß verarbeitet, wie es die Erkennbarmachung einer Tendenz erforderlich machte.

Zur fachlichen Unterstützung des Projektteams wurde ein wissenschaftlicher Beirat eingerichtet, dem Expertinnen und Experten des BMGSK, des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) und des Österreichischen Statistischen Zentralamtes (ÖSTAT) angehörten.

Neben dem Projektteam des ÖBIG und den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats ist auch den Damen und Herren im BMGSK, im KRAZAF, im ÖSTAT sowie im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu danken, die durch wertvolle Ratschläge und Bereitstellung von Unterlagen die Arbeit unterstützt haben.

#### *Zum Aufbau des Berichts:*

Im nachstehenden Kapitel 2 werden die gesundheitspolitischen Zielsetzungen der österreichischen Bundesregierung für den Berichtszeitraum anhand der Regierungserklärungen vom Jänner 1987 und vom Dezember 1990 referiert. 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 beschäftigt sich mit zwei wesentlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gesundheitspolitik: der Zugriffsmöglichkeit auf eine umfassende und verlässliche Datensammlung sowie der genauen Kenntnis der Kosten und Finanzflüsse. Außerdem enthält dieses Kapitel eine gestraffte Darstellung des Gesundheitszustandes der österreichischen Bevölkerung anhand ausgewählter Kennzahlen, Statistiken und Untersuchungen.

Die Kapitel 5 bis 8 sind der eingehenden Darstellung der einzelnen Tätigkeitsbereiche des BMGSK gewidmet, wobei Kapitel 5 die verschiedenen Versorgungsbereiche, Kapitel 6 die Ausbildung und Ausbildungsreformen in den Gesundheitsberufen, Kapitel 7 den Stand der Patientenrechte und schließlich Kapitel 8 die Normierung der Gentechnologie behandelt.

Die Bearbeitung der einzelnen Themen folgt weitgehend folgendem Raster:

- Erläuterung der zugrundeliegenden Problemstellung,
- Angabe der gesundheitspolitischen Zielsetzung,
- Beschreibung der im Berichtszeitraum erfolgten Aktivitäten des Gesundheitsressorts,
- Darstellung des aktuellen Standes,
- Hinweise auf zukünftige Maßnahmen.

## 2 Gesundheitspolitische Leitlinien

Die gesundheitspolitischen Zielsetzungen der österreichischen Bundesregierung für den Berichtszeitraum (1989 bis 1992) bzw. in den für diesen Bericht relevanten Bereichen sind für die XVII. Gesetzgebungsperiode in der Regierungserklärung vom 28. Jänner 1987 und für die XVIII. Gesetzgebungsperiode in der Regierungserklärung vom 17. Dezember 1990 festgehalten.

Die Regierungserklärung vom Jänner 1987 konzentriert sich auf Probleme des Gesundheitswesens, die auch in der nachfolgenden Gesetzgebungsperiode - zum Teil in zunehmendem Maß - bestimmend bleiben. Es sind dies vor allem

- Betreuungsdefizite bezüglich des stetig wachsenden Anteils an älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung,
- Kostenexplosion sowie
- Struktur- und Koordinationsmängel.

In der Regierungserklärung vom Dezember 1990 werden

- reformbedürftige Ausbildungsordnungen der Gesundheitsberufe sowie
- Regelungs- bzw. Normierungsdefizite

als zusätzliche Problembereiche angeführt.

In der Regierungserklärung vom Jänner 1987 wird als wichtiges Ziel die Eindämmung der Kostenexplosion hervorgehoben, die insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden soll:

- Neuordnung der Spitalsfinanzierung auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Kostenrechnung und von leistungsbezogenen Entgelten,
- Abbau von Akutbetten,
- Transfer möglichst vieler medizinischer Leistungen aus dem Spitals- und Ambulanzbereich zu den niedergelassenen Ärzten und zur Hauskrankenpflege,
- Schaffung neuer Organisationsformen im extramuralen Bereich wie Ordinationsgemeinschaften, Gruppenpraxen und Praxiskliniken,
- grundsätzliche Neukonzeption des gesamten Gesundheitswesens als kostenbezogenes, integriertes sozialmedizinisches Ziel und System.

Es wird dabei ausdrücklich darauf hingewiesen, daß diese gesundheitsökonomischen Aufgabenstellungen nicht im Widerspruch zu den Ansprüchen der Bundesregierung an eine menschliche Politik stehen, da es, „völlig abseits von allen finanziellen Überlegungen, humaner (ist), wenn viele Einrichtungen der medizinischen Ob-  
sorge, der Pflege und der sozialen Betreuung an den Menschen und an seine natürliche Umgebung herangebracht werden“.

In der Regierungserklärung vom Dezember 1990 wird die 1987 vorgenommene Weichenstellung bezüglich der Zielsetzungen der Gesundheitspolitik weiter konkretisiert: Während in der Vergangenheit der Schwerpunkt beim Aufbau einer qualitativ hochwertigen und umfassenden medizinischen Versorgung lag, gehe es nunmehr darum, „jedem Bürger das ganze Spektrum des Leistungsangebots - von den Spitzenleistungen bis zur Sicherung eines Lebensabends in Würde - zu garantieren“.

Zur Absicherung, aber auch Anpassung des Erreichten an die sich stets ändernden Bedürfnisse beabsichtigt die Bundesregierung die Herstellung entsprechender Rahmenbedingungen, von denen neben der bereits 1987 angesprochenen Einführung eines leistungsbezogenen, an der Diagnose orientierten Systems der Krankenanstaltenfinanzierung vor allem angeführt werden:

- Die Erarbeitung eines österreichweiten Gesundheitsplanes, der insbesondere einen Krankenanstaltenplan und einen Großgeräteplan umfaßt,
- die Einrichtung eines österreichweiten Netzes von Gesundheits- und Sozialsprengeln,
- eine den künftigen Anforderungen entsprechende Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen,
- die Verbesserung der Gesundheitsvorsorge durch den Ausbau und die finanzielle Absicherung des „Fonds Gesundes Österreich“ und schließlich
- eine am europäischen Standard orientierte Normierung der Gentechnologie.

Die in den beiden Regierungserklärungen festgelegten gesundheitspolitischen Zielsetzungen sind wesentliche Orientierungspunkte für die Darstellung und Analyse der Tätigkeitsbereiche des BMGSK in den nachstehenden Kapiteln. Im gegebenen Zusammenhang wird dabei auch auf mehr ins Detail gehende Erläuterungen zu den Zielsetzungen im Arbeitsübereinkommen der beiden Regierungsparteien Bezug genommen.

### **3 Zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens 1989 - 1992 und Zukunftsperspektiven**

Durch Gegenüberstellung der aus den Regierungserklärungen 1987 und 1990 abgeleiteten gesundheitspolitischen Ziele zu den im Berichtszeitraum erfolgten Aktivitäten wird in diesem Kapitel eine Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens abgeleitet. Dabei werden die wesentlichen gesundheitspolitischen Maßnahmen, deren Ergebnisse und die beabsichtigte weitere Entwicklung zusammenfassend dargestellt.

Eine ausführliche Bearbeitung der einzelnen Themen wird in den Kapiteln 4 bis 8 durchgeführt.

#### **3.1 Rahmenbedingungen**

##### **Gesundheitsstatistik**

Die Relevanz der vorhandenen Datenbestände ist laufend im Hinblick auf eine aktuelle und zuverlässige Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung einerseits und der Wirksamkeit des Gesundheitssicherungssystems andererseits zu überprüfen.

Im Berichtszeitraum wurde die Gesundheitsberichterstattung einer grundlegenden kritischen Analyse unterzogen und eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen erarbeitet, die nun schrittweise umgesetzt werden.

Die wesentlichste Neuerung war die 1989 erfolgte Umstellung der Morbiditätsstatistik der österreichischen Krankenanstalten auf ein international vergleichbares Schlüsselssystem. Auch die Leistungsstatistiken der Krankenversicherungsträger haben dieses System übernommen.

Zur Weiterentwicklung der österreichischen Gesundheitsstatistik sind folgende Schwerpunkte zu setzen:

- Zusammenführung von Gesundheitsdaten und Umweltdaten (dafür sind vorbereitende Arbeiten abgeschlossen)
- Erweiterung der Datenbestände aus der Prävention
- Erfassung des Morbiditätsgeschehens im ambulanten Bereich
- qualitative Verbesserung der Schuluntersuchungen
- Erfassung geriatrischer Einrichtungen



- Leistungs- und Kostenstatistik im Gesundheitswesen

Ein wesentliches Ziel der nächsten Jahre wird es sein, die Informationen so zu verbessern, daß gesundheitlich besonders gefährdete Gruppen in der Bevölkerung rasch identifiziert werden können.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 4.2, Seite 44 ff.)

## **Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich**

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP (Gesundheitsquote) ist die international gängigste Kennzahl für einen Ausgabenvergleich. Im Jahr 1991 lag Österreich mit einer Gesundheitsquote von 8,4 Prozent im Vergleich mit zehn hochentwickelten Volkswirtschaften im Mittelfeld. Daß sich die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen im Zeitablauf stark verbessert hat, ist durch den relativ starken Anstieg der Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung im Ländervergleich gut veranschaulicht.

In der Regierungserklärung 1987 wurde als wichtiges Ziel die Eindämmung der „Kostenexplosion“ hervorgehoben. Von Kostenexplosion wird vielfach dann gesprochen, wenn die Gesundheitsausgaben stärker als das Bruttoinlandsprodukt steigen. Für Österreich sowie die Mehrzahl der verglichenen Länder läßt sich aus der Datelage von 1970 bis 1990 ablesen, daß im Zeitablauf eine Kopplung zwischen dem Wachstum der Gesundheitsausgaben und dem Bruttoinlandsprodukt stattfand und daß sich zwischen 1980 und 1990 die Dynamik der Entwicklung der Gesundheitsausgaben verlangsamte. Ob sich der Trend der Annäherung der Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben an die des Bruttoinlandsproduktes in Österreich fortsetzen wird, kann derzeit noch nicht abgeschätzt werden, da zwischen 1990 und 1992 die Gesundheitsausgaben wieder deutlicher als das Bruttoinlandsprodukt gestiegen sind.

Im Vergleich mit dem Dienstleistungssektor entwickelten sich die Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1982 bis 1992 in Österreich gleichschrittig.

Hauptfinanzier der Gesundheitsausgaben in Österreich ist die Sozialversicherung mit Hilfe ihrer Beitragszahler. Der öffentliche Finanzierungsanteil, das heißt, Sozialversicherung und Gebietskörperschaften zusammengenommen, betrug im Jahre 1990 vier Fünftel; der restliche Anteil entfiel auf private Haushalte und private Krankenversicherungen.

Ein großer Teil der Ausgaben fließt in den Krankenanstaltenbereich. Dieser Anteil betrug 1990 in Österreich 44 Prozent. Auch im internationalen Ländervergleich stellen Krankenhausleistungen den größten Ausgabenposten mit einem Anteil zwischen 35 und 50 Prozent der Gesamtausgaben dar. Für ambulante Leistungen werden in Österreich 26 Prozent und für Arzneimittel zwölf Prozent der Mittel verwendet.

Um effektive Steuerungsmaßnahmen im Gesundheitswesen setzen zu können, sind umfassende Informationen eine notwendige Voraussetzung. Daher wird die Erfassung der Einnahmen- und Ausgabenströme vor allem im Krankenanstaltenbereich weiterhin einen Schwerpunkt darstellen.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 4.3, Seite 48 ff.)

## **3.2 Versorgungsbereiche**

### **Versorgung durch niedergelassene Ärzte**

Die in den letzten zwei Jahrzehnten vom Gesundheitsressort regelmäßig in Auftrag gegebenen Studien zum Stand der ärztlichen Versorgung verzeichnen einen raschen Anstieg der Anzahl der berufstätigen Ärzte insgesamt, von denen sich aber nur ein stetig sinkender Prozentsatz in freier Praxis niederläßt (1973 61 %, 1989 52 %). Hauptursache für diese Entwicklung ist der nach wie vor große Bedarf an Fachärzten in den Krankenanstalten. Der vergleichsweise niedrigere Zuwachs an niedergelassenen Ärzten hat jedoch genügt, die Versorgungsmängel bei den niedergelassenen praktischen Ärzten weitgehend zu beheben, bei den niedergelassenen Fachärzten sind aber weiterhin nicht unerhebliche Fehlbestände zu verzeichnen. Das BMGSK sucht durch eine nachfragebezogene Steuerung der postpromotionellen Ausbildung (durch zusätzliche Genehmigungen sowie Umwidmungen von Ausbildungsstellen zugunsten von sogenannten „Mangelfächern“ sowie durch die Finanzierung von Facharztausbildungsstellen im Rahmen eines „Sonderfachärzteprogramms“) die Fehlbestände abzubauen und damit die Voraussetzungen für die Erreichung des gesundheitspolitischen Zieles, möglichst viele medizinische Leistungen aus dem Spitals- und Ambulanzbereich zu den niedergelassenen Ärzten und zur Hauskrankenpflege zu transferieren, zu verbessern.

Zum ebenfalls in der Regierungserklärung von 1987 festgelegten Ziel, neue ärztliche Organisations- bzw. Kooperationsformen im extramuralen Bereich zu schaffen, wurde einerseits eine Studie über die diesbezügliche Situation in Österreich in Auftrag gegeben, andererseits wurde ein Unterausschuß des Parlamentarischen Gesundheitsausschusses eingerichtet, der sich mit möglichen Auswirkungen der verschiedenen Kooperationsmodelle befaßt.

Einer längerfristigen Prognose zufolge ist bis zum Jahr 2010 mit einem Wachstum der Nachfrage nach Ärzten von durchschnittlich 1,6 Prozent pro Jahr zu rechnen, wobei sich aufgrund der starken Zunahme der über 60jährigen Bevölkerung ab dem Jahr 2000 ein stärker ausgeprägtes Nachfragewachstum als davor ergeben wird.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 5.1, Seite 55 ff.)

## Mobile Dienste

Der Ausbau mobiler Dienste (Hauskrankenpflege und soziale Dienste) wurde in den Regierungserklärungen der Jahre 1987 und 1990 aufgenommen. Ein wesentlicher Schritt zur Förderung mobiler pflegerischer und sozialer Dienste ist mit der Zweckwidmung von KRAZAF-Mitteln für Strukturreformen („Strukturmittel“), welche erstmals im KRAZAF-Gesetz 1988 festgeschrieben wurde, gelungen. Aus diesen Mitteln sollen Einrichtungen und Dienste gefördert werden, die zu einer Entlastung des stationären Akutbereiches in Krankenanstalten beitragen. Darunter fallen vor allem auch mobile Dienste wie Hauskrankenpflege, Heimhilfe, etc. Der Anteil der Strukturmittel, der für Hauskrankenpflege und andere mobile Dienste verwendet wurde, konnte durch Verhandlungen des Bundesministers für Gesundheit und öffentlicher Dienst im BKA mit den Ländern von etwas über zwölf Prozent im Jahr 1988 auf über ein Drittel 1992 gesteigert werden. Die Einführung der KRAZAF-Strukturmittel übte einen starken Impuls auf die Entwicklung der mobilen pflegerischen und sozialen Dienste in Österreich aus. Die Sicherstellung der Vergabe von Strukturreformmittel für mobile Dienste durch die der aktuellen KRAZAF-Vereinbarung folgende Regelung der Krankenanstaltenfinanzierung ist ein wichtiges Ziel des BMGSK.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 5.2, Seite 62 ff.)

## Leistungsangebot für ältere Menschen

Aufgrund des absoluten und relativen Anstieges der Zahl der alten Menschen, besonders jener der Hochbetagten, müssen die Angebote des Gesundheitswesens verstärkt auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe abgestimmt werden. Entsprechend wurde in der Regierungserklärung 1990 als ein Ziel der Gesundheitspolitik die „Sicherung des Lebensabends in Würde“ formuliert. Das BMGSK hat daher folgende Aktivitäten zur Verbesserung des Leistungsangebotes für ältere Menschen gesetzt:

- Mit der Ausarbeitung eines Entwurfes zu einem Bundes-Pflegeheimgesetz strebte das BMGSK die erstmalige bundesweite gesetzliche Regelung des Heimwesens an. Dieser Entwurf wurde im Sommer 1990 dem allgemeinen Begutachtungsverfahren unterzogen. Nachdem in zahlreichen Stellungnahmen die Kompetenz des Bundes bezüglich dieser Gesetzesmaterie in Zweifel gezogen wurde, stellte die Bundesregierung 1991 einen Antrag auf Kompetenzfeststellung beim Verfassungsgerichtshof. Der Ende 1992 ergangene Spruch des VfGH verneinte eine Bundeszuständigkeit und konstatierte die diesbezügliche Kompetenz der Länder. Seitens des BMGSK mußte daraufhin von einer weiteren Bearbeitung dieses Themas abgesehen werden.
- Von wesentlicher Bedeutung für die Verbesserung des Leistungsangebotes für ältere Menschen sind alle jene Maßnahmen des BMGSK, welche die Bereitstellung von KRAZAF-Strukturmitteln für die Infrastrukturentwicklung im Bereich der

Pflegeplätze und mobilen Dienste betreffen, den Auf- und Ausbau Integrierter Gesundheits- und Sozialsprengel fördern sowie die Ausbildung der Pflegeberufe in höherem Maße an die speziellen Bedürfnisse älterer Patienten anpassen.

Durch die vom BMGSK ins Rollen gebrachten Bemühungen um ein Pflegeheimgesetz wurde nicht nur Bewußtseinsbildung betrieben, sondern vor allem die Entstehung von Landes-Heimgesetzen initiiert.

Auch im Bereich der ambulanten Altenhilfe sind in einigen Bundesländern - nicht zuletzt durch die Förderung aus KRAZAF-Strukturmitteln - kontinuierliche Verbesserungen der Infrastruktur festzustellen.

Alle diese Bemühungen finden in den neu geschaffenen Regelungen einer umfassenden bundesweiten Pflegevorsorge Bestätigung und Ergänzung. Neben dem Bundes-Pflegegeldgesetz wurde eine Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen gemäß Art. 15a B-VG getroffen, welche vor allem die qualitative und quantitative Weiterentwicklung der Altenhilfeinfrastruktur behandelt.

Die Schaffung von Abteilungen der geriatrischen Remobilisation an Krankenanstalten zur Schließung der Versorgungslücke in der Altenrehabilitation ist in einigen Landes-Krankenanstaltenplänen bereits vorgesehen. Auch der in Ausarbeitung befindliche neue Österreichische Krankenanstaltenplan, welcher 1994 fertiggestellt wird, sieht die besondere Berücksichtigung der steigenden Zahl betagter und hochbetagter Patienten und ihrer speziellen Bedürfnisse und damit auch die Schaffung von Abteilungen für geriatrische Remobilisation vor.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 5.3, Seite 65 ff.)

## **Semistationäre Angebotsformen**

Die Bezeichnung „Semistationäre Einrichtung“ dient in der Regel als Sammelbegriff für Institutionen mit zumeist chirurgischem („Tageschirurgie“ in „Tageskliniken“), psychiatrischem oder geriatrischem Leistungsschwerpunkt („Tagesheime“, „Tageszentren“), welche eine Zwischenstufe zwischen traditioneller ambulanter Versorgung und vollstationärer Versorgung bilden. Der Ausbau semistationärer Einrichtungen ist Gegenstand des Koalitionsübereinkommens der beiden Regierungsparteien.

Die Aktivitäten des BMGSK zur Unterstützung und Entwicklung semistationärer Angebotsformen fanden in zwei Bereichen statt:

- Tageskliniken wurden aus KRAZAF-Mitteln für strukturverbessernde Maßnahmen gefördert.
- Mit den fortgeschrittenen Planungsarbeiten an einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung werden unter anderem die Grundlagen eines Anreizsy-

stem es für eine breite Etablierung der Tageschirurgie geschaffen. Eine umfassende Realisierung der tageschirurgischen Möglichkeiten ist allerdings erst mit der Umstellung auf ein leistungsbezogenes Krankenanstaltenfinanzierungssystem und der weiteren Verbreitung neuer OP-Techniken (z.B. minimal invasive Chirurgie) zu erwarten. Neben der Entwicklung geeigneter Finanzierungsinstrumente für die Tageschirurgie sind mit gleicher Priorität Instrumente der Qualitätssicherung für diesen Bereich zu erarbeiten.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 5.7, Seite 69 f.)

## **Transplantationswesen**

Zur effizienten Nutzung des kostenintensiven Leistungsangebots im Bereich der Transplantationsmedizin wurde 1991 ein Koordinationsbüro für das Transplantationswesen am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen eröffnet. Dessen Organisationsstruktur hat die österreichweite Förderung und Verbesserung des Organ- und Knochenmarktransplantationswesens zum Ziel, wobei ein Beirat, bestehend aus Ärzten, Patienten, Sozialversicherungsträgern, Bundesländern und Gesundheitsressort, eingerichtet wurde.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 5.8, Seite 70 ff.)

## **Krankenanstalten-Strukturreform**

1990 wurden ca. 44 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben und ca. 55 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die intramurale Versorgung aufgewandt.

In Österreich gab es 1992 323 Krankenanstalten, wobei die Akutversorgung in 156 öffentlichen und privat-gemeinnützigen KRAZAF-Krankenanstalten in hohem Maß konzentriert ist. Ca. 75 Prozent der Gesamtbettenkapazität und ca. 85 Prozent des medizinischen und paramedizinischen Personals werden in diesen Krankenanstalten bereitgehalten. Auf diese Versorgungseinrichtungen entfallen zwischen 80 und 90 Prozent aller Kosten für das Spitalswesen.

Der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) wurde 1978 auf der Basis eines Staatsvertrages zwischen dem Bund und den Ländern gegründet. Die Geschäftsstelle des KRAZAF ist beim BMGSK angesiedelt. Innerhalb von 15 Jahren wurden fünf Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG betreffend die Krankenanstaltenfinanzierung getroffen, wobei insbesondere die Vereinbarungen 1985 und 1988 auf eine Strukturreform abzielten.

In der Regierungserklärung 1987 wurde der Abbau von Akutbetten und die Neuordnung der Spitalsfinanzierung als wichtige Maßnahme zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen hervorgehoben.

Bereits durch das Wirksamwerden der Krankenanstaltengesetz-Novelle 1985, aber mehr noch durch den in der KRAZAF-Vereinbarung 1988 gefaßten Beschluß zum „Akutbettenabbau“ verringerte sich bis 1992 der systemisierte Bettenstand in den „KRAZAF-Krankenanstalten“ um 6,2 Prozent.

Die Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung sieht die Ablösung der jetzigen Finanzierungsbezugsgröße Pfl egetage durch sogenannte Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF) vor. Die Vorarbeiten zur Umstellung auf eine Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) wurden über die Geschäftsstelle des KRAZAF abgewickelt und im Berichtszeitraum im wesentlichen abgeschlossen. Die Implementation der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ist ab 1995 projektiert, wobei 1994 die politische Entscheidung über die generelle Einführung dieses Abrechnungsmodus getroffen werden soll.

Die allgemeinen Zielsetzungen,

- den optimalen Mitteleinsatz sicherzustellen und
- die Flexibilität der Versorgung zu verbessern,

wurden durch die Vereinbarung 1988 gesetzlich verankert und fanden neben der geplanten Einführung eines leistungsbezogenen Abrechnungsmodus, weiters durch

- die Auszahlung von Strukturmitteln an die Länder zur Entlastung des stationären Akutbereiches und
- durch Richtlinien für die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte

eine inhaltliche Ausgestaltung, die den Rahmen für weiterführende Aktivitäten des Ressorts zur Strukturverbesserung der Krankenhausversorgung bilden.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 5.9, Seite 72 ff.)

## **Psychosoziale Versorgung**

1990 wurden mit dem Psychotherapie- und dem Psychologengesetz die psychotherapeutische bzw. die gesundheitspsychologische und klinisch-psychologische Berufsausübung nach einer langjährigen Diskussion gesetzlich definiert. Das Gesetz regelt u.a. die dafür erforderliche Qualifikation, die Berufspflichten und das Verfahren der Anerkennung der dazu berechtigten Personen.

Mit diesen Gesetzen wurden zwei neue, zur selbständigen Berufsausübung berechnigte und fachlich weisungsfreie Gesundheitsberufe in Österreich installiert und damit die Voraussetzungen für den Aufbau eines flächendeckenden Angebots psy-

chotherapeutischer sowie gesundheitspsychologischer und klinisch-psychologischer Betreuung geschaffen.

Ein entscheidender Schritt für die Zugänglichkeit der Psychotherapie war ihre Aufnahme als Pflichtleistung in den Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung, die in der 50. ASVG-Novelle eine gesetzliche Regelung erfuhr und mit 1. Jänner 1992 in Kraft trat. Um versorgungswirksam zu werden, bedarf es aber auch eines positiven Abschlusses der Honorierungsverhandlungen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie.

Mit der Ende 1993 beschlossenen Novelle zum KAG wurden mittlerweile auch die Voraussetzungen für das Angebot von Psychotherapie in dafür in Frage kommenden Krankenanstalten geschaffen.

Mit Oktober 1993 sind knapp 3.300 Psychotherapeuten und 2.100 Gesundheitspsychologen bzw. klinische Psychologen in Österreich zur selbständigen Berufsausübung berechtigt. Es bestehen derzeit noch große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern und ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle.

Weitere Ansatzpunkte für die Erzielung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung sind

- Maßnahmen zum Ausgleich des Stadt-Land-Gefälles und
- die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, u.a. im Rahmen von Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengeln.

Eine wichtige Voraussetzung für die Bewertung des bestehenden Angebotes und für die Ableitung von fördernden und steuernden Maßnahmen ist die für Österreich noch ausstehende systematische Erhebung von Daten über den derzeit nur grob abzuschätzenden Bedarf nach psychotherapeutischer Betreuung in der Bevölkerung.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 5.10, Seite 83 ff.)

## **Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung hat als neuer und in Entwicklung befindlicher Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen und die klassische Gesundheitsvorsorge um den Aspekt der sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit erweitert. In Anlehnung an die WHO-Programme erfolgt auch die österreichische Gesundheitsförderung entweder mit Bezug auf bestimmte Themen (z.B. Nichtrauchen) oder auf bestimmte soziale Konstellationen (z.B. Schule).

Die institutionelle Verankerung der Gesundheitsförderung konnte im Berichtszeitraum durch Schaffung einer neuen Abteilung im BMGSK und durch Umstrukturierung des Forums (vormals Fonds) „Gesundes Österreich“ gefestigt werden. Wichtige Punkte des Umstrukturierungskonzepts waren die Sicherung der Finanzierung, die Bestellung einer hauptamtlichen Geschäftsführung und die Zusammenarbeit mit den Ländern. Nach der Umstrukturierung konnte die Anzahl der Programme deutlich vermehrt werden. Damit sind wesentliche Schritte zur Umsetzung des in der Regierungserklärung 1990 ausgesprochenen Zieles, die Gesundheitsvorsorge durch den Ausbau und die finanzielle Absicherung des Fonds „Gesundes Österreich“ zu verbessern, gesetzt worden.

Wesentliche Mittel, mit denen das BMGSK seiner Aufklärungsfunktion in relevanten Gesundheitsanliegen der Bevölkerung nachkommt, sind die Herausgabe und Verteilung von Informationsbroschüren, die Durchführung von Medienkampagnen und die Erstellung von Unterrichtsmaterialien. Wichtige Themenbereiche sind Mutter-Kind-Paß, Impfungen, Rauchen, Alkohol, Drogen, AIDS. Die Aufzeichnung und Auswertung epidemiologischer Entwicklungen sowie zur Entscheidungsvorbereitung vergebene Studien stellen Hintergrundinformationen für die diesbezügliche Maßnahmenplanung dar.

Österreich wird sich in der AIDS- und Drogenpolitik auch in Zukunft an WHO und EU orientieren. Die Drogenprävention bei Jugendlichen wird weiterhin verstärkt werden, da bei diesen der Drogenkonsum zu Beginn der neunziger Jahre sprunghaft angestiegen ist.

Übergreifende Aufgabenschwerpunkte der zukünftigen Gesundheitsförderung sind die Weiterentwicklung der Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen und der Ausbau der Gesundheitsberichterstattung. Letzterer soll, abgesehen von einer Adaptation der Gesundheitsstatistik, vor allem durch Erfassung des ambulanten Krankheitsgeschehens, Entwicklung eines Gesundheitssurveys und laufende Einbeziehung von Umweltdaten erfolgen.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 5.11, Seite 90 ff.)

## **Integration der gesundheitlichen und sozialen Versorgung**

In der Regierungserklärung 1990 wurde die Absicht festgehalten, österreichweit ein Netz von Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengeln einzurichten. Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel (IGSS) sind überschaubare Regionen, in denen Strukturen für die Vernetzung und für die systematische Weiterentwicklung der Dienste im Gesundheits- und Sozialbereich eingerichtet werden. Zentrale Aufgaben von IGSS, die von einer intermediären Organisation und unter Einbeziehung der be-



stehenden Einrichtungen und Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich erfüllt werden sollen, sind

- laufende Feststellung der Schwachstellen und Defizite in der regionalen gesundheitlichen und sozialen Versorgung als Grundlage für die Erstellung regionaler Entwicklungs- und Arbeitsprogramme,
- Organisation der Koordination der Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, die für die Bewohner der Region tätig sind,
- Sicherung eines bedarfsgerechten Leistungsangebotes im Bereich der mobilen pflegerischen und sozialen Dienste in der Region,
- Sicherung des Zugangs zu diesen Diensten für die Bewohner durch Information und Hilfestellungen und
- Initiierung und Durchführung von Gesundheitsförderungsaktivitäten.

IGSS sind in den letzten Jahren zwar zu einem aktuellen Thema in der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion geworden, der Aufbau von IGSS steht jedoch insgesamt noch am Anfang. Abgesehen von einer längeren Tradition der Sozial- bzw. Sozial und Gesundheitssprengel in Tirol und Vorarlberg wird die innovative IGSS-Idee vielfach noch in Pilotprojekten erprobt. In einigen Bundesländern gibt es gesetzliche Grundlagen für die IGSS-Einrichtung in den Sozialhilfegesetzen bzw. werden solche Regelungen diskutiert.

Bereits feststellen läßt sich allerdings eine bundesländerweise unterschiedliche Entwicklung. Der Aufbau von IGSS fällt in die Kompetenz der Länder, die diese Idee in verschiedener Weise aufgreifen und umsetzen.

Von seiten des BMGSK wurden im Berichtszeitraum unterstützende und fördernde Aktivitäten für den Aufbau von IGSS in Österreich gesetzt:

- Das ÖBIG entwickelte im Auftrag des Ressorts sowie des KRAZAF inhaltliche Grundlagen in Form eines IGSS-Grundmodells sowie Handlungsorientierungen für die Umsetzung des Grundmodells in die Praxis im IGSS-Handbuch. Diese Unterlagen werden durch laufende Öffentlichkeitsarbeit bei Entscheidungsträgern und Anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich bekanntgemacht und Interessenten am Aufbau von IGSS zur Verfügung gestellt. Mit dem IGSS-Grundmodell wurde ein Beitrag für die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses über die Zielsetzungen der IGSS-Idee, die Aufgaben eines IGSS und ihre organisatorische Umsetzung geleistet. Das IGSS-Handbuch und die durch das ÖBIG begonnene Seminarreihe sollen eine effektive und erfolgversprechende Realisierung der IGSS-Idee vor Ort ermöglichen, da es dafür derzeit noch wenig Erfahrungen und Vorkenntnisse gibt.
- Für die Finanzierung der IGSS können Mittel für strukturverbessernde Maßnahmen des KRAZAF verwendet werden. Im geltenden Gesetz des KRAZAF und in den Richtlinien für die Gewährung von Mitteln für Strukturreformen ist der Aufbau integrierter Versorgungssysteme als Beitrag zur Entlastung des stationären Akut-

bereiches ausdrücklich vorgesehen. Diese Möglichkeit wird von den Ländern allerdings noch kaum genutzt.

Durch das Inkrafttreten des Bundespflegegeldgesetzes 1993 und die in Zusammenhang damit abgeschlossene Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG zwischen Bund und Ländern über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen wird der Aufbau von IGSS in Österreich weitere Impulse erhalten, da in der Vereinbarung der flächendeckende Aufbau von IGSS bzw. von anderen Vernetzungsformen durch die Länder bis zum Jahr 2010 vorgesehen ist.

Die Bundesländer werden voraussichtlich die IGSS-Idee auch weiterhin in unterschiedlicher Weise realisieren, da es noch keinen österreichweiten Konsens über Ziele, Aufgaben und Organisation und nach wie vor wenig Erfahrungen mit der Umsetzung dieses innovativen Reformvorhabens gibt.

Für die wünschenswerte vergleichbare Entwicklung der IGSS in Österreich wird daher von seiten des Ressorts beabsichtigt, eine Koordinationsfunktion zu übernehmen. Durch diese Koordination soll der bundesländerübergreifende Austausch über Inhalte, Erfahrungen und Ergebnisse der IGSS ermöglicht und gefördert werden.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 5.12, Seite 122 ff.)

### **3.3 Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen**

Eine den künftigen Anforderungen entsprechende Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen wurde als zentrale gesundheitspolitische Zielsetzung in die Regierungserklärung 1990 aufgenommen.

#### **Ärzte**

Wie vom BMGSK initiierte Studien aufgezeigt haben, sind nicht nur die postpromotionellen Ausbildungsstellen besser an die fachspezifische Nachfrage anzupassen, sondern auch qualitative Mängel sowohl im Medizinstudium als auch in der postpromotionellen Ausbildung zu beheben.

Das BMGSK hat in diesem Zusammenhang gemeinsam mit dem BMWF eine Untersuchung in Auftrag gegeben, die Vorschläge zur Integration von praktischer Ausbildung in das Medizinstudium (Studenturnus) ausarbeiten soll.

Durch zusätzliche Genehmigungen hat das BMGSK die Anzahl der postpromotionellen Ausbildungsstellen in den letzten Jahren laufend unter Bevorzugung von Mangel-fächern erhöht. Außerdem finanziert das BMGSK im Rahmen eines „Sonderfach-

ärzteprogramms“ 30 Absolventen des Medizinstudiums die Ausbildung in von den einzelnen Bundesländern besonders nachgefragten Fachrichtungen.

Eine weitere Form der Förderung betrifft das seit 1988 eingerichtete Modell der Lehrpraxen, welches den Engpaß an Ausbildungsstellen zum praktischen Arzt mildern helfen soll. Im Jänner 1994 waren 213 Lehrpraxen besetzt.

Die Ärzteausbildungsordnung durchläuft zur Zeit eine Phase der Reform. Die Gründe liegen vor allem in den Anforderungen, die durch den Beitritt zum Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gestellt werden. Weiters wird angestrebt, auch für diese Berufsgruppe Curricula zu erarbeiten, Lehrzielkataloge zu erstellen und Lehrinhalte zu überprüfen. Eine diesbezügliche Regierungsvorlage sieht auch die Einführung von Prüfungen in der postpromotionellen Ausbildung vor.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 6.1, Seite 129 ff.)

## **Krankenpflegepersonen**

Mit 1. Jänner 1993 ist die Novelle zum Krankenpflegegesetz in Kraft getreten, mit der die legislativen Voraussetzungen für eine Reform der Ausbildung und Fortbildung in der Krankenpflege geschaffen wurden. Dieser Novelle gingen langjährige Diskussionen und Bemühungen der Berufsgruppe um ein Reformkonzept voraus, das einerseits eine qualitativ hochstehende Betreuung von Gesunden und Kranken in jedem Lebensalter durch eine qualitativ hochstehende Pflegeausbildung garantieren, andererseits die Attraktivität von Beruf und Ausbildung heben sowie einen breiteren Zugang zur Ausbildung schaffen sollte. Nun wurde mit dieser Novelle der Startschuß für die Einführung einer entsprechenden Ausbildungsreform gegeben.

Das Reformkonzept sieht zwei Modelle von berufsbildenden höheren Schulen für die zukünftige Pflegeausbildung vor, die Zugangsmöglichkeiten sowohl für Pflichtschulabgänger als auch für Erwachsene bieten und den Diplomabschluß mit der Matura koppeln.

Es ist nun möglich, die Krankenpflegeausbildung im Rahmen eines Schulversuches wahlweise nach einem der beiden Modelle neu einzuführen. Die dafür erforderliche Änderung des Schulorganisationsgesetzes wurde gleichfalls vollzogen. Nun liegt es an den Schulerhaltern und Verantwortlichen in den Bundesländern, wo und wann mit einem Schulversuch begonnen werden kann.

Parallel dazu sind im Auftrag des BMGSK nach den modernen Erkenntnissen der Erziehungswissenschaften eine Reihe von Curricula entwickelt worden, die den Ansprüchen an eine zeitgemäße Pflegeausbildung gerecht werden. Hier wurden erstmals inhaltliche Standards für die Ausbildungsqualität an den österreichischen Kran-

kenpflegeschulen formuliert und so eine wichtige Voraussetzung für die Sicherung der Ausbildungsqualität geschaffen.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 6.2, Seite 135 ff.)

## **Hebammen**

Der Beitritt Österreichs zum Europäischen Wirtschaftsraum machte eine Anpassung der Hebammenausbildung an EG-Richtlinien erforderlich. Gleichzeitig mit der Ausbildungsreform, deren Schwerpunkt auf der Verlängerung der Ausbildung von zwei auf drei Jahre und der Aktualisierung des Lehrstoffes liegt, wurden das Hebammengesetz und die Hebammendienstordnung, in denen das Berufsbild geregelt wird, reformiert. (Siehe dazu auch den Abschnitt 6.3, Seite 144.)

## **Gehobene medizinisch-technische Dienste**

Für die sieben gehobenen medizinisch-technischen Dienste wurde in gesetzlichen Regelungen aus den Jahren 1992 und 1993 das Berufsbild und die Ausbildung reformiert. Unter Bedachtnahme auf EG-Richtlinien wurde bei sechs der sieben Berufe die Ausbildung verlängert. Die Lehrinhalte sowohl für die theoretische als auch für die praktische Ausbildung wurden erweitert und den Erfordernissen der jeweiligen Berufe angepaßt.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 6.4, Seite 145 f.)

## **Kardiotechniker**

Eine den gehobenen medizinisch-technischen Diensten verwandte Berufsgruppe sind die Kardiotechniker. Sie arbeiten in den Herzzentren und bedienen die Herz-Lungen-Maschinen zur Durchführung des extrakorporalen Kreislaufes bei Operationen am offenen Herzen. Die Bewerber haben entweder ein Pflegediplom oder ein Diplom als medizinisch-technischer Analytiker, als radiologisch-technischer Assistent oder als medizinisch-technische Fachkraft. Eine gesetzliche Regelung sowie eine Ausbildungsverordnung sind in Vorbereitung.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 6.5, Seite 147.)

## **Der medizinisch-technische Fachdienst**

Für eine Neuregelung der Tätigkeiten und eine Ausbildungsreform des medizinisch-technischen Fachdienstes liegt ebenfalls ein Konzept vor. Die Beratungen darüber werden in absehbarer Zeit aufgenommen.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 6.6, Seite 147 f.)

## Sanitätshilfsdienste

### *Pflegehelfer:*

Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Bereich der Sanitätshilfsdienste wurde mit dem Stationsgehilfen begonnen. Durch gesetzliche Maßnahmen wurde die Ausbildung zum Stationsgehilfen aufgegeben und an seiner Stelle eine neue Berufsgruppe eingeführt, der Pflegehelfer. Berufsbild und Ausbildung machen es möglich, den Pflegehelfer in allen Bereichen der Pflege und Betreuung von Menschen sowohl intramural als auch extramural einzusetzen. Ein Schwerpunkt der Ausbildung ist die Betreuung und Pflege von alten Menschen. Nach Abschluß der Ausbildung besteht die Möglichkeit zu einer zusätzlichen Diabetikerschulung, die dazu berechtigt, auf Anordnung Insulin subkutan zu verabreichen.

Für die ehemaligen Stationsgehilfen werden flankierende Maßnahmen durchgeführt. Entsprechend der Dauer ihrer Berufstätigkeit können sie nach einer Aufschulung in den Beruf des Pflegehelfers übernommen werden.

Die Curricula für die Ausbildung zum Pflegehelfer und für die Aufschulungen sowie für die Diabetikerschulung geprüfter Pflegehelfer liegen vor.

### *Weitere Berufsgruppen der Sanitätshilfsdienste:*

Die anderen Sanitätshilfsdienste sollen ebenfalls einer Reform zugeführt werden. Für die Heilbademeister und Heilmasseur liegen bereits Vorschläge für Tätigkeitsbereich und Ausbildung vor. Reformvorschläge für die Sanitätsgehilfen und Ordinationsgehilfinnen werden 1994 ausgearbeitet.

Auf der Ebene der Sanitätshilfsdienste sollen die bisher gesetzlich nicht geregelten Berufe der Zahnarthelferin und Prophylaxeberaterin ein Berufsbild und eine Ausbildungsordnung erhalten.

(Siehe dazu auch den Abschnitt 6.7, Seite 148 ff.)

## 3.4 Patientenrechte

Patientenrechte sind in den letzten Jahren zu einem wichtigen Thema der Gesundheitspolitik geworden. Durch gesetzgeberische Maßnahmen wurden in verschiedenen Bereichen bedeutende Verbesserungen erreicht.

Im sensiblen Bereich der Mentalpatienten wurde die Wahrnehmung der Patientenrechte für Personen, die dazu aus psychischen Gründen nicht in der Lage sind, bereits umfassend neu geregelt (Vereinssachwalter- und Patientenanwaltsgesetz, BGBl. Nr. 156/1990; Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990). In diesem Zusam-

menhang ist auch das Bundesverfassungsgesetz vom 29. November 1988, BGBl. Nr. 684, über den Schutz der persönlichen Freiheit sowie die Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 18. Februar 1992 über den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, die auch von Österreich unterfertigt wurde, von grundsätzlicher Bedeutung. Schwerpunkt aller gesetzlichen Reformmaßnahmen im Bereich der Mentalpatienten ist die Verbesserung des Schutzes von Freiheit und Selbstbestimmung dieser Kranken.

Die jüngste Novelle zum Krankenanstaltengesetz (BGBl. Nr. 801/1993) sieht eine Reihe von Verbesserungen der Patientenrechte - außerhalb des Psychiatriebereiches - vor.

Da dem Bund in diesem Bereich im wesentlichen nach Art. 12 B-VG nur die Grundsatzgesetzgebung zusteht, Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung hingegen Landessache sind, ist in diesem Bereich eine enge Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern erforderlich.

Unter Federführung des BMGSK hat daher eine Arbeitsgruppe eine „Patientencharta“ ausgearbeitet, in der alle patientenrechtsrelevanten Regelungen zusammengefaßt wurden. Die Patientencharta soll als Gegenstand eines Vertrages zwischen Bund und Ländern nach Art. 15a B-VG durch akkordierte Gesetzgebung des Bundes und der Länder legislativ umgesetzt werden.

Schwerpunkte der Charta sind dabei:

- Recht auf Behandlung und Pflege (allgemein)
- Recht auf Achtung der menschlichen Würde und Integrität
- Recht auf Selbstbestimmung und Information
- Recht auf Dokumentation
- Recht auf Partizipation
- Zivilrechtliche Ansprüche (Schadenersatz)

Das Recht auf Partizipation soll durch Patientenvertreter, für die sich die Bezeichnung „Patientenanwälte“ durchzusetzen beginnt, verwirklicht werden. Durch Landesgesetze wurden in Wien, Oberösterreich, Kärnten und Tirol bereits Patientenanwälte etabliert. Eine besonders wichtige Rolle spielen die - bereits bundesgesetzlich eingeführten - Patientenanwälte im Bereich der Mentalpatienten.

(Siehe dazu auch Kapitel 7, Seite 151 ff.)

### **3.5 Normierung der Gentechnologie**

Die potentiellen Anwendungsgebiete der relativ jungen wissenschaftlichen Methode der Gentechnik und die daraus resultierenden Beeinflussungsmöglichkeiten der gesellschaftlichen Entwicklung haben die Bundesregierung veranlaßt, eine am europäischen Standard orientierte Normierung der Gentechnologie anzustreben.

In Verfolgung dieser Zielsetzung hat das BMGSK im Dezember 1993 den Entwurf eines Gentechnikgesetzes vorgelegt, das eine zufriedenstellende Integration der Gentechnik und ihrer Produkte in unsere Gesellschaft erlaubt. Damit soll der rechtliche Rahmen für die Erfassung, Entwicklung, Nutzung, Förderung und Folgenabschätzung der wissenschaftlichen und technischen Möglichkeiten der Gentechnik geschaffen werden.

Zur Beratung über alle sich aus der Vollziehung des Gentechnikgesetzes ergebenden Fragen wird beim BMGSK eine Gentechnikkommission eingerichtet werden.

(Siehe dazu auch Kapitel 8, Seite 158 ff.)

## **4 Gesundheitsstatistik und Gesundheitsausgaben**

Wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gesundheitspolitik sind

- eine kontinuierlich erhobene, verlässliche und aussagekräftige Datensammlung, die ein rasches Reagieren auf manifest werdende bzw. sich ankündigende Veränderungen im Gesundheitsverhalten bzw. Gesundheitszustand der Bevölkerung ermöglicht, sowie
- die genaue Kenntnis der Kosten und Finanzflüsse im Gesundheitssystem als Grundlage für einen effizienten Mitteleinsatz.

Abschnitt 4.2 beschäftigt sich demnach mit dem Informationsbedarf bzw. dem Berichtswesen einer zeitgemäßen Gesundheitsverwaltung, gibt Auskunft über einschlägige Aktivitäten im Berichtszeitraum und bietet einen Ausblick auf zukünftige Maßnahmen.

Abschnitt 4.3 widmet sich den Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich sowie den Finanzflüssen im österreichischen Gesundheitswesen.

Diesen beiden Abschnitten vorangestellt 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 und ins Detail gehende Berichterstattung wird verzichtet, da sie Gegenstand des jährlich vom BMGSK in Zusammenarbeit mit dem ÖSTAT herausgegebenen „Berichts über das österreichische Gesundheitswesen“ ist. Gesundheitsrelevante Daten, insbesondere aus der Arbeitswelt, finden sich in dem ebenfalls jährlich herausgegebenen „Bericht über die soziale Lage“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

### **4.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung**

#### **Lebenserwartung**

Die Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung hat sich für beide Geschlechter im letzten Jahrzehnt stetig verbessert. Sie beträgt nun (1992) bei der Geburt für Frauen 79,35 Jahre und für Männer 72,87 Jahre (vergleiche auch die Karte 4.1 zu den regionalen Unterschieden in der Lebenserwartung in Abschnitt 4.2).

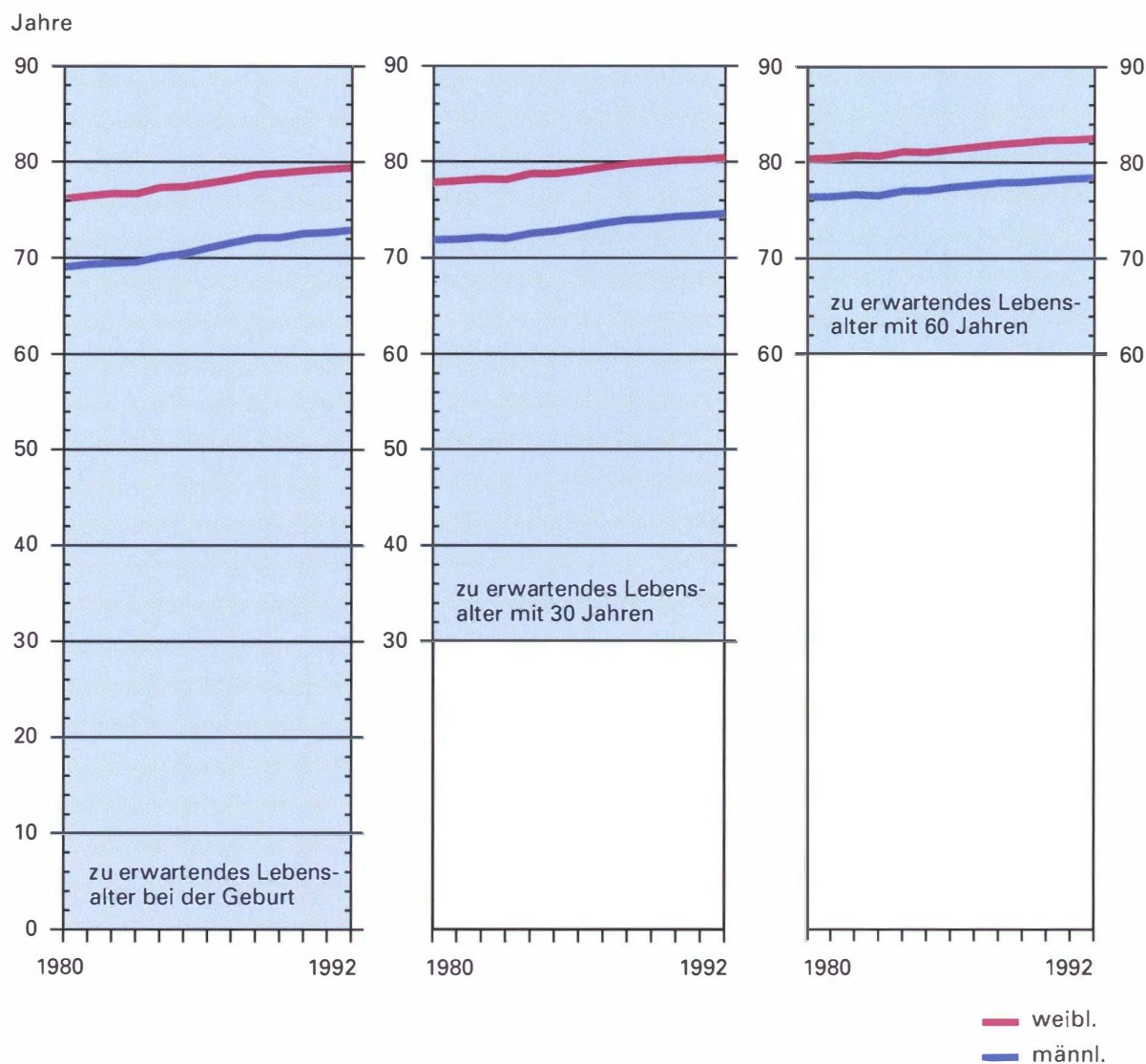
Die Steigerung der Lebenserwartung wirkt sich auch für die ältere Bevölkerung positiv aus: eine 60jährige Frau kann zur Zeit noch weitere 22,5 Lebensjahre erwarten, ein ebenso alter Mann 18,4 Jahre.



**Gesundheitsstatistik**

Verglichen mit anderen Industriestaaten liegt Österreich bezüglich der Lebenserwartung seiner Wohnbevölkerung im Mittelfeld, auf dem Niveau von Ländern wie Belgien und Deutschland. Eine höhere Lebenserwartung haben bei beiden Geschlechtern Frankreich, Italien, die Niederlande, Norwegen, Schweden, die Schweiz und auch Spanien, unter den österreichischen Werten liegen Dänemark, Finnland, Portugal, die Türkei, aber auch Länder wie Kanada und die USA.

*Abbildung 4.1: Entwicklung des zu erwartenden Lebensalters bei der Geburt, mit 30 und 60 Jahren nach Geschlecht, 1980 - 1992*



Quelle: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich

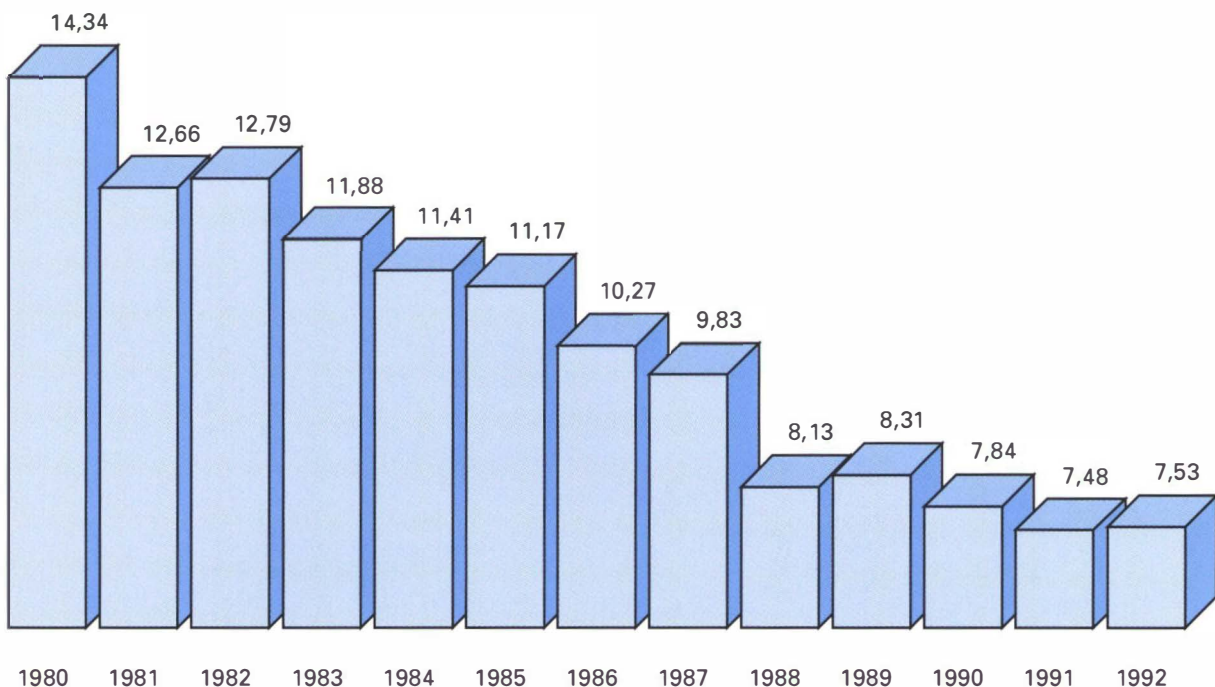
Grafik: ÖBIG

## Sterblichkeit

### Säuglingssterblichkeit:

Verglichen mit dem gesamteuropäischen Mittel verzeichnete Österreich 1970 bei den Säuglingen noch eine leichte Übersterblichkeit. Im Verlauf der siebziger Jahre, insbesondere nach Einführung des Mutter-Kind-Passes, konnte Österreich seine Position stetig verbessern. Der größte Rückgang erfolgte vom Jahr 1987 (9,8 Promille) auf das Jahr 1988 (8,1 Promille), der - mit unterschiedlicher Ausprägung - in allen Bundesländern zu verzeichnen war.

Abbildung 4.2: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit 1980 - 1992 (Angaben in Absolutzahlen, bezogen auf 1.000 Geburten)



Quellen: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Grafik: ÖBIG

Ein vorübergehender Anstieg im Jahr 1989 (8,3 Promille) konnte für 1990 und 1991 den langfristigen Trend nicht unterbrechen. 1992 stagnierte allerdings diese Entwicklung durch einen leichten Anstieg der Sterblichkeit in der ersten Lebenswoche und der Häufigkeit an Totgeburten (vgl. Tabelle 4.1). Im ersten Halbjahr 1993 ist wiederum ein deutlicher Rückgang der Säuglingssterbeziffer zu beobachten. Sie lag gegenüber dem ersten Halbjahr 1992 um 21,2 Prozent niedriger.

## Gesundheitsstatistik

Festzustellen ist weiters, daß die Sterblichkeit weiblicher Säuglinge (6,6 Promille) deutlich unter jener der männlichen Säuglinge (8,5 Promille, beide Daten bezogen auf das Jahr 1992) liegt.

*Tabelle 4.1: Gestorbene Säuglinge auf 1.000 Lebendgeborene 1989 - 1992*

Jahr	insgesamt	1. Lebenswoche		Perinatalsterblichkeit*
		in der	nach der	
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

\* Totgeborene und in der ersten Lebenswoche Gestorbene

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

### *Gesamtsterblichkeit:*

Im Jahr 1990 erreichte die Anzahl der Sterbefälle mit 10,3 Gestorbenen pro 1000 Einwohner (alters- und geschlechtsgruppenstandardisiert nach der Volkszählung 1991) einen historischen Tiefststand. Die Sterblichkeit ist damit gegenüber 1980 um über 20 Prozent gesunken. Der gegenüber 1990 leichte Anstieg der Sterblichkeit in den Jahren 1991 und 1992 könnte ein Hinweis darauf sein, daß die Fortschritte in den gesundheits- und lebenserhaltenden Maßnahmen zwar einerseits das rasche Anwachsen des Anteils an betagten und hochbetagten Menschen an der Gesamtbevölkerung mitbegründet haben, andererseits aber gerade in dieser Bevölkerungsgruppe in ihrer Wirksamkeit auf Grenzen stoßen.

Österreich lag 1991 knapp unter dem gesamteuropäischen Mittelwert, dies gilt für beide Geschlechter. Im Jahre 1970 lagen die entsprechenden Ziffern noch deutlich darüber.

## Ausgewählte Todesursachen

Bedingt durch die im Vergleich zum Ausland hohe Obduktionsquote besitzt Österreich eine qualitativ hochstehende Todesursachenstatistik. Den Aussagen dieser amtlichen Statistik kommt für die Beurteilung der epidemiologischen Lage grundsätzliche Bedeutung zu. Aus Vergleichsgründen werden in der Regel durch auf Alter und Geschlecht bezogene statistische Maßzahlen angegeben.

**Tabelle 4.2: Sterblichkeit nach Geschlecht und Bundesländern  
(Gestorbene/100.000 Einwohner), 1980, 1989 - 1992\***

	1980		1989		1990		1991		1992	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
Burgenland	1.280	1.170	1.136	1.111	1.092	1.137	1.147	1.159	1.095	1.126
Kärnten	1.074	1.018	999	1.045	1.002	1.035	1.065	1.032	989	1.049
Niederösterreich	1.206	1.270	1.044	1.153	1.042	1.140	1.044	1.151	1.075	1.149
Oberösterreich	1.101	1.057	1.023	1.080	984	1.090	986	1.091	989	1.050
Salzburg	1.101	1.022	959	1.024	941	1.018	917	1.022	878	1.029
Steiermark	1.189	1.174	1.047	1.117	1.025	1.084	1.036	1.102	994	1.118
Tirol	957	930	873	943	917	997	884	979	940	995
Vorarlberg	929	860	945	909	922	973	923	997	890	1.007
Wien	1.380	1.442	1.108	1.181	1.107	1.174	1.114	1.175	1.127	1.173
Österreich nach Geschlecht	1.236	1.293	1.020	1.065	1.000	1.057	1.026	1.082	1.022	1.079
insgesamt	1.290		1.044		1.030		1.055		1.052	

\* alters- und geschlechtsgruppenstandardisiert nach Volkszählung 1991

M = männlich

W = weiblich

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt (Grunddaten); ÖBIG-Berechnungen

In der Folge werden wichtige ausgewählte Ergebnisse dargestellt.

#### *Krebsmortalität:*

Die Todesursache Krebs machte 1992 etwa 23 Prozent aller Todesursachen aus, sie liegt bei Männern etwas höher (25 %), bei Frauen niedriger (22 %). Damit ist Krebs nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die wichtigste Todesursache.

Die Sterblichkeitsentwicklung bei Krebs ist durch eine deutliche Abnahme zwischen 1970 und 1985/86 gekennzeichnet. Anschließend flacht der Rückgang ab. Am stärksten fiel der Rückgang bei Magenkrebs bei beiden Geschlechtern und beim Krebs des Gebärmutterhalses aus. Leichte Abnahmen gab es bei Lungenkrebs für Männer und bei Leukämie für beide Geschlechter sowie beim männlichen Harnblasenkrebs. Zunahmen sind zu verzeichnen beim Lungenkrebs für Frauen - allerdings von niedrigem Niveau aus -, beim Prostatakrebs, bei Dick- und Dünndarmkrebs, beim malignen Melanom und deutlich beim weiblichen Brustkrebs.

Verglichen mit dem westeuropäischen Mittel in der Krebsmortalität lag Österreich 1991 bei den Männern unter diesem, bei Frauen etwas darüber, was vor allem durch die höhere Brustkrebs- und Lungenkrebssterblichkeit bedingt ist.

## Gesundheitsstatistik

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

Bei beiden Geschlechtern ist seit etwa 1980 eine sinkende Tendenz bei dieser bedeutsamsten Todesursachengruppe festzustellen, wobei die Abnahme bei Männern stärker, wenn auch von ungleich höherem Niveau aus, ausfiel. Am deutlichsten hat dabei die Sterblichkeit von Männern durch akuten Herzinfarkt seit 1984 abgenommen. 13 Prozent der Männer und neun Prozent der Frauen starben 1992 an Herzinfarkt. Von Hirngefäßkrankheiten sind beide Geschlechter etwa gleich stark betroffen. 15 Prozent der Todesursachen bei Frauen und zehn Prozent bei Männern fallen in diese Gruppe. Bei Zusammenfassung aller Herzkrankheiten ist festzustellen, daß 37 Prozent der Frauen und 33 Prozent der Männer daran sterben.

In einem Vergleich mit Westeuropa (bezogen auf 1991) liegt Österreich bei Hirngefäßkrankheiten über dem mittleren Wert und bei ischämischen Herzkrankheiten etwa auf selber Höhe. Auch hier ist eine Verbesserung seit 1970 eingetreten.

Auf die beiden Krankheitsgruppen Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind mehr als 70 Prozent aller Todesursachen zurückzuführen.

### *Sonstige Todesursachen:*

Für weitere Todesursachen sei im Überblick und bezogen auf 1992 festgestellt, daß Krankheiten der Atmungsorgane seit 1970 um 64 Prozent und Krankheiten der Verdauungsorgane um 39 Prozent als Todesursache zurückgegangen sind.

Weiters ist bei den Unfällen insgesamt gegenüber 1970 eine Abnahme um 56 Prozent festzustellen. Bei den Verkehrsunfällen ist der Rückgang bei den Todesfällen stärker ausgeprägt als bei der Gesamtzahl der Verkehrsunfälle. Allerdings sind im ersten Halbjahr 1992 die tödlichen Verkehrsunfälle wieder um elf Prozent gegenüber 1991 gestiegen, was vor allem durch tödliche Unfälle auf Überlandstraßen bedingt war.

Kinder bis zum 14. Lebensjahr sind nahezu gleich oft von Verkehrsunfällen betroffen wie in den Vorjahren, wobei allerdings die Zahl der getöteten Kinder 1992 zurückgegangen ist. Auffallend dabei ist der steigende Anteil von verkehrsbedingten Schulwegunfällen.

Ab dem 16. Lebensjahr steigt die Verkehrsunfallquote bis zum 34. Lebensjahr stark an, wobei 1992 29 Prozent aller bei einem Verkehrsunfall Getöteten in dieser Altersgruppe lagen.

Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung sind 1992 wieder gestiegen, jeder elfte Verkehrstote ist durch einen Unfall mit Alkoholbeteiligung zu beklagen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, daß diese Unfallart zum überwiegenden Teil Männer (95 %) und die Altersgruppe bis 34 Jahre betrifft.

Abbildung 4.3: Entwicklung der Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung 1983 - 1992  
(Angaben von 1983 entsprechen 100 %)



Quelle: Statistische Nachrichten 7/1992

Grafik: ÖBIG

Tabelle 4.3: Entwicklung der altersstandardisierten Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen 1980, 1989 - 1992 (Sterbefälle auf 100.000 Standardbevölkerung)

Jahr	Krebs zusammen	Herzkrankheiten zusammen	Akuter Herzinfarkt	Hirngefäßkrankheiten	Sonstige Kreislaufkrankheiten	Krankheiten der Verdauungsorgane	Selbstmorde
1980	273,2	423,7	146,0	194,1	46,2	73,9	26,9
1989	251,8	343,6	122,1	130,4	37,6	54,4	25,1
1990	251,8	327,5	116,9	122,5	35,8	51,9	23,7
1991	249,3	329,4	118,9	119,0	39,4	52,5	22,9
1992	247,1	325,2	113,0	112,4	41,4	52,5	22,6

Quelle: Statistische Nachrichten 2/1994

Ebenfalls rückläufig ist die Anzahl der Selbstmorde nach einem Anstieg bis 1986. Damit hat Österreich das europäische Spitzenfeld mit Finnland und Ungarn verlassen und liegt auf der Ebene der Schweiz, Dänemarks und Belgiens. Nach Ge-

## Gesundheitsstatistik

schlecht und Altersgruppen betrachtet, steigt die Rate der Selbstmorde bei Männern ab dem zwanzigsten Lebensjahr bis ins sechste Lebensjahrzehnt allmählich an, bei den Frauen ist sie bis ins siebte Jahrzehnt gleichbleibend bis leicht steigend, erreicht aber um das fünfundachtzigste Lebensjahr einen auffälligen Höhepunkt.

Verglichen mit westeuropäischen Werten sei noch hervorgehoben, daß Österreich bezüglich der Todesursache Leberzirrhose bei Männern im Spitzenfeld liegt.

## 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. Bemerkenswert ist außerdem der starke Anstieg der bakteriellen Lebensmittelvergiftungen. Die Fallzahlen stiegen von 4.973 (6 Sterbefälle) im Jahr 1989 über 8.671 (12 Sterbefälle) im Jahr 1990 und 9.029 (6 Sterbefälle) im Jahr 1991 auf 11.125 Erkrankungen (8 Sterbefälle) im Jahr 1992.

### *Tuberkulose:*

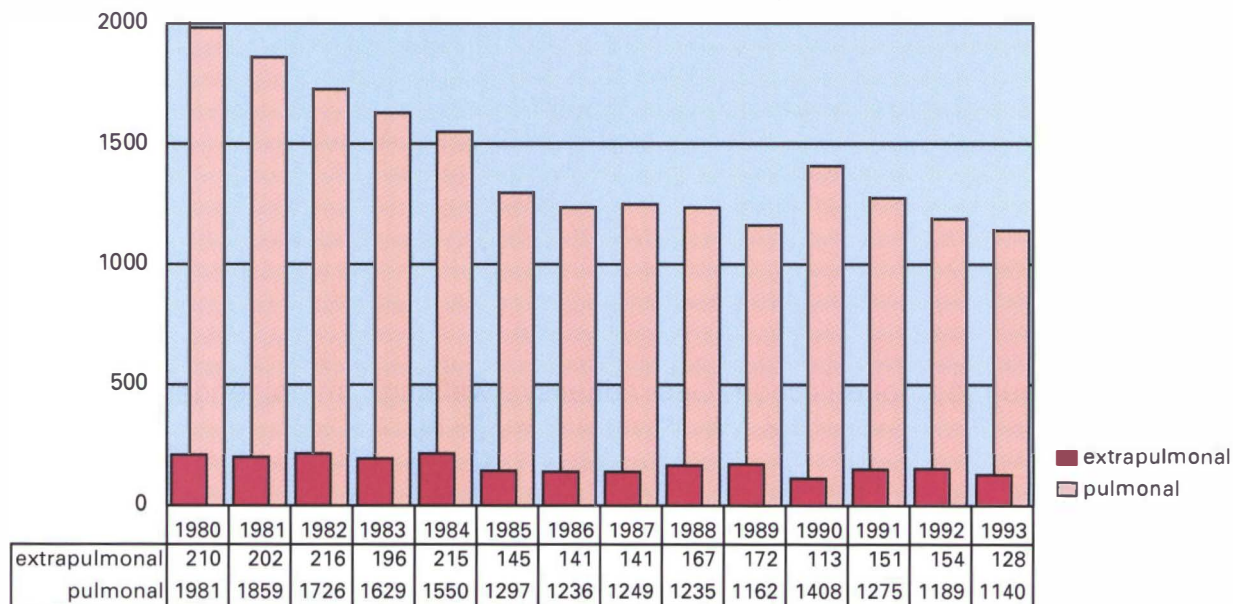
Der langjährige kontinuierliche Rückgang der Tuberkulose scheint nun zu stagnieren. Durch erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten und vorsorgemedizinische Maßnahmen konnte seit 1954 die Sterblichkeit um 93 Prozent und die Neuerkrankungsrate um 80 Prozent gesenkt werden. Von 1989 auf 1990 sind die Neuzugänge an ansteckender Lungentuberkulose jedoch wieder um 13,6 Prozent gestiegen. Ebenso ist ein leichter Anstieg bei aktiver, geschlossener Tuberkulose festzustellen. Dies betraf vor allem die Bundesländer Wien und Vorarlberg.

Tuberkulose tritt derzeit eher im Erwachsenenalter auf, wobei jedoch Frauen vermehrt im früheren, Männer im mittleren Erwachsenenalter erkranken.

Allgemein verschoben sich in den letzten Jahren die Neuerkrankungen an ansteckender Tuberkulose in die späteren Lebensabschnitte, wobei der Gipfel bei der inländischen österreichischen Bevölkerung bei 40 bis 50 Jahren liegt.

Österreich liegt mit diesen Werten im Mittelfeld internationaler Vergleichszahlen, jedoch über vergleichbaren Industrieländern. Weltweit wird ein Ansteigen der Tuberkulose sowohl bei Neuerkrankungen als auch bei Todesfällen gemeldet. Dies betrifft vor allem die Entwicklungsländer, aber auch z.B. die USA, wo eindeutige Zusammenhänge zwischen Krankheitsentstehung und verschlechterten Lebensumständen in den Bereichen Hygiene, Wohnverhältnisse und soziale Situation festgestellt wurden.

Abbildung 4.4: Tuberkulose in Österreich - Gemeldete Erkrankungsfälle 1980 - 1993



Quelle: BMGSK, Abteilung II/2

### AIDS:

1993 wurden in Österreich 1.098 Erkrankungen an AIDS gemeldet. Für den gleichen Zeitraum sind 693 Todesfälle registriert. In den letzten fünf Jahren hat sich die jährliche Zuwachsrate bei etwa 400 neudiagnostizierten Infektionen eingependelt, während die Erkrankungsrate weiter steigt.

Dieser abflachende Trend bei Neuinfektionen ist in den meisten Industrieländern zu beobachten und läßt in den nächsten Jahren auch ein leichtes Absinken der Neuerkrankungen erhoffen. Aktuelle Analysen zeigen, daß das Infektionsrisiko auch außerhalb der klassischen Gruppen (Homosexuelle und i.V. Drogensüchtige) vermehrt Heterosexuelle erfaßt. Der Anteil der Frauen bei den Neuinfizierten ist mittlerweile auf ein Drittel gestiegen, wobei fast die Hälfte davon durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert wurde. Eine Altersverteilung zeigt, daß die überwiegende Zahl der Erkrankten zwischen 20 und 40 Jahren alt ist. Die Dunkelziffer ist gerade hier sehr schwer zu schätzen, sie wird mit 12.000 bis 15.000 HIV-Seropositiven in Österreich angenommen.

### 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 in Österreich seit 1970 und erlaubt eine Fülle wissenschaftlicher Untersuchungen über diese Krankheitsgruppe. Die Aussagekraft

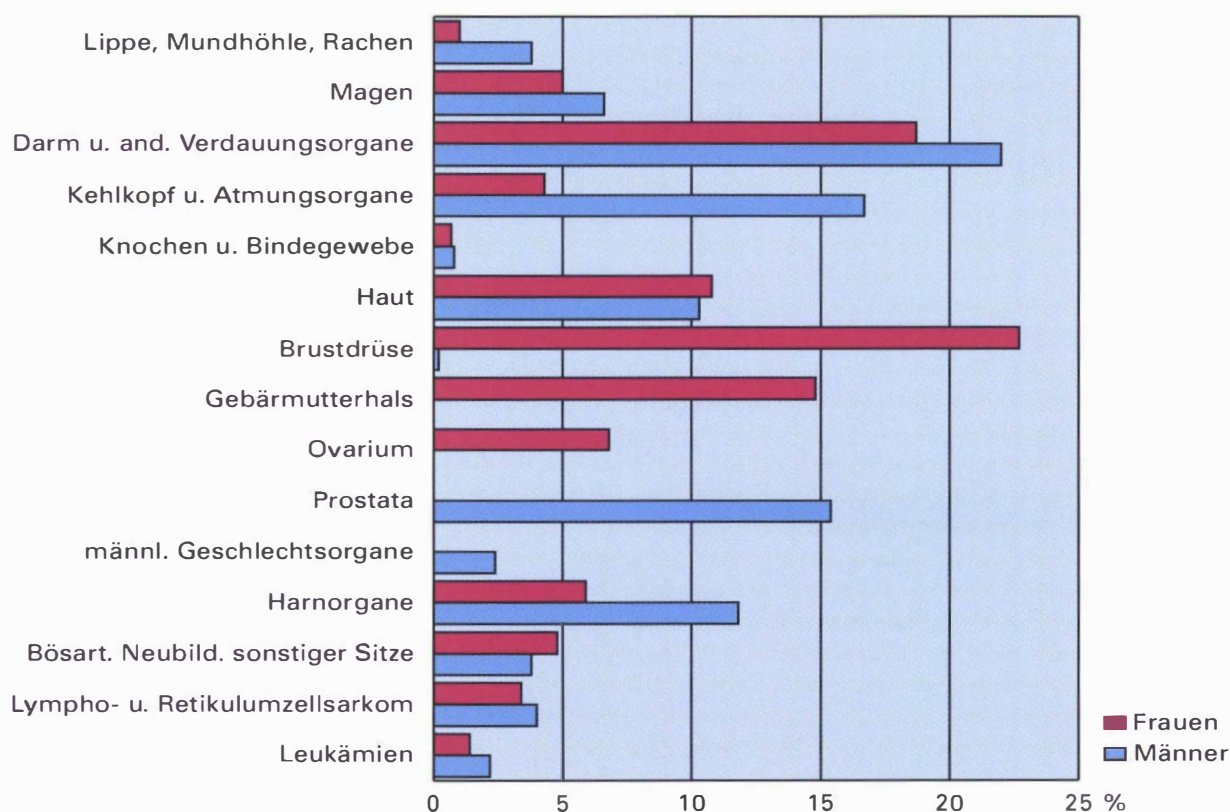


**Gesundheitsstatistik**

ist sehr hoch anzusetzen, da mittlerweile 95 Prozent aller Neuerkrankungen erfaßt und bewertet werden können. Nachfolgend sind die wesentlichen Aussagen angeführt.

Im Jahre 1992 erkrankten in Österreich 30.502 Menschen an einer bösartigen Neubildung, also Krebs.

*Abbildung 4.5: Häufigkeitsverteilung der einzelnen Krebslokalisationen 1992 (Angaben in Prozent)*



Quelle: Statistische Nachrichten 3/1993

Grafik: ÖBIG

Die häufigste Krebsform, beide Geschlechter zusammengenommen, ist der Krebs des Darmes (14 %). Bei Männern dominieren mit jeweils rund 15 Prozent der Krebs der Prostata, der Darmkrebs und der Lungenkrebs. Die Spitzenpositionen bei Frauen nehmen der Brustkrebs (22 %), der Darmkrebs (13 %) und der Hautkrebs (11 %) ein.

Die Gesamtzahl der Neuerkrankungen hatte von 1980 bis 1989 stetig zugenommen, ging bis 1991 zurück und ist 1992 wiederum leicht gestiegen. Bezüglich einzelner Lokalisationen sind jedoch unterschiedliche Entwicklungen festzustellen. Zugenommen haben seit 1980 bei den Frauen Brustkrebs und Lungenkrebs, bei den Männern Prostatakrebs sowie bei beiden Geschlechtern Darmkrebs und Hautkrebs, hier ins-

besondere das maligne Melanom. Abgenommen hat bei beiden Geschlechtern die Anzahl der Neuerkrankungen an Magenkrebs.

## **Gesundheitszustand der Schuljugend**

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Schuljugend werden jährlich Stichproben aus den Ergebnissen der Schuluntersuchungen gezogen. Ausgewertet werden Befunde von Schülern der ersten, vierten, achten und zwölften Schulstufe. Einschränkung muß angemerkt werden, daß hinsichtlich der Erfassungsqualität noch beträchtliche Schwankungen zwischen den Bundesländern bestehen. Aktuell stehen Daten aus dem Schuljahr 1991/1992 zur Verfügung.

Nach den einzelnen Befundgruppen sind folgende Auffälligkeiten festzuhalten:

### *Allergien:*

Die positiven Befunde nehmen in den letzten Jahren in allen Altersgruppen zu. Weiters ist ein Anstieg mit dem Alter festzustellen, am deutlichsten nach dem 14. Lebensjahr.

### *Sehbefunde:*

Mädchen tragen häufiger Brillen als Knaben. Bei beiden Geschlechtern steigt der Anteil der Brillenträger mit dem Alter an und erreicht mit 40,4 Prozent bei Absolventen der allgemeinbildenden höheren Schulen den höchsten Anteil. Zurückgegangen ist erfreulicherweise der Anteil der Untersuchten mit herabgesetzter oder nicht ausreichend korrigierter Sehleistung.

### *Hörvermögen und Sprachfehler:*

Krankhafte Befunde sind in beiden Bereichen in den letzten Jahren zurückgegangen.

### *Zahnbefunde:*

Pathologische Veränderungen bei Zahnbefunden sind zwar in den letzten Jahren zurückgegangen, sind jedoch bei Schulanfängern die häufigste und bei Zehnjährigen die zweithäufigste Diagnose.

### *Haltungsanomalien:*

Es ist festzustellen, daß hier die positiven Befunde von Schulstufe zu Schulstufe steigen (15,4 % in der ersten bis 29,2 % in der zwölften Schulstufe). Ein Vergleich zum Schuljahr 1986/1987 weist bei den über Zehnjährigen eine deutliche Zunahme aus.

## Gesundheitsstatistik

### *Fehlformen der Beine und Füße:*

Diese haben in den letzten Jahren zwar bei Schulanfängern abgenommen, sind jedoch mit derzeit 22,4 Prozent noch immer relativ zahlreich, wobei der Gipfel beim zwölften Schuljahr (23,6 %) liegt.

## Stellungsuntersuchungen

Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen der Stellungspflichtigen für die Aufnahme in das Bundesheer können auch zur Beurteilung des Gesundheitszustandes dieser Bevölkerungsgruppe herangezogen werden. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist durch die umfangreichen und standardisierten Untersuchungsmethoden gewährleistet. Die Daten werden beim Bundesministerium für Landesverteidigung gesammelt und ausgewertet. Eine Übersicht über die Stellungsergebnisse wird jährlich im „Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich“ veröffentlicht.

Im Jahr 1992 waren von den untersuchten Stellungspflichtigen (Geburtsjahrgang 1974) und Freiwilligen 81,6 Prozent tauglich und 17,5 Prozent untauglich (davon 6,5 Prozent vorübergehend untauglich). Bei 0,9 Prozent der Stellungspflichtigen bzw. Freiwilligen waren die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Der Anteil der aufgrund der Untersuchungen nicht (bzw. vorübergehend nicht) Tauglichen schwankte in den letzten zehn Jahren zwischen 13,5 und 18,1 Prozent.

Grundsätzlich ist anzumerken, daß die in den Stellungsuntersuchungen festgestellten „Fehler und Anomalien“ in der überwiegenden Anzahl der Fälle nicht die Untauglichkeit bewirken. So wurde 1992 als häufigster Fehler bzw. Anomalie bei 24,7 Prozent der Untersuchten Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes konstatiert, aber nur 1,7 Prozent der Untersuchten waren aus diesen Gründen für den Dienst nicht geeignet. Bei 18,5 Prozent der Untersuchten wurden Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane festgestellt (3,0 % dadurch untauglich), 9,2 Prozent wiesen Schäden durch äußere Gewalt und Vergiftungen auf (1,8 % dadurch untauglich), 8,5 Prozent hatten Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (0,9 % dadurch untauglich), 7,4 Prozent Krankheiten der Atmungsorgane (1,2 % dadurch untauglich) und 6,3 Prozent Krankheiten des Kreislaufsystems (1,7 % dadurch untauglich).

Die oben angeführten Fehler und Anomalien haben in den letzten zehn Jahren - wenn auch mit wechselndem Rang - immer zu den häufigsten gezählt. Hervorzuheben ist die Zunahme der Krankheiten des Skeletts, der Muskel und des Bindegewebes von 9,1 Prozent (bzw. dem dritten Rang) im Jahr 1982 auf das mehr als Zweieinhalbfache (bzw. den ersten Rang) im Jahr 1992. Zurückgegangen ist der Anteil der Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane von 34,8 Prozent (bzw. dem ersten Rang) im Jahr 1982 auf 18,5 Prozent im Jahr 1992, ist aber weiterhin im eindeutigen Spitzenfeld zu finden.

Auffällig ist der Anteil der untersuchten Jugendlichen mit einer seelischen Störung. Er schwankte im letzten Jahrzehnt zwischen 3,5 und 6,3 Prozent und betrug 1992 5,2 Prozent.

## **Ergebnisse des Mikrozensus zum Thema Gesundheit**

In einem alle zehn Jahre durchgeführten Sonderprogramm der Mikrozensususerhebungen werden auch subjektive Einschätzungen der österreichischen Bevölkerung über ihren Gesundheitszustand erhoben. Grundlage dafür ist eine repräsentative Stichprobe.

Die letzte Mikrozensususerhebung fand im Dezember 1991 statt. Erste Auswertungen liegen nun vor, wodurch einige grundsätzliche Aussagen gemacht werden können.

Nach diesen ersten Auswertungen bezeichnen 70,1 Prozent der Befragten ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut, 6,4 Prozent als schlecht und sehr schlecht. Gegenüber der letzten Befragung im Jahre 1983 ist für beide Kategoriengruppen eine leichte Steigerung eingetreten. Ein Rückgang der Prozentzahl ist bei jenem Personenkreis zu verzeichnen, der seinen Gesundheitszustand als mittelmäßig beurteilt. Ab dem fünfundvierzigsten Lebensjahr bezeichnen mehr Frauen als Männer ihren Gesundheitszustand als schlecht.

Eine Auswertung bezüglich des Vorhandenseins von Beschwerden zeigt, daß die Hälfte der Befragten über solche klagt, wobei dieser Prozentsatz mit dem Alter zunimmt. Im Vergleich zu 1983 stieg jedoch der Anteil der Beschwerdefreien ab dem 45. Lebensjahr, jener der unter 25jährigen fiel leicht ab. Im Vordergrund stehen dabei Schmerzen im Kreuz und Rücken (16 %), gefolgt von Kreislaufstörungen und Wetterempfindlichkeit (je 10 %) sowie Schlafstörungen (8 %).

Gefragt wurde auch nach der Häufigkeit von Erkrankungen: 43 Prozent der Bevölkerung waren 1991 mindestens einmal krank, 16 Prozent mehr als einmal. Häufigkeitsspitzen sind in den Altersgruppen der 5- bis 9jährigen und der über 75jährigen zu beobachten.

Bei einer Gliederung nach Krankheitsarten führen die Erkältungs- und Infektionskrankheiten, gefolgt von orthopädisch-neurologischen Erkrankungen, weiters traumatische Erkrankungen (Knochenbrüche, Verletzungen), Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten und Herzerkrankungen.

Verglichen mit 1983 ist die gesamte Erkrankungshäufigkeit um etwa drei Prozent zurückgegangen.

## Gesundheitsstatistik

### 4.2 Gesundheitsstatistik und Gesundheitsberichterstattung

#### 4.2.1 Ausgangslage

Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist es, relevante, aktuelle und zuverlässige Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und über das System der Gesundheitssicherung zur Verfügung zu stellen. Österreich besitzt einen seit Jahrzehnten aufgebauten Bestand an solchen Informationen und Daten, der laufend ergänzt, überprüft und wissenschaftlichen Auswertungen zugänglich gemacht wird.

Dieser Datenbestand erlaubt Grundaussagen zur Sterblichkeit, Erkrankungshäufigkeit und Inanspruchnahme von gesundheitlichen Einrichtungen nach einer Reihe von Gliederungen wie Altersgruppen, Geschlecht und Regionen.

Die das Gesundheitswesen betreffenden Datenbestände werden zum überwiegenden Teil im Österreichischen Statistischen Zentralamt, im Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz und beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gesammelt und ausgewertet.

Folgende statistische Quellen stehen für Aussagen zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung zur Verfügung:

##### *Kontinuierlich geführte Statistiken:*

- Todesursachenstatistik (Mortalitätsstatistik)
- Krankenanstalten-Morbiditätsstatistik
- Krebsstatistik
- Statistik der meldepflichtigen Krankheiten
- Krankenstandsstatistik
- anerkannte Berufskrankheiten
- anerkannte Arbeitsunfälle
- Frühpensionen aus Krankheitsgründen
- Verkehrsunfallstatistik

##### *Regelmäßig durchgeführte Untersuchungen:*

- Gesundenuntersuchungen
- Gesundheitszustand der Schuljugend
- Jugendlichenuntersuchungen
- Stellungsuntersuchungen

### *Gesundheitsbefragungen:*

- Mikrozensus „Gesundheit“

Die vollständigen Tabellen und Listen zu diesen Datenbeständen sind im jährlich erscheinenden „Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich“ enthalten.

## **4.2.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum**

In einer 1991 vom Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz beauftragten Studie „Neugestaltung der Berichte über das österreichische Gesundheitswesen“ wurden eine Reihe von Vorschlägen erarbeitet:

- Zusammenführung aller für das Gesundheitswesen und seine Steuerung relevanten Informationen und Verbesserung ihrer Vergleichbarkeit
- qualitative Verbesserung der Daten im Hinblick auf ihre Nutzbarkeit in Planung und Entscheidungsfindung
- Erweiterung des Datenbestandes um folgende Themen:
  - Gesundheitsrisiken
  - Arbeitsmedizin
  - Altenversorgung
  - Behindertenwesen
  - Kosten und Finanzierung
  - Leistungen der stationären Versorgung
  - Medikamentenverbrauch
  - gesundheitliche Risiken der Umwelt
  - ambulante Versorgung

Die Umstellung der Morbiditätsstatistiken aus den österreichischen Krankenanstalten ist die wesentlichste Neuerung im Berichtszeitraum. Seit 1. Jänner 1989 werden Diagnosen der Krankenhauspatienten in der Form erfaßt, die die Novelle zum Krankenanstaltengesetz vom 26. Mai 1988 (BGBl. Nr. 282/1988) vorschreibt.

Pro Jahr werden nun 1,7 Millionen Einzeldatensätze auf elektronischen Datenträgern durch die Rechtsträger der Krankenanstalten an das ÖSTAT übermittelt. Als Diagnoseschlüssel wird nunmehr ein international verwendeter und detaillierterer Schlüssel (ICD-9 in der VESKA-Version) verwendet. Die erhobenen Merkmale wurden wesentlich erweitert. Durch diese Neukonzeption werden nach einem international bewährten Schlüsselssystem Haupt- und bis zu neun Nebendiagnosen erfaßt. Eine Gliederung nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart sowie die Erfassung nach dem ordentlichen Wohnsitz des Patienten wird verbesserte epidemiologische Auswertungen ermöglichen. Nach anfänglichen technischen Problemen, vor allem mit der Bewältigung der großen Datenmengen, geht dieses Erfassungssystem nun in den Routinebetrieb über.

## Gesundheitsstatistik

Seit 1990 wurden auch die Leistungsstatistiken der Krankenversicherungsträger auf den in der Statistik der Krankenanstalten verwendeten Diagnoseschlüssel umgestellt. Damit wurde ein wesentlicher Schritt zur Vergleichbarkeit mit anderen Gesundheitsstatistiken gesetzt.

Anfang 1991 wurde das ÖBIG vom BMGSK beauftragt, ein umweltbezogenes Gesundheitsinformationssystem (UGIS) für Österreich zu entwickeln. Zielsetzung dieses Projektes ist es, die derzeit in Österreich verfügbaren Daten zum Gesundheitszustand, zur Gesundheitsversorgung sowie zu den Umweltbedingungen über EDV möglichst kleinräumig so zu organisieren und aufzubereiten, daß daraus unmittelbar Grundlagen für die Planung von Maßnahmen und für politische Entscheidungen gewonnen und außerdem Forschungen in der Umweltepidemiologie unterstützt werden können. Diese Datenstrukturen sollen die Grundlage für Gesundheitskonzepte und deren laufende Evaluierung bilden und den Inhalten, Zielen und Methoden der Regionalstrategie der WHO entsprechen.

In UGIS können regionale Unterschiede bezüglich verschiedener gesundheitsrelevanter Parameter kartographisch sichtbar gemacht werden. Aus solchen Darstellungen ist in mehrfacher Hinsicht ein West-Ost-Gefälle im Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung feststellbar (vgl. dazu beispielhaft Karte 4.1 - Lebenserwartung bei der Geburt 1991).

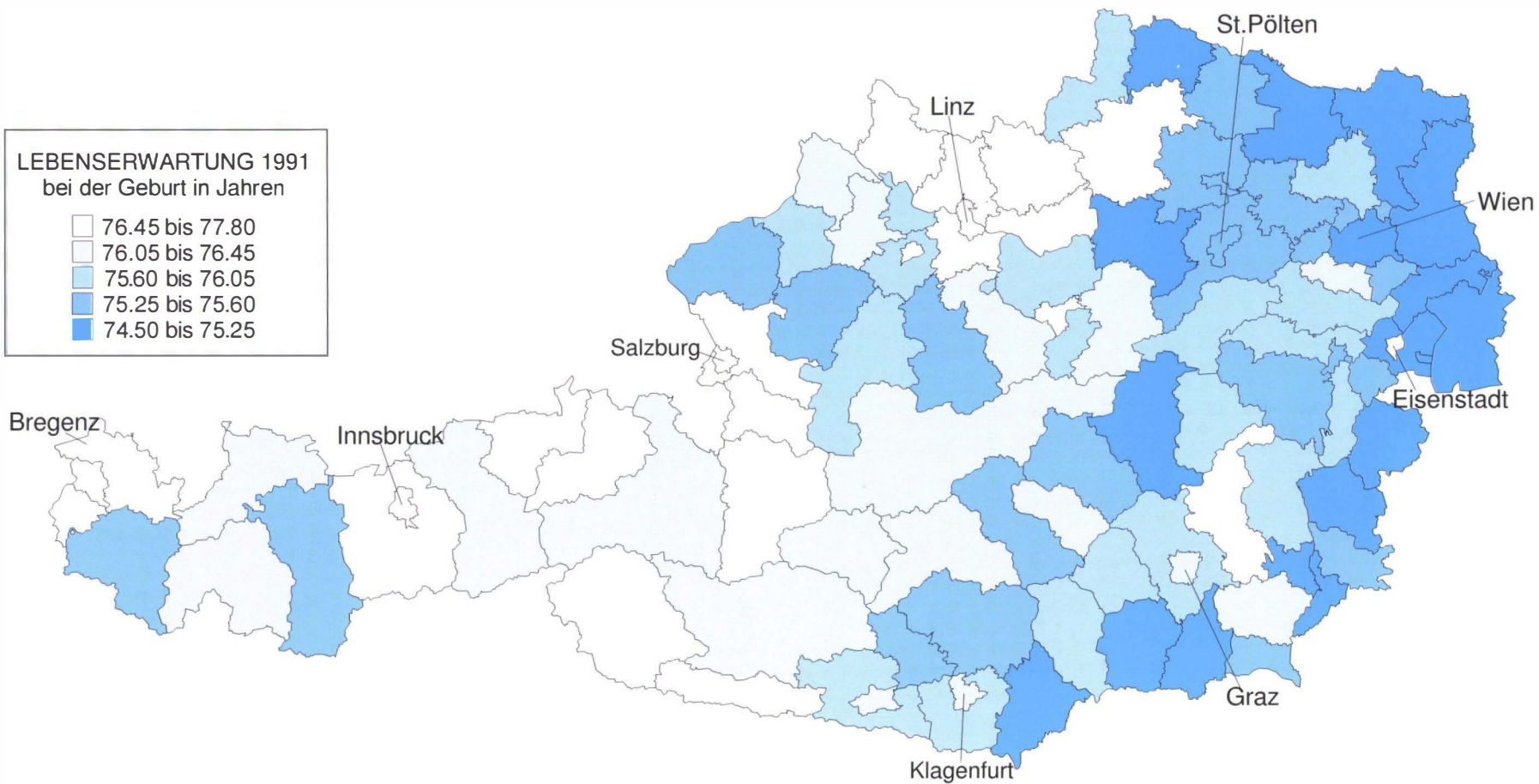
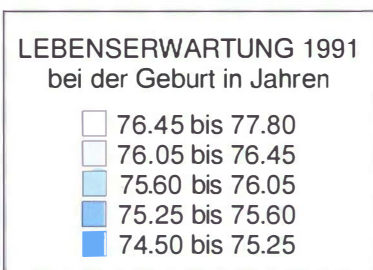
### 4.2.3 Ausblick

Für die weitere Entwicklung der österreichischen Gesundheitsstatistik lassen sich folgende Schwerpunkte formulieren:

Die Ansprüche an Informationsbestände im Gesundheitswesen haben sich in den letzten Jahren insofern geändert, als es Ziel einer effizienten Gesundheitspolitik ist, ihre Maßnahmen gezielt bei besonders gefährdeten Gruppen der Bevölkerung anzuwenden. Dafür sind genauere und tiefer gehende epidemiologische Informationen nötig, welche auch Aussagen über Gruppen in der Bevölkerung, die einem höherem Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, ermöglichen.

Für eine Reihe bestehender Statistiken sind qualitative Verbesserungen geplant. Dies betrifft insbesondere folgende Bereiche:

- Erweiterung der Datenbestände aus der Prävention
- qualitative Verbesserungen der Schuluntersuchungen
- geriatrische Versorgungseinrichtungen
- Leistungen und Kosten im Gesundheitswesen
- sozialepidemiologische Inhalte
- sozioökonomische Fragestellungen
- Morbiditätsgeschehen im ambulanten Betreuungsbereich



Quellen: ÖSTAT, ÖBIG



## Gesundheitsausgaben

- Krankheitsgeschehen in den Bevölkerungsschichten höheren Alters
- Zusammenführung von Gesundheitsdaten und Umweltdaten

Das BMGSK beabsichtigt, ein Gesundheitsinformationssystem aufzubauen, das alle zur Beurteilung des Gesundheitssicherungssystems relevanten Informationen enthält und vergleichende Analysen zulässt.

### 4.3 Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

In diesem Kapitel werden anhand einiger wichtiger Kennzahlen Trends und Entwicklungen der Gesundheitsausgaben im internationalen Kontext aufgezeigt. Darüber hinaus wird für Österreich der Frage nachgegangen, wer die Finanzmittel aufbringt und was die wichtigsten Verwendungsbereiche der Ausgaben für Gesundheit sind.

Dem steigenden Bedarf nach statistischen Informationen über das Gesundheitswesen kam die Organisation für Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) nach. Sie arbeitet seit Beginn der achtziger Jahre an der Entwicklung einer Gesundheitsdatenbank. Die nunmehr vorliegende umfangreiche Datenbank erlaubt unter gewissen Einschränkungen einen internationalen Vergleich von Trends und Entwicklungen der Ausgaben für Gesundheit.

#### 4.3.1 Kenngrößen im internationalen Vergleich

Im folgenden werden einige wichtige Kenngrößen des Gesundheitswesens verglichen. Für den Vergleich wurden die Länder Dänemark, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Kanada, die Niederlande, Schweden, die Schweiz und die USA herangezogen. Die genannten Länder weisen innerhalb der OECD ein hohes Entwicklungsniveau auf.

Eine der wichtigsten und am häufigsten dargestellte Kennzahl des Gesundheitswesens ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Das ist jener Anteil des gesamtwirtschaftlichen Güter- und Leistungsvolumens, der für die Produktion bzw. den Konsum von Gesundheitsgütern und -leistungen verwendet wird.

Abbildung 4.6 zeigt das Niveau und die Entwicklung des Anteiles der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt für die Jahre 1970, 1980 und das Jahr 1990.

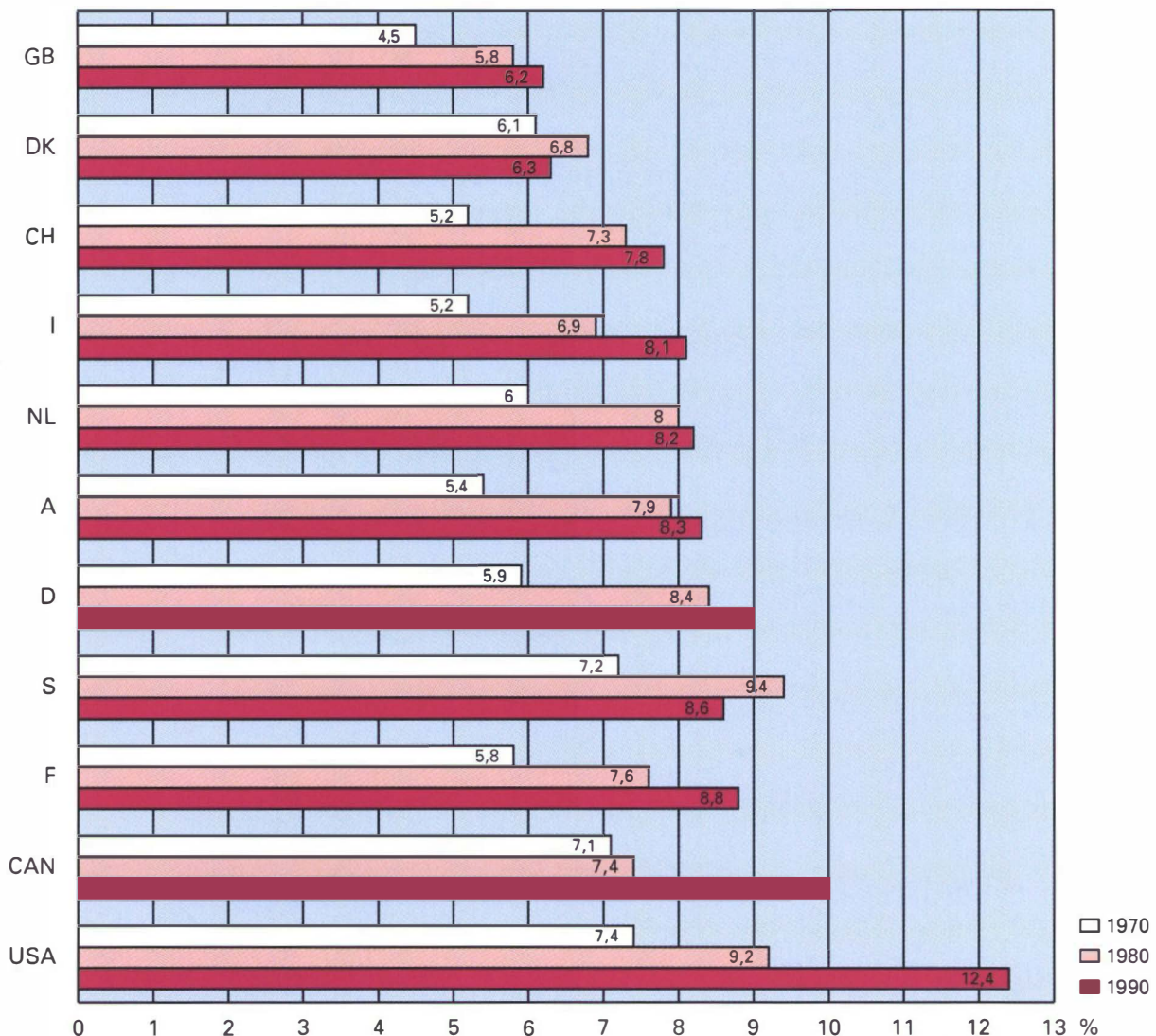
Im Jahre 1970 hatten die USA mit 7,4 Prozent den höchsten, Großbritannien mit 4,5 Prozent den niedrigsten Anteil aufgewiesen. Österreich lag innerhalb der elf verglichenen Länder mit 5,4 Prozent an der achten Stelle.

Im Jahre 1980 wies Schweden mit 9,4 Prozent gefolgt von den USA mit 9,2 Prozent den höchsten und Großbritannien mit 5,8 Prozent den niedrigsten Anteil auf. Öster-

Gesundheitsausgaben  
im internationalen Vergleich

reichs Gesundheitsausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt war nunmehr höher, innerhalb der verglichenen Länder nahm Österreich mit 7,9 Prozent den fünften Rang ein.

*Abbildung 4.6: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den Jahren 1970, 1980, 1990 (Angaben in Prozent)*



Quelle: Program OECD HEALTH DATA (CREDES) 1993

Grafik: ÖBIG

Im Jahr 1990 lag Österreich mit 8,3 Prozent innerhalb der verglichenen Länder im Mittelfeld; den höchsten Gesundheitsausgabenanteil wiesen im Jahre 1990 die USA mit 12,4 Prozent auf. Kanada lag mit 9,5 Prozent an der zweiten Stelle. Großbritannien nahm mit 6,2 Prozent die letzte Position ein. Dänemark, Schweden und Deutschland wiesen 1990 eine niedrigere Gesundheitsquote als im Jahre 1980 auf.

## Gesundheitsausgaben

Neben einer Positionsbestimmung Österreichs innerhalb der verglichenen Länder ist die Betrachtung der Entwicklung der Gesundheitsausgaben von besonderem Interesse. Zur Bewertung, ob Gesundheitsausgaben „explodieren“, werden meist Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben den Wachstumsraten des Bruttoinlandsproduktes gegenübergestellt. Tabelle 4.4 zeigt die durchschnittlichen Wachstumsraten in Fünf-Jahres-Abschnitten.

*Tabelle 4.4: Durchschnittliche Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsproduktes pro Kopf in Prozent 1970 bis 1990 in Fünf-Jahres-Abschnitten*

Land	Durchschnittliche Wachstumsraten in Fünf-Jahres-Abschnitten							
	1970 - 1975		1975 - 1980		1980 - 1985		1985 - 1990	
	GA	BIP	GA	BIP	GA	BIP	GA	BIP
Österreich	17,7	10,9	13,1	11,5	7,6	7,0	7,1	6,5
Canada	11,5	11,0	11,3	10,8	10,9	7,7	7,8	5,5
Dänemark	9,9	8,5	11,4	10,2	6,8	8,5	5,4	5,2
Frankreich	13,6	9,7	12,6	10,7	9,2	6,8	7,1	6,7
Deutschland	16,2	8,9	12,1	11,4	7,7	7,0	5,3	6,2
Italien	12,8	9,2	15,3	12,6	7,3	6,8	9,7	6,7
Niederlande	14,6	9,4	11,2	9,9	6,1	6,2	6,6	6,2
Schweden	11,6	9,4	12,7	8,9	6,1	7,5	4,8	5,3
Schweiz	13,9	7,2	10,4	9,5	7,9	6,8	6,0	5,6
Großbritannien	13,5	9,1	11,0	9,8	8,4	7,6	7,7	6,9
USA	11,3	8,5	12,4	10,3	10	7,2	8,7	5,3

GA = Gesundheitsausgaben

BIP = Bruttoinlandsprodukt

Quelle: Program OECD HEALTH DATA (CREDES) 1993

Insgesamt läßt sich für die dargestellten Zeitperioden folgender Trend bei der Entwicklung der Wachstumsraten erkennen: In der Periode 1970 bis 1975 lagen die durchschnittlichen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung mit Ausnahme Kanadas deutlich über den - ebenfalls hohen - BIP-Wachstumsraten pro Kopf der Bevölkerung; in der Periode 1975 bis 1980 waren die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben in diesen Ländern ebenfalls höher als die des Bruttoinlandsproduktes, jedoch nicht mehr in so hohem Ausmaß wie zwischen 1970 und 1975. In der Periode 1980 bis 1985 lagen erstmals die dänischen, niederländischen und schwedischen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben unter denen der - ebenfalls abnehmenden - BIP-Steigerungen. Die Tendenz der Abstandsverringering setzt sich in der Mehrzahl der Länder auch in der Periode zwischen 1985 und 1990 fort. Diesmal liegen die deutschen sowie die schwedischen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben unter jenen des BIP. Ausgenommen vom Trend der Annäherung der Wachstumsraten des Bruttoinlandsproduktes und

der Gesundheitsausgaben waren die USA und Kanada. In diesen beiden Ländern differierten in der letzten Dekade die Wachstumsraten sogar stärker.

Für Österreich sowie für die Mehrzahl der verglichenen Länder läßt sich aus der Datenlage von 1970 bis 1990 ablesen, daß im Zeitablauf eine zunehmende Koppelung zwischen BIP-Wachstum und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben stattfand und daß sich zwischen 1980 und 1990 die Dynamik der Entwicklung der Gesundheitsausgaben verlangsamte. Zwischen 1990 und 1992 sind nach ersten Ergebnissen in Österreich jedoch die Gesundheitsausgaben wieder deutlicher als das Bruttoinlandsprodukt gestiegen.

Das Gesundheitswesen ist ein Teilbereich des in allen höher entwickelten Ländern stark expandierenden Dienstleistungssektors. Eigenen Berechnungen zufolge waren in Österreich die durchschnittlichen Wachstumsraten des Dienstleistungssektors und der Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1982 bis 1992 etwa gleich hoch. Das bedeutet, daß sich die Gesundheitsausgaben im Vergleich mit dem expandierenden Dienstleistungssektor gleichschrittig entwickeln.

Eine weitere wichtige Kennzahl sind die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung. Der Vergleich erfolgt zu Kaufkraftparitäten, um die unterschiedliche Kaufkraft in den verglichenen Ländern zu berücksichtigen.

Abbildung 4.7 zeigt, daß im Jahre 1970 die US-Amerikaner pro Kopf die höchsten Gesundheitsausgaben und die Briten die niedrigste Ausgabenquote aufwiesen. Österreich rangierte 1970 an der neunten Position. Pro Kopf der Bevölkerung waren im Jahre 1970 die Gesundheitsausgaben in den USA um das 2,4-fache höher als in Großbritannien.

Im Jahre 1980 blieben die USA weiterhin Spitzenreiter und Großbritannien behält die letzte Position; Österreich lag nunmehr an der achten Stelle.

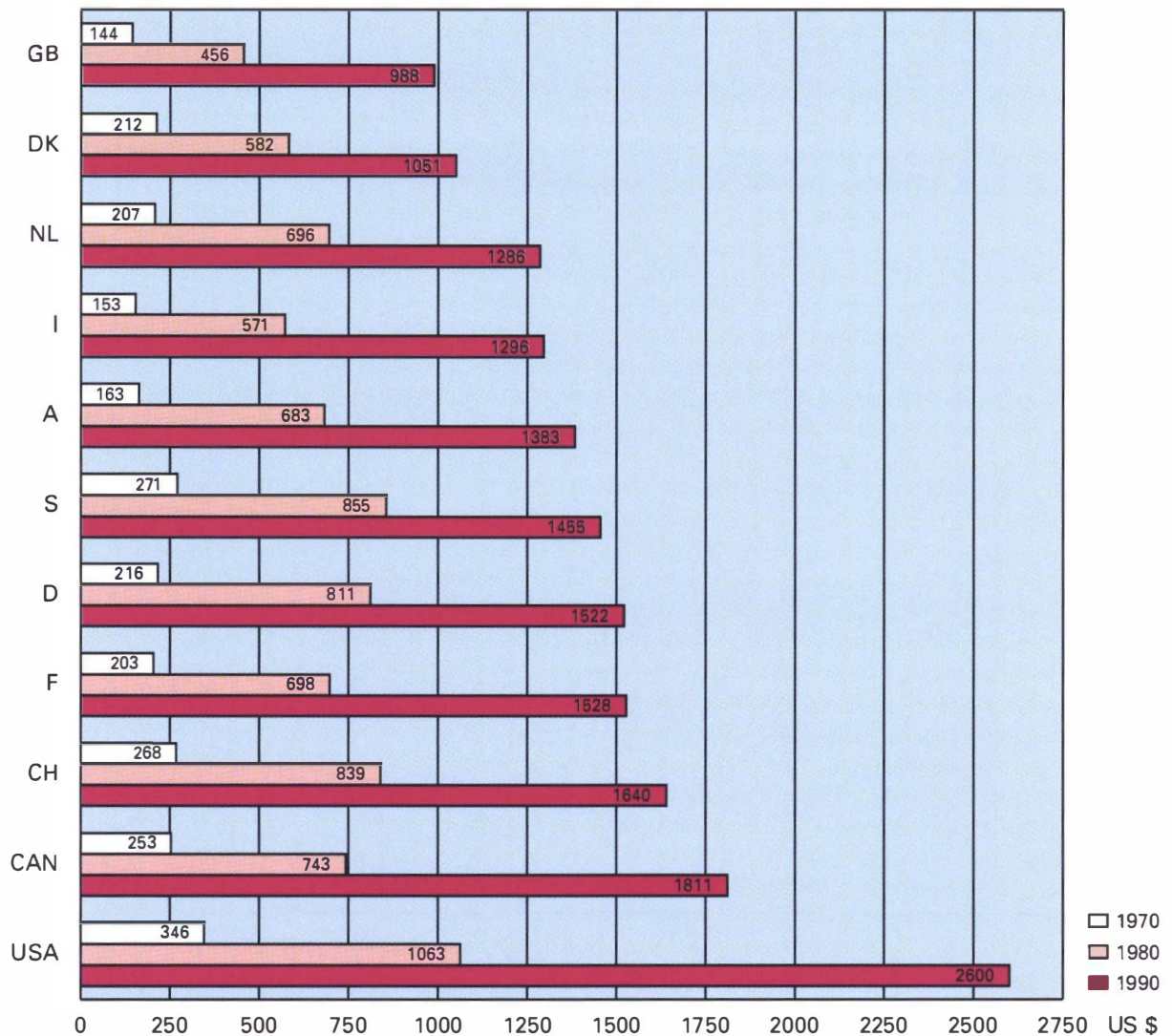
Auch im Jahre 1990 besetzten die USA die erste Stelle, die zweite Stelle nahm nunmehr Kanada, das Schweden ablöste, ein. Im Jahre 1990 vergrößerte sich noch der Abstand zwischen Großbritannien mit den geringsten Gesundheitsausgaben pro Kopf und den USA mit den höchsten. In den USA wurde um das 2,6-fache mehr pro Kopf der Bevölkerung für Gesundheit ausgegeben als in Großbritannien. Österreich nimmt innerhalb der verglichenen Ländern die siebente Stelle ein.

Im internationalen Vergleich kristallisieren sich die im Zeitablauf stabilen Extrempole USA mit den höchsten und Großbritannien mit den niedrigsten Gesundheitsausgaben heraus. Auch hinsichtlich der Finanzierung der Gesundheitsausgaben stehen diese beide Länder einander gegensätzlich gegenüber. In den USA werden die Gesundheitsausgaben zum Großteil privat finanziert, in Großbritannien wird das Gesundheitssystem fast ausschließlich über Steuern finanziert.

## Gesundheitsausgaben

Für Österreich läßt sich eine starke Zunahme der Gesundheitsausgaben im betrachteten Zeitraum feststellen (noch 1960 wurde nur in Italien weniger für Gesundheit ausgegeben als in Österreich).

Abbildung 4.7: Gesundheitsausgaben pro Kopf zu Kaufkraftparitäten in den Jahren 1970, 1980, 1990 (Angaben in US-\$)



Quelle: Programm OECD HEALTH DATA (CREDES) 1993

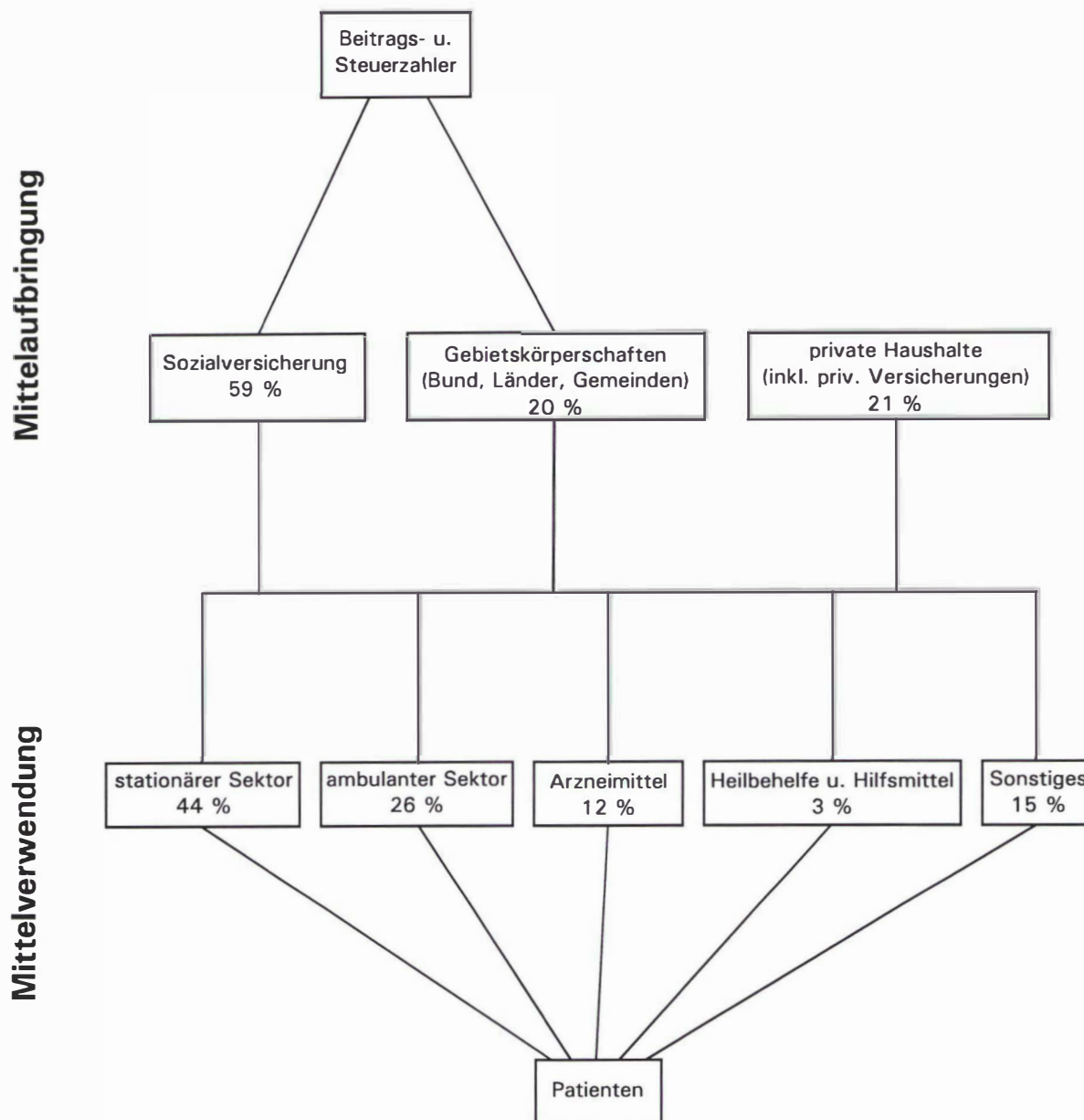
Grafik: ÖBIG

### 4.3.2 Finanzflüsse im österreichischen Gesundheitswesen 1990

Abbildung 4.8 zeigt in aggregierter Form die Financiers und Verwendungszwecke der Gesundheitsausgaben in Österreich für das Jahr 1990.

Wie aus Abbildung 4.8 ersichtlich ist, wurde im Jahr 1990 über die Beitragszahler der Sozialversicherung der überwiegende Teil der Finanzmittel aufgebracht. Die Anteile der Gebietskörperschaften und der privaten Haushalte sind etwa gleich. Der öffentliche Finanzierungsanteil, das heißt Sozialversicherung und Gebietskörperschaften zusammengenommen, betrug 1990 knapp 80 Prozent. Private Haushalte und private Krankenversicherungen finanzieren die restlichen 20 Prozent der Gesundheitsausgaben.

Abbildung 4.8: Finanzflüsse im österreichischen Gesundheitswesen 1990



Quellen: ÖSTAT, Hauptverband der Sozialversicherungsträger u.a.; ÖBIG-Berechnungen

Grafik: ÖBIG

## Gesundheitsausgaben

Ein großer Teil der Ausgaben fließt in den Krankenanstaltenbereich. Auch im internationalen Ländervergleich stellen Krankenhausleistungen den größten Ausgabenposten mit einem Anteil zwischen 35 und 50 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit dar. Der ambulante Sektor (inkl. zahnärztliche Leistungen) nimmt in Österreich knapp ein Viertel der Mittel in Anspruch, Arzneimittel beanspruchen zirka zwölf Prozent und Heilbehelfe und Heilmittel drei Prozent.

Stationärer und ambulanter Sektor zusammengenommen nehmen 70 Prozent der Finanzmittel in Anspruch.

### Quellen:

Alber, J. (1988): Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, in: Schmidt, G. (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen, Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19, Westdeutscher Verlag

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (1991): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung für das Jahr 1990, II. Teil, Wien

Hofmarcher, M. M. (1994): Zur politischen Ökonomie der Rationierungsdiskussion, in: Theuerl, E.; Deszy, J. (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, Beiträge des 13. Hochschulkurses aus Gesundheitsökonomik; APIS, Meran 1994 (in Druck)

OECD (1990): Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency, Paris

OECD (1992): The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris

OECD (1993): OECD Health Systems. Facts and Trends 1960-1991, Volume I and Volume II, Paris

Schneider, M., et al. (1993): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg

Stübler, W. (1989): Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich, in: Statistische Nachrichten, 44. Jahrgang (1989), Heft 12

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (1992): Statistik für den Zeitraum 1982-1991, Wien

## **5 Versorgungsbereiche**

### **5.1 Versorgung durch niedergelassene Ärzte**

#### **5.1.1 Problemstellung**

Obwohl Österreich zu den Ländern mit einer traditionell hohen Ärztedichte zählt, haben die vom Gesundheitsressort seit Anfang der siebziger Jahre in regelmäßigen Abständen in Auftrag gegebenen Studien zur ärztlichen Versorgung einen im Verhältnis zum raschen Anstieg der Gesamtärztezahl relativ langsamen Fortschritt in der Behebung der Fehlbestände an niedergelassenen Ärzten festgestellt.

Ein beträchtlicher Teil der hinzukommenden Ärzte wurde und wird vom intramuralen Bereich absorbiert, dessen großer Bedarf vor allem an Fachärzten mit dem rasanten Wachstum des Leistungsspektrums der Krankenanstalten sowie durch die Bestrebungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zusätzlich angestiegen ist.

#### **5.1.2 Entwicklung von Anfang der siebziger Jahre bis 1989 und Stand 1990**

##### **Entwicklung bis 1989:**

Tabelle 5.1 gibt die Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Ärzte im Zeitraum 1973 bis 1989 wieder und weist den jeweiligen Anteil an niedergelassenen Ärzten aus (unter dem Begriff „berufstätige Ärzte“ sind sowohl die ausgebildeten Ärzte, die bereits das „ius practicandi“ erlangt haben und weiterhin ärztlich tätig sind, als auch die in der postpromotionellen Ausbildung - dem Turnus - stehenden Ärzte zusammengefaßt).

Demnach waren 1989 - insgesamt gesehen - bei einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 3,3 Prozent um fast 10.000 bzw. um 68 Prozent mehr Ärzte berufstätig als 1973. Im gleichen Zeitraum hat der Anteil der niedergelassenen Ärzte unterproportional um 3.853 bzw. 43 Prozent zugenommen, wobei die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate 2,3 Prozent betrug. Damit sank ihr relativer Anteil an den berufstätigen Ärzten von 61 Prozent im Jahr 1973 auf 52 Prozent im Jahr 1989. Dieser geringere Zuwachs an niedergelassenen Ärzten hat jedoch offensichtlich genügt, die Versorgungsmängel bei den niedergelassenen praktischen Ärzten weitgehend zu beheben und bei den niedergelassenen Fachärzten zumindest eine partielle Verbesserung der Versorgungssituation herbeizuführen. Diese Entwicklung steht im Zusammenhang mit dem großen Nachholbedarf vor allem an Fachärzten im intramuralen Bereich.



**Versorgungsbereiche**

*Tabelle 5.1: Anteil der niedergelassenen Ärzte an den berufstätigen Ärzten insgesamt, absolut und in Prozent sowie jährliche Wachstumsrate 1973 - 1989*

Jahr	berufstätige Ärzte		davon niedergelassene Ärzte		
	insgesamt	jährliche Wachstumsrate in Prozent	absolut	in Prozent der berufstätigen Ärzte	jährliche Wachstumsrate in Prozent
1973	14.673		8.989	61,26	
1974	15.067	2,69	9.105	60,43	1,29
1975	15.444	2,50	9.197	59,55	1,01
1976	16.287	5,46	9.396	57,69	2,16
1977	16.775	3,00	9.573	57,07	1,88
1978	17.029	1,51	9.712	57,03	1,45
1979	17.844	4,79	10.049	56,32	3,47
1980	18.376	2,98	10.336	56,25	2,86
1981	18.808	2,35	10.485	55,75	1,44
1982	19.373	3,00	10.747	55,47	2,50
1983	20.089	3,70	11.020	54,86	2,54
1984	20.902	4,05	11.296	54,04	2,50
1985	21.493	2,83	11.527	53,63	2,04
1986	22.219	3,38	11.699	52,65	1,49
1987	22.793	2,58	11.923	52,31	1,91
1988	23.512	3,15	12.368	52,60	3,73
1989	24.643	4,81	12.842	52,11	3,83

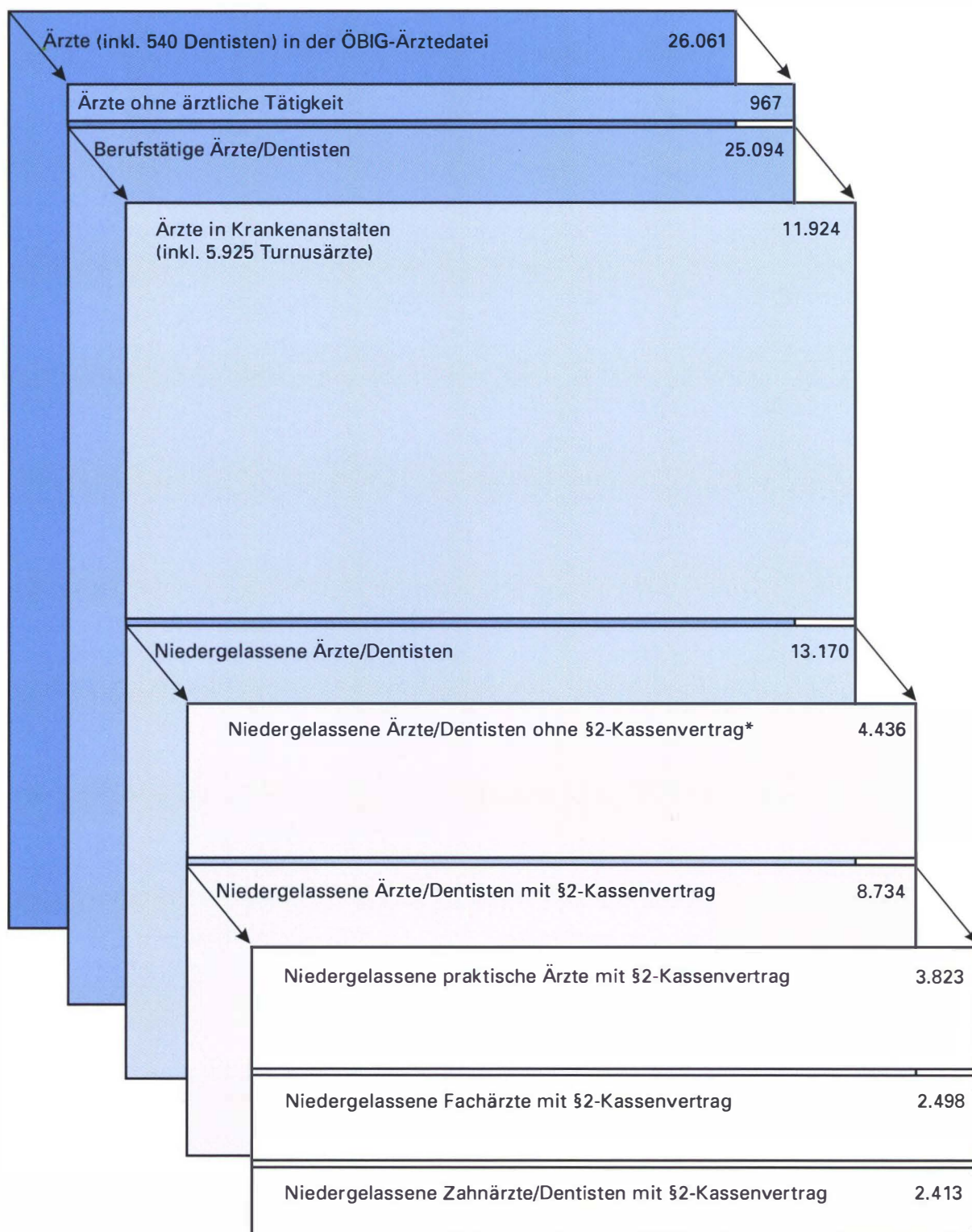
Quelle: Österreichische Ärztezeitung - Standesmeldungen 1973 - 1989; ÖBIG-Berechnungen

**Stand 1990:**

Für dieses Jahr liegt die letzte umfassende Untersuchung zum Ärztebestand vor. Ihre Aussagen zur Struktur der ärztlichen Versorgung und zu den ermittelten Fehlbeständen haben im wesentlichen weiterhin Gültigkeit.

In Abbildung 5.1 wird die Struktur des Ärztebestandes 1990 dargestellt, wobei anzumerken ist, daß in die Berechnungen auch 540 Dentisten wegen ihrer Versorgungswirksamkeit miteinbezogen wurden. Dies ist insbesondere bei Vergleichen mit den im voranstehenden Abschnitt wiedergegebenen Daten zur Entwicklung des Ärztebestandes zu beachten, in denen die Dentisten keine Berücksichtigung fanden. Außerdem wurden die Datenbestände zum Jahr 1990 den bislang umfangreichsten Plausibilitätskontrollen unterzogen, was einerseits zu ihrer hohen Verlässlichkeit, andererseits aber auch zu Korrekturen in den Zahlenangaben und zu Verschiebungen in der Zuordnung der Ärzte zu den einzelnen Tätigkeitskategorien geführt hat.

Abbildung 5.1: Struktur des Ärztebestandes (inkl. Dentisten) 1990



\* Privatpraxen und/oder Praxen mit einem oder mehreren Verträgen mit Nicht-§2-Kassen (den sogenannten „Kleinen Kassen“)

Quellen: ÖAK - Ärzteliste; HVSV - Vertragspartner-Datenbank; Ständemeldung der Österreichischen Dentistenkammer; ÖBIG-Erhebungen und -Berechnungen (ÖBIG-Ärztedatei) Grafik: ÖBIG

## Versorgungsbereiche

Ende 1990 waren in Österreich 25.094 Ärzte (inklusive 540 Dentisten) berufstätig. Von dieser Gesamtzahl verfügten 19.169 über eine abgeschlossene Ausbildung (7.738 praktische Ärzte und 11.431 Fachärzte inkl. Dentisten), 5.925 standen noch in Ausbildung (Turnus).

13.170 bzw. 52,48 Prozent aller berufstätigen Ärzte/Dentisten hatten sich niedergelassen. 8.734 dieser niedergelassenen Ärzte/Dentisten verfügten über einen §2-Kassenvertrag, das sind 34,81 Prozent, also gut ein Drittel der berufstätigen Ärzte insgesamt bzw. 66,32 Prozent oder zwei Drittel aller niedergelassenen Ärzte/Dentisten. Zu den §2-Kassen zählen die neun Gebietskrankenkassen, zehn Betriebskrankenkassen sowie die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus. Ihr Klientel umfaßt ca. 80 Prozent der Bevölkerung.

Tabelle 5.2 weist - gegliedert nach Fachrichtungen - die Anteile der niedergelassenen Ärzte bzw. der niedergelassenen Ärzte mit §2-Kassenvertrag an den berufstätigen Ärzten insgesamt aus.

Die Dichte der niedergelassenen Ärzte betrug 1990 im Durchschnitt 490 Einwohner pro niedergelassenem Arzt in den Stadtregionen und 900 Einwohner pro niedergelassenem Arzt in den Landgebieten. Am geringsten war der Unterschied bei den praktischen Ärzten: rund 1.480 EW/PA in den Stadtregionen gegenüber 1.527 EW/PA in den Landgebieten. Die Zahnärzte/Dentisten hatten bereits eine rund doppelt so hohe Dichte in den Stadtregionen (2.178 EW/ZAD) wie in den Landgebieten (3.727 EW/ZAD). Enorme Unterschiede ließen sich bei den Fachärzten feststellen: rund 1.100 EW/FA in den Stadtregionen gegenüber rund 5.330 EW/FA in den Landgebieten. Ein bemerkenswertes Ergebnis der Analyse ist, daß die Außenzonen der Städte schlechter versorgt sind als die Landgebiete, und dies bei sämtlichen Facharztgruppen.

Der Bedarf an praktischen Ärzten mit §2-Kassenvertrag war in den meisten Regionen gedeckt (Fehlbestand 1979: 627 praktische Ärzte, Fehlbestand 1990: 93 praktische Ärzte). Allerdings wurde nach wie vor ein nicht unerheblicher Ergänzungsbedarf bei den §2-Fachärzten festgestellt. Nach Einschätzung der Experten der Landesregierungen, Gebietskrankenkassen und Ärztekammern sind davon insbesondere die Fachrichtung Augenheilkunde, Dermatologie, Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde betroffen.

### *Internationale Vergleichszahlen:*

Ein Vergleich mit ausländischen Ärztezahlen ist zwar für die Einordnung Österreichs im internationalen Maßstab interessant, gleichzeitig aber auch wegen der unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitssysteme, der voneinander abweichenden Funktionen der Gesundheitsberufe, der differierenden Erhebungsarten, etc. problematisch. Unter diesen Einschränkungen ist generell festzustellen, daß Österreich zu

**Tabelle 5.2:** *Anteile der niedergelassenen Ärzte bzw. der niedergelassenen Ärzte mit §2-Kassenvertrag an den berufstätigen Ärzten insgesamt (inkl. Dentisten) nach Fachrichtungen, absolut und in Prozent, Stand 1990*

Fachrichtung	berufstätige Ärzte insgesamt	davon niedergelassene Ärzte		davon niedergelassene Ärzte mit §2-Kassenvertrag	
		absolut	in Prozent der berufstätigen Ärzte insgesamt	absolut	in Prozent der niedergelassenen Ärzte <sup>*)</sup>
Turnusärzte	5.925	-	-	-	-
Praktische Ärzte	7.738	5.093	65,82	3.823	75,06
Anästhesiologie	707	104	14,71	0	0,00
Augenheilkunde	429	382	89,04	263	68,84
Chirurgie	753	412	54,71	102	24,75
Gynäkologie/Geburtshilfe	772	672	87,05	361	53,72
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	334	274	82,04	188	68,61
Dermatologie	286	245	85,66	156	63,67
Innere Medizin	1.586	977	61,60	355	36,33
Kinderheilkunde	604	395	65,40	245	62,02
Lungenheilkunde	203	127	62,56	92	72,44
Neurologie	322	215	66,77	87	40,46
Orthopädie	286	249	87,06	161	64,65
Physikalische Medizin	65	46	70,77	18	39,13
Radiologie	461	254	55,10	213	83,85
Unfallchirurgie	362	131	36,19	13	9,92
Urologie	260	195	75,00	119	61,02
Zahn-, Mund- und Kiefer- heilkunde inkl. Dentisten	3.174	3.011	94,86	2.413	80,13
Psychiatrie	374	232	62,03	62	26,72
Pathologie	138	16	13,79	0	0,00 <sup>**)</sup>
Neurochirurgie	51	26	50,98	3	11,53
Plastische Chirurgie	14	10	71,43	0	0,00
Medizinisch-chemische Labordiagnostik	116	78	56,52	60	76,92
Sonstige	134	26	19,40	0	0,00
<b>Gesamt</b>	<b>25.094</b>	<b>13.170</b>	<b>52,48</b>	<b>8.734</b>	<b>66,32</b>

<sup>\*)</sup> Kassenvertragsquote

Quelle: ÖBIG 1991

<sup>\*\*)</sup> Die niedergelassenen Pathologen mit §2-Kassenvertrag sind aus EDV-technischen Gründen unter Medizinisch-chemische Labordiagnostik subsumiert.

den Ländern Europas mit einer traditionell hohen Ärztedichte zählt. 1990 wies die WHO-Datenbank für Europa einen Durchschnittswert von 309,75 berufstätigen Ärz-

## Versorgungsbereiche

ten pro 100.000 Einwohner aus. Österreich lag nach dieser Statistik mit 337,29 Ärzten pro 100.000 Einwohner im Spitzenfeld, das heißt, daß auf einen Arzt rund 296 Einwohner kamen.

Ein Vergleich zwischen der BRD (alte Bundesländer, 1989) und Österreich (1990) bezüglich der kassenärztlichen Versorgung ergab, daß auf einen niedergelassenen Kassenarzt in der BRD 879 und in Österreich 877 Einwohner kamen.

Wendet man die 1989 vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen der BRD herausgegebenen Planungsrichtlinien für Ärzte in der kassenärztlichen Versorgung auf Österreich an, so bestand 1990 eine Unterversorgung mit Kassenärzten in den Fächern Chirurgie, Frauenheilkunde, Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde, Innere Medizin und Orthopädie.

Eine Gegenüberstellung aller niedergelassenen Fachärzte in der Schweiz und in Österreich ergab für das Jahr 1989, daß Österreich gegenüber der Schweiz über wesentlich weniger niedergelassene Ärzte der Fachrichtung Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Psychiatrie verfügt. Die umgekehrte Situation kennzeichnet die Fächer Neurologie, Radiologie und Urologie.

### 5.1.3 Zielsetzungen und Aktivitäten im Berichtszeitraum

In der Regierungserklärungen von Jänner 1987 wurden bezüglich des Bereiches „Versorgung mit niedergelassenen Ärzten“ explizit die beiden Ziele

- Transfer möglichst vieler medizinischer Leistungen aus dem Spitals- und Ambulanzbereich zu den niedergelassenen Ärzten und zur Hauskrankenpflege sowie die
- Schaffung neuer Organisationsformen im extramuralen Bereich wie Ordinationsgemeinschaften, Gruppenpraxen und Praxiskliniken

ausgesprochen.

Der für entsprechende Maßnahmen notwendige Informationsbedarf wurde durch die Auftragserteilung an das ÖBIG zu den Studien

- „Ärztliche Versorgung in Österreich 1990 - 2010“ und
  - „Kooperationsformen in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Österreich“
- abgedeckt.

Wesentliche Ergebnisse der oben erwähnten Studie zur ärztlichen Versorgung, die 1991 veröffentlicht wurde, sind im Abschnitt 5.1.2 unter dem Stichwort „Stand 1990“ wiedergegeben. Über nachfragebezogene Steuerungsmaßnahmen in der postpromotionellen ärztlichen Ausbildung wird in Abschnitt 6.1.2 berichtet. Ergebnisse der Untersuchung zu den Kooperationsformen finden sich im nachstehenden Abschnitt.

### 5.1.4 Ausblick

In der Studie „Ärztliche Versorgung in Österreich 1990 - 2010“ wird auch die Nachfrage nach und das Angebot an Ärzten bis zum Jahr 2010 prognostiziert, wobei sich ein Nachfragewachstum von durchschnittlich 1,6 Prozent pro Jahr abzeichnet. Aufgrund des starken Wachstums der über 60jährigen Bevölkerung ergibt sich für die Nachfrage nach Ärzten ab dem Jahr 2000 ein stärker ausgeprägtes Wachstum als davor. In den neunziger Jahren wird eine gleichmäßige Nachfragesteigerung bezüglich aller Ärzteguppen erwartet, wohingegen ab der Jahrtausendwende eine starke Steigerung der Nachfrage im Spitalsbereich in den Vordergrund rückt.

Die Studie zu den ärztlichen Kooperationsformen im extramuralen Bereich, erschienen 1990, enthält neben einer Abhandlung organisatorischer und rechtlicher Fragen die Auswertung einer Befragung niedergelassener Ärzte. 1990 arbeiteten rund 1.900 niedergelassene Ärzte in 750 bis 800 Gruppenpraxen, das sind rund sieben Prozent aller Praxen. Viele dieser Gruppenpraxen sind lediglich Apparategemeinschaften oder innerfamiliäre Übergangslösungen. Gruppenpraxen spielen daher eine vergleichsweise kleine Rolle im österreichischen Gesundheitssystem. Gruppenpraxen sind nicht besser apparativ ausgestattet als Einzelpraxen. Sie können jedoch durch die gemeinsame Nutzung von Personal und Einrichtungen zu einer Kostenreduktion führen. Die Studie kommt zu dem Schluß, daß es vom Standpunkt der Gesundheitsplanung und -politik nicht notwendig sei, die Entwicklung ärztlicher Gruppenpraxen zu fördern oder zu hemmen. Anders werden berufsübergreifende Kooperationsmodelle gesehen, die eine Integration von medizinischer, gesundheitlicher und sozialer Versorgung gewährleisten. Hier sollten vor allem ökonomische Vorkehrungen getroffen werden, um diesen Einrichtungen mehr als nur Modellcharakter zu verleihen.

Eine gesetzliche Regelung von Gruppenpraxen ist zur Zeit Beratungsthema eines Unterausschusses des Parlamentarischen Gesundheitsausschusses.

#### Quellen:

Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz. 2 Bände, ÖBIG, Wien 1974

Ärztliche Versorgung in Österreich. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz. ÖBIG, Wien 1979

Ärztliche Versorgung in Österreich. Erster Teil: Struktur und Entwicklung. Zweiter Teil: Analyse, Planung und Prognose. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz. ÖBIG, Wien 1983 bzw. 1984

Nahbereichsversorgung im ambulanten Sektor. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz. ÖBIG, Wien 1986

## **Versorgungsbereiche**

Kooperationsformen in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Österreich. Erstellt im Auftrag des Bundeskanzleramtes, Sektion VI-Volksgesundheit. ÖBIG, Wien 1990

Ärztliche Versorgung in Österreich 1990 - 2010. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz. ÖBIG, Wien 1991

## **5.2 Mobile Dienste**

### **5.2.1 Problemstellung und Zielsetzung**

Unter mobilen Diensten werden jene nichtärztlichen, pflegerischen und sozialen Dienste verstanden, die zur Erbringung ihrer spezifischen Leistung den Privathaushalt der bedürftigen Personen aufsuchen. Beispiele solcher Dienste sind Hauskrankenpflege, Heimhilfe oder Essen auf Rädern. Diese Dienste sollen die Aufrechterhaltung des Haushaltes trotz physischer oder psychischer Beeinträchtigungen des Klienten ermöglichen. Durch den Einsatz mobiler pflegerischer und sozialer Dienste sollen Heimaufnahmen vermieden bzw. verzögert, unnötige Krankenhausaufnahmen hintangehalten bzw. die Belagsdauer in geeigneten Fällen verkürzt sowie Angehörige von hilfs- und pflegebedürftigen Personen entlastet werden. Der Ausbau mobiler Dienste soll nicht nur einen möglichen Beitrag zur Kostenreduktion im Bereich der Krankenanstalten und Pflegeheime leisten, sondern stellt auch einen Beitrag zur menschlicheren Gestaltung des Leistungsangebotes im Gesundheits- und Sozialbereich dar. Leitgedanke dabei ist, daß die Betreuung zu Hause in weit höherem Maße humane Züge trägt als die Versorgung in einer Institution.

Die Zuständigkeit für den Auf- und Ausbau der Infrastruktur an mobilen Diensten liegt bei den Ländern und Gemeinden. Die Möglichkeiten zur Verbesserung des Angebotes an mobilen Diensten im Rahmen der Kompetenzen des BMGSK bestehen einerseits in der Justierung der Ausbildungsregelungen für Pflegeberufe in Hinblick auf die Arbeit im extramuralen Bereich und andererseits in der Förderung mobiler Dienste aus KRAZAF-Mitteln für strukturverbessernde Maßnahmen unter der Zielvorgabe der Entlastung des stationären Akutbereiches.

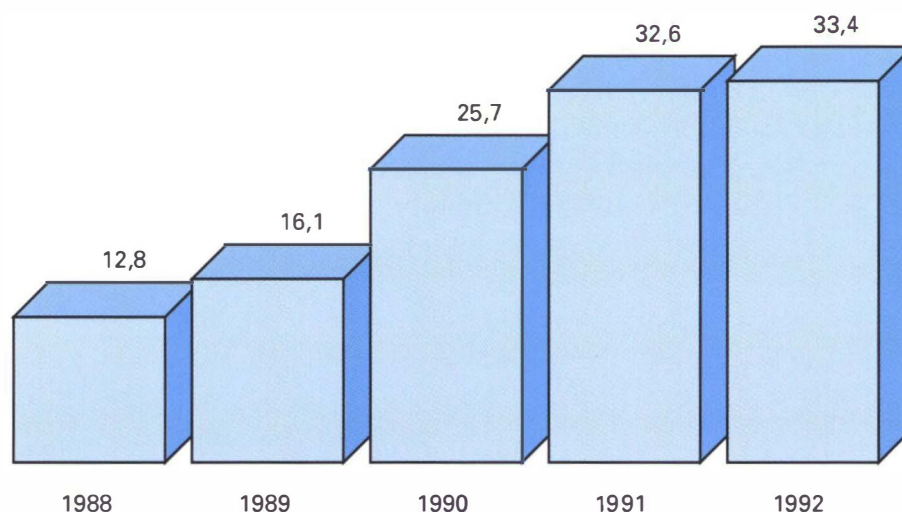
In den Regierungserklärungen der Jahre 1987 und 1990 wurde der Ausbau mobiler Dienste („Hauskrankenpflege und soziale Dienste“) als ein Ziel der Gesundheitspolitik festgeschrieben.

### **5.2.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum**

Das BMGSK entwickelte folgende Aktivitäten zur Verbesserung des Angebotes an mobilen Diensten:

- 1987 wurde das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) beauftragt, die Versorgungssituation in bezug auf Hauskrankenpflegedienste zu erheben und hinsichtlich fachlicher, rechtlicher, organisatorischer und finanzieller Aspekte zu untersuchen (publiziert 1988 unter dem Titel „Hauskrankenpflege in Österreich“). Damit wurde erstmals ein österreichweiter Überblick als Grundlage für weiterführende Aktivitäten von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern (z.B. Einführung und Vergabe der „KRAZAF-Strukturmittel“, Übernahme der Hauskrankenpflege als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung, etc.) geschaffen.
- Ein wesentlicher Schritt zur Förderung mobiler pflegerischer und sozialer Dienste ist mit der Zweckwidmung von KRAZAF-Mitteln für Strukturreformen („Strukturmittel“), welche erstmals im KRAZAF-Gesetz 1988 festgeschrieben wurde, gelungen. Aus diesen Mitteln sollen Einrichtungen und Dienste gefördert werden, die zu einer Entlastung des stationären Akutbereiches in Krankenanstalten beitragen. Darunter fallen vor allem auch mobile Dienste wie Hauskrankenpflege, Heimhilfe, etc. Abbildung 5.2 zeigt den Anteil der Strukturmittel, der für Hauskrankenpflege und andere mobile Dienste in den Jahren 1988 bis 1992 verwendet wurde. Dieser Anteil konnte durch Verhandlungen des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz mit den Ländern von etwas über zwölf Prozent im Jahr 1988 auf über ein Drittel 1992 gesteigert werden.

Abbildung 5.2: Mittel für Hauskrankenpflege und Heimhilfe in Prozent der Gesamtmittel des KRAZAF für strukturverbessernde Maßnahmen 1988 - 1992 (ohne Wien)



Quelle: KRAZAF

Grafik: ÖBIG



## Versorgungsbereiche

- Eine im Rahmen der Kompetenzen des Ressorts sehr wichtige Frage ist die der Gestaltung von Ausbildungsbestimmungen und -richtlinien für Pflegepersonal, das auch für die Arbeit im extramuralen Bereich kompetent sein muß. Das BMGSK hat daher einerseits das neue Curriculum für die allgemeine Krankenpflege u.a. in den für die Arbeit im extramuralen Bereich besonders wichtigen Bereichen Geriatrie, aktivierende Pflege und Psychosomatik angereichert, andererseits mit der Umwandlung des Berufes der Stationsgehilfen in den des Pflegehelfers ein Ausbildungsmodell und ein Berufsbild geschaffen, welches explizit auch für die Tätigkeit im Rahmen von mobilen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen bestimmt ist. In der Pflegehelferausbildung werden die für die Arbeit bei mobilen pflegerischen und sozialen Diensten besonders wichtigen Fähigkeiten der psychosozialen Handlungskompetenz und Konfliktbewältigung betont sowie Praktika bei mobilen Diensten angeboten (vgl. Abschnitt 6.7).
- Alle Aktivitäten des BMGSK in Bezug auf die Integration der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, vor allem hinsichtlich Integrierter Gesundheits- und Sozialsprengel (IGSS), zielen unter anderem auf einen Ausbau des Angebotes an mobilen pflegerischen und sozialen Diensten und eine bessere Einbindung dieses Angebotes in das Zusammenspiel der unterschiedlichen Institutionen ab (vgl. Kapitel 5.12).

### 5.2.3 Aktueller Stand

Die Einführung der KRAZAF-Strukturmittel übte einen starken Impuls auf die Entwicklung der mobilen pflegerischen und sozialen Dienste in Österreich aus. So konnte etwa im Bundesland Vorarlberg - ein Land mit traditionell gut ausgebautem Hauskrankenpflagedienst - der Personalstand im Zeitraum von 1988 bis 1991 um rund 40 Prozent erhöht werden. Das entspricht einer Beschleunigung des Wachstums um mehr als die Hälfte gegenüber dem Vergleichszeitraum davor. Im Bundesland Steiermark konnte der Personalstand im Zeitraum von 1988 bis 1991 um 220 Prozent aufgestockt werden. In diesen, aber auch in anderen Bundesländern werden die Hauskrankenpflagedienste in hohem Maße aus dem Strukturmitteltopf des KRAZAF - auf der Grundlage von Vergaberichtlinien der Länder - finanziert.

Die Sicherstellung der Vergabe von Strukturreformmitteln für mobile Dienste durch die der aktuellen KRAZAF-Vereinbarung folgende Regelung der Krankenanstaltenfinanzierung ist ein wichtiges Ziel des BMGSK.

Die von der Bundesregierung angestrebte Übernahme der medizinischen Hauskrankenpflege als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung konnte durch die 50. ASVG-Novelle im Jahr 1991 realisiert werden. An der Gestaltung der für eine reibungslose praktische Umsetzung dieser Neuregelung notwendigen administrativen und abrechnungstechnischen Abläufe wird allerdings noch gearbeitet.

Die Auswirkungen der Neuregelung der Pflegevorsorge (Pflegegeldgesetz und Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen gemäß Art. 15a B-VG) auf Quantität und Qualität des Angebotes an mobilen Diensten ist gegenwärtig noch nicht abschätzbar.

## **5.3 Leistungsangebot für ältere Menschen**

### **5.3.1 Problemstellung und Zielsetzung**

Aufgrund des absoluten und relativen Anstieges der Zahl der alten Menschen, besonders jener der Hochbetagten, müssen die Angebote des Gesundheitswesens verstärkt auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe abgestimmt werden. Die dabei auftretenden gerontologischen und geriatrischen Problemstellungen zeigen die Besonderheit, daß sie an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen angesiedelt sind („Pflegefallproblematik“, etc.) und daher eines ganzheitlichen, integrativen und interdisziplinären Zuganges bedürfen. Damit in Verbindung steht das Problem, daß die politische Zuständigkeit für diese Fragen sowohl zwischen unterschiedlichen Bundesministerien als auch zwischen Bund und Ländern geteilt ist. Das BMGSK ist bemüht, im Rahmen seiner Zuständigkeit Probleme so umfassend zu thematisieren, daß Anknüpfungspunkte zu den Aufgabenbereichen anderer Ressorts oder der Bundesländer geschaffen werden. Als Beispiele dafür können die Bemühungen um Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel oder um eine gesetzliche Regelung des Alten- und Pflegeheimwesens angeführt werden.

In der Regierungserklärung 1990 wird als Oberziel der Gesundheitspolitik für ältere Menschen die „Sicherung des Lebensabends in Würde“ formuliert. Als operationale Ziele wurde zwischen den Regierungsparteien die „Schaffung von Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengeln“ und die „Heranbringung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung an die natürliche Umgebung der Menschen“ als für alte Menschen besonders relevante Maßnahmen sowie die „Schaffung von Abteilungen für geriatrische Remobilisation“ an Krankenanstalten vereinbart.

### **5.3.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum**

Das BMGSK entwickelte folgende Aktivitäten zur Verbesserung des Leistungsangebotes für ältere Menschen:

- Mit der Ausarbeitung eines Entwurfes zu einem Bundes-Pflegeheimgesetz strebte das BMGSK die erstmalige bundesweite gesetzliche Regelung des Heimwesens an. Dieser Entwurf wurde im Sommer 1990 dem allgemeinen Begutachtungsverfahren unterzogen. Nachdem in zahlreichen Stellungnahmen die Kompetenz des Bundes bezüglich dieser Gesetzesmaterie in Zweifel gezogen wurde, stellte die Bundesregierung 1991 einen Antrag auf Kompetenzfeststellung beim Verfas-

## Versorgungsbereiche

sungsgerichtshof. Der Ende 1992 ergangene Spruch des VfGH verneinte eine Bundeszuständigkeit und konstatierte die diesbezügliche Kompetenz der Länder. Seitens des BMGSK wurde daraufhin von einer weiteren Bearbeitung dieses Themas abgesehen.

- Von wesentlicher Bedeutung für die Verbesserung des Leistungsangebotes für ältere Menschen sind alle jene Maßnahmen des BMGSK, welche die Bereitstellung von KRAZAF-Strukturmitteln für die Infrastrukturentwicklung im Bereich der Pflegeplätze und mobilen Dienste betreffen, den Auf- und Ausbau Integrierter Gesundheits- und Sozialsprengel (IGSS) fördern sowie die Ausbildung der Pflegeberufe in höherem Maße an die speziellen Bedürfnisse älterer Patienten anpassen.

### 5.3.3 Aktueller Stand

Durch die vom BMGSK ins Rollen gebrachten Bemühungen um ein Pflegeheimgesetz wurde nicht nur Bewußtseinsbildung betrieben, sondern vor allem die Entstehung von Landes-Heimgesetzen initiiert. Einige Bundesländer haben schon entsprechende Entwürfe vorgelegt.

Auch im Bereich der ambulanten Altenhilfe (vgl. Kap. 5.2) sind in einigen Bundesländern - nicht zuletzt durch die Förderung aus KRAZAF-Strukturmitteln - kontinuierliche Verbesserungen der Infrastruktur festzustellen.

Alle diese Bemühungen finden in den neu geschaffenen Regelungen einer umfassenden bundesweiten Pflegevorsorge Bestätigung und Ergänzung. Neben dem Bundes-Pflegegeldgesetz wurde eine Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen gemäß Art. 15a B-VG getroffen, welche vor allem die qualitative und quantitative Weiterentwicklung der Altenhilfeeinfrastruktur behandelt.

Die Schaffung von Abteilungen der geriatrischen Remobilisation zur Schließung der Versorgungslücke in der Altenrehabilitation fand in einigen Landes-Krankenanstaltenplänen bereits Berücksichtigung. Auch der bereits in Ausarbeitung befindliche neue Österreichische Krankenanstaltenplan, welcher 1994 fertiggestellt wird, sieht die besondere Berücksichtigung der steigenden Zahl betagter und hochbetagter Patienten und ihrer speziellen Bedürfnisse und damit auch die Schaffung von Abteilungen für geriatrische Remobilisation vor.

## 5.4 Versorgung mit Rettungs-, Notarzt- und Krankentransportdiensten

Gesetzgebung und Vollziehung in Angelegenheiten des Rettungswesens sind gemäß Art. 15 Abs. 1 B-VG Landessache und obliegen den Gemeinden im eigenen

Wirkungsbereich (Art. 118 Abs. 3 Z. 7 B-VG). Eingeschlossen in die Vollziehung durch die Gemeinden bzw. durch die Länder ist auch die Sicherstellung der für die Vorhaltung des Rettungsdienstes notwendigen finanziellen Mittel.

Die Rettungsgesetze der Länder bestimmen auf Basis des B-VG, daß die Gemeinden die erforderlichen Leistungen entweder durch Einrichtung eines eigenen Gemeinderettungsdienstes oder durch Vertragsabschluß mit einer anerkannten Rettungsorganisation sicherzustellen haben. Die Abgeltung der erbrachten Rettungsleistungen ist länderweise verschieden. Eine Form der Finanzierung erfolgt über Entgelte durch die beförderte Person bzw. durch deren kostenersatzpflichtigen Sozialversicherungsträger. Die zweite wichtige Finanzierungsform sind sowohl vom Land als auch von den Gemeinden getragene Einwohner-pro-Kopf-Quoten.

Hinsichtlich einer flächendeckenden Versorgung mit Notarztwägen besteht zwischen den Ländern bzw. Gemeinden, dem Bund und den Sozialversicherungsträgern Uneinigkeit über die Finanzierung bzw. die Höhe eines kostendeckenden Ersatzes durch die Krankenversicherungsträger. Die Sozialversicherungsträger kommen für die tatsächlich angefallenen Transportkosten ihrer Patienten auf. Da es sich bei der Notarztversorgung aber um eine kostenintensive, weil mit Bereitschaftsdiensten von hochqualifiziertem Personal verbundene Versorgungsform handelt, entstehen Auslagen, die nur noch mittelbar mit dem Transport zusammenhängen und den Rettungsorganisationen vom Land bzw. von den Gemeinden zu ersetzen bzw. von diesen zu fördern wären. Die Länder verwendeten mit Ausnahme von Vorarlberg und Wien ab 1988 Strukturmittel des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zur Förderung der Notarztversorgung.

Aufgrund einer EntschlieÙung des Nationalrates vom 3. Dezember 1991, E 26-NR/XVIII. GP, wurden „der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz und der Bundesminister für Föderalismus und Verwaltungsreform aufgefordert, mit den Bundesländern, Gemeinden, Sozialversicherungsträgern und der privaten Versicherungswirtschaft Gespräche zu führen, mit dem Ziel, sicherzustellen, daß diese im Rahmen ihrer Zuständigkeiten die jeweils entsprechenden Anteile zur finanziellen Absicherung der Aufgaben der anerkannten Rettungsorganisationen leisten. Dem Bereich der notfallmedizinischen Einrichtungen ist dabei besonderes Augenmerk zu schenken. Voraussetzung dafür ist, daß die Rettungsorganisationen die finanziellen Grundlagen offenlegen und Einsicht in die Gebarungsunterlagen gewähren.“

Die Koordinationsfunktion dieser Gespräche wurde vom BMGSK übernommen. Im Zuge dieser Gespräche kam es u.a. zur Aufnahme von bilateralen Verhandlungen zwischen den anerkannten Rettungsorganisationen und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Weiters wurde in einer Unterarbeitsgruppe eine Diskussion über qualitätssichernde Maßnahmen wie Versorgungsniveau, personelle Mindestbesetzung und Mindestausbildung sowie notwendige Mindestausstattung von Fahrzeugen in Gang gebracht.

## Versorgungsbereiche

### 5.5 Versorgung im Katastrophenfall

Zu den Aufgaben des Gesundheitsressorts zählt die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Katastrophenfall, die in Abstimmung mit dem Bundeskanzleramt, mit anderen von der Materie berührten Ministerien, mit den Landesregierungen und mit relevanten Institutionen des Gesundheitswesens wie z.B. den Krankenanstaltenträgern und den Rettungsdiensten vorzunehmen ist.

Die Erstellung eines entsprechenden Versorgungskonzepts setzt insbesondere voraus:

- Die Einschätzung von Art und Umfang möglicher Anlaßfälle,
- die Definition der vorzuhaltenden Einrichtungen (Annexspitäler, Notspitäler, mobile Sanitätseinrichtungen und Sanitätssammelstellen),
- die Schaffung der rechtlichen Grundlagen (u.a. geplant als § 18a des Krankenanstaltengesetzes des Bundes),
- die Erhebung der bereits auf Landes- und Bezirksebene vorhandenen Einsatzpläne und der im Anlaßfall nutzbaren stationären und mobilen Einrichtungen,
- die Ermittlung eines sich eventuell aus der Bestandsaufnahme ergebenden Bedarfs an Einrichtungen sowie die Abschätzung des für seine Deckung notwendigen finanziellen Aufwands.

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurde im Juli 1990 mit der Durchführung der für die Realisierung des Konzepts notwendigen Untersuchungen beauftragt. Zur Begleitung dieser Studie wurde ein Beirat eingerichtet, dem Vertreter des Bundeskanzleramtes, des Bundesministeriums für Landesverteidigung, des Bundesministeriums für Inneres und des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz angehören. Dazu wurden österreichweite Fragebogenerhebungen zur Ermittlung der in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten vorhandenen Ressourcen für den Katastrophenfall und zum Beitrag der Rettungsorganisationen durchgeführt. Es stellte sich heraus, daß für die Sicherstellung der katastrophenmedizinischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung zusätzlich bauliche Maßnahmen nicht vordringlich sind: Einschränkungen bestehen nicht auf der Ebene der Aufnahmekapazität (Betten), sondern in der Behandlungskapazität (Personal und Infrastruktur für den chirurgischen und intensivmedizinischen Bereich). Aus diesem Grund war es sinnvoll, die auf bauliche Maßnahmen bezogene Kostenschätzung durch einen Vorschlag zur Optimierung der Einsatzplanung vorhandener Ressourcen zu ersetzen.

### 5.6 Vergiftungsinformationszentrale

Seit Jänner 1977 wird die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) - unter Beibehaltung ihres Sitzes am AKH Wien - als eine an das Österreichische Bundesinstitut für Ge-

sundheitswesen (ÖBIG) angeschlossene und vom Gesundheitsressort finanzierte Einrichtung geführt.

Über Telefon kann einerseits umgehend Beratung bei akuten Vergiftungsfällen eingeholt werden, andererseits wird auch - unabhängig von einem akuten Anlaß - Auskunft zu fachspezifischen Fragen erteilt.

Die kontinuierlich steigende Anzahl der Anfragen, die je zur Hälfte von Laien und Ärzten gestellt werden, lag 1993 bei 19.236.

Die Anfragen betreffen zu etwa 40 Prozent Vergiftungen durch Medikamente. Bei 35 Prozent der Anfragen handelt es sich um Vergiftungen durch Chemieprodukte, wovon 20 Prozent auf üblicherweise im Haushalt verwendete Reinigungsmittel entfallen. Der Rest der bei der VIZ registrierten Anfragen bezieht sich auf die Bereiche Alkohol, Drogen, Lebensmittel, pflanzliche Gifte und sonstiges. Unter den von Vergiftungen Betroffenen befinden sich regelmäßig fast doppelt so viele Kinder wie Erwachsene.

## **5.7 Semistationäre Angebotsformen**

### **5.7.1 Problemstellung und Zielsetzung**

Die Bezeichnung „Semistationäre Einrichtung“ dient in der Regel als Sammelbegriff für Institutionen mit zumeist chirurgischem („Tageschirurgie“ in „Tageskliniken“), psychiatrischem oder geriatrischem Leistungsschwerpunkt („Tagesheime“, „Tageszentren“), welche eine Zwischenstufe zwischen traditioneller ambulanter Versorgung und vollstationärer Versorgung bilden. In Tageskliniken sollen Operationen, welche üblicherweise mit einem stationären Aufenthalt des Patienten verbunden sind, so durchgeführt werden, daß die Patienten die Krankenanstalt noch am Tag des Eingriffes wieder verlassen können. Tageskliniken sollen sowohl eine Entlastung des stationären Akutbereiches bewirken, als auch den Patienten die Annehmlichkeiten einer nur sehr kurzen Hospitalisierung bieten. In psychiatrischen oder geriatrischen Tagesheimen werden sowohl soziale als auch medizinische und pflegerische Leistungen angeboten. Durch Tagesheime werden Leistungen in einer Form angeboten, daß die Klienten ihre vertraute häusliche Umgebung nicht verlassen müssen, ihre pflegenden Angehörigen entlastet werden und Asylierungen vermieden oder verzögert werden können.

Die Entwicklung semistationärer Leistungsangebote ist als gesundheitspolitische Zielvorgabe im Koalitionsübereinkommen für die XVIII. Legislaturperiode festgeschrieben:

## Versorgungsbereiche

Es wird der „Ausbau semistationärer Versorgungsformen (Tageschirurgie, Tageskliniken, Tagesheime, etc.) zur Entlastung des stationären Akut- und Langzeitbereiches“ als strukturverbessernde Maßnahme angepeilt.

### 5.7.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Die Aktivitäten des BMGSK zur Unterstützung und Entwicklung semistationärer Angebotsformen fanden in folgenden Bereichen statt:

- Tageskliniken wurden aus KRAZAF-Mitteln für strukturverbessernde Maßnahmen gefördert.
- Mit den fortgeschrittenen Planungsarbeiten an einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung werden unter anderem die Grundlagen eines Anreizsystems für eine breite Etablierung der Tageschirurgie geschaffen.

### 5.7.3 Aktueller Stand

Einer raschen und breiten Entwicklung der Tageschirurgie steht das gegenwärtige Krankenanstaltenfinanzierungssystem entgegen: Die Entlassung eines Patienten am Tag des Eingriffes bringt dem Träger in der Regel lediglich die Ambulanzgebühr oder den Pflegegebührenersatz für einen Pflage-tag und ist somit aus betriebswirtschaftlicher Sicht unattraktiv. Vereinzelt gibt es jedoch schon Verträge zwischen Krankenanstalten und Gebietskrankenkassen über eine gesonderte Abgeltung Tagesklinischer Leistungen (z.B. zwischen OÖ GKK und AKH Linz). Ein Durchbruch der Tageschirurgie ist jedoch erst mit der Umstellung auf ein leistungsbezogenes Krankenanstaltenfinanzierungssystem und der weiteren Verbreitung neuer OP-Techniken (z.B. minimal invasive Chirurgie) zu erwarten. Neben der Entwicklung geeigneter Finanzierungsinstrumente für die Tageschirurgie sind mit gleicher Priorität Instrumente der Qualitätssicherung für diesen Bereich zu erarbeiten.

## 5.8 Transplantationswesen

Eine soziale Medizin schließt den Anspruch mit ein, den medizinischen Fortschritt möglichst rasch der Allgemeinheit zugänglich zu machen. Diesem Anspruch stehen oft hohe Kosten und knappe Ressourcen entgegen. Dies trifft insbesondere auf Innovation im Bereich der Spitzenmedizin wie etwa das Transplantationswesen zu. 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.

Folgendes Funktions- bzw. Aufgabenspektrum soll vom Koordinationsbüro abgedeckt werden:

- Förderung des Organ- und Gewebeaufkommens
- Förderung des Informations- und Datenaustausches
- Dokumentation des österreichischen Transplantationsgeschehens
- Erstellung von Analysen und Durchführung von Planungsarbeiten
- Erarbeitung von Grundlagen für die Verhandlungsführung von Entscheidungsträgern im Transplantationsgeschehen
- Öffentlichkeitsarbeit

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.

Der Transplantationsbeirat hat Anfang 1992 beschlossen, vorrangig folgende Projekte von ÖBIG-Transplant durchführen zu lassen:

- Finanzierung der Organgewinnung und Knochenmarkspenderregistrierung

Dieses Projekt wurde als sehr dringlich eingestuft, da nach Meinung der Experten des Transplantationswesens die mangelhafte Kostendeckung für Aufwendungen, die im Bereich der Organgewinnung anfallen, mit ein wesentlicher Grund für den in letzter Zeit festzustellenden Rückgang an Spenderorganen und das damit in Zusammenhang stehende Absinken der Transplantationsfrequenz in Österreich ist. Die in Tabelle 5.3 wiedergegebene Entwicklung auf dem Sektor „Nierentransplantation“ veranschaulicht dieses Problem.

- Personalbedarfsplanung für die Transplantationskoordination
- Bettenbedarf für Knochenmarktransplantationen
- Erarbeitung eines Konzepts für die Versorgung niereninsuffizienter Patienten
- Aufbau eines Datenbanksystems zum Transplantationsgeschehen



## Versorgungsbereiche

*Tabelle 5.3: Anzahl der Spendernieren, der Nierentransplantationen und der für eine Transplantation vorgemerkten Patienten - Entwicklung in Österreich 1988 - 1992*

	1988	1989	1990	1991	1992
Spendernieren	295	391	432	396	310
Nierentransplantationen	272	384	409	389	306
für eine Transplantation vorgemerkte Patienten	1.116	1.104	1.094	1.040	1.053

Quelle: Eurotransplant - Jahresberichte

Weiters sollen das Spenderaufkommen in Österreich grundlegend analysiert und Bedarfsanalysen für Transplantationsleistungen durchgeführt werden.

## 5.9 Krankenanstalten-Strukturreform

### 5.9.1 Einleitung

1990 wurden ca. 44 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben und ca. 55 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die intramurale Versorgung aufgewendet (siehe Kapitel 4.3).

Die Versorgung mit Krankenhausleistungen ist in hohem Ausmaß in Krankenanstalten konzentriert, für die der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) Zuschüsse leistet. Prinzipiell sind das alle allgemein öffentlichen und privat gemeinnützigen Krankenanstalten sowie Sonderkrankenanstalten gem. § 2 Abs. 1 Ziffer 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes des Bundes (KAG).

### Mittelverwendung

1992 betrug die Gesamtanzahl der Krankenanstalten in Österreich 323, davon waren 156 sogenannte „KRAZAF-Krankenanstalten“.

In Karte 5.1 ist die räumliche Verteilung der Krankenanstalten nach dem systemisierten Bettenstand 1992 (siehe auch Tabelle 5.4) differenziert nach „KRAZAF-Krankenanstalten“ und nach „Nicht-KRAZAF-Krankenanstalten“ abgebildet.

Für alle nachfolgenden Abbildungen und Tabellen, die den Stand und die Entwicklung des Ressourceneinsatzes im Krankenhausbereich zeigen, wird zwischen „Krankenanstalten insgesamt“ und „KRAZAF-Krankenanstalten“ unterschieden.

Tabelle 5.4 zeigt die Entwicklung des systemisierten Bettenstandes - d.h. die Anzahl der gemäß sanitätsbehördlichem Bescheid genehmigten Betten - in „KRAZAF-Krankenanstellen“ (inkl. Neurologie- und Psychiatrie-Betten) und „Krankenanstellen insgesamt“ für den Zeitraum 1985 bis 1992.

*Tabelle 5.4: Gesamtzahl der systemisierten Betten, gegliedert nach Krankenanstellen insgesamt und KRAZAF-Krankenanstellen, 1985 - 1992*

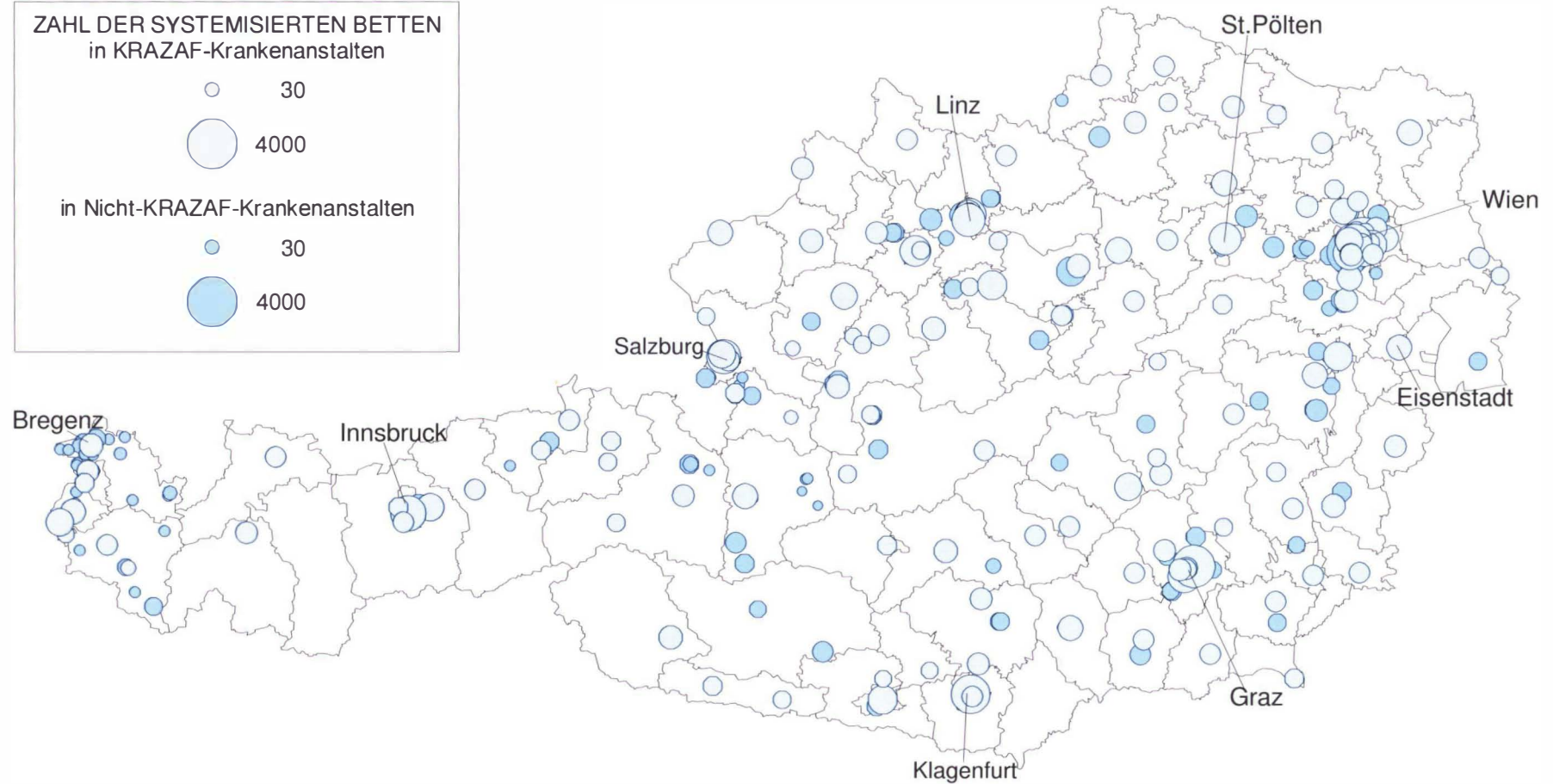
Systemisierte Betten	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Veränderung 1985 - 1992 in Prozent
Betten insgesamt	83.021	82.824	81.932	80.917	80.697	79.719	79.519	78.967	- 4,9
davon KRAZAF-Betten	62.102	61.361	60.888	59.933	59.618	59.002	58.866	58.227	- 6,2

Quelle: KRAZAF-Krankenanstellenstatistik

Im Zeitraum 1985 bis 1992 verringerte sich die Anzahl der systemisierten „KRAZAF-Betten“ um 3.875 und der gesamte Bettenstand, das heißt jener in allen Krankenanstellen, um 4.054. Wie der Tabelle 5.4 zu entnehmen ist, nahm die Anzahl der systemisierten Betten für das gesamte Bundesgebiet um 4,9 Prozent und die Anzahl der systemisierten Betten in den „KRAZAF-Krankenanstellen“ um 6,2 Prozent ab. Diese Verringerung ist auch auf das Wirksamwerden der zwei nachstehenden gesetzlichen Maßnahmen zur Bettenreduktion zurückzuführen:

1. In der Krankenanstaltengesetz-Novelle 1985, die mit 1. Jänner 1986 in Kraft trat, wurden Bettenhöchstziffern pro Bundesland festgelegt und die Erlassung entsprechender Landes-Krankenanstellenpläne bzw. die Anpassung der bereits bestehenden Landes-Krankenanstellenpläne an diese Höchstzahlen innerhalb von drei Jahren beschlossen. Der Geltungsbereich dieser Bestimmung umfaßt alle allgemein öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstellen (gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 1 und 2 KAG) mit Ausnahme der Krankenanstellen für Psychiatrie und Neurologie (vgl. die §§ 10a und 16 der Novelle, BGBl. 565/1985). Gemäß einem KRAZAF-Beschluß sollten österreichweit 1.265 Akutbetten abgebaut werden.
2. Als zweite Maßnahme zur Bettenreduktion wurde im Bundesgesetz vom 26. Mai 1988 über die Errichtung des KRAZAF ein Abbau von 2.600 Betten für den Zeitraum 1988 bis 1990 verankert (vgl. § 1 des Gesetzes, BGBl. 281/1988). Ausgenommen von der Bettenreduktion waren die Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie, ansonsten galt die Regelung für alle öffentlichen Krankenanstellen, private gemeinnützige Krankenanstellen mit Ausnahme von Krankenanstellen des Bundes und der Träger der Sozialversicherung sowie für private, nicht gemeinnützig geführte Krankenanstellen gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 1, 2 und 6 KAG.

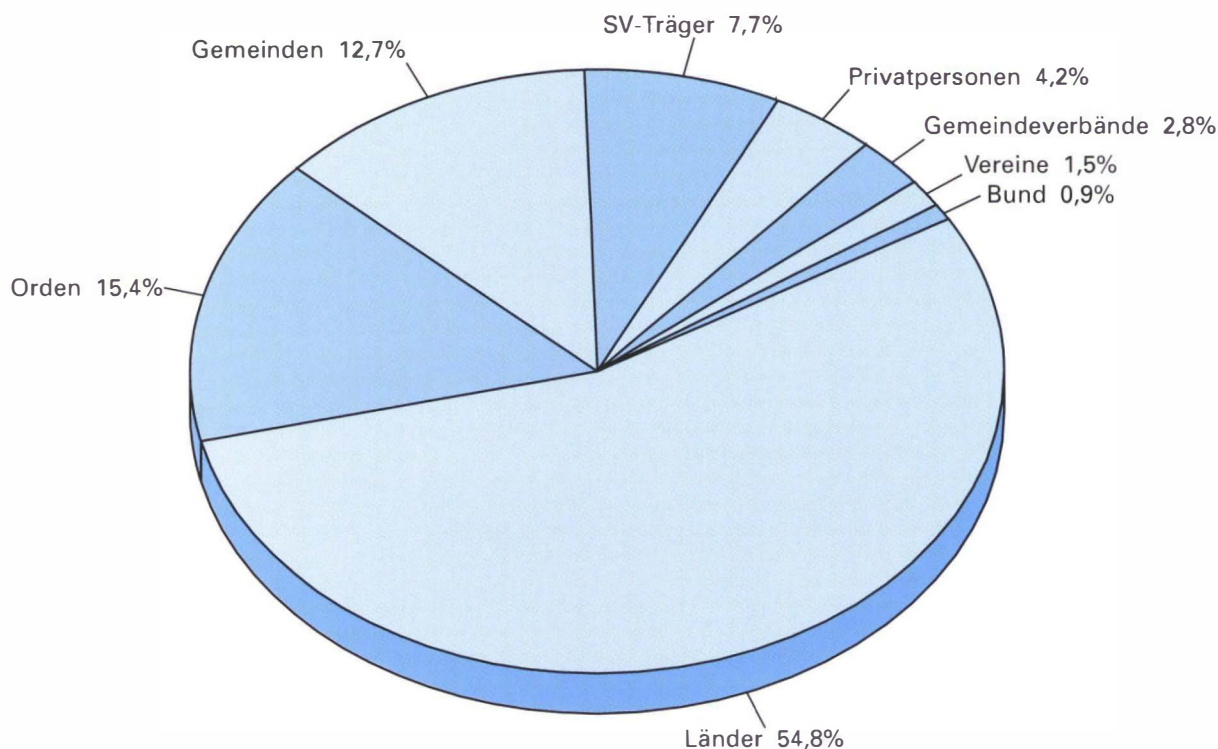
Karte 5.1: Systemisierte Betten in KRAZAF-Krankenan-  
stalten und Nicht-KRAZAF-Krankenan-  
stalten, Stand 1992



Quelle: KRAZAF, Bettenbericht 1992

In Abbildung 5.3 werden für das Jahr 1990 die systemisierten Betten nach Rechtsträgern aufgeschlüsselt. Die Abbildung verdeutlicht die dominierende Stellung der Länder gefolgt von Orden und Gemeinden.

Abbildung 5.3: Systemisierte Krankenhausbetten nach Rechtsträgern 1990  
(Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitswesen in Österreich - Ausgabe Winter 1992

Grafik: ÖBIG

Mit Ausnahme des Rechtsträgers „Privatpersonen“ kam es bei allen Rechtsträgern gegenüber dem Jahr 1984 zu einem Bettenabbau. Bei den „Privatpersonen“ erhöhte sich im Zeitraum 1984 bis 1990 die Anzahl der Betten um ca. 1000 (vgl. auch Wirtschaftswoche Nr. 46/11. Nov. 1993).

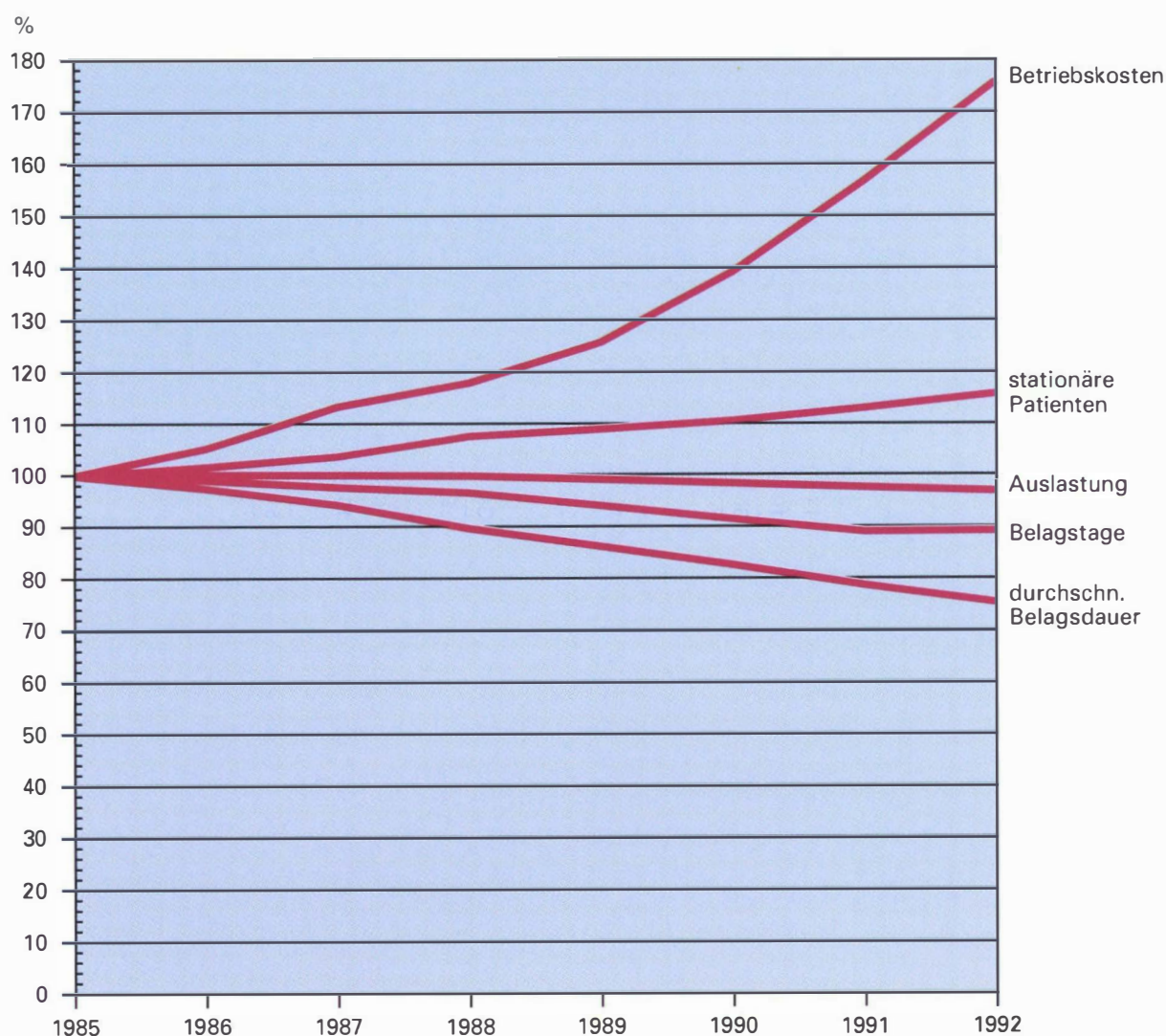
Die Tabellen 5.5 und 5.6 zeigen die Entwicklung des Krankenhauspersonalstandes von 1985 bis 1992 getrennt nach „Krankenanstellen insgesamt“ sowie „KRAZAF-Krankenanstellen“.

Die beiden Tabellen können gemeinsam beschrieben werden, da bezüglich der Entwicklung des Personalstandes in „Krankenanstellen insgesamt“ bzw. „KRAZAF-Krankenanstellen“ kaum Unterschiede bestehen. In den sieben Jahren von 1985 bis 1992 nahm die Anzahl der in Krankenanstellen beschäftigten Personen insgesamt um ca. 30 Prozent zu. Auffällig ist die starke Zunahme beim Personal des medizinisch-technischen Dienstes um 37 bzw. 38 Prozent. Werden der Krankenpflege-

## Versorgungsbereiche

fachdienst und die Berufsgruppe der Stationsgehilfen, die gemeinsam den gesamten Pflegeaufwand in den Krankenanstalten tragen, unter der Bezeichnung Pflegepersonal zusammengefaßt, ist ein Zuwachs von ca. 30 Prozent festzustellen. Eine weitere Auffälligkeit bzw. Bestätigung, daß die Ausübung der Sozial- und Gesundheitsberufe den Frauen überlassen bleibt, ist der hohe Frauenanteil beim Pflegepersonal von konstant 85 Prozent.

Abbildung 5.4: Entwicklung der durchschnittlichen Belagsdauer, der Anzahl der Belagstage, der Auslastung, der Anzahl der stationären Patienten und der Betriebskosten in den KRAZAF-Krankenanstalten 1985 - 1992 (Angaben für 1985 entsprechen 100 %)



**Auslastung:** Belagstage x 100 geteilt durch Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten x 365 oder 366

**Belagstage:** Summe der Mitternachtsstände der Patienten der bettenführenden Hauptkostenstellen

**Durchschnittliche Belagsdauer:** Summe der Belagstage geteilt durch die Summe der stationär aufgenommenen Patienten

**Betriebskosten:** Kosten für den laufenden Betrieb der KRAZAF-Krankenanstalten abzüglich der Abschreibungen

Quelle: KRAZAF - Krankenanstaltenstatistik

Grafik: ÖBIG

Tabelle 5.5: Entwicklung Krankenhauspersonal 1985 - 1992, Krankenanstalten insgesamt (Stichtag 31.12; Kopfzahl)

	1985			1987			1989			1991			1992			Zunahme 1985 - 1992 in Prozent
	W	M	Gesamt	W	M	Gesamt	W	M	Gesamt	W	M	Gesamt	W	M	Gesamt	
Ärztliches Personal	k.A.	k.A.	10.449	k.A.	k.A.	10.712	k.A.	k.A.	11.834	k.A.	k.A.	13.179	k.A.	k.A.	13.922	+ 33
Krankenpflegefachdienst	24.373	2209	26.582	26.096	2.384	28.480	27.152	2.478	29.630	28.924	2.751	31.675	30.524	2.948	33.472	+ 26
Personal d. med.-techn. Dienstes	5.278	546	5.824	6.016	607	6.623	6.349	636	6.985	6.907	702	7.609	7.277	750	8.027	+ 38
Personal d. Sanitätsdienstes	10.197	4.064	14.261	10.186	4.173	14.359	10.852	4337	15.189	13.076	5.375	18.451	13.413	5.644	19.057	+ 34
[davon Stationsgehilfen	8.307	2.024	10.331	8.590	2.145	10.735	9.042	2.245	11.287	10.941	2.984	13.925	11.259	3.070	14.329	+ 37]
Summe			57.116			60.174			63.636			70.914			74.478	+ 30

Tabelle 5.6: Entwicklung Krankenhauspersonal 1985 - 1992, KRAZAF-Krankenanstalten (Stichtag 31.12; Kopfzahl)

	1985			1987			1989			1991			1992			Zunahme 1985 - 1992 in Prozent
	W	M	Gesamt	W	M	Gesamt	W	M	Gesamt	W	M	Gesamt	W	M	Gesamt	
Ärztliches Personal	k.A.	k.A.	9.414	k.A.	k.A.	9.629	k.A.	k.A.	10.659	k.A.	k.A.	11.936	k.A.	k.A.	12.648	+ 34
Krankenpflegefachdienst	21.522	1.925	23.447	23.192	2.098	25.290	24.078	2.197	26.275	25.680	2.448	28.128	27.095	2.614	29.709	+ 27
Personal d. med.-techn. Dienstes	4.569	445	5.014	5.145	485	5.630	5.424	513	5.937	5.928	582	6.510	6.258	612	6.869	+ 37
Personal des Sanitätsdienstes	7.735	3.124	10.859	7.513	3.292	10.805	7.888	3.438	11.326	9.804	4.334	14.138	9.884	4.524	14.408	+ 33
[davon Stationsgehilfen	6.561	1.610	8.171	6.370	1.676	8.046	6.628	1.758	8.386	8.260	2.351	10.611	8.436	2.391	10.827	+ 33]
Summe			48.734			51.354			54.197			60.712			63.634	+ 31

M = Männlich  
W = Weiblich  
k.A. = keine Angaben

Quelle: KRAZAF

## Versorgungsbereiche

85 Prozent des Krankenhauspersonals und 75 Prozent der Gesamtbettenkapazität konzentrierten sich 1992 auf „KRAZAF-Krankenanstalten“. Zwischen 80 und 90 Prozent aller Kosten für das Spitalswesen entfallen auf diese Einrichtungen. Diese Konzentration der Versorgung in den KRAZAF-Krankenanstalten ist der inhaltliche Rahmen für die Darstellung der Strukturdaten in den nachfolgenden Abbildungen und begründet die Schwerpunktsetzung in diesem Kapitel.

Das Auseinanderklaffen der steigenden Betriebskosten einerseits und der rückläufigen Entwicklung der durchschnittlichen Belagsdauer, Anzahl der Belagstage und Bettenauslastung andererseits spiegelt den steigenden Pflegeaufwand und die steigende Behandlungsintensität in den Krankenanstalten wider. Das verdeutlicht sich dadurch, daß eine ca. 16%ige Zunahme der stationären Patienten mit einer ca. 21%igen Reduktion der durchschnittlichen Belagsdauer einhergeht. Die durchschnittliche Belagsdauer in den KRAZAF-Krankenanstalten betrug 1980 14,46 Tage. Sie verringerte sich bis 1991 um ca. fünf Tage auf 9,99 Tage. Im Vergleich mit Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden ist die durchschnittliche Belagsdauer der Akutversorgung in Österreich um ca. drei Tage geringer. Verglichen mit Dänemark, Schweden und Frankreich ist sie um ca. vier Tage höher (OECD Health Data, 1993). Die Anzahl der ambulant versorgten Patienten erhöhte sich um ca. 20 Prozent.

Die Kosten für den laufenden Betrieb erhöhten sich im Beobachtungszeitraum um ca. 74 Prozent. Die Personalkosten sind im gleichen Zeitraum um über 50 Prozent gestiegen. Schätzungen zufolge betragen die nominellen Gesamtausgaben für den laufenden Betrieb aller Krankenanstalten 1989 öS 56 Mrd. (Holler 1993), wobei öS 46 Mrd. in den KRAZAF-Krankenanstalten anfielen. 1992 betragen die Betriebskosten öS 64,3 Mrd.

### 5.9.2 Mittelaufbringung

Gemäß Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG ist die Grundsatzgesetzgebung Bundessache, Landessache hingegen ist die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung. Dementsprechend finden sich im Krankenanstaltengesetz des Bundes (KAG) im ersten Teil grundsätzliche Bestimmungen über Krankenanstalten und im zweiten Teil unmittelbar anwendbares Bundesrecht. Jedes Bundesland ist verpflichtet, Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land - in der allgemeinen Gebührenklasse - sicherzustellen; dies entweder durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten (§ 18 KAG).

Eine stetige Leistungsausweitung im Bereich der Krankenhausversorgung und der damit verbundene Kostenanstieg führten zusammen mit den dem Finanzierungspluralismus innewohnenden negativen Anreizen zu einer parlamentarischen Initiative

bezüglich einer Krankenanstaltenstrukturreform und 1978 zur Gründung des KRAZAF.

Innerhalb von 15 Jahren wurden fünf Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG getroffen.

Die Mittelaufbringung erfolgt derzeit folgendermaßen: Das KAG veranlaßt die Krankenanstaltenträger, periodisch kostendeckende Pflegegebühren zu ermitteln, die im Rahmen der KAGs der Länder zu publizieren sind.

Für den laufenden Betrieb der öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten werden ca. ein Drittel der Einnahmen von Land/Gemeinde/Rechtsträger und Krankenanstalten-Nebenbetrieben (z.B. Personalwohnungen) finanziert („Restabgang“).

Zirka zwei Drittel der Einnahmen werden durch die Finanzierungsträger

- soziale Krankenversicherung (Pflegegebührenersätze),
- Krankenfürsorge/Sozialhilfe,
- Private Krankenversicherungen,
- Patienten/Selbstzahler,
- KRAZAF (siehe Punkt 5.9.3)

aufgebracht.

Für ca. 50 Prozent der öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten, die aber ca. 75 Prozent der Bettenkapazität bereitstellen, liegen Kosten- bzw. Ausgabendaten vor.

### **5.9.3 Der KRAZAF**

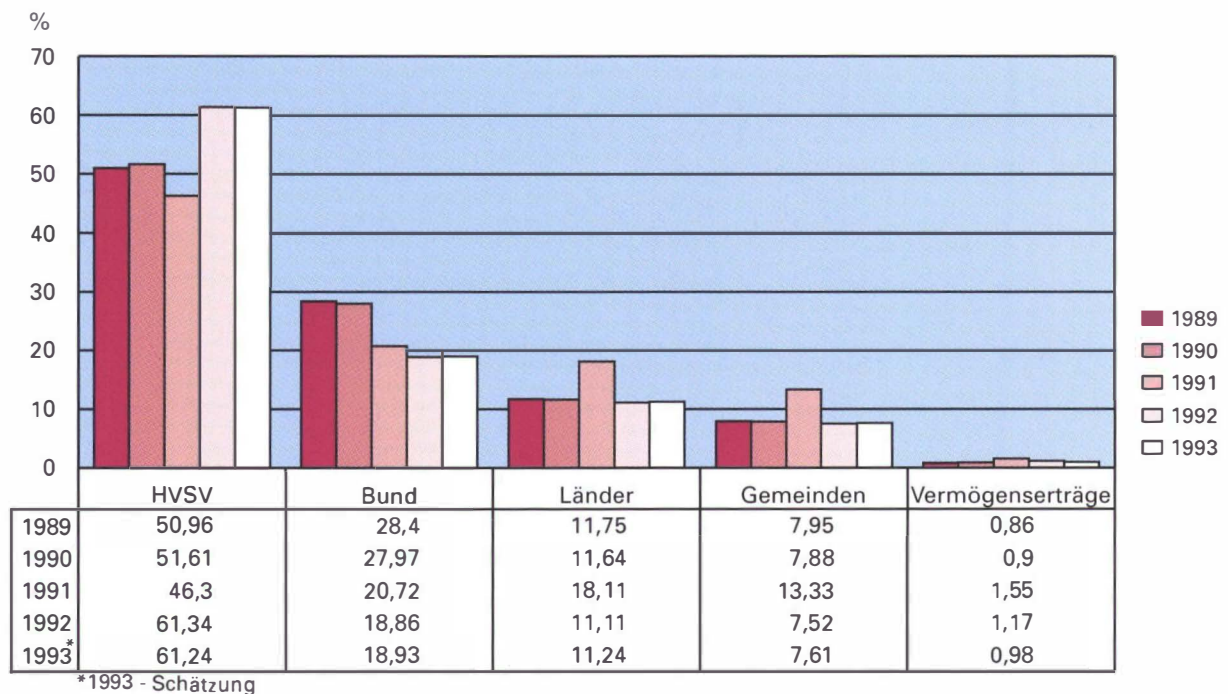
Mit der Vereinbarung 1978 wurde die legistische Grundlage dafür geschaffen, die Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Spitalsversorgung - die Pflegegebührenersätze - an die Beitragseinnahmehöhe zu binden. Durch die Bindung der Höhe der Pflegegebührenersätze an die Einnahmen der Krankenversicherungen soll die Beitragsstabilität für die Krankenversicherten gewährleistet werden.

Für das Jahr 1992 standen dem KRAZAF ca. 14,5 Mrd. öS zur Auszahlung zur Verfügung. Der Betrag erhöht sich bis 1994 auf ca. 17 Mrd. Die Mittelaufbringung im Fonds wird von dem stetig steigenden Anteil, der von den Krankenversicherungsträgern aufgebracht wird, dominiert. Dieser Anteil betrug 1989 knapp 51 Prozent und 1992 61,24 Prozent.



## Versorgungsbereiche

Abbildung 5.5: Dotierung des KRAZAF 1989 - 1993 (Angaben in Prozent)



Quelle: KRAZAF

Grafik: ÖBIG

Im Zuge der Verhandlungen für die durchschnittlich drei Jahre geltenden Vereinbarungen kristallisierten sich neben der Gewährung von Betriebs-, sonstigen und Investitionszuschüssen 1985 und insbesondere 1988 Aufgabenschwerpunkte heraus, die auf eine Strukturreform der Krankenhausversorgung abzielten und schwerpunktmäßig in folgende Aktivitäten mündeten:

- Die Kostenrechnung für Krankenanstalten wurde weiterentwickelt, Richtlinien für die Leistungsstatistik erlassen und seit 1988 konkrete Vorarbeiten zu einer „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung - LKF“ durchgeführt.
- Seit 1988 erfolgt die Auszahlung von Strukturmitteln an die Länder zur Entlastung des stationären Akutbereiches („Strukturmittelkonzepte“).
- Es wurden Studien in Auftrag gegeben, um Richtlinien für die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte in Krankenanstalten zu schaffen.

### 5.9.4 Die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung - LKF

Ausgangspunkt für die geplante Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ist das Prinzip der Kostenerstattung. Die retrospektive Abgel-

tung von Pflegegebühren durch mehrere Finanzierungsträger (siehe Punkt 5.9.2) führt aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zu negativen Anreizen, da Kostenminimierung durch die Krankenanstaltenträger (Restabgang) mit Einnahmenmaximierung über die Pflegegebührenersätze verbunden ist.

Die aus dem Finanzierungssplitting resultierenden Anreize waren zusammen mit einer bis zu 10%igen jährlichen Kostensteigerung in den Spitälern der faktische Rahmen für die Vereinbarung 1988. In dieser Vereinbarung wurden die legislativen Grundlagen geschaffen, eine Leistungsorientierte Krankenanstellenfinanzierung (LKF) einzuführen.

Kernstück dieses Modells ist die Ablösung der jetzigen Finanzierungsbezugsgröße Pflagegetage durch sogenannte Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF). Basis für die Einführung des Modells ist die seit 1989 gesetzlich vorgeschriebene Erfassung und Meldung der in den KRAZAF-Spitälern gestellten Diagnosen nach dem Schlüssel der WHO/ICD-9 VESKA. 19 sogenannte Referenzkrankenanstellen erklärten sich bereit, Grundlagen für die Erfassung und die Kalkulation von Mengen und Kosten für Krankenhausleistungen durchzuführen. 1991 wurden in diesen Krankenanstellen insgesamt 419.549 stationäre Krankenhausaufenthalte mit 175.329 ausgewählten Einzelleistungen erfaßt und kostenmäßig bewertet. Dies ist die Basis für die Festsetzung der zukünftigen Fallpauschalen.

Im Berichtszeitraum wurden diese Vorarbeiten im wesentlichen abgeschlossen. 1993 wurde mit der Abrechnung nach LDF parallel zur derzeit geltenden Krankenanstellenfinanzierung begonnen (Parallelrechnung). Die parallele Abrechnung nach LDF erfolgt zentral im BMGSK-KRAZAF mit der dort errichteten Datenbank.

Von diesem zukünftigen Abrechnungssystem werden folgende Vorteile bzw. ökonomische Steuerungswirkungen erwartet:

- Die Verkürzung der Verweildauer erlaubt den Krankenanstellen, etwaige Überschüsse aus der Abgeltung der Fallpauschale einzubehalten.
- Ein genau definiertes Leistungsbündel pro Diagnose(n)fallgruppe hilft, Mehrfachuntersuchungen auszuschließen.
- Es besteht die Möglichkeit zur Kapazitätssteuerung, das heißt, es werden ökonomische Anreize erwartet, die die Krankenanstellen zu einem Ausbau oder zu einem Kapazitätsabbau in bestimmten Abteilungssegmenten veranlassen. Daraus ergibt sich eine Tendenz zur Spezialisierung.

Im Zuge der Vorarbeiten zur LKF hat die Fondsversammlung 1993 ein Projekt zur Qualitätskontrolle und Sicherung eines medizinischen Qualitätsmanagements beschlossen und in Auftrag gegeben (BMGSK - Präsentation, Juni 1993). Qualitätskontrollen als flankierende Maßnahmen bei der Einführung eines LKF-Systems werden für sinnvoll gehalten, da

## Versorgungsbereiche

- trotz Spezialisierungstendenz, die durch die prospektive Abgeltung von Fallpauschalen entsteht, eine flexible, flächendeckende Versorgung sichergestellt sein muß;
- in fallpauschalierten Abrechnungssystemen die Gefahr der „Patientenselektion“ („patient-dumping“) besteht, das heißt, Patienten mit komplizierter und ökonomisch unvorteilhafter Fallgruppe könnten insbesondere von Krankenanstalten mit niedriger Versorgungsstruktur an andere Häuser verwiesen werden (vgl. auch Schlüchtermann 1993);
- bei der Einführung von Fallgruppen der ökonomische Druck auf die Krankenanstalten steigen wird, kann die Gefahr bestehen, daß die Belagsdauer unter das medizinisch erforderliche Maß gesenkt wird.

## Strukturreformmaßnahmen

Mit der Vereinbarung 1988 wurden über die Dotation des Fonds zwischen 10 und 25 Prozent der Quoten für die Finanzierung strukturverbessernder Maßnahmen bereitgestellt (siehe Kap. 5.5).

## Großgeräteplan

Als weiteren Schritt zur Strukturreform stellte sich 1988 der Fonds die Aufgabe, „die Genehmigung der Anschaffung medizinisch - technischer Großgeräte in Krankenanstalten auf der Grundlage von Richtlinien“ zu überwachen und zu administrieren. Die medizinisch-technischen Großgeräte im Sinne des Fondsgesetzes sind im § 13 (2) differenziert nach Diagnose- und Therapiegeräten taxativ aufgelistet und wurden in der Vereinbarung 1991 um das Therapiegerät „Gamma-Knife“ erweitert.

Eine vom Fonds beauftragte Expertengruppe wurde mit der Ist-Erhebung, der Erarbeitung von Bedarfsgrundlagen unter Einbeziehung internationaler Richtwerte und der Kostenkalkulation für die Anschaffung und den Betrieb pro Großgerät im gesamten Bundesgebiet betraut. Mittlerweile liegen bereits die Folgestudien vor (KRAZAF Großgerätstudien 1993). Es bestehen bei der diagnostischen und therapeutischen Versorgung der Bevölkerung mit Großgeräten interregionale Unterschiede. So besteht beispielsweise bei Lithotriptern „eine beträchtliche Reservekapazität, sodaß weitere Standorte oder Geräte im Zeitraum bis 1995 für die Harnsteintherapie nicht erforderlich sind“. Im Gegensatz dazu ist der regional ausgewogene Zugang zu Magnetresonanzgeräten (MR) noch nicht gewährleistet, obwohl im Vergleich mit 16 entwickelten Staaten Österreich 1991 hinter den USA (11,3), Japan (9,8), Schweiz (4,9), Italien (3,3) und Deutschland (3,1) mit 2,6 MR-Einheiten pro Million Einwohner an sechster Stelle steht. Mit 16 Computertomographie-Anlagen pro Million Einwohner liegt Österreich im internationalen Vergleich an fünfter Stelle. Mit Stichtag 1. Juni 1993 sind insgesamt 130 Computer-Tomographie-Geräte im Betrieb; davon sind 82 Geräte in öffentlichen und/oder privat-gemeinnützigen Krankenanstalten installiert

und 48 bei niedergelassenen Radiologen. Damit sind ca. 60.000 Einwohner mit einem CT-Gerät versorgt. Unter Berücksichtigung einer maximalen Wegzeit von 60 Minuten und der Relation von 48.000 Einwohner pro CT-Gerät wird erwartet, daß bis Ende 1994 33 weitere CT-Geräte installiert werden. Mit rund 170 Geräten ist den Berechnungen zufolge eine regional ausgewogene Versorgung der Bevölkerung gewährleistet.

### **Quellen:**

Holler, G.: Das Fallkostensystem - der Stand der Diskussion in Österreich. In: Theurl, E.; Deszy, J. (Hrsg.): Krankenhausfinanzierung; Beiträge des 12. Hochschulkurses für Gesundheitsökonomik; Universität Innsbruck 1993, S. 23 - 40

Rack, H.: Das Gesundheitswesen in Österreich, Überblick und Reformen im letzten Jahrzehnt, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Mai 1992

Schlüchtermann, J.: Optionen der Krankenhausfinanzierung im Überblick. In: Theurl, E.; Deszy, J. (Hrsg.): Krankenanstaltenfinanzierung; Beiträge des 12. Hochschulkurses für Gesundheitsökonomik; Universität Innsbruck 1993; S. 13 - 21

Stenographisches Protokoll der 98. Sitzung des Nationalrates, XIV. GP am 30. Juni 1978, S. 9702 ff.

Weisbrod, B. A.: The Health Care Quadrilemma; An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care and Cost Containment; Journal of Economic Literature, Vol XXIX, June 1991; pp 523 - 552

Wirtschaftswoche Nr. 46/11. Nov. 1993

## **5.10 Psychosoziale Versorgung**

### **5.10.1 Problemstellung und Zielsetzung**

Langfristige Zielsetzungen der seit Ende der siebziger Jahre durchgeführten Reformbestrebungen in der psychosozialen Versorgung sind die Verbesserung der Situation psychisch Kranker und der Aufbau eines flächendeckenden und integrierten Versorgungssystems mit einander ergänzenden stationären und ambulanten Einrichtungen. Grundprinzipien dabei sind Wohnort- und Lebenskontextnähe der Betreuung und die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung sozialer Eingliederung psychisch Kranker in das Alltagsleben.

Die in Österreich bisher durchgeführten Reformen stellten im wesentlichen auf die Dezentralisierung der stationären Versorgung und den Ausbau extramuraler Dienste ab. Ergebnisse waren u.a. die Verkleinerung und stärkere interne Differenzierung der

## Versorgungsbereiche

psychiatrischen Krankenhäuser, die Halbierung der Gesamtbettenzahl, die Verbesserung des Personal-Patienten-Schlüssels, die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Schwerpunktspitälern, die Entflechtung der bislang einheitlichen postpromotionellen Ärzteausbildung in eine psychiatrische und neurologische Fachrichtung und der Aufbau extramuraler Einrichtungen wie Wohnheime, teilstationäre Einrichtungen, Tagesstätten und Einrichtungen zur Arbeitsrehabilitation (Forster 1993). Das 1990 beschlossene Unterbringungsgesetz (BGBl. Nr. 155/1990) stellt auf die Verbesserung der Rechtsstellung psychisch Kranker ab (vgl. Kapitel 7).

Nach wie vor bestehen starke quantitative und qualitative Defizite in der psychosozialen Versorgung (Meise 1991). Trotz der österreichweit mittlerweile 250 extramuralen Einrichtungen gibt es Lücken und große regionale Unterschiede. Nachholbedarf besteht auch in der Vernetzung extra- und intramuraler Einrichtungen, die die Voraussetzung für Kontinuität, Effektivität und Effizienz der Betreuung darstellt (vgl. auch die Ausführungen zur Integration der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, Kapitel 5.12).

Insbesondere für die ambulante psychosoziale Versorgung wichtige Aktivitäten im Berichtszeitraum wurden durch die seit 1991 geltende Regelung der psychotherapeutischen und psychologischen Berufsausübung gesetzt. In der Folge werden diese beiden Neuregelungen und ihre ersten Ergebnisse näher ausgeführt.

### 5.10.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

#### Psychotherapie

Im Berichtszeitraum wurden drei aufeinander aufbauende Maßnahmen gesetzt, die den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes psychotherapeutischer Betreuung für die Bevölkerung beabsichtigen. Diese Maßnahmen sind

- die gesetzliche Regelung und Definition der Psychotherapie (1991),
- die Aufnahme der Psychotherapie als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung (1992) und
- die Regelung psychotherapeutischer Betreuung in Krankenanstalten im Rahmen der Grundsatzgesetzgebung (1993).

#### Gesetzliche Regelung

Mit dem am 7. Juni 1990 beschlossenen und mit 1. Jänner 1991 in Kraft getretenen Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990) wurde der neue freie Gesundheits- und Heilberuf des Psychotherapeuten installiert. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes wurde eine langjährig und kontrovers geführte Diskussion mit breiter Akzeptanz abgeschlossen (Kierein 1993).

Die Ausübung der Psychotherapie wird im Gesetz definiert als die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden (§ 1 Abs. 1 Psychotherapiegesetz).

Nach den gesetzlichen Anforderungen in vom BMGSK anerkannten Ausbildungs- und Praktikumseinrichtungen ausgebildete Personen sind berechtigt und verpflichtet, die Berufsbezeichnung Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin zu führen. Psychotherapeuten handeln eigenverantwortlich und fachlich weisungsfrei. Sie sind von den Patienten/Klienten frei wählbar und agieren gleichberechtigt neben den anderen Berufen im Gesundheitswesen. Sie unterliegen Berufspflichten, mit denen die Interessen und Rechte der Behandelten geschützt werden sollen. Zentral sind etwa die Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung, die Beschränkung auf die erlernten Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden, die Aufklärungspflicht der Klienten, das Verbot der Behandlung gegen den Willen der Klienten und die strenge Verschwiegenheit über bekanntgewordene Informationen und Geheimnisse.

Die zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigten Personen werden in einer vom BMGSK geführten, öffentlich einsichtbaren Liste erfaßt (Psychotherapeutenliste), die neben Namen, Berufssitz und/oder Dienstort die methodenspezifische Zusatzbezeichnung des Psychotherapeuten enthält. Damit soll für die Bevölkerung transparent werden, wer mit welcher methodischen Ausrichtung wo zur selbständigen psychotherapeutischen Tätigkeit berechtigt ist.

Mit Stand Oktober 1993 sind insgesamt 3.283 Personen in Österreich zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt (siehe Tabelle 5.7). Umgelegt auf die Bevölkerungszahl sind Wien und Salzburg am besten versorgt. Noch kaum mit Psychotherapeuten ausgestattet sind das Burgenland und Niederösterreich. Der überwiegende Teil der Psychotherapeuten arbeitet in den größeren Städten, die ländlichen Regionen sind daher noch weitgehend bis vollkommen unterversorgt.

Psychotherapeuten können in freier Praxis oder im Rahmen einer Institution arbeiten. Jeweils etwa 40 Prozent der Psychotherapeuten in Österreich arbeiten freiberuflich bzw. sind sowohl niedergelassen als auch im Rahmen einer Institution tätig. Ein knappes Viertel arbeitet ausschließlich in einer stationären oder ambulanten Einrichtung.

Nach einer groben Schätzung auf der Basis internationaler Studien bedürfen zwischen fünf Prozent und 20 Prozent der Bevölkerung psychotherapeutischer Hilfe (Jandl-Jäger, Stumm 1988), das sind in Österreich zumindest 390.000 Personen. Um ein flächendeckendes Angebot psychotherapeutischer Betreuung für die Bevölkerung zu gewährleisten, sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Erhöhung der Zahl der im ambulanten Bereich arbeitenden Psychotherapeuten im ländlichen Raum.

## Versorgungsbereiche

- Niederschwellige Gestaltung der psychotherapeutischen Behandlungs- und Betreuungsangebote, das heißt, sie sollten in der Bevölkerung bekanntgemacht werden und örtlich leicht erreichbar sein, dürfen keine oder nur geringe Kosten verursachen und sollen ohne bürokratische Hürden in Anspruch genommen werden können.
- Förderung der Zusammenarbeit der Psychotherapeuten mit den anderen Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich, insbesondere mit der niedergelassenen Ärzteschaft, die zumeist die erste Anlaufstelle für hilfesuchende Personen ist.

*Tabelle 5.7: Zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechnete Personen nach Bundesländern und Art der Berufsausübung, Stand Oktober 1993*

Bundesland	Art der Berufsausübung			Anzahl insgesamt	
	in freier Praxis	in einer Institution	in freier Praxis und in einer Institution	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner
Burgenland	3	11	13	27	1,0
Kärnten	32	33	53	118	2,2
Niederösterreich	101	60	88	249	1,7
Oberösterreich	107	94	88	289	2,2
Salzburg	175	78	131	384	7,8
Steiermark	116	85	105	306	2,6
Tirol	116	72	86	274	4,3
Vorarlberg	63	59	34	156	4,7
Wien	523	288	669	1.480	9,6
Österreich gesamt	1.236	780	1.267	3.283	4,2

Quelle: BMGSK

### Psychotherapie als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung

Ein wesentlicher Schritt in die Richtung einer flächendeckenden Versorgung wurde mit der 50. ASVG-Novelle gesetzt, die seit dem 1. Jänner 1992 psychotherapeutische Behandlung als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung vorsieht. Voraussetzung für den Anspruch ist das Vorliegen einer psychischen Befindlichkeitsstörung, die als Krankheit anzusehen ist, sowie spätestens vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung eine die Psychotherapie ergänzende ärztliche Untersuchung, wohl zur Abklärung eventueller körperlicher Krankheiten.

Zwischen dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung mit Sachleistungen Verhandlungen über den

Abschluß eines Gesamtvertrages aufgenommen. Bis zum Abschluß der Verhandlungen werden von den Kassen Zuschüsse für in Anspruch genommene Leistungen gewährt. 1992 wurden ca. 50 Millionen Schilling an Kostenerstattungen aufgewendet, im ersten Halbjahr 1993 - auf der Basis einer vorläufigen Abrechnung - 40 Millionen. Mittelfristig wird - unter der Annahme von 390.000 behandlungsbedürftigen Personen - ein jährlicher Aufwand von etwa 600 Millionen Schilling zu erwarten sein.

### Psychotherapie in Krankenanstalten

Mit der im November 1993 in Kraft getretenen Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes (BGBl. Nr. 801/1993) wird die psychotherapeutische Betreuung in Krankenanstalten rechtlich verankert. In dieser Novelle ist die Verpflichtung der Länder festgelegt, mit entsprechenden Ausführungsgesetzen eine ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung sowie eine psychotherapeutische Versorgung in jenen Krankenanstalten zu sichern, die auf Grund ihres Anstaltzwecks dafür in Frage kommen.

Als weiterer Beitrag zur psychosozialen Versorgung ist auch die Bereitstellung berufsbegleitender, den konkreten Bedürfnissen entsprechender und in der Dienstzeit in Anspruch zu nehmender Supervision für das Personal in Krankenanstalten durch die Landesgesetzgebung sicherzustellen.

## **Psychologische Tätigkeit im Gesundheitswesen**

### Gesetzliche Regelung

Gleichzeitig mit dem Psychotherapiegesetz wurde das Bundesgesetz über die Führung der Berufsbezeichnung Psychologe oder Psychologin und über die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens (Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990) beschlossen. Das Psychologengesetz sieht für die selbständige psychologische Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens die Berufe des Gesundheitspsychologen und des klinischen Psychologen vor. Beide Berufsgruppen sind freie Gesundheits- und Heilberufe, die eigenverantwortlich und fachlich weisungsfrei arbeiten können.

Die Ausübung des psychologischen Berufes im Gesundheitswesen ist definiert als die Untersuchung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen unter Anwendung wissenschaftlich-psychologischer Erkenntnisse und Methoden. Die Befähigung und Berechtigung zur selbständigen psychologischen Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens erfolgt über den postgraduellen Erwerb fachlicher Kompetenz, wobei das Gesetz sowohl vertiefende Theorie als auch praktische Arbeit im psychosozialen Feld vorsieht.



## Versorgungsbereiche

Auch diese beiden Berufe unterliegen Berufspflichten wie der regelmäßigen Fortbildung, die Aufklärung des Behandelten, die Beschränkung auf die erlernten Arbeitsgebiete und Methoden und die Verschwiegenheit. Die Konsumenten haben das Recht der freien Wahl des Gesundheitspsychologen und klinischen Psychologen.

In der im BMGSK geführten Liste der klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen sind die zur selbständigen Ausübung dieses Berufes berechtigten Personen eingetragen. Mit Stand August 1993 sind 2.125 Personen in Österreich dazu berechtigt. Analog zur Psychotherapie sind Salzburg und Wien derzeit am besten versorgt (siehe Tabelle 5.8), noch kaum mit Vertretern dieser Berufsgruppe ausgestattet sind das Burgenland, Nieder- und Oberösterreich.

Klinisch-psychologische Diagnostik durch in die Psychologenliste eingetragene Personen wird seit 1. Jänner 1992 von der Krankenversicherung nach ärztlicher Verschreibung oder nach psychotherapeutischer Zuweisung honoriert, wenn Störungen mit Krankheitswert vorliegen. Psychologische Behandlung in freier Praxis ist auf Rechnung der Krankenkassen nicht möglich.

*Tabelle 5.8: Zur selbständigen psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens berechnete Personen (Gesundheitspsychologen und klinische Psychologen) nach Bundesländern, Stand August 1993*

Bundesland	Anzahl	
	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner
Burgenland	28	1,0
Kärnten	154	2,8
Niederösterreich	185	1,3
Oberösterreich	178	1,3
Salzburg	274	5,7
Steiermark	221	1,9
Tirol	160	2,5
Vorarlberg	84	2,5
Wien	841	5,5
Österreich gesamt	2.125	2,7

Quelle: BMGSK

Wie weiter oben bereits dargestellt wurde, ist in der letzten Novelle zum KAG das Angebot einer klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Betreuung im Krankenhaus vorgesehen worden.

### 5.10.3 Aktueller Stand und Ausblick

Mit den seit 1990 gesetzten Maßnahmen wurden die Voraussetzungen für den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes psychotherapeutischer, klinisch-psychologischer und gesundheitspsychologischer Betreuung der Bevölkerung geschaffen. In Österreich sind 3.283 Psychotherapeuten (Stand Oktober 1993) und 2.125 klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen (Stand August 1993) zur selbständigen Berufsausübung berechtigt.

Eine wichtige Grundlage für die Bewertung des bestehenden Angebotes an Psychotherapie und für die Ableitung von fördernden und steuernden Maßnahmen durch Gesetzgeber und Finanzierungsträger ist die beabsichtigte systematische Erhebung verlässlicher Daten über den Bedarf an psychotherapeutischer Betreuung in der Bevölkerung. Derzeit wird davon ausgegangen, daß zumindest fünf Prozent der Bevölkerung psychotherapeutische Hilfe benötigen.

Für die Erreichung eines flächendeckenden psychotherapeutischen Angebots sind Maßnahmen zur Ausgleichung des Stadt-Land-Gefälles sowie zur stärkeren Bekanntmachung dieser Hilfestellung in der Bevölkerung erforderlich.

Derzeit wird nur ein Teil der Kosten für die Inanspruchnahme von Psychotherapie von den Kassen refundiert, daher ist die dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zukommende Weiterführung der Verhandlungen über einen Gesamtvertrag, der u.a. Psychotherapie als Sachleistung ermöglicht, gesundheitspolitisch unbedingt notwendig.

Die psychosoziale Versorgung wird durch ein Mischsystem unterschiedlicher Anbieter im Gesundheits- und Sozialbereich bereitgestellt. Eine wesentliche Aufgabe ist die Sicherstellung der Vernetzung der dem psychosozialen Feld zurechenbaren Einrichtungen und Berufsgruppen. Ein Ansatz für die organisatorische Verankerung der Koordination und Kooperation der Anbieter besteht in der in der Regierungserklärung 1990 festgehaltenen und teilweise bereits verwirklichten Einführung von Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengeln (vgl. Kapitel 5.12).

#### Quellen:

Forster, R.: Psychiatrische Versorgung und Psychiatriepolitik in Österreich 1970 - 1990. In: Schriften zur Medizinsoziologie, Band 5, Wien 1994 (in Druck)

Jandl-Jäger, E., Stumm, G.: Psychotherapie in Österreich. Wien 1988

Kierein, M: Die neue österreichische Rechtslage - das Psychologengesetz und das Psychotherapiegesetz. Wien 1993

## **Versorgungsbereiche**

Liste der klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen. Stand 1. August 1993. Hsg. Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

Liste der zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigten Personen. Stand 1. August 1993. Hsg. Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

Meise, U., Hafner, F., Hinterhuber, H. (Hsg.): Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich. Eine Standortbestimmung. Wien - New York 1991

Unterbringungsgesetz. Erfahrungsbericht und Ausblick. Bundesministerium für Justiz, Wien 1992

## **5.11 Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung**

### **5.11.1 Problemstellung und Zielsetzung**

#### **Hintergrund**

Die Verlagerung des Morbiditätsschwerpunktes von den Infektionskrankheiten zu den sogenannten Zivilisationskrankheiten wie Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs stellt das Gesundheitswesen vor neue Fragen und Aufgaben. Trotz des großen medizinischen Fortschrittes ist es vielfach nicht möglich, Erkrankungen chronisch-degenerativer Art zu heilen. Es gibt Annahmen, daß selbst ein Mehraufwand an kurativer Medizin den Gesundheitszustand der Bevölkerung nur unwesentlich verbessern würde.

Diese Entwicklung hat eine neuerliche Besinnung auf die Prävention von Krankheiten ausgelöst. Zur Erklärung des heutigen Krankheitenspektrums und um eine Grundlage der Gesundheitsförderung zu bilden, ist es notwendig, folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen (zunehmende Urbanisierung, Zunahme des Dienstleistungssektors, Individualisierung und Enttraditionalisierung, damit einhergehende zunehmende Entscheidungsfreiheit aber auch Rollenunsicherheit des einzelnen),
- Zunahme von psycho- und somatischen Beschwerden,
- negative Einflüsse aus der natürlichen Umwelt,
- demographische Entwicklung (die Erhöhung der Lebenserwartung erfordert parallel eine Förderung der Lebensqualität im Alter).

## Bezug zu WHO-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.“

In der Charta werden fünf Prinzipien bzw. Aktionsbereiche beschrieben:

- Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln,
- gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen,
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen,
- persönliche Kompetenzen entwickeln,
- die Gesundheitsdienste neuorientieren.

## Umfang der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung geht mit dieser Begriffsbestimmung über die klassische Form der Primärprävention (d.h. Vorbeugung; im Unterschied zu Sekundär- und Tertiärprävention, d.h. Früherkennung und Rehabilitation) und auch über das medizinische Risikofaktorenmodell hinaus und betont die Wichtigkeit der Lebensweisen und sozialen Netzwerke für die Gesundheit. Sie erschöpft sich nicht in Gesundheitsberatung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung, sondern bedient sich der aktivierenden Gemeinwesenarbeit und setzt Maßnahmen zur sozialen Unterstützung und Selbsthilfegruppenförderung.

## Umsetzung

Die Umsetzung von Gesundheitsförderung kann demnach in verschiedenen Ansätzen erfolgen. Gesundheitsförderungsprogramme beziehen sich entweder auf ein inhaltliches Thema (wie z.B. Rauchen, Alkohol oder Ernährung) oder auf ein bestimmtes Setting (wie z.B. Gesunde Stadt, Gesunde Schule oder Gesunder Arbeitsplatz).

Ebenso wie die WHO-Programme sind die in Österreich durchgeführten Gesundheitsförderungsprogramme auf einer Matrix aus Themen und Settings einzuordnen. Der Setting-Ansatz sieht den sozialen Kontext als sehr wirkungsvoll für das Verhalten an. Gesundheitsförderliche und -hinderliche Faktoren sollen in ihrem Umfeld erkannt und modifiziert werden. Es geht nicht nur um Verhaltens- sondern auch um Verhältnisprävention.

## Versorgungsbereiche

### Politische Ziele

In der Regierungserklärung von 1990 wird als ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik

- die Verbesserung der Gesundheitsvorsorge durch den Ausbau und die finanzielle Absicherung des „Fonds (nunmehr Forum) Gesundes Österreich“

angeführt (vgl. Abschnitt 5.11.2.3).

Darüber hinaus wurden im Arbeitsübereinkommen zwischen den beiden Regierungsparteien zum Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ vier weitere Teilziele formuliert:

- Definition und Ausweitung der Gesundheitsbildung in den Schulen unter Heranziehung der Schulärzte sowie Ausweitung des Untersuchungsprogramms,
- Ausbau der Gesundheitsvorsorge in den Gesundheits- und Sozialsprengeln (vgl. Kap. 5.12),
- Aktivierung und Unterstützung regionaler Gesundheitsinitiativen (z.B. Selbsthilfegruppen) und Koordinierung durch länderweise Arbeitskreise für Gesundheitsförderung (vgl. Abschnitt 5.11.2.2 und 5.11.2.3),
- Als Teilziel im Rahmen des Ausbaus der Gesundheitsvorsorge ist die Gesundenuntersuchung qualitativ und quantitativ zu verbessern (vgl. Abschnitt 5.11.2.1).

#### 5.11.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Beschrieben werden im folgenden sowohl Aktivitäten, die in die alleinige Zuständigkeit des Gesundheitsressorts fallen, als auch solche, die in Kooperation mit anderen Ressorts oder Organisationen durchgeführt werden. Der Darstellung im Abschnitt 5.11.2.1 liegt eine Systematik zugrunde, die die Aktivitäten zu den einzelnen Schwerpunkten jeweils anhand von Problemstellungen, Zielen, Maßnahmen, Ergebnissen und Problemen beschreibt und mit einem Ausblick endet. Im Abschnitt 5.11.2.2 wird die „Settingbezogene Gesundheitsförderung“ charakterisiert, die von der neugeschaffenen Abteilung II/B/20 im BMGSK initiiert und organisatorisch unterstützt wird. Ein eigener Abschnitt ist dem Forum (vormals Fonds) „Gesundes Österreich“ gewidmet.

Die Beschreibung der Maßnahmen beschränkt sich mit Ausnahme der Gesundenuntersuchung auf den Bereich der Primärprävention.

## 5.11.2.1 Themenbezogene Gesundheitsförderung

### Mutter-Kind-Paß

#### Problemstellung, Ziel und Maßnahmen

Die Einführung des Mutter-Kind-Paß-Untersuchungsprogramms im Jahr 1974 erfolgte mit dem Ziel, die in Österreich bis dahin im Vergleich zu anderen europäischen Staaten hohe Säuglingssterblichkeit zu senken. Sowohl die Anzahl der Untersuchungen als auch die als Anreiz zur Inanspruchnahme ausbezahlte Geburtenbeihilfe wurde seit Einführung des Mutter-Kind-Passes erhöht.

Der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz legt - im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Umwelt, Jugend und Familie - den Untersuchungsumfang im Verordnungswege fest. Das Ressort ist für die Herausgabe und Verteilung des Mutter-Kind-Passes zuständig und übernimmt nunmehr - seit Änderung des Bundesministeriengesetzes 1991 die bis dahin vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie getragenen - zwei Drittel der Untersuchungskosten (ein Drittel übernehmen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung).

Seit 1. Jänner 1987 umfaßt das Untersuchungsprogramm fünf Schwangerenuntersuchungen einschließlich zwei Laboruntersuchungen und eine interne Untersuchung der Schwangeren, fünf Kindesuntersuchungen im ersten Lebensjahr einschließlich je einer orthopädischen, HNO- und Augenuntersuchung sowie weitere Kindesuntersuchungen Ende des zweiten, dritten und vierten Lebensjahres. Ohne Bindung an die Auszahlung der erhöhten Geburtenbeihilfe besteht die Möglichkeit von zwei Ultraschall-Untersuchungen während der Schwangerschaft und einer weiteren Augenuntersuchung des Kindes.

Seit April 1992 wurden zusätzlich eine Hepatitis B-Untersuchung der Schwangeren sowie zwei fakultative Hüftultraschalluntersuchungen des Kindes in das Programm aufgenommen.

Als Begleitmaßnahme wird die Broschüre „Mein Baby kommt“ verteilt. Weiters werden Informationsbroschüren über Schwangerschaft, Säuglingspflege und Impfungen kostenlos zur Verfügung gestellt.

#### Ergebnisse und Probleme

Die Säuglingssterblichkeit konnte seit Einführung des Mutter-Kind-Passes kontinuierlich gesenkt werden (1974: 23,8 Promille; 1984: 11,9; 1989: 8,3; 1990: 7,8; 1991: 7,5).

Die Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Paß-Untersuchungsprogramms beträgt nahezu 100 Prozent. Lediglich eine kleine Gruppe aller gebärenden Frauen nimmt das

## **Versorgungsbereiche**

Programm für sich bzw. ihre Kinder nur teilweise oder gar nicht in Anspruch. Ein Erfolg des Mutter-Kind-Passes ist, daß es durch seine Einführung erstmalig gelang, eine breite Bevölkerungsgruppe einer gynäkologisch-zytologischen Vorsorgeuntersuchung und einer internen Kontrolle zuzuführen.

### Ausblick

In Erfüllung des gesetzlichen Auftrags (§ 32 Abs. 5 Familienlastenausgleichsgesetz), bei der Ausgestaltung des Mutter-Kind-Paß-Programms auf den jeweiligen Erkenntnisstand der Medizin Bedacht zu nehmen, finden regelmäßig Gespräche des Gesundheitsressorts mit dem Familienministerium, der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger statt.

Neben dem möglichen Ausbau des Untersuchungsprogramms, eventuell durch Hinzunahme einer Vorschuluntersuchung, ist die Entwicklung gezielter Betreuungsprogramme für Risikogruppen vorgesehen.

## **Impfungen**

Ziele in diesem Bereich sind die Reduktion von Infektionskrankheiten und die Überwachung des Durchimpfungsgrades der Bevölkerung.

### Maßnahmen

Die Teilnahme an Impfungen ist in Österreich grundsätzlich freiwillig, es gibt entsprechende Empfehlungen für allgemeine Impftermine, die z.B. im Mutter-Kind-Paß angeführt sind.

Die Beratung und Ausarbeitung der jeweiligen Empfehlungen erfolgt durch den Impfausschuß des Obersten Sanitätsrates. Informationen über den jeweils aktuellen Stand erfolgen über geeignete Medien an Ärzte, Krankenanstalten, Apotheker sowie an die Bevölkerung.

Das BMGSK stellt für öffentliche Impfungen gegen Tuberkulose, Diphtherie-Pertussis-Tetanus, Polio, Masern-Mumps-Röteln, Röteln bei Wöchnerinnen ohne Antikörper kostenlos Impfstoffe zur Verfügung. Durchgeführt werden diese öffentlichen Impfungen im Rahmen der Sanitätsverwaltung in Gesundheitsämtern, Mütterberatungsstellen und Schulen sowie durch von den Ämtern der Landesregierungen bestellte Impfärzte. Während des gesamten Berichtszeitraums kam die Broschüre „Nur Impfen schützt“ zur Verteilung.

1991 wurde ein vom Impfausschuß des Obersten Sanitätsrates erarbeitetes Informationsblatt zur Tuberkuloseimpfung an die Impfärzte verteilt. Die TBC-Impfung wird damit nur noch für Personen empfohlen, bei denen die Tuberkulinprobe negativ ist

und die einer erhöhten Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind. Zur Impfung gegen *Haemophilus influenzae* Typ b hat der Impfausschuß des Obersten Sanitätsrates im November 1991 eine Empfehlung abgegeben und ein Impfschema erstellt.

### Ergebnisse und Probleme

Die vom BMGSK betriebene laufende Information der Ärzte und der Bevölkerung verfolgt auch den Zweck der Gegensteuerung gegen die in den letzten Jahren beobachtbare abnehmende Akzeptanz von Impfungen (z.B. begründet in den Aktivitäten von Impfgegnern).

Das BMGSK erhält die Daten über die im öffentlichen Bereich durchgeführten Impfungen und wertet sie aus. Die Impfungen durch niedergelassene Ärzte werden dem Ressort nicht bekannt. Aus diesem Grund kann der Durchimpfungsgrad der Bevölkerung nicht direkt festgestellt werden, sondern wird zusätzlich zu den durch die öffentlichen Impfungen erfaßten Daten abgeschätzt, z.B. durch die Zahl der verkauften bzw. ausgelieferten Dosen und aufgrund von regionalen Erhebungen. Weitere Auskünfte soll eine seroepidemiologische Untersuchung der Immunität gegen verhütbare Erkrankungen in der österreichischen Bevölkerung geben.

Beim Vergleich der öffentlichen Impfungen auf Ebene der Absolutzahlen ist hervorzuheben, daß es im Berichtszeitraum einen beträchtlichen Rückgang an öffentlichen Impfungen gegen Poliomyelitis gibt, bei dem sich die Verlagerung der Impfung in die niedergelassene Arztpraxis niederschlagen dürfte. Die Impfungen gegen Masern und Mumps haben im Berichtszeitraum kontinuierlich zugenommen.

### Ausblick

Es finden Vorarbeiten für ein neues Epidemiegesetz statt, wobei die Einführung einer Meldepflicht für alle durch Impfung vermeidbare Krankheiten geplant ist. Das BMGSK setzt sein Bestrebungen fort, sowohl die Ärzte als auch die Bevölkerung weiterhin über die Impfeempfehlungen zu informieren und die Bevölkerung zum Impfen zu motivieren.

Es laufen Bestrebungen, die Dokumentation und statistische Erfassung der im privaten Bereich durchgeführten Impfungen zur Feststellung der Durchimpfungsrate zu sichern. Besonders relevant ist dies für alle Bevölkerungsgruppen außerhalb des Pflichtschulalters, da diese nicht mehr über schulische Impfungen erreichbar sind.



## Versorgungsbereiche

### Vorsorgeuntersuchungen

#### Problemstellung

1974 wurde in Österreich die über die Krankenkassen abgeholte 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 Volkskrankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz- und Kreislauferkrankungen.

Die Vorsorgeuntersuchungen sind für Personen ab dem 19. Lebensjahr vorgesehen und können von diesen einmal jährlich in Anspruch genommen werden. Durchgeführt werden die Vorsorgeuntersuchungen durch praktische Ärzte und Chirurgen, Gynäkologen, Internisten, Pulmologen und Urologen sowie durch eigene Einrichtungen der Sozialversicherung.

#### Ziel

Das Arbeitsübereinkommen der Koalitionsparteien formulierte 1987 „als Teilziel im Rahmen des Ausbaus der Gesundheitsvorsorge“, daß „die Gesundenuntersuchung qualitativ und quantitativ zu verbessern“ ist.

#### Maßnahmen

Im Berichtszeitraum hat keine Änderung in der Organisation der Vorsorgeuntersuchungen stattgefunden. Als nützlich für die Inanspruchnahme hat sich die Herstellung spezifischer Zugänge herausgestellt, da die Untersuchungsangebote vielfach erst dann in Anspruch genommen werden, wenn sie den Menschen entgegenkommen, das heißt, Einladungsschreiben und Aufforderungen allein scheinen nicht sehr wirkungsvoll. Seitens des BMGSK finden daher Verhandlungen mit dem Gesunde-Städte-Netzwerk über den Einsatz von Gesundheitsbussen statt.

#### Ergebnisse und Probleme

Einzelne Bundesländer haben die Vorsorgeuntersuchungen speziell organisiert. Im Land Vorarlberg gibt es seit über 25 Jahren den Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin. Dort werden Probanden nach eineinhalb bis zwei Jahren mittels EDV zur Vorsorgeuntersuchung wiederbestellt. In Wien werden seit 1990 auch Vorsorge-reihenuntersuchungen in Betrieben durchgeführt.

Wie Tabelle 5.9 zeigt, wurde die Vorsorgeuntersuchung im letzten Jahrzehnt - bis auf die Ausnahmen 1984 und 1985 - jährlich stärker frequentiert. Die Abnahmen der Basisuntersuchungszahlen des Jahres 1984 um 14 Prozent und 1985 um weitere 35 Prozent konnten durch die erhöhte Inanspruchnahme der Folgejahre aufgeholt bzw.

## Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung

weit übertroffen werden. Im Berichtszeitraum 1989 - 1991 kam es jährlich zu weiteren Zunahmen bei den Basisuntersuchungen (+30 %, +7,5 %, +8,5 %, +10 %). Gynäkologische Untersuchungen sind jedoch 1990 gegenüber 1989 um sechs Prozent zurückgegangen. Hier konnte erst 1992 wieder eine höhere Anzahl als 1989 erreicht werden. Seit Einführung der Vorsorgeuntersuchungen 1974 wurden 3.335.880 Basisuntersuchungen und zusätzlich 1.383.555 gynäkologische Untersuchungen durchgeführt, das heißt, daß insgesamt 4.719.435 Untersuchungen erfolgt sind.

**Tabelle 5.9: Entwicklung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen 1974 - 1992**

Jahr	Anzahl Basisuntersuchungen Männer/ Frauen	Änderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl gynäkologischer Untersuchungen	Änderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl Untersuchungen insgesamt	Änderung zum Vorjahr in Prozent
1974 bis 1979	586.106	-	406.995	-	993.101	-
1980	119.380	- 0,6 %	76.773	- 5,0 %	196.153	- 2,4 %
1981	119.224	- 0,1 %	75.206	- 2,0 %	194.430	- 0,9 %
1982	128.540	+ 7,7 %	75.993	+ 1,0 %	204.443	+ 5,2 %
1983	162.646	+ 26,6 %	93.174	+ 22,6 %	255.820	+ 25,1 %
1984	140.087	- 13,9 %	72.637	- 22,0 %	212.724	- 16,9 %
1985	91.140	- 34,9 %	52.452	- 27,8 %	143.592	- 32,5 %
1986	126.514	+ 38,8 %	55.563	+ 5,9 %	182.077	+ 26,8 %
1987	151.680	+ 19,9 %	61.824	+ 11,3 %	213.504	+ 17,3 %
1988	247.752	+ 63,3 %	79.987	+ 29,4 %	327.739	+ 53,5 %
1989	323.018	+ 30,4 %	84.267	+ 5,4 %	407.285	+ 24,3 %
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 %
1974 bis 1992	3.335.880	-	1.383.555	-	4.719.435	-

Quelle: Voelkel 1992; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 1992

Wie Tabelle 5.10 zeigt, beträgt die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen österreichweit im Schnitt 7,9 Prozent und ist bundesländerweise unterschiedlich. An erster Stelle steht Vorarlberg mit der traditionell höchsten Frequenz (vgl. Voelkel 1992), gefolgt vom Burgenland und der Steiermark. Die geringste Inanspruchnahme haben Wien und Niederösterreich.

Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen durch praktische Ärzte hat seit 1988 fast kontinuierlich geringfügig zugenommen (von damals 69 % aller Basisuntersuchungen auf 77 % im Jahr 1992). Die Zahl der von Fachärzten durchgeführten Basisuntersuchungen blieb über die Jahre konstant bei elf bis zwölf Prozent. Die

## Versorgungsbereiche

Durchführung durch eigene Einrichtungen der Sozialversicherung bzw. durch sonstige Untersuchungsstellen hat etwas abgenommen (vgl. Voelkel 1992).

*Tabelle 5.10: Inanspruchnahme der Basisuntersuchungen bezogen auf den Versichertenstand aller Krankenversicherungsträger (Versicherungsverhältnisse ohne mitversicherte Angehörige) im Jahr 1992 in Prozent*

Bundesland	Inanspruchnahme in Prozent
Vorarlberg	15,6
Burgenland	13,5
Steiermark	12,0
Tirol	11,7
Kärnten	10,6
Salzburg	9,8
Oberösterreich	7,9
Wien	4,3
Niederösterreich	3,5
Österreich	7,9

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 1992; Berechnungen durch ÖBIG

Bei der Frequenz der Vorsorgeuntersuchungen dominieren jüngere Jahrgänge. Die Altersgruppen zwischen 19 und 49 Jahren stellen etwa drei Fünftel aller Untersuchten (1992: 59 %).

### Ausblick

Eine undifferenzierte flächendeckende Vorsorgeuntersuchung erscheint dem BMGSK im Einklang mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sehr allgemein und für eine Früherkennung von Risikogruppen nicht ausreichend zielführend. Da die Inanspruchnahme steigend ist, sind bis auf weiteres keine zusätzlichen Maßnahmen erforderlich.

## Rauchen

### Problemstellung

Laut einer Schätzung der WHO sind 90 Prozent aller Lungenerkrankungen tabakinduziert, bei einer Reihe anderer Erkrankungen sind die kanzerogenen Bestandteile des Tabakrauchens und des Nikotins zumindest als Kofaktoren beteiligt.

Gemäß der Mikrozensususerhebung 1986 durch das Österreichische Statistische Zentralamt über das Rauchverhalten rauchen 30 Prozent der Österreicher (40 Prozent

der Männer und 21 Prozent der Frauen). Verglichen mit früheren diesbezüglichen Mikrozensen hat sich der Anteil der rauchenden Männer verringert, der der Frauen erhöht. Das heißt, es kam zu einer Verschiebung im Rauchverhalten: Abnahme bei den Männern seit 1972 um fünf Prozent, Zunahme bei den Frauen im gleichen Zeitraum um acht Prozent.

Für die Planung von Maßnahmen war die Erkenntnis bedeutsam, daß sich der Anteil von Exrauchern unter den Männern von 1972 bis 1986 kaum verändert hat; die Abnahme der männlichen Raucher ist somit fast ausschließlich durch eine Zunahme von echten Nichtrauchern (= Niemalsraucher) bedingt. Das heißt, wenn Kampagnen gegen das Rauchen (Anfang und Mitte 1985 wurden die großen Anti-Rauch-Kampagnen „Ohne Rauch geht's auch“ durchgeführt) überhaupt Wirkung zeigen, dann scheinen sie eher Nichtraucher anzusprechen und diese gewissermaßen in ihrer Haltung, weiterhin nicht zu rauchen, zu bestätigen.

Diese Vermutung wird durch eine diesbezügliche Frage aus der Mikrozensususerhebung 1986 untermauert: Bei der Frage an die Exraucher nach Gründen für ihre Tabakabstinenz erwiesen sich „Antirauchkampagnen“ als am wenigsten motivierend. Die persönliche Ansprache, durch z.B. den Arzt, durch Verwandte und Bekannte, das Rauchen doch aufzugeben, hat mehr Wirkung, als durch Medien vermittelte diesbezügliche Botschaften. Da das Rauchverhalten in den meisten Fällen Abhängigkeitsverhalten darstellt und ähnlich schwierig zu beeinflussen ist wie Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit, überrascht das Ergebnis von relativ wirkungslosen Medienbotschaften an Raucher nicht.

Ein weiteres Problem im Gesundheitsbereich stellt der Themenkreis des „Passivrauchens“ dar. Seit Mitte der achtziger Jahre gab es Meldungen, daß Passivrauchen mindestens genauso schädlich sei wie aktives Inhalieren von Tabakrauch. Um in dieser Frage Klarheit zu gewinnen, veranstaltete der seinerzeit verantwortliche Gesundheitsminister eine Enquete mit internationalen Experten auf diesem Gebiet. Das Ergebnis dieser Anhörung war der eindeutig bewiesene Zusammenhang zwischen Rauchverhalten der Mütter und negativen Auswirkungen auf ihre Kinder (z.B. geringeres Geburtsgewicht bei Neugeborenen, erhöhte Raten bei Erkrankungen der Atmungsorgane). Ein gesundheitsgefährdender Zusammenhang zwischen unfreiwilligem Inhalieren von Tabakrauch und erhöhtem Krankheits- oder Krebsrisiko beim gesunden Erwachsenen konnte hingegen mit wissenschaftlichen Methoden nicht nachgewiesen werden.

### Ziele

Da Rauchen ein direkt gesundheitsschädigendes und auch für gesunde Nichtraucher ein sie belästigendes Verhalten darstellt, sollten einerseits Signale für Raucher im Hinblick auf mehr Rücksichtnahme auf Nichtraucher gesetzt werden, andererseits sollten Maßnahmen ergriffen werden, die geeignet sind, den Rauchbeginn überhaupt zu verhindern.

## Versorgungsbereiche

Ziele des in Vorbereitung befindlichen Tabakgesetzes sind der Schutz von Nichtrauchern (durch Rauchverbote in der Öffentlichkeit), Qualitätssicherung der in Verkehr gebrachten Tabakerzeugnisse (z.B. durch Schadstoffobergrenzen) und ein umfassendes Werbeverbot.

## Maßnahmen

### *Maßnahmen in bezug auf das Rauchverhalten:*

Im Jahr 1989 und 1990 ersuchte der Gesundheitsminister alle Regierungsverantwortlichen (Minister und Landeshauptleute), in Gängen und Warteräumen öffentlicher Gebäude ein Rauchverbot zu verhängen und weitere Maßnahmen zu treffen, um Nichtraucher vor den Einwirkungen des Tabakrauchens zu schützen. Diese Aktion wurde positiv aufgenommen, die Verantwortlichen setzen eine Reihe von Maßnahmen, die das Rauchen in der Öffentlichkeit einschränkten. Zum Beispiel wurden im innerösterreichischen Zugverkehr die Raucherplätze stark vermindert. In vielen Nahverkehrszügen wurde ein generelles Rauchverbot eingeführt, ebenso im Überlandverkehr der Postautobusse. Alle innerstädtischen Verkehrsmittel wurden „rauchfrei“. In Wien wurde auch in den Haltestellen der U- und S-Bahnen ein Rauchverbot eingeführt. Viele Spitäler haben sich an der Aktion „Rauchfreies Krankenhaus“ beteiligt, und eine Reihe von Behörden berichteten über die Einführung von Rauchverbotszonen in öffentlichen Gebäuden, bei Sitzungen, etc.

In Zusammenarbeit mit der Bundeswirtschaftskammer wurde 1991 die Aktion „Rauchfreie Zonen in Gaststätten“ durchgeführt. Lokalbesitzer wurden angeregt, rauchfreie Tische oder Räume zur Verfügung zu stellen, das Gesundheitsressort stellte kostenlos die entsprechende Beschilderung zur Verfügung sowie einen an der Außenseite des Lokals anzubringenden Werbeaufkleber mit entsprechendem Hinweis. Die Aktion wurde 1993 wiederholt.

Weiters wurde im Jahr 1991 in einem Übereinkommen zwischen Gesundheitsminister und Finanzminister (als Vertreter der zuständigen Aufsichtsbehörde des österreichischen Tabakmonopols) festgelegt, daß die österreichischen Zigarettenpackungen (und Werbematerial) in Hinkunft den schärfer formulierten Warnaufdruck „Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit“ enthalten müssen. Außerdem wurde die Aufnahme zusätzlicher Warnaufdrucke „Rauchen in der Schwangerschaft gefährdet Ihr Baby“ und „Schützen Sie Ihr Kind vor Tabakrauch“ vorgeschrieben.

1993 wurde das Forum „Gesundes Österreich“ beauftragt, Rauchen als Jahreschwerpunkt aufzunehmen. Im Rahmen des Interventionsprogramms Rauchen erfolgte eine Bestandsaufnahme der Raucher-Therapie-Angebote sowie die Entwicklung von Schulungsunterlagen für Ärzte, Apotheker, Psychologen und Hebammen. Das Interventionsprogramm richtet sich an den dissonanten, entwöhnungswilligen Raucher.

### *Maßnahmen zur Verhinderung des Rauchbeginnes:*

Da die Motive für den Rauchbeginn andere sind als die Fortsetzung des Rauchverhaltens, waren zunächst Einstiegsalter und Startmotivationen festzustellen, um dann geeignete Maßnahmen zu entwickeln. Das Einstiegsalter für den Rauchbeginn liegt in Österreich vor dem 19. Lebensjahr. Aus Befragungen von Jugendlichen - aber auch Erwachsenen - war bekannt, daß Raucher ein positives, Nichtraucher ein negatives Image haben und daß die Wunsch-Selbstbilder von Jugendlichen mit dem Image, welches Rauchern zugeschrieben wird, übereinstimmen. Diese Imagebilder bzw. Stereotypen entsprechen zwar nicht der Realität, sie sind jedoch in Jahrzehnten gewachsen.

Die Strategie war daher, das identifikationshemmende Nichtraucherimage (Nichtraucher gelten als lustfeindlich, langweilig, ungesellig, strebsam) zu ändern.

Die erste Maßnahme für Jugendliche war eine Imagekampagne mittels Kleinplakaten und Inseraten für 14- bis 18jährige, in der jugendliche Nichtraucher als Imagetypen repräsentiert wurden, Typen mit denen normalerweise Raucher assoziiert werden. Die Kampagne wurde 1991 fortgesetzt und um zusätzliche Imagetypen erweitert.

Als zweite Maßnahme für die Zielgruppe der Jugendlichen wurden 1990 vom Gesundheitsressort Unterrichtsmaterialien zum Thema Rauchen produziert und jeder Schule in Österreich ab der 8. Schulstufe kostenlos zur Verfügung gestellt. Ziel dieser Materialien war, die Jugendlichen mit den vielfältigen Einflüssen im Bereich des Rauchens und Nichtrauchens auf gesellschaftlicher und individueller Ebene zu konfrontieren. Auch hier wurde auf jede Zeigefingerpädagogik verzichtet. Angestrebt war, einen Erkenntnisprozeß einzuleiten, der den Jugendlichen reflektierte Entscheidungen ermöglicht und ihre Eigenverantwortung erhöht. Die Materialien enthielten auch Anleitungen zu einem abschließenden Rollenspiel nach Muster des Club 2 sowie eine Videokassette, die Schüler im Gespräch mit Patienten (Frau mit Lungenkrebs, Mann mit Kehlkopfkrebs) eines Krankenhauses zeigt. Ein Fragebogen, der die Akzeptanz der Unterrichtsmaterialien sowie allfällige Einstellungsänderungen erheben sollte, war den Materialien beigelegt.

### *Vorbereitung des Tabakgesetzes:*

Zur Vorbereitung des Tabakgesetzes wurde im Dezember 1992 vom Gesundheitsminister gemeinsam mit der Initiative „Ärzte gegen Raucherschäden“ eine Enquete veranstaltet. Am 30. September 1993 wurde die Regierungsvorlage für das „Bundesgesetz über das Herstellen und das Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und Nichtraucherschutz (Tabakgesetz)“ vorgelegt.

Wesentlicher Inhalt des Tabakgesetzes ist die Qualität von Tabakwaren, die einer Reglementierung unterzogen wird. Dabei geht es darum zu vermeiden, daß Tabak-

## Versorgungsbereiche

waren zusätzlich gesundheitsschädlich sind. Deshalb sollen die Qualität des Ausgangsstoffes kontrolliert, die Verwendung von Hilfsstoffen geregelt und Schadstoffobergrenzen eingeführt werden. Weiters soll die durch ein Übereinkommen zwischen Gesundheits- und Finanzministerium geregelte Kennzeichnung gesetzlich geregelt und den EG-Richtlinien angepaßt werden. Das bereits 1974 eingeführte Verbot der Tabakwerbung im Fernsehen und im Radio soll auf sonstige Medien wie z.B. Inserat- und Plakatwerbung ausgedehnt und seine Umgehung verhindert werden.

Der Nichtraucherchutz soll verwirklicht werden durch ein Rauchverbot für bestimmte Räume, die zu Zwecken wie Unterricht, Sitzungen, Ausstellungen, Sport dienen, sowie durch ein Rauchverbot für allgemein zugängliche Räume öffentlicher Einrichtungen des schulischen und universitären Bereichs, in Bahnhofs- bzw. Flughafengebäuden.

## Ergebnisse

Hinsichtlich der Unterrichtsmaterialien erbrachte die Auswertung der eingeschickten Fragebögen eine hohe Akzeptanz durch die Schüler; kurzfristig kam es auch zu einem Rückgang beim Rauchverhalten (die Befragung wurde insgesamt dreimal durchgeführt: vor Beginn der Arbeit, gleich nach Abschluß und einige Monate später wiederholt), langfristig blieb aber „nur“ die Imagekorrektur in Richtung des erwünschten Zieles erhalten.

Im übrigen ergab eine österreichweite Schülerbefragung im Jahr 1990, daß das Rauchverhalten, verglichen mit einer Untersuchung aus dem Jahr 1988, etwas zurückgegangen ist, trotzdem aber noch über dem Niveau der im Jahr 1986 erhobenen Rauchdaten von Schülerinnen und Schülern lag. Deutlich zurückgegangen sind jedoch die Rauchversuche, besonders bei den 19jährigen, vielleicht ein Anzeichen dafür, daß Rauchen an „Prestige“ verloren hat.

## Ausblick

Für das Jahr 1994 ist seitens des Österreichischen Statistischen Zentralamtes eine neuerliche Mikrozensushebung über das Rauchverhalten in Österreich geplant.

## Alkohol

### Problemstellung

Nach der letzten durchgeführten Repräsentativerhebung über österreichische Trinksitten (Mikrozensus 1977) besteht bei rund einem Viertel der 16- bis 69jährigen Alkohol konsumierenden Bevölkerung aufgrund ihrer Trinkmengen die Gefahr, daß sie an einem alkoholbedingten oder -mitverursachten Leiden erkranken (Konsum von mehr als 421 g reinen Alkohols pro Woche). Ebenfalls ein Viertel zeigen Merk-

male einer fortgeschrittenen Alkoholabhängigkeit wie Toleranzknick und Kontrollverlust.

In einer WHO-Studie über den Alkoholkonsum in Europa (erschienen 1992) nimmt Österreich unter 23 Ländern, bezogen auf den Pro-Kopf-Konsum der über 15jährigen, den zwölften Rang ein. Dieser Pro-Kopf-Konsum, berechnet in Liter reinen Alkohols, zeigt von 1980 bis 1986 in Österreich eine Abnahme um 13 Prozent. Diese Abnahme wird vermutlich dadurch verursacht, daß sich die Präferenzen für die alkoholischen Getränke verändert haben. Der Bierkonsum der Österreicher steigt seit Jahren unaufhaltsam an, Österreich liegt darin an erster Stelle vor 22 europäischen Vergleichsländern. Der Konsum von Wein stagniert nach einem starken Anstieg bis Anfang der achtziger Jahre (Österreich liegt an achter Stelle, davor liegen u.a. Frankreich, Portugal, Italien, danach liegen u.a. Ungarn, BRD/alte und neue Bundesländer, Belgien, Dänemark, Niederlande). Der Konsum von Spirituosen ist deutlich gesunken (Österreich liegt an zwölfter Stelle nach Ländern wie Ungarn, Polen und vor Italien, Norwegen u.a.).

### Ziele

Als Zielsetzung bieten sich zum einen eine Förderung des Problembewußtseins gegenüber Alkohol an und zum anderen Maßnahmen zur Früherkennung und Früherfassung alkoholismusgefährdeter und -abhängiger Personen.

### Maßnahmen

Im Zeitraum 1989 bis 1991 erfolgten keine speziellen Maßnahmen, fortgesetzt wurden aber jene Aktivitäten, die dem Informationsbedürfnis der Bevölkerung über Gefährlichkeit und Schäden des Alkoholmißbrauches kontinuierlich entgegenkommen (Verleih von Aufklärungsfilmern, insbesondere im Schulbereich; Nachdruck und Versand der Informationsbroschüre „Droge Alkohol“).

Vom Dezember 1989 bis August 1993 wurden z.B. über Anforderung rund 90.000 Alkohol-Informationsbroschüren verschickt, seit der Erstauflage im Dezember 1982 insgesamt mehr als 300.000 Exemplare. Hier sei auch erwähnt, daß die Informationsbroschüre zum Thema Mißbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln mit psychischer Wirkung seit ihrer ersten Auflage im Jahr 1985 in 200.000 Exemplaren verschickt und 1993 wegen anhaltender Nachfrage zum vierten Mal nachgedruckt wurde.

Da in Österreich Alkohol die am meisten mißbräuchlich verwendete Droge ist, und Aufklärung über Drogenmißbrauch zum Zwecke der Prävention zu kurz greift, wenn nur Ursachen und Folgen des illegalen Drogenkonsums dargestellt werden, behandeln daher die im Jahr 1992 vom BMGSK herausgegebenen Unterrichtsmaterialien zum Thema Drogen alle Abhängigkeit erzeugenden Substanzen, das heißt neben



## Versorgungsbereiche

Suchtgiften auch Alkohol und Psychopharmaka. Die Einbeziehung von Alkohol und Psychopharmaka in diese Unterrichtsmaterialien folgt auch der Definition des Begriffes „Droge“ durch die WHO, wonach unter „Droge“ jede Substanz zu verstehen ist, die, wenn in einen lebenden Organismus eingebracht, eine oder mehrere Funktionen dieses Organismus verändern können (Näheres zu den Unterrichtsmaterialien im Abschnitt „Drogen“).

Zu Beginn des Jahres 1993 wurde am Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung eine Untersuchung über die derzeitigen Trinksitten der Österreicher und ihren Medikamentenkonsum in Auftrag gegeben. Auf Basis der Untersuchungsergebnisse soll dann ein Maßnahmenkatalog gegen den Alkoholmißbrauch erarbeitet werden mit der Festlegung von anzusprechenden Zielgruppen, zu vermittelnden Inhalten und ziel-führenden Werbeträgern. Dieser Maßnahmenkatalog wird dann als Briefingunterlage für eine Aufklärungskampagne Verwendung finden.

Der Gesundheitsminister hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, welche Maßnahmen zur Früherkennung des Alkoholmißbrauches und der Alkoholabhängigen erarbeiten wird.

Zielgruppe dieser Maßnahmen werden in erster Linie jene Mediziner sein (z.B. praktische Ärzte, Betriebsärzte), die in einem so frühzeitigen Stadium mit alkoholbedingten Erkrankungen konfrontiert sind, daß sich ein Verdacht wegen der sonstigen Unauffälligkeit des Betreffenden nicht direkt aufdrängt und daher auch keine diagnostische Abklärung erfährt. Geplant ist, die Ärzte zu informieren, bei welchen Erkrankungen der Verdacht auf Alkoholmißbrauch nahe liegt und welche den Alkoholmißbrauch objektivierende Laborparameter es gibt. Außerdem sollen sie Anleitungen erhalten, wie man den Patienten zum Aufsuchen einer Spezialambulanz von Alkoholbehandlungseinrichtungen motivieren kann. Den Betriebsärzten werden Kooperationen mit Alkoholbehandlungseinrichtungen anzubieten sein. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe sollen Ende Frühjahr 1994 vorliegen.

### Ausblick

Aufbauend auf Ergebnissen der Untersuchung über die Trinksitten und den Medikamentenkonsum wird eine Großkampagne vorbereitet werden.

## Drogen

### Problemstellung

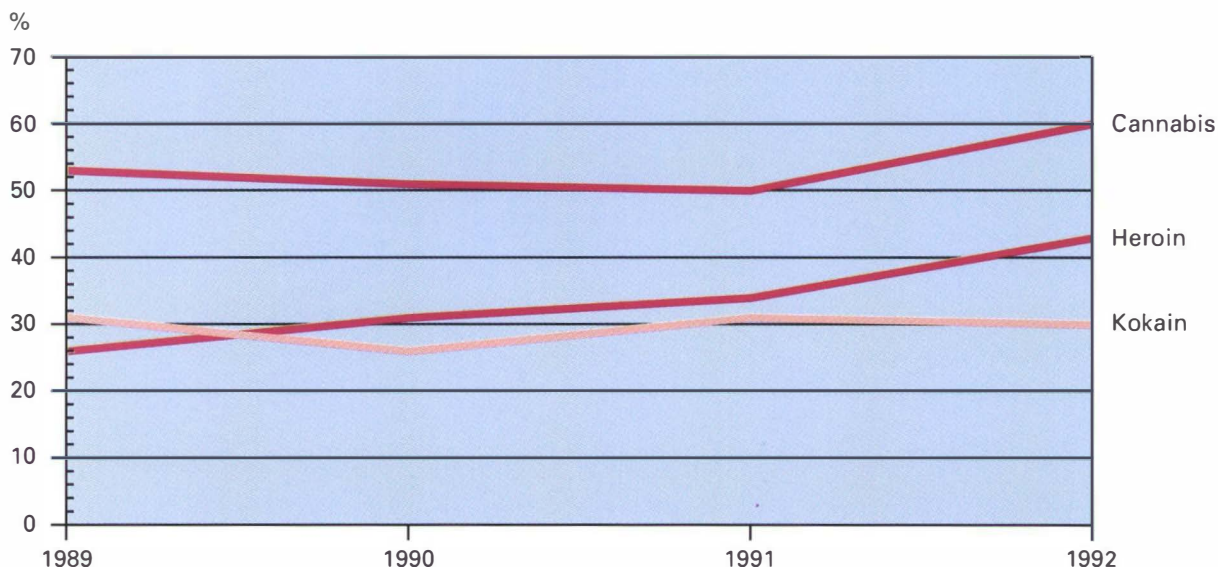
Der starke Anstieg des illegalen Drogenkonsums in den späten 70er Jahren in Österreich war Anlaß, daß im Jahr 1980 eine Suchtgiftgesetznovelle in Kraft trat, die einerseits höhere Strafandrohungen für den illegalen Handel mit Suchtgiften vorsah, andererseits aber suchtgiftabhängigen Tätern die Möglichkeit für „Therapie statt Strafe“ bot. Betrug die Anzahl der gemäß dem Suchtgiftgesetz angezeigten Perso-

nen 1975 noch 2387, ist sie 1980 auf 4900 gestiegen. Ebenfalls gestiegen ist die Zahl der Drogentoten von 20 Todesfällen im Jahr 1975 auf 57 im Jahr 1980.

Mit der Suchtgiftgesetzesnovelle 1980 wurde das Meldewesen umfassend geregelt. Die Meldungen werden von Gesundheitsbehörden und Krankenanstalten (seit 1985 mit Ausnahme von Personen, die sich freiwillig in Spitalsbehandlung begeben), von anzeigenden Stellen sowie von Staatsanwaltschaften und Gerichten erstattet. Die Suchtgiftüberwachungsstelle (SÜST) erfaßt Meldungen über Personen, die gegen die Bestimmungen des Suchtgiftgesetzes verstoßen haben und löscht Daten von Personen, über die fünf Jahre lang keine belastende Mitteilung eintrifft. Die Auswertung der in der Suchtgiftüberwachungsstelle erfaßten Daten zeigt eine neuerliche Zuspitzung der Drogensituation in Österreich ab 1991 auf: Es kommt zu einem Anstieg um 2.500 Neuerfaßte (vgl. Erlacher 1992). Dieser Zuwachs ist weitgehend auf eine Zunahme jugendlicher Drogenkonsumenten zurückzuführen, der auch 1992 weiterhin anhielt (vgl. Tabelle 5.11 und Abbildung 5.6).

Analog dazu war auch ein Anstieg der Drogentoten zu verzeichnen (vgl. Tabelle 5.12).

*Abbildung 5.6: Anteil von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren an den Meldungen über Kokain-, Heroin- und Cannabis-konsum, 1989 - 1992 (Angaben in Prozent)*



Quelle: BMGSK Abteilung II/B/12

Grafik: ÖBIG

## Ziele

Mit der erwähnten Novelle wurde die Grundlage für die Einrichtung spezieller Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen für Drogenkonsumenten und -abhängige

## Versorgungsbereiche

geschaffen und dem Gesundheitsminister zudem der Auftrag erteilt, für die „Ausarbeitung und Durchführung eines Gesundheitserziehungskonzeptes mit dem Ziel einer Aufklärung über Gefahren des Suchtgiftmißbrauches Sorge zu tragen“.

*Tabelle 5.11: Meldungen über Kokain-, Heroin- und Cannabiskonsum von Jugendlichen und insgesamt, 1989 - 1992*

Suchtgift	Alter	Meldungen			
		1989	1990	1991	1992
<b>Kokain</b>	15 - 16	-	-	6	-
	17 - 18	6	7	8	20
	19 - 20	28	27	34	37
	21 - 24	116	122	146	184
	15 - 24	150	156	194	241
	Insgesamt*	484	594	620	802
<b>Heroin</b>	15 - 16	-	-	12	36
	17 - 18	19	19	27	114
	19 - 20	34	56	96	233
	21 - 24	201	228	344	648
	15 - 24	254	303	479	1031
	Insgesamt*	984	982	1396	2408
<b>Cannabis</b>	bis 16	55	60	79	179
	17 - 18	218	225	213	578
	19 - 20	470	525	499	702
	21 - 24	966	907	946	1163
	15 - 24	1709	1717	1737	2595
	Insgesamt*	3237	3391	3499	4337

\* Anmerkung: Die Zahlen unter „insgesamt“ beziehen sich auf die Meldungen aller Altersgruppen

Quelle: Suchtgiftüberwachungsstelle, BMGSK

## Maßnahmen und Ergebnisse

In Verfolgung dieses Auftrages führte das Gesundheitsressort verschiedene Aufklärungsmaßnahmen durch, die sich speziell an Erwachsene wie Eltern, Lehrer und Ärzte wandten. So wurden beispielsweise auf Anforderung bis 1992 rund eine Million Aufklärungsbroschüren an diese Zielgruppen verschickt. Daneben sorgte das Gesundheitsressort auch für die Zurverfügungstellung anderer Medien wie Filme oder Videos, die vorwiegend in Veranstaltungen mit speziellen Zielgruppen zum Einsatz kamen. Die Bereitstellung von Informationsmaterial an Interessierte wird kontinuierlich fortgesetzt. Außerdem wurden in den Jahren 1982 und 1983 zwei Medienkam-

pagnen durchgeführt, die der Bevölkerung die Ursachen von Suchtentwicklung bewußt machen sollten.

Das Gesundheitsressort hatte in Absprache mit dem Unterrichtsressort zu Beginn der achtziger Jahre beschlossen, keine Aufklärungskampagnen für Schüler und Jugendliche über die Gefahren des Suchtgiftmißbrauches durchzuführen, da die diesbezüglichen Beispiele und Erfahrungen im Ausland eher entmutigend ausgefallen waren. Entweder zeigten sie keine Wirkung, das heißt, es konnte zwar ein Wissenszuwachs über Drogen festgestellt werden, aber keine Veränderung in den vorhandenen Einstellungen. Wenn Jugendliche Drogen attraktiv fanden oder die mit ihrem Konsum verbundenen Gefahren bagatellisierten, bewirkte auch die Aufklärung keine Änderung. Es wurden sogar gegenteilige Effekte festgestellt, nämlich, daß nach Durchführung von Drogenaufklärung ein höherer Prozentsatz von Schülern angab, Drogen probieren zu wollen, als vorher.

Der Verzicht auf eine Kampagne für die Zielgruppe der Jugendlichen hatte zumindest in den achtziger Jahren keine negativen Auswirkungen. Während aus unseren westlichen Nachbarländern über ständig steigende Zahlen von Drogenkonsumenten und Drogentoten berichtet wurde, blieb die Situation in Österreich bis zum Beginn der neunziger Jahre stabil.

*Tabelle 5.12: Entwicklung der wegen Verstoß gegen das Suchtgiftgesetz gemeldeten Personen sowie „Drogentoten“, 1987 - 1992*

Meldungen/Jahr	1987	1988	1989	1990	1991	1992
gemeldete Personen	3.797	3.793	3.551	3.790	4.005	5.469
„Drogentote“	49	86	82	83	116	187

Quelle: Suchtgiftüberwachungsstelle BMGSK

Zu Beginn der neunziger Jahre wurde mit Unterstützung einiger Zeitungen von verschiedenen Seiten Drogenprävention an allen Schulen gefordert und später auch eine diesbezügliche Petition im Parlament eingebracht. Die damit verbundenen Vorstellungen, die zum Teil bereits in Schulen realisiert wurden, entsprachen jedoch nicht dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand.

Um die Suchtprävention in Schulen in geordnete Bahnen zu lenken, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Ergebnisse konzipiert sind, hat das Gesundheitsressort im Jahr 1991 in Zusammenarbeit mit dem Unterrichtsressort Unterrichtsmaterialien zum Thema Drogen entwickelt, die sowohl den suchtmittelspezifischen als auch suchtmittelunspezifischen Bereich thematisieren. Im ersten Bereich wird über die verschiedenen Suchtmittel (legale und illegale) informiert mit dem Ziel, „Standfestigkeit“ zu erreichen. Im zweiten Bereich soll die allgemeine Kompetenz zur Lebensbewältigung gefördert werden, wie z.B. Problemlösungs- und Kommunikati-

## Versorgungsbereiche

onsfähigkeit sowie die Eigenaktivität und dadurch verstärkte Selbstsicherheit. Die Schüler erarbeiten in Kleingruppen mit Unterstützung dieser Materialien ihren eigenen Standpunkt zu bestimmten Problembereichen, diskutieren diesen in der Kleingruppe und präsentieren die Ergebnisse ihren Mitschülern. Diese Methode wurde nicht zuletzt deshalb gewählt, weil aus anderen Untersuchungen an österreichischen Schulen mangelnde Kommunikationsfähigkeit und Aussprachemöglichkeit der Schüler und Schülerinnen als ein Risikofaktor für legalen und illegalen Drogenkonsum identifiziert worden war.

Zu Beginn des Jahres 1992 wurden die Unterrichtsmaterialien kostenlos allen österreichischen Schulen ab der achten Schulstufe zur Verfügung gestellt. Eine Schülerbefragung wurde durchgeführt und auch Lehrermeinungen zu den Materialien eingeholt. Die Materialien wurden von beiden Gruppen in hohem Ausmaß positiv beurteilt. 1993 wurde eine Neuauflage notwendig, da die Materialien vergriffen waren; bei der Neuauflage fanden Lehrerwünsche wie ständige Aktualisierung, zusätzliche drogenspezifische Informationen für Lehrer und zusätzliches Videomaterial Berücksichtigung.

Derzeit entwickelt das Gesundheitsressort gemeinsam mit dem Unterrichtsressort ein Curriculum zur Lehreraus- und Fortbildung über Suchtprävention in der Schule, welches aufbauend auf dem erweiterten Gesundheitsbegriff der WHO die Bedeutung des sozialen Lernens, des positiven Klassen- und Schulklimas und des kreativen Lernens als suchtprophylaktische Maßnahmen und zur Gegensteuerung zu möglichen Defizitentwicklungen im sozialen und emotionalen Bereich vermitteln soll.

Auf die Beschreibung der Maßnahmen zur Behandlung und Rehabilitation (Ausbau von Betreuungseinrichtungen, Ergänzung der abstinentenorientierten Behandlung durch die Substitutionsbehandlung - v.a. Methadon - u.a.) wird in diesem Zusammenhang verzichtet.

## Ausblick

Der mit Beginn der neunziger Jahre sprunghaft angestiegene Drogenkonsum unter Jugendlichen, vor allem von Heroin, hat mehrere Ursachen. Neben einem vermehrten und verbilligten Drogenangebot, insbesondere von Heroin, sind dafür zumindest auch inkonsistente politische Äußerungen zum Drogenproblem, eine Bagatellisierung der Sucht („jeder ist süchtig!“), die öffentliche Diskussion über Freigabe, Abgabe, Liberalisierung einiger oder aller Drogen sowie die durch die Medien vermittelte Kenntnis von „Einkaufsplätzen“ verantwortlich. Auch die vermehrte Aufklärung an Schulen durch pädagogisch und psychologisch nicht geschulte Personen kann eine Ursache sein. Es wird der gemeinsamen Anstrengung aller beteiligten Ressorts bedürfen, den in den achtziger Jahren vorherrschenden Grundkonsens neuerlich herzustellen und öffentlich zu vertreten:

- jeglicher Drogenkonsum ist gefährdend und daher unerwünscht,

- abhängigen Konsumenten ist in erster Linie mit Maßnahmen zu helfen, die auf eine realistische Einschätzung ihrer durch die Sucht reduzierten Handlungsmöglichkeiten aufbauen,
- der Suchtprophylaxe an Schulen ist vor „Information über Drogen“ der Vorrang zu geben durch entsprechend pädagogisch ausgebildetes Personal,
- erwünschte oder notwendige Gesetzesänderungen sind in den dafür zuständigen Gremien zu diskutieren und nicht in den Medien.

Derzeit ist eine neuerliche Novelle zum Suchtgiftgesetz in Fertigstellung, die im wesentlichen die notwendigen gesetzlichen Grundlagen für den österreichischen Beitritt zur UN-Psychotropenkonvention 1971 und zur UN-Konvention über den illegalen Handel mit Suchtgiften und psychotropen Substanzen 1988 schaffen wird.

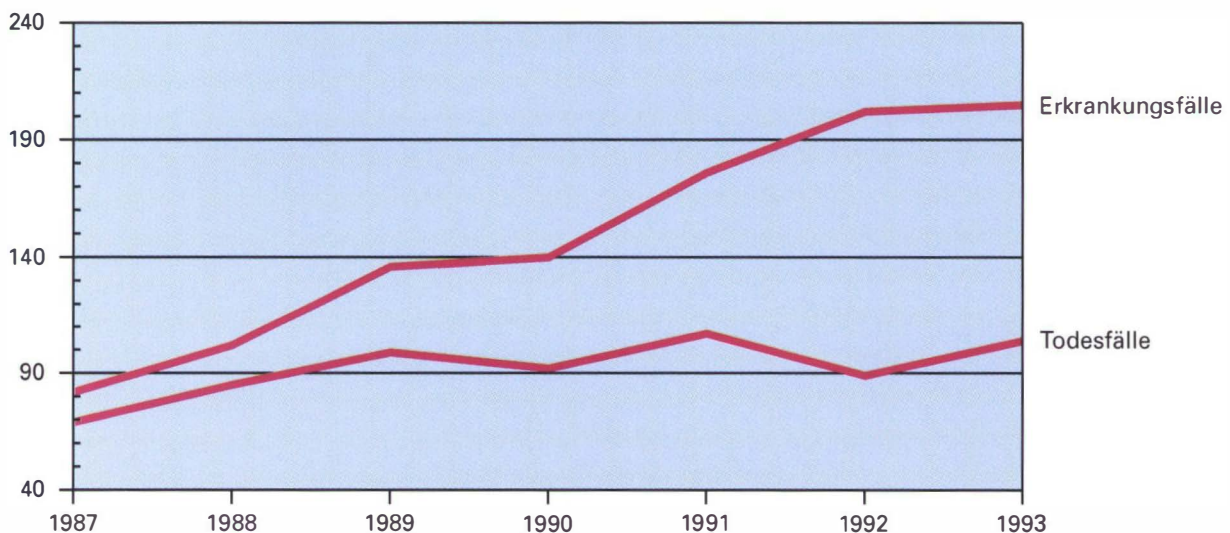
Nicht zuletzt wird auch eine Evaluierung der eingesetzten finanziellen Mittel und eine diesbezügliche Schwerpunktsetzung notwendig sein.

## AIDS

### Problemstellung und Ziel

In Österreich waren bis Ende 1993 insgesamt 1.098 Menschen an AIDS erkrankt, 693 von ihnen sind verstorben. Die Entwicklung seit 1987 ist in Abbildung 5.7 dargestellt. Die Zahl der Infizierten in Österreich wird auf 12.000 bis 15.000 geschätzt.

Abbildung 5.7: Erkrankungs- und Todesfälle durch AIDS, 1987 - 1993  
(Angaben in Absolutzahlen)



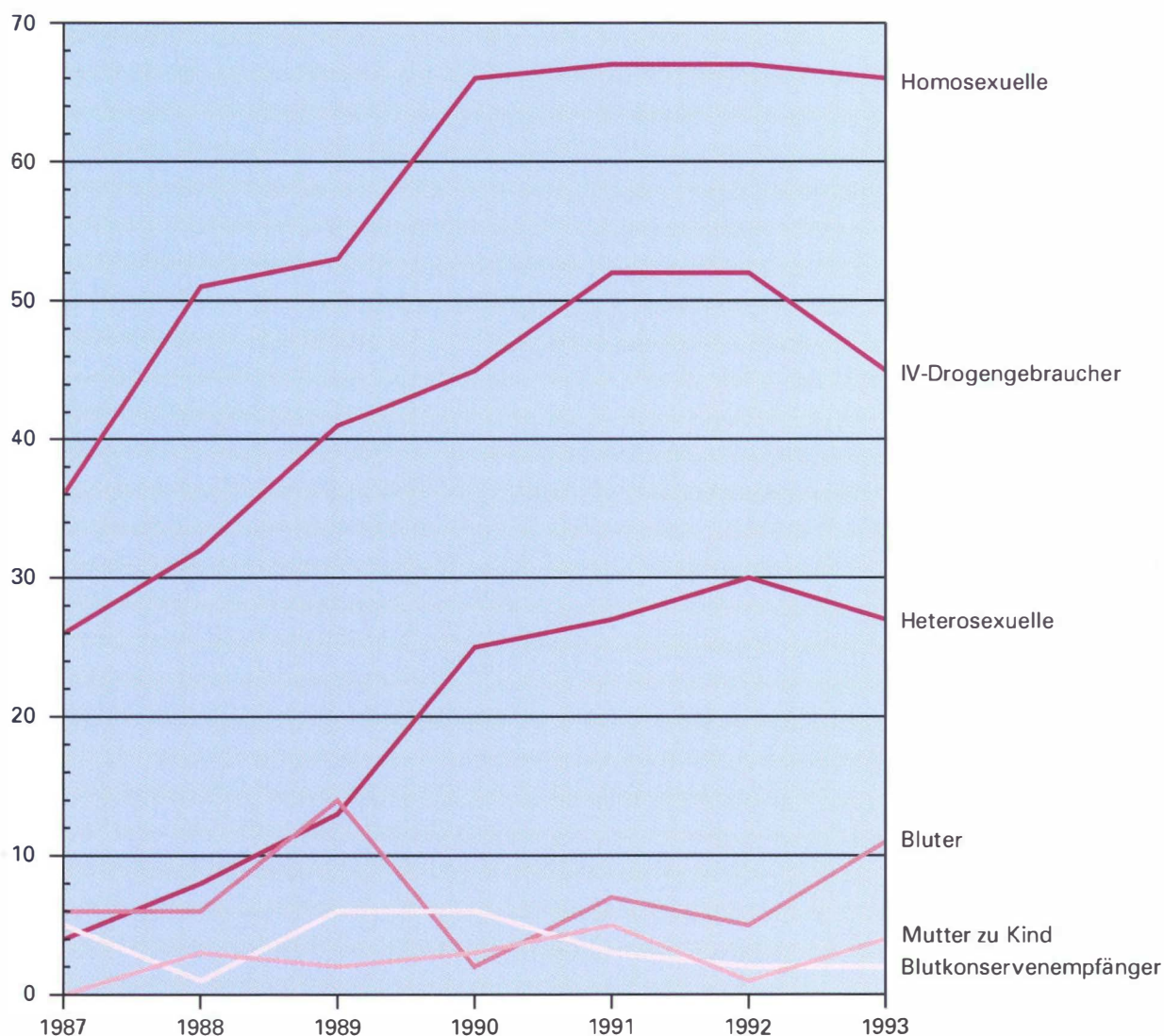
Quelle: BMGSK Abteilung II/D/2

Grafik: ÖBIG

**Versorgungsbereiche**

War das Übertragungsrisiko früher viel stärker auf Homosexuelle konzentriert, nimmt an den Neuinfektionen der Anteil der Drogenabhängigen und Heterosexuellen ständig zu. Bei den Neuerkrankungen wird die Zunahme dieser Gruppen ab 1989 sichtbar (siehe Abbildung 5.8). Bei weitem häufigste Übertragungsform ist ungeschützter Geschlechtsverkehr (weltweit ca. drei Viertel). Altersmäßig am stärksten betroffen sind Gruppen zwischen 20 und 40 Jahren, das heißt, daß Jugendliche eine wesentliche Zielgruppe für Prävention sind.

*Abbildung 5.8: Neuerkrankungen an AIDS nach gefährdeten Gruppen, 1987 - 1993 (Angaben in Absolutzahlen)*



Quelle: BMGSK Abteilung II/D/2

Grafik: ÖBIG

Mit der 1993 erfolgten Novelle des AIDS-Gesetzes, BGBl. Nr. 345/1993, wurde neu festgelegt, daß alle freiberuflich tätigen Ärzte zur Erstattung einer Meldung über das Vorliegen von AIDS verpflichtet sind. § 7 sowie § 8 beziehen sich vor allem auf die Kompetenz des Gesundheitsministers für die Primärprävention von AIDS. Im Oktober 1993 wurde das AIDS-Gesetz aus dem Jahr 1986 (BGBl. Nr. 293/1986) wieder verlautbart (BGBl. Nr. 728/1993).

Ziel der Primärprävention von AIDS ist die Verhinderung weiterer Neuinfektionen und der Abbau von Vorurteilen. Die Ziele der Sekundär- und Tertiärprävention „Gewährleistung der flächendeckenden nicht-medizinischen Betreuung von HIV-Positiven und AIDS-Patienten“ und „Optimale Organisation der medizinischen Versorgung von AIDS-Patienten“ sowie die dazugehörigen Maßnahmen bleiben im Rahmen dieser Darstellung unberücksichtigt.

### Maßnahmen

In der Primärprävention werden - wie in vergleichbaren europäischen Nachbarländern auch (vgl. BRUNGS u.a. 1991) - parallel zwei unterschiedliche Strategien verfolgt: Einerseits werden aufgrund nationaler und internationaler Erfahrungen zur Präsensterhaltung der Thematik AIDS groß angelegte Medienkampagnen durchgeführt. Andererseits sind zur Anregung von Verhaltensänderungen im Sinne einer Risikovermeidung (Kondome, saubere Nadeln) spezielle Maßnahmen notwendig. Zielgruppen für Präventivmaßnahmen sind einerseits Schulkinder und Jugendliche, andererseits die Hochrisikogruppen Homosexuelle, Drogenabhängige, Prostituierte und ihre Kunden sowie Sextouristen.

Folgende AIDS-Informationsaktivitäten hat das Gesundheitsressorts im Berichtszeitraum ab 1989 gesetzt (die Verteilung der im folgenden genannten Broschüren erfolgte - je nach Zielgruppe - über Apotheken, Postämter, Arztordinationen, Gesundheitsämter, Schulen, Jugendorganisationen, Österreichische AIDS-Hilfe, Reisebüros, Tropenmedizinische Beratungsstellen und auf Anforderung):

- Broschüre „AIDS-Ratgeber für alle“ (zwei Auflagen, insgesamt 1.030.000 Stück)
- Folder für Reisende „AIDS - wenn einer eine Reise tut“ (120.000 Stück)
- Broschüre „AIDS-Information“ für Ärzte, Labor- und Krankenhauspersonal (40.400 Stück)
- Broschüre für Schüler ab der 7./8. Schulstufe „AIDS geht auch Dich an“ (2. Auflage mit insgesamt 199.100 Stück)
- Broschüre „AIDS Information für alle“ (zwei Auflagen, insgesamt 503.500 Stück)
- Broschüre „Gute Reise - Tips für Fernreisende“ (250.000 Stück)
- Informationskampagnen mit Hörfunk- bzw. Kinospots, Inseraten und Plakaten wurden 1989, 1991, 1992 und im Herbst 1993 durchgeführt. Themenschwerpunkte waren AIDS und Drogen, Antidiskriminierung, Selbstverantwortlichkeit, Ri-



## Versorgungsbereiche

sikoverhalten, Liebe/Tod, Alkohol, Geschlechtskrankheiten, Kondomakzeptanz und Antidiskriminierung.

- In Zusammenarbeit mit dem BMUK erfolgte Ende 1993 die Herausgabe von Unterrichtsmaterialien in einer Auflage von 4.000 Stück, die an Schulen verteilt wurden.

Eine weitere Maßnahme stellt die Subvention des Vereins Österreichische AIDS-Hilfe dar. Durch Dezentralisierung der AIDS-Hilfe wurde die Möglichkeit geschaffen, stärker auf regionale Bedingungen einzugehen. Mittelfristig besteht die Erwartung, daß sich die Länder an der Kostenübernahme beteiligen.

## Ergebnisse und Probleme

Die durchgeführten Kampagnen wurden evaluiert. Beispielsweise war ein Ergebnis der Kampagne 1992, daß der Wissensstand zu den Übertragungswegen teilweise positiv beeinflusst werden konnte. Verhaltensänderungen aufgrund von Kampagnen konnten aber in ganz Europa bei oft vergleichsweise höherem Mitteleinsatz nicht festgestellt werden, weil dafür auch flankierende Maßnahmen notwendig sind.

Eine günstige Voraussetzung für Kampagnen wäre, daß öffentliche Medienträger wie der ORF kostenlos ausreichend Sendezeit zur Verfügung stellen und die Ausstrahlung nicht an bestimmte Bedingungen geknüpft ist. Beispielsweise sind bei der Thematisierung des Kondoms Schwierigkeiten aufgetreten.

Im Drogenmilieu stehen sich zwei Präventionsstrategien gegenüber: Während die primäre Drogenprävention noch überwiegend das Ziel „weg von der Nadel“ verfolgt, erfordert die AIDS-Prävention bei injizierenden Drogenabhängigen freizügige Programme mit Möglichkeiten zu Nadelaustausch oder -desinfektion.

Auf dem Wege der Beschaffungsprostitution stellt das Drogenmilieu ein beträchtliches Gefahrenpotential für den Übergang von AIDS auf die Allgemeinbevölkerung dar. Durch Zunahme der „nicht-professionellen“ Prostitution aufgrund veränderter sozialer Bedingungen in den ehemaligen Ostblockstaaten stellt die Prostitution generell eines der größten Probleme im Hinblick auf die Ausbreitung von HIV und AIDS dar. Die in Österreich geltenden verpflichtenden Untersuchungen für Prostituierte und das eventuelle Berufsverbot müssen nach einem internationalen Vergleich aber als problematisch eingeschätzt werden.

Die Einbettung der AIDS-Prävention in die weitgehend als Faktenvermittlung praktizierten Sexualaufklärung im Schulunterricht ist noch unzureichend. Zusätzlich zu den jüngst herausgegebenen Unterrichtsmaterialien sind Fortbildungsangebote für Lehrpersonen notwendig.

### Ausblick

Weiterhin soll für Medienkampagnen jährlich ein fixes Budget in ausreichender Höhe zur Verfügung stehen.

Im Hinblick auf die neue Problematik der durch die Ostöffnung vermehrten Straßenprostitution vor allem in den Grenzgebieten ist das Gesundheitsressort auf Mitarbeit der Bundesländer angewiesen. Sie sollen zur Umsetzung einer adäquaten AIDS-Prävention, z.B. durch den Einsatz von Streetworkern, sowohl Personal als auch Budgetmittel zur Verfügung stellen. Außerdem sind Absprachen mit den Nachbarländern (insbesondere Tschechien und Slowakei) erforderlich.

WHO und EU setzen nach wie vor auf eine nichtrestriktive AIDS- und Drogenpolitik. Daher sollten auch in Österreich weiterhin Grundregeln wie Abstand von Zwangstestung und Sanktionen die Basis der AIDS-Politik bilden.

### **5.11.2.2 Settingbezogene Gesundheitsförderung**

Mit der laufenden Weiterentwicklung des Konzepts der Gesundheitsförderung Ende der achtziger Jahre durch die WHO bzw. durch nationale Aktivitäten verschiedener Länder sowie mit der angestrebten Vernetzung stellte sich die Notwendigkeit eines neuen strukturellen Rahmens für die Fülle der dadurch anfallenden Aufgaben. Aus diesem Anlaß wurde im BMGSK die Abteilung II/B/20 geschaffen, in deren Kompetenz u.a. folgende Aufgaben fallen:

- Planung, Programm- und Infrastrukturentwicklung für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung,
- Aufsicht über das Forum (vormals Fonds) „Gesundes Österreich“,
- Kooperation mit dem Forum „Gesundes Österreich“ sowie mit den nationalen und internationalen Projekten „Gesunde Städte“, „Gesunde Gemeinde“ und „Gesunde Schule“,
- Dokumentation von österreichischen Gesundheitsförderungsprojekten,
- Multiplikatorenschulung und -beratung auf den Gebieten der Gesundheitserziehung und -förderung,
- Gesundheitsselbsthilfe und fachliche Angelegenheiten des Patientenrechtes,
- Zusammenarbeit mit WHO und dem Europarat auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung,
- Nationale Kontaktstelle der WHO für Gesundheitsförderung.

### **Gesunde Städte**

Das Gesunde-Städte-Projekt ist eine Initiative der Weltgesundheitsorganisation und wird in Form von Netzwerken auf internationaler und nationaler Ebene durchgeführt.

## Versorgungsbereiche

### Ziele

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

### Strategien

- Beteiligung der Stadtbewohner und -bewohnerinnen bei der Planung und Realisierung von Aktionen,
- Einbindung gesellschaftlicher Institutionen in den Prozeß der Gesundheitsförderung,
- umfassende, verständliche Informationsarbeit,
- Teilnahme an Treffen mit Vertretern und Vertreterinnen anderer „Gesunder Städte“,
- Gemeinderatsbeschuß, welcher die Prinzipien des „Gesunden Städte-Projektes“ als Leitlinie annimmt.

### Maßnahmen und Ergebnisse

1991 wurde die gemeinsame Arbeit des Ressorts mit den Gesundheitsämtern in den Bundesländern aufgenommen. Das Ressort organisierte einen Workshop in Salzburg, bei dem - nach dem Modell des WHO-Projekts - die Gründung eines österreichischen Netzwerkes „Gesunde Städte“ beschlossen wurde. Dieses Vorhaben wurde weiterhin vom BMGSK unterstützt und organisatorisch begleitet. Die Gründung des Netzwerkes durch die Vertreter der Städte Graz, Klagenfurt, Innsbruck, Wels, Linz, Bregenz, Wiener Neustadt, St. Pölten und Wien erfolgte im September 1992 beim 42. Städtetag in Graz. In der Zwischenzeit sind auch die Städte Eisenstadt, Salzburg, Kapfenberg, Traiskirchen und Schwechat beigetreten. Wien stellt eine Ausnahme dar, da es direkt am „Gesunde Stadt-Projekt“ der WHO angeschlossen ist. Zusätzlich zu diesen 14 Städten sind sieben weitere am Netzwerk interessiert und forcieren einen Gemeinderatsbeschuß (Deutsch Wagram, Klosterneuburg, Langenlois, Krems, Steyr, Vöcklabruck und Villach; Stand Oktober 1993).

Im Jänner 1993 erfolgte die Einrichtung des Koordinationsbüros des nationalen Netzwerkes in Wien, das durch einen Gesamtkoordinator besetzt ist.

## Österreichisches Netz Gesundheitsfördernder Schulen

Seit September 1993 nimmt Österreich an dem internationalen Projekt der WHO, EU und des Europarates teil. In einer Laufzeit von drei Jahren werden dabei an zwölf österreichischen Schulen Pilotprojekte durchgeführt.

Das BMUK und das BMGSK stellen den teilnehmenden Schulen finanzielle und organisatorische Unterstützung zur Verfügung. Ein wissenschaftlicher Beirat sowie Institute und Initiativen aus dem Bereich der Gesundheit und der Pädagogik bieten weitere Hilfestellung.

Die zentralen Ansatzpunkte des Projektes sind:

- Entwicklung der persönlichen Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler in Hinblick auf gesundheitsbewußtes, eigenverantwortliches Handeln,
- Förderung von gemeinschaftlichen Problemlösungen,
- Schaffung und Verankerung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten.

Hauptanliegen des Projektes sind individuelle Aktionen, die aufgrund der spezifischen Situation der einzelnen Schulen von diesen entwickelt werden.

Die bei der Umsetzung gemachten Erfahrungen werden von den Schulen selbst dokumentiert und bei Workshops innerhalb des Netzwerks ausgetauscht. Gut gelungene Aktionen werden als „Models of good practice“ gesammelt und stehen interessierten Schulen zur Verfügung.

Als Arbeitsprogramm für 1993/94 sind einige Treffen bzw. Teamseminare für Schulkoordinatoren und -koordinatorinnen vorgesehen sowie ein Seminar für Direktoren und Direktorinnen. Für das Frühjahr 1995 ist ein Treffen mit Personen aus deutschen, Schweizer und österreichischen Projekten geplant.

### *ÖBIG-Servicestelle für Gesundheitsbildung:*

Zum Aufbau einer Servicestelle für Gesundheitsbildung wurde das Projekt „Bedarfsanalyse und Profilerstellung für eine ÖBIG-Servicestelle für Gesundheitsbildung“ vergeben. Dieses Projekt (Laufzeit von 1.6.1993 bis 1.10.1994) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz gemeinsam mit dem Bundesministerium für Unterricht und Kunst initiiert. Das ÖBIG wurde damit beauftragt, Grundlagen für die Installierung einer Servicestelle für Gesundheitsbildung zu erarbeiten.

Durch die Errichtung einer solchen Servicestelle soll den österreichischen Schulen mittelfristig ein Ansprechpartner für spezifische Fragestellungen der Gesundheitsbildung und -förderung zur Verfügung stehen.

## Versorgungsbereiche

Im Herbst 1993 ist im Rahmen dieses Projektes eine Befragung aller österreichischen Schulen angelaufen. Damit werden einerseits umfassende Informationen darüber erhoben, was in den einzelnen Schulen zur Gesundheitsförderung geschieht, andererseits auch möglichst deutliche Anhaltspunkte für den Bedarf der Schulen nach bestimmten Unterstützungsleistungen gewonnen.

Ausgehend von der Auswertung und Evaluation dieser Bestandsaufnahme wird das Detailkonzept für die geplante Servicestelle entwickelt.

### 5.11.2.3 Forum (vormals Fonds) „Gesundes Österreich“ (FGÖ)

Der Fonds „Gesundes Österreich“ wurde 1988 gegründet mit dem Ziel, die „zahlreichen Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Primärprävention in koordinierter Weise zu fördern und dadurch die Gesundheitsvorsorge verstärkt in die Bevölkerung zu tragen“. 1992 wurde der Fonds neu organisiert, im Herbst 1993 wurde als neuer Arbeitstitel „Forum Gesundes Österreich“ gewählt.

Gründer waren der Bund, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Österreichische Ärztekammer, die Österreichische Apothekerkammer und der Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs.

Zur Erreichung des Ziels der Regierungserklärung 1990 „Ausbau des Fonds Gesundes Österreich und ausreichende finanzielle Absicherung“ wurden 1992 mit der Neuorganisation des Fonds wesentliche Schritte gesetzt. Wichtige Punkte des Umstrukturierungskonzepts waren die Sicherung der Finanzierung, die Bestellung einer hauptamtlichen Geschäftsführung und die Zusammenarbeit mit den Ländern. Nach der Umstrukturierung konnte die Anzahl der Programme deutlich vermehrt werden.

#### Zielsetzungen

Das FGÖ versteht sich als Plattform für im Bereich der Gesundheitsförderung tätige Personen und Einrichtungen mit dem Ziel, Erfahrungen auszutauschen, Doppelgleisigkeiten zu verhindern und Synergieeffekte zu bewirken.

Langfristiges Ziel ist die Etablierung der Gesundheitsförderung in Österreich als dritten Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens neben der Krankenversorgung und dem Gesundheitsschutz, wozu folgende Umsetzungsstrategien angewandt werden:

- Qualität und Quantität der Angebote für Gesundheitsförderung verbessern.  
Dabei wird eine Einengung auf bestimmte, erfolgreiche und gut organisierte Programme mit Neuheitswert angestrebt. Sowohl Grundlagenforschung als auch Evaluation sollen in der Gesundheitsförderung forciert werden.

- Kooperation mit Ländern, Gemeinden, etc. aufbauen.

Der vom FGÖ angestrebte Aufbau von Kooperationen erfolgt gemäß dem Lebensweisen-Ansatz sowohl über Inhalte mit themenbezogenen Projekten (z.B. Rauchen) als auch über Settings (z.B. Gesunde Städte, Gesunde Schule, siehe oben). Daher gibt es Kooperationen mit dem BMGSK, ÖBIG, universitären und außeruniversitären Forschungsstätten, aber auch mit den Print- und audiovisuellen Medien. Auf Länderebene läuft die Kooperation über die Arbeitskreise für Vorsorge- und Sozialmedizin und die Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz, die Landesgesundheitsreferenten, Gesundheitsämter, Landessanitätsdirektoren und Landesschulräte.

- Infrastruktur und Finanzierungsmodelle für Gesundheitsförderung entwickeln.

Während die ersten Kampagnen des FGÖ auf Krankheiten zentriert waren, erfolgt nunmehr - gemäß dem internationalen Trend - eine Orientierung an umfassenderen Schwerpunktsetzungen im Sinne des Lebensstilkonzeptes. Diese Umstellung von krankheitsbezogenen Themen auf Lebensstilthemen bietet den Vorteil, daß die Liste der Lebensstilthemen überschaubarer ist als die Liste der Krankheiten und sich eher Synergieeffekte einstellen, z.B. können Ernährung oder Bewegung als präventiver Ansatz für eine Reihe von Erkrankungen dienen.

Der FGÖ hat seine Aktivitäten in der Vergangenheit jeweils nach Jahresschwerpunkten organisiert. Diese waren 1989 „Krebsvorsorge und -früherkennung bzw. Krebsbehandlung und -nachsorge“, 1990 und 1991 „Prävention von Herz-, Kreislaufkrankungen“.

- Mit der Neustrukturierung wurde von Jahresschwerpunkten abgegangen und die Richtung zu einer Themenvielfalt mit folgenden Leitlinien eingeschlagen:
- Gesundheitsförderliche Modellprojekte konzipieren und Handlungsanreize für die Umsetzung geben,
- gesundheitsförderliche Produkte mit Gütesiegel entwickeln und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich machen,
- Interventionsprogramme/Aktionen planen und Impulse setzen,
- Bewußtseinsbildung in der Bevölkerung erzeugen hinsichtlich der Bedeutung eines aktiven, gesundheitsfördernden Handelns,
- wissenschaftliche Experten und im Bereich der Gesundheitsförderung tätige Einrichtungen vernetzen,
- die Theorien- und Methodenentwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung fördern.

Themenschwerpunkte des FGÖ seit dessen Neustrukturierung sind Bewegung, Ernährung, Rauchen, Gesunde Zähne, Gesundheitsförderungs-Dokumentation, Evaluation, Grundlagenforschung, SIGIS (Service- und Informationsstelle für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen).

## Versorgungsbereiche

### Maßnahmen

Die folgende Auflistung der einzelnen Projekte erfolgt - geordnet nach inhaltlichen Schwerpunkten - in chronologischer Reihenfolge:

#### *Krebsvorsorge:*

Aktivitäten waren u.a. die Herausgabe und Verteilung von insgesamt 3,5 Millionen Informationsbroschüren und Veranstaltungen. Zielgruppen waren die Bevölkerung, Fachjournalisten, Lehrer- und Ärzteschaft, das onkologische Pflegepersonal.

#### *Gesunde Zähne bis ins hohe Alter:*

In diesem Bereich erfolgten Expertensitzungen, Zahnarzhelferinnenseminare, die Herausgabe von Informationsmaterial, Entwicklung eines Computerprogramms und Benutzerhandbuchs zur Zahnstatuserhebung, flächendeckende Verteilung des Buches zur Liederkassette „Der kleine Riese will gesunde Zähne“ an alle österreichischen Kindergärten.

#### *Herz-Kreislauf/Schlaganfall:*

Folgende Aktivitäten wurden gesetzt: 150 mit Kooperationspartnern durchgeführte Veranstaltungen, Informationsfolder und 1,8 Millionen Broschüren, Verteilung einer Schlaganfallbroschüre an alle Neurologen, Schlaganfallbericht des Vereins „Österreichischer Schlaganfallfonds“.

#### *Bewegung:*

Projekte in diesem Bereich wurden für altersunterschiedliche Zielgruppen in Kooperation mit dem BMUK, AUVA, Bundesministerium für Landesverteidigung und vielen anderen Institutionen erarbeitet bzw. durchgeführt.

- „Zauberstuhl & Rückengeist“  
Broschüre und Musikkassette für Kinder im Vorschulalter
- „Gesund & Munter“  
Quartettspiel, Broschüre und Plakate für die Volksschule
- Multiplikatorenseminar zum Bewegungsprogramm für Senioren in Heimen
- Bewegungsinformationen und -programme im Bundesheer
- „Bewegung im Betrieb - Betrieb in Bewegung“  
Ausbildungskurs
- „Bewegungsschieber“  
Hilfestellung zum Ausgleich berufsspezifischer Belastungen
- „Schule-Turnlehrer-Schularzt - eine funktionelle Einheit“  
Projekt zur Erarbeitung von Präventionsmaßnahmen für die Schulklasse

*Interventionsprogramm Rauchen:*

- Bestandsaufnahme der Raucher-Therapie-Angebote und Verbesserung ihrer Quantität und Qualität. Folgeaktivitäten für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen.
- Entwicklung von Schulungsunterlagen für Ärzte, Apotheker, Psychologen und Hebammen.

Kooperationspartner war das Institut für Sozialmedizin der Universität Wien u.v.a.

*Ernährung:*

Wichtigste Aktivität war die Aufbereitung von Ernährungsinformationen in spielerischer Form. Kooperationspartner waren die Universitäts-Kinderklinik am AKH Wien, Pädagogische Institute, die Pädagogische Akademie u.a.

*Dokumentation und Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten:*

- Erarbeitung einer organisationsübergreifenden Struktur für eine Projektdokumentation und deren technische Umsetzung.
- Evaluation der durchgeführten Gesundheitsförderungsprogramme.

Die mit Jänner 1994 etablierte Gesundheitsförderungs-Dokumentation soll als Grundlage für die Errichtung eines Services herangezogen werden. Die Bestandsaufnahme, die sowohl inländische als auch modellhafte ausländische Gesundheitsförderungsprojekte inkludieren wird, soll helfen, Versorgungslücken zu erkennen, um daraus einen Handlungsbedarf ableiten zu können. Kooperationspartner in diesem Bereich sind das BMGSK, das Institut für Sozialmedizin der Universität Graz und das ÖBIG für den Bereich Gesunde Schule.

*Entscheidungsvorbereitungsstudien und Grundlagenforschung:*

Themen dieser Studien sind Ernährungsprogramme bei Kindern zur Arteriosklerose- und Kariesprophylaxe, Erreichbarkeit von Zielgruppen mit ungünstigen Ausgangsbedingungen für Gesundheitsverhalten, die Bedeutung Gleichaltriger für die Gesundheitsförderung bei Jugendlichen, Indikatoren für Qualitätsstandards und Lebensqualitätsforschung.

*Serviceeinrichtung (SIGIS):*

Mit 1. August 1993 wurde eine Service- und Informationsstelle für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen (SIGIS) eröffnet. In einem ersten Schritt sollen die Selbsthilfeorganisationen vernetzt, die Zusammenarbeit mit den Institutionen und die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit gefördert werden. Weiters werden Beratung zu organisatorischen und finanziellen Problemen angeboten sowie Weiterbildungsangebote erstellt.



## Versorgungsbereiche

1994 werden eine Reihe von Maßnahmen des FGÖ weitergeführt, so z.B. Aktivitäten zum Themenschwerpunkt „Bewegung“, SIGIS, Interventionsprogramm Rauchen, Evaluation und Grundlagenforschung, Zahnkariesprophylaxeprogramm für Kindergarten und Schule. Im Bereich „Gesunde Zähne“ erfolgt die Ausdehnung einer zahn-epidemiologischen Erhebung mit internationalen und Bundesländervergleichsmöglichkeiten. Neue Aktivitäten werden im Bereich „Medikamente“ gesetzt. Die Dokumentation von Gesundheitsförderungsprojekten läuft in vollem Umfang an. Die Ausrichtung eines Nationalen Gesundheitsförderungstages soll zur Bewußtseinsbildung in der breiten Öffentlichkeit beitragen. Vorgelagert wird ein wissenschaftlicher Workshop sein. In diesem Rahmen wird je ein Preis für Forschung und Journalistik verliehen werden.

## Ergebnisse

Viele Produkte erfreuen sich einer sehr positiven Resonanz, die sich z.B. darin ausdrückt, daß Broschüre und Kassette von „Gesund & Munter“ bereits über den Buchhandel erhältlich sind. „Zauberstuhl & Rückengeist“ kommen in Kindergärten sehr gut an und wurden im ORF präsentiert. Die „Informationen zur Raucherentwöhnung“ mußten nachgedruckt werden. Aufgrund des internationalen Interesses an den Curricula für Gesundheitsberufe zum Thema Raucherentwöhnung erfolgt eine Übersetzung ins Englische.

### 5.11.3 Ausblick

Die Zukunftsperspektiven der themenbezogenen Gesundheitsförderung wurden bereits für jeden Schwerpunkt einzeln behandelt.

Übergreifende Aufgabenschwerpunkte der zukünftigen Gesundheitsförderung sind

- der Ausbau der Gesundheitsberichterstattung durch einen Gesundheitssurvey,
- die Weiterentwicklung der Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen.

## Gesundheitssurvey

Als wichtiger Schritt zum Ausbau der Gesundheitsberichterstattung wird in Österreich im Einklang mit der internationalen Diskussion der Aufbau eines Gesundheitssurveys angesehen. Für die Entwicklung und Implementierung dieser zusätzlichen Form der Gesundheitsberichterstattung ist mit einem Zeitraum von etwa drei Jahren zu rechnen. Ein Gesundheitssurvey hat gegenüber einem - oft gewünschten - Ausbau der amtlichen Statistik insofern Vorteile, als er durch die Bedingung der Freiwilligkeit aussagekräftigere und differenziertere Daten erbringt, die zur Bildung relevanter Indikatoren nötig wären. Insofern sind von einem Gesundheitssurvey wesentliche Vorteile für die Programmplanung im Bereich der Gesundheitsförderung zu erhoffen.

## Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen

Die Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen hat in der österreichischen und internationalen Diskussion an Bedeutung zugenommen. Die Entwicklung und Erprobung von geeigneten Methoden ist ein wichtiges zukünftiges Arbeitsfeld.

### Quellen:

Bericht über das Gesundheitswesen 1989, 1990 bzw. 1991, BMGSK und ÖSTAT (Hrsg.)

Brungs, M.; J. Bengel: AIDS-Prävention in europäischen Nachbarländern. In: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung 3/1991, 69 - 78

Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz: Thema: Rauchen. Eine Orientierungshilfe. Daten Fakten Initiativen. Wien o.J.

Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (Hrsg.): Substitutionsbehandlung in Österreich. Forschungsbericht. Wien 1992

Erlacher, Ingried; R. Eigner: Die Drogensituation in Österreich. In: Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung 93. Jahrgang, Heft 11, November 1992

Gesunde Stadt. Magazin des WHO-Projektes „Wien - Gesunde Stadt“. Oktober 1993

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Wien 1992

Netzwerk Österreich. Gesunde Städte 2000. Projektmappe 1993

Regierungsvorlage: Bundesgesetz über das Herstellen und Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und Nichtraucher-schutz (Tabakgesetz). 30.9.1993

Voelkel, Otto: Vorsorgemedizin in Österreich. Organisation, Durchführung und Tarife der Vorsorgeuntersuchungen 1992. Vorsorgefrequenzstatistik der Jahre 1988-1991. In: Österreichische Ärztezeitung 22 (1992), 47, 48 - 74

WHO; Regional office for Europe: Alcohol problems, policies and programmes in Europe. 1992

## Versorgungsbereiche

### 5.12 Integration der gesundheitlichen und sozialen Versorgung

#### 5.12.1 Problemstellung und Zielsetzung

Bereits seit den siebziger Jahren wird die Notwendigkeit der stärkeren Integration der gesundheitlichen und sozialen Versorgung diskutiert. Diese Notwendigkeit wird begründet durch die vertikale und horizontale Zersplitterung der Leistungserbringung im Gesundheits- und Sozialbereich, die zum einen die Qualität der Betreuung von Patienten und Klienten beeinträchtigt, zum anderen aber auch den effizienten und bedarfsgerechten Einsatz der Dienstleistungen erschwert.

Die Einrichtungen und Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich sind auf verschiedenen Versorgungsstufen angesiedelt und übernehmen dort jeweils bestimmte Teilaspekte der Betreuung. Für psychosoziale, pflegerische und medizinische Belange sind unterschiedliche Berufsgruppen zuständig, die im stationären, im semistationären, im ambulanten oder im mobilen Bereich tätig werden. Die arbeitsteilige Leistungserbringung geht auf einen Prozeß zunehmender Spezialisierung und Professionalisierung zurück. Die einzelnen Aufgabenbereiche differenzieren sich immer weiter aus, es entstehen spezialisierte Arbeitsfelder und in weiterer Folge neue Berufsbilder und Berufsgruppen.

Die arbeitsteilige Leistungserbringung ermöglicht zwar eine Steigerung der Qualität der Leistungen innerhalb der jeweiligen Arbeitsgebiete, bewirkt jedoch auch einen hohen Abstimmungsbedarf zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Die Betreuung von Patienten ist nicht vollständig in voneinander unabhängige Teilaspekte zerlegbar. Die diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen müssen sich inhaltlich und von ihrem zeitlichen Ablauf her aufeinander beziehen und einander ergänzen. Besonders hoher Abstimmungsbedarf besteht bei Dienstleistungen für Personen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen wie chronischen Erkrankungen oder Multimorbidität, wo nacheinander oder gleichzeitig eine Reihe unterschiedlicher Einrichtungen und Berufsgruppen tätig werden.

Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und effiziente Betreuung im Gesundheits- und Sozialbereich sind daher der reibungslose vertikale und horizontale Informationsfluß zwischen den Leistungserbringern, ihre Zusammenarbeit und ihre gegenseitige Abstimmung.

Im gegenwärtigen System der Versorgung ist diese Abstimmung jedoch nicht gewährleistet. Keine Organisation oder Berufsgruppe ist für die Regelung des Zusammenwirkens der Anbieter bzw. für das im Blick Behalten des gesamten Spektrums an Diensten, die für eine Person erbracht werden, zuständig. Die unterschiedlichen rechtlichen und finanziellen Grundlagen für die Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich und die zersplitterten Kompetenzen in der Verwaltung erschweren zusätzlich Koordinationsbemühungen. Koordination und Kooperation beruhen ge-

genwärtig in erster Linie auf informellen Absprachen und auf dem persönlichem Engagement der Betreuenden und sind damit nicht verbindlich abgesichert.

Wenn Kooperation und Koordination der Leistungserbringer fehlen, können eine Reihe von Problemen für die Qualität und die Effektivität der Betreuung entstehen:

- Brüche in der Betreuungskette bzw. Lücken in der Versorgung, z.B. wenn die Betreuung zu Hause nicht nahtlos an eine Spitalsentlassung anschließt.
- Ineffiziente Doppelgleisigkeiten, z.B. bei Doppel- und Mehrfachbefundungen durch niedergelassene Ärzte und Krankenhaus.
- Erschwerter Zugang zu den Diensten für Patienten und Klienten durch geringen Informationsstand der Leistungserbringer über das Spektrum an verfügbaren Dienstleistungen und damit einhergehend reduzierte Möglichkeiten der Beratung ihrer Patienten und Klienten über für sie in Frage kommende weitere Betreuungsangebote.
- Unscharfe Kompetenzabgrenzung zwischen den Berufsgruppen und in weiterer Folge Unsicherheiten für die betreuten Personen sowie Konkurrenz statt Zusammenarbeit bei den Leistungserbringern.
- Fehlen eines gemeinsamen Betreuungszieles und fehlende inhaltliche und zeitliche Abstimmung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen bei der gleichzeitigen Betreuung von Personen durch mehrere Leistungserbringer.

Ziel der Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten ist die Sicherung eines Versorgungssystems, in dem

- Patienten auf der Versorgungsstufe betreut werden, die ihrem Bedarf am besten entspricht,
- die Betreuung kooperativ bzw. aufeinander abgestimmt erfolgt und
- der Übergang von einer Versorgungsstufe zur anderen reibungslos und unter Gewährleistung der Kontinuität der Betreuung erfolgen kann.

Die Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten ist damit auch die Voraussetzung für die seit mehreren Jahren angestrebte Entlastung des stationären Akutbereiches. Der Abbau von Akutbetten erfordert einerseits ein ausreichendes Angebot an extramuralen Diensten, andererseits müssen die Organisationsformen dieser Dienste eine aneinander anschließende und inhaltlich aufeinander abgestimmte Leistungserbringung ermöglichen. Eine Verkürzung des Spitalsaufenthaltes für weiterhin betreuungsbedürftige Personen ist z.B. nur dann möglich, wenn die Versorgung zu Hause durch niedergelassenen Arzt und mobile Dienste nahtlos an die Spitalsentlassung anschließt und durch zeitgerechte Informationsweitergabe die im Spital begonnene Betreuung weitergeführt werden kann.

Mit der Einrichtung von Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengeln (IGSS) kann diese organisatorische Verknüpfung von Sozial- und Gesundheitsdiensten erzielt

## Versorgungsbereiche

werden. In der Regierungserklärung 1990 wurde die flächendeckende Einrichtung von Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengeln als regionale Koordinierungseinrichtungen für die Organisation von sozialen und medizinischen Diensten durch öffentliche und private Träger als gesundheitspolitisches Ziel der Legislaturperiode festgeschrieben. Die Idee der Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengel steht durch ihren regionalen Bezug auch in Zusammenhang mit dem Ziel, die medizinischen Leistungen, die Pflege und die soziale Betreuung an die natürliche Umgebung der Menschen heranzubringen und einen Lebensabend in Würde zu garantieren.

### 5.12.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Die Umsetzung von Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengeln fällt in die Kompetenz der Länder. Dementsprechend wurden von seiten des Ressorts unterstützende Maßnahmen für den Aufbau von IGSS in Österreich gesetzt:

#### Schaffung der Finanzierungsmöglichkeit

Seit 1988 können IGSS aus den Mitteln für Strukturreformmaßnahmen gemäß § 2 Fondsgesetz des KRAZAF (BGBl. Nr. 281/1988) finanziert werden. Der Ausbau integrierter Versorgungssysteme und insbesondere von Sozial- und Gesundheitssprengeln als Maßnahmen zur Entlastung des stationären Akutbereiches ist auch in den 1991 erlassenen Richtlinien für die Finanzierung strukturverbessernder Maßnahmen ausdrücklich vorgesehen. Die Inanspruchnahme dieser Möglichkeit durch die Länder ist allerdings noch gering. Bisher werden vorwiegend einzelne im Rahmen von Sprengeln erbrachte Leistungen, wie etwa Hauskrankenpflege und Gesundheitsvorsorge, aus Strukturmitteln finanziert.

#### Erarbeitung inhaltlicher Grundlagen

1991 wurde das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen vom BMGSK und vom KRAZAF mit der Erarbeitung von Grundlagen und Handlungsanleitungen für den Aufbau von IGSS in Österreich beauftragt. Ausgangspunkte dieser Arbeiten waren

- die bereits bestehenden, teilweise bereits in den siebziger Jahren gestarteten Ansätze zur Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten sowie
- die langsam anlaufende österreichweite Diskussion über IGSS, die in erster Linie die Notwendigkeit der Klärung des Begriffs „Integrierter Gesundheits- und Sozialsprengel“ und der damit verbundenen Ziele, Aufgaben und Umsetzungsmöglichkeiten zeigte.

Ergebnisse der Mitte 1993 abgeschlossenen Projektarbeiten sind das IGSS-Grundmodell und das IGSS-Handbuch.

Das IGSS-Grundmodell enthält Empfehlungen zu Zielsetzungen und Aufgaben, zum organisatorischen Aufbau und zu den erforderlichen Rahmenbedingungen von IGSS. Damit wurden einerseits grundsätzliche Anforderungen an einen IGSS festgelegt und andererseits die Basis für die Erarbeitung detaillierter und auf das jeweilige Bundesland bzw. die Region abgestimmter Konzepte geschaffen. Diese Herangehensweise wurde gewählt, da ein österreichweit einheitliches Verständnis von IGSS wichtig ist, die tatsächliche Ausformung in der Praxis jedoch auch die unterschiedlichen regionalen Ausgangsbedingungen - wie etwa die gegebene Angebots- und Trägerstruktur im Bereich der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen - berücksichtigen muß.

IGSS wurden im Grundmodell definiert als überschaubare Regionen, in denen Strukturen für die Vernetzung und für die systematische Weiterentwicklung der Dienste im Gesundheits- und Sozialbereich eingerichtet werden. In einem IGSS sollen unter Einbeziehung der bestehenden Einrichtungen und Berufsgruppen in der Region folgende Aufgaben erfüllt werden:

- Laufende Feststellung der Schwachstellen und Defizite in der regionalen gesundheitlichen und sozialen Versorgung als Grundlage für die Erstellung von auf die Region und die dort bestehenden Problemlagen bezogenen Entwicklungs- und Arbeitsprogrammen.
- Organisation der Koordination der Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, die für die Bewohner der Region tätig sind.
- Sicherung eines bedarfsgerechten Leistungsangebotes im Bereich der mobilen pflegerischen und sozialen Dienste in der Region.
- Sicherung des Zugangs zu diesen Diensten für die Bewohner durch Information und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Dienste.
- Initiierung und Durchführung von Gesundheitsförderungsaktivitäten.

Das Grundmodell wurde 1992 in einer Kurzfassung publiziert und wird vom ÖBIG seither laufend den zahlreichen Interessenten aus Politik und Verwaltung sowie aus der Leistungserbringung zur Verfügung gestellt. Einige der neu entstandenen Konzepte in Österreich - wie etwa das IGSS-Konzept des Landes Kärnten - orientieren sich bereits am Grundmodell. Mittlerweile wird das Grundmodell auch im Ausland rezipiert.

Das in einem nächsten Schritt erarbeitete IGSS-Handbuch ist ein schriftlicher Leitfaden für die Vorgangsweise bei der Planung, der Gründung und beim Betrieb eines IGSS. Es richtet sich an jene Personen, die in einer Region einen IGSS aufbauen möchten, und berücksichtigt insbesondere die erforderlichen Schritte zur Erzielung von Akzeptanz und Bereitschaft zur Mitarbeit bei den regionalen Leistungserbringern und Entscheidungsträgern. Das Handbuch wurde im Juli 1993 vom ÖBIG publiziert und stößt ebenfalls auf reges Interesse. Ergänzend zur schriftlichen Unterlage wurde

## Versorgungsbereiche

im ersten Halbjahr 1993 vom ÖBIG eine Seminarreihe zu Problemen und Fragen der IGSS-Umsetzung gestartet, deren Fortsetzung geplant ist.

### 5.12.3 Bisherige Entwicklung der IGSS in Österreich

Zusammenfassend kann die IGSS-Entwicklung in Österreich folgendermaßen charakterisiert werden:

- Die Umsetzung der innovativen IGSS-Idee befindet sich insgesamt in einem frühen Stadium und wird - abgesehen von einer längeren Tradition von Sprengeln in Tirol und Vorarlberg - vielfach noch im Rahmen von Pilotprojekten erprobt. Die Diskussion über IGSS ist jedoch - auch in Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Bundespflegegeldgesetzes (BGBl. Nr. 110/1993) - österreichweit angelaufen. Die in Zusammenhang damit abgeschlossene Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen gemäß Artikel 15a B-VG verpflichtet die Länder zum Aufbau der erforderlichen Infrastruktur zur Betreuung pflegebedürftiger Personen, zur Information und Beratung der Bevölkerung und zur Koordination der Dienste bis zum Jahr 2010. Der Aufbau von IGSS bzw. anderer Vernetzungsmöglichkeiten ist in der Vereinbarung explizit als sozial- und gesundheitspolitischer Mindeststandard der Versorgung vorgesehen. Funktionierende IGSS können durch ihre Verankerung in einer überschaubaren Region zukünftig Beiträge bei der Evaluierung der Inanspruchnahme und der Verwendung des Bundespflegegeldes leisten.
- Die Umsetzung des IGSS-Konzepts bewirkt Interessenkonflikte. Kritische Punkte an der IGSS-Idee sind etwa von seiten der Leistungserbringer befürchtete Eingriffe in ihre Eigenverantwortlichkeit und die Angst vor Reglementierung von außen, von seiten der Politik und Verwaltung die Ablehnung von Reformmodellen, die zusätzliche Kosten verursachen.
- Die bereits bestehenden IGSS-Projekte sind äußerst heterogen. Es gibt derzeit noch keine generell akzeptierte Auffassung darüber, was IGSS sind und welche Ziele mit welchen Mitteln durch IGSS erreicht werden sollten, obwohl die Orientierung am durch das ÖBIG erarbeiteten Grundmodell langsam beginnt. Die bestehenden Projekte werden in den einzelnen Bundesländern auch sehr unterschiedlich bezeichnet (Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozial- und Gesundheitssprengel, Sozialsprengel). Sie erbringen unterschiedliche Leistungen bei einem insgesamt eher eingeschränkten Aufgabenverständnis. Das Ziel des Ausbaus der mobilen Dienste und der Sicherung der Koordination dieser Dienste ist zwar unumstritten, in der Praxis wird unter einem IGSS jedoch vor allem das bedarfsgerechte Angebot mobiler pflegerischer und sozialer Leistungen in einer Region verstanden. Einige der bestehenden Initiativen sind dementsprechend selbst Leistungsanbieter. Große Unterschiede bestehen auch in den jeweiligen Organisationsstrukturen. Nicht alle Projekte sehen - zumeist aus Kostengründen - eine eigene Organisation bzw. eine Geschäftsführung vor, die jedoch für die tatsächliche Wahrnehmung der IGSS-Aufgaben unerlässlich ist. Eine ebenfalls große Spann-

breite gibt es bei der Größe der Einzugsgebiete. Die Regionen umfassen teilweise einen ganzen Bezirk, teilweise nur wenige kleine Gemeinden. Eine Bewertung dieser unterschiedlichen Regionsgrößen wird erst nach dem Vorliegen entsprechender Erfahrungen möglich sein.

- Die mit der IGSS-Idee angestrebte Koordination von gesundheitlichen und sozialen Diensten wird erst ansatzweise umgesetzt. Gründe dafür sind das Fehlen entsprechender Strukturen sowie die Funktion vieler IGSS-Modelle als Leistungserbringer, die die Möglichkeiten für Koordinationsleistungen und die Akzeptanz durch andere Leistungsanbieter einschränkt. Der Aufbau von Strukturen zur verbesserten Koordination und Kooperation der Anbieter ist allerdings ein längerfristiger Prozeß, der entsprechendes Know How und positive Erfahrungen mit dem Erfolg und der Sinnhaftigkeit dieser Strukturen voraussetzt.

#### **5.12.4 Aktueller Stand und Ausblick**

Die Bundesländer werden die Umsetzung von IGSS im Zuge der Realisierung der Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG zunehmend betreiben. Diese Umsetzung wird jedoch - nach den bisherigen Erfahrungen - äußerst heterogen verlaufen, da es noch keinen österreichweiten Konsens über Ziele, Aufgaben und Organisation von IGSS gibt.

Diese Entwicklung ist nachteilig, da damit die österreichweite Vergleichbarkeit der Erfahrungen und Ergebnisse der IGSS-Arbeit nicht gegeben ist und auch die Weiterentwicklung des Konzepts insgesamt erschwert ist.

Sinnvoll sind daher Initiativen auf Bundesebene, die einen vergleichbaren und zielgerichteten Aufbau von IGSS fördern. Es ist von seiten des Ressorts beabsichtigt, eine Koordinationsfunktion zu übernehmen, um den inhaltlichen Austausch und die Abstimmung der IGSS-Aktivitäten der Länder auf Bundesebene zu ermöglichen. Derzeit geplant sind die Veranstaltung von IGSS-Konferenzen bzw. von Symposien sowie die Einrichtung eines regelmäßigen Arbeitskreises der Ländervertreter zur Diskussion der IGSS-Erfahrungen und der konzeptiven Weiterentwicklung der IGSS, etwa analog zum Arbeitskreis für Pflegevorsorge im Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Weiterhin wichtig ist das Angebot von Information und Beratung über die Inhalte und die Umsetzung von IGSS für die Betreiber der Projekte vor Ort und für interessierte Entscheidungsträger, die auch zukünftig durch das ÖBIG bereitgestellt werden wird.



## Versorgungsbereiche

### Quellen:

Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel für Österreich. Projektteil 1 - Modellentwicklung. ÖBIG, Wien 1992

Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel. Handbuch zur Umsetzung von IGSS. ÖBIG, Wien 1993

Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel. Landeskonzept Steiermark. ÖBIG, Wien 1993

Richter, U.: Finanzierung von Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengeln aus KRAZAF-Mitteln. In: Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel. Projektteil 2 - Begleitung und Umsetzung von IGSS. ÖBIG, Wien 1993

Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen nach Artikel 15a B-VG in Zusammenhang mit dem Bundespflegegeldgesetz (BGBl. Nr. 110/1993)

## **6 Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen**

Die Ausbildung zu Berufen im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren eine Neuorientierung erfahren:

Durch die Entwicklung der Medizin und die Innovationen in Diagnostik und Therapie mußte das Erlernen neuer Fähigkeiten in die Ausbildungspläne aufgenommen werden.

Weiters sind die Ansprüche an das berufliche Können sowohl als Reaktion auf die zunehmende Erwartungshaltung der zu Betreuenden als auch durch die Veränderungen im Bevölkerungsaufbau und damit zusammenhängende Betreuungsprobleme gestiegen.

Darüber hinaus hat eine Ergänzung der Betreuungsinhalte in Richtung Vorsorge und Rehabilitation stattgefunden. Diese Neuorientierung hat sich auf alle im Gesundheitswesen Tätigen ausgewirkt.

Nicht zuletzt hat sich innerhalb der einzelnen Berufsgruppen ein professionelles Selbstverständnis herausgebildet, das darauf drängt, auf Grundlage einer qualitätvollen Ausbildung Eigenverantwortung und Eigenständigkeit im Zusammenspiel der Gesundheitsberufe zu erreichen.

Wie diesen Komponenten in einer Ausbildungsreform Rechnung getragen werden kann, wird in diesem Kapitel am Beispiel der Krankenpflegeberufe eingehender dargestellt, das auch die Bedeutung der Erkenntnisse der Erziehungswissenschaften bzw. der Curriculumforschung für den Reformprozeß deutlich macht.

### **6.1 Ärzte**

#### **6.1.1 Problemstellung und Zielsetzung**

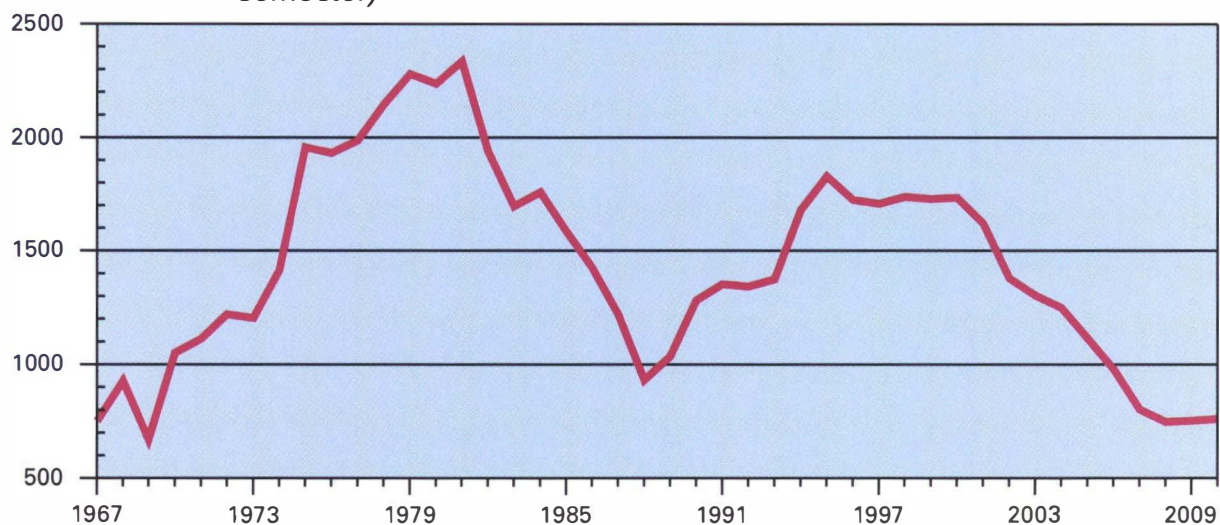
Die Ausbildung der Ärzte gliedert sich in die Studienjahre auf den medizinischen Fakultäten (Studenten der Medizin) bis zur Promotion (Mediziner) und in die postpromotionelle Ausbildung an hierfür anerkannten Ausbildungsstätten wie Krankenanstalten, Lehrpraxen und Lehrambulatorien (Ärzte in Ausbildung bzw. Turnusärzte), die mit dem Erwerb des Rechtes zur selbständigen Berufsausübung (ius practicandi) als praktischer Arzt bzw. als Facharzt abschließt (ausgebildete Ärzte).

## Ausbildung

Große Studentenzahlen, mangelnde personelle und räumliche Ressourcen und eine reformbedürftige Studienordnung haben bislang verhindert, das Medizinstudium praxisnäher und realitätsgerechter zu gestalten.

Wie eine vom BMGSK beim ÖBIG in Auftrag gegebene Studie ergeben hat, kann aus der historischen Entwicklung der Anzahl der Erstinskribenten der Studienrichtung Medizin ein für die Planung nutzbarer zyklischer Verlauf abgeleitet werden: Die Zahl der Erstinskribenten (jeweils bezogen auf das Wintersemester) stieg seit 1969 (669 Erstinskribenten) ziemlich gleichmäßig an, bis sie 1981 ihren Höhepunkt erreichte (2.335 Erstinskribenten). Danach fiel sie bis 1989 ab (930 Erstinskribenten), um danach wieder anzusteigen. Der Strukturbruch Ende der achtziger Jahre/Anfang der neunziger Jahre ist einerseits durch die Abnahme der 19- bis 23jährigen Bevölkerung und andererseits durch niedrigere Übertrittsraten in das Medizinstudium verursacht. Letzteres könnte mit der Medienberichterstattung über die hohe Zahl der promovierten Mediziner, die auf einen Ausbildungsplatz warten, in Zusammenhang stehen. Diese periodische Schwankung von 18 Jahren läßt - verbunden mit der Annahme, daß das Medizinstudium wieder die Anziehungskraft wie in der Vergangenheit erlangt - die Prognose zu, daß es zu einem weiteren Anstieg bis zum Jahr 2000 kommt (1.735 Erstinskribenten), an den sich ein Absinken bis 2010 anschließt (761 Erstinskribenten; vergleiche auch Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1: *Erstinskribenten der Studienrichtung Medizin - Historische und prognostische Entwicklung 1967 - 1989/1990 - 2010 (jeweils Wintersemester)*



Quellen: Österreichische Hochschulstatistik 1988/89 (BMWF); Hochschulplanungsprognose (ÖAW); ÖBIG Grafik: ÖBIG

Obwohl in den letzten Jahren die Anzahl der Ausbildungsplätze in der postpromotionalen Ausbildung stark zugenommen hat, verursachte das vergleichsweise überproportionale Wachstum der Promovientenzahlen zum Teil erhebliche und im Hinblick

auf die Kontinuität der Ausbildung unbefriedigende Wartezeiten auf postpromotionelle Ausbildungsplätze.

Nach Aussage der oben zitierten ÖBIG-Studie wird aber auch bei einer unveränderten Gesamtzahl der postpromotionellen Ausbildungsstellen die Warteschlange kontinuierlich abnehmen, bis zum Jahr 1999 österreichweit unter 500 sinken und - bei Fortschreibung der gegenwärtigen Bedingungen - bis zum Jahr 2008 verschwunden sein.

Die postpromotionelle Ausbildung erfolgt an hierfür anerkannten Ausbildungsstätten wie Krankenanstalten, Lehrpraxen und Lehrambulatorien. Die Anzahl der Ausbildungsstellen zum praktischen Arzt ist durch einen Bettenschlüssel geregelt, der im § 105 Abs. 2 des Ärztegesetzes festgelegt ist. Demnach ist in Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, auf je 15 Spitalsbetten mindestens ein in Ausbildung zum praktischen Arzt stehender Arzt zu beschäftigen.

Im Gegensatz zu dieser globalen Regelung bedarf jede Ausbildungsstelle zum Facharzt für die einzelnen Facharztrichtungen (klinische und nichtklinische Sonderfächer sowie Zusatzfächer) der Genehmigung durch das BMGSK. Diese Regelung ermöglicht es, Struktur und Kapazität der postpromotionellen Ausbildung in den Sonderfächern entsprechend der Nachfrage zu steuern.

Generell ist festzustellen, daß die Gesamtzahl der Ausbildungsstellen für Fachärzte in den letzten Jahren durch zusätzliche Bewilligungen deutlich gestiegen ist. Der größte Zuwachs war mit 282 Stellen (15,7 %) von 1988 (1.795 Stellen) auf 1989 (2.077 Stellen) zu verzeichnen. 1990 wuchs die Gesamtzahl um 66 Stellen (3,2 %) auf 2.143 und 1991 um weitere 160 Stellen (7,5 %) auf 2.303 an. Innerhalb der Gesamtzahlen wurden auch zugunsten von sogenannten Mangelfächern Umwidmungen vorgenommen (siehe dazu den Punkt 6.1.2). Zu beachten ist, daß in den angeführten Daten auch die zeitlich begrenzten Ausbildungsstellen enthalten sind, nicht jedoch die Ausbildungsstellen an den Universitätskliniken und -instituten der medizinischen Fakultäten in Graz, Innsbruck und Wien. Diese sind Planstellen für akademisches Personal, die auch anderweitig Verwendung finden können.

Besonderer Erwähnung bedarf die Ausbildungssituation der Zahnärzte, die derzeit noch nicht EU-konform erfolgt. Gemäß einer EG-Richtlinie vom 25. Juli 1978, die die Koordinierung der Ausbildung zum Zwecke der gegenseitigen Anerkennung der Diplome zum Inhalt hat, erfordert die Ausbildung zum Zahnarzt mit Berufsausübungsberechtigung eine mindestens fünfjährige theoretische und praktische Ausbildung auf Vollzeitbasis an Universitätskliniken oder unter Aufsicht einer Universität.

In diesem Zusammenhang hat man sich in Österreich dazu entschlossen, der EG-Richtlinie durch die Einführung einer eigenen Studienrichtung „Zahnmedizin“ zu entsprechen, die sechs Jahre dauern und einen 18monatigen praktischen Teil inkludieren soll. Die Absolventen dieser Studienrichtung, die mit dem Titel „Dr. med. dent.“

## Ausbildung

abschließt, sind sofort - also ohne postpromotionelle Ausbildung - berufsberechtigt. Mitte Jänner 1994 wurde vom BMWF ein entsprechender Gesetzesentwurf über die Studienrichtung „Zahnmedizin“ zur Begutachtung ausgesandt. Mit der Beschlußfassung durch den Nationalrat ist noch im Frühjahr 1994 zu rechnen. Mit der neuen Ausbildung soll im Wintersemester 1994/95 begonnen werden.

Neben Strukturen und Kapazität der postpromotionellen Ausbildung ist auch ihre inhaltliche und formale Qualität von wesentlichem Interesse. Das BMGSK hat in diesem Zusammenhang dem ÖBIG den Auftrag erteilt, die Arbeits- und Ausbildungssituation der Turnusärzte in Österreich zu untersuchen. Wesentliche Ergebnisse zum Thema „Ausbildung“ dieser 1991 veröffentlichten Studie sind:

### *Turnusärzte in Ausbildung zum praktischen Arzt:*

Als effektivste Formen des Wissenserwerbes werden „Bedside Teaching“, klinische Fallbesprechungen sowie eine intensive Ausbildungsbeziehung (gutes „Lehrer-Schüler-Verhältnis“) beurteilt. Die tatsächlich häufigsten Formen des Wissenserwerbes sind dagegen die alltägliche Routinearbeit, die Visiten und der Erfahrungsaustausch mit Kollegen.

Das Ausmaß an Zeit, welches sich der Primar für die Ausbildung der Turnusärzte nimmt, wird von 60 Prozent mit der Note fünf (nicht genügend) und weiteren 22 Prozent mit der Note vier bewertet. Nur sechs Prozent der Turnusärzte benoten das Zeitausmaß, welches sich der Primar für ihre Ausbildung nimmt, als gut oder sehr gut.

Mehr als ein Drittel der Turnusärzte gibt an, daß sie an ihrer Krankenanstalt keine aktive Förderung ihrer Ausbildung erfahren.

Mehr als ein Drittel aller Turnusärzte (36 %) kann ein oder mehrere Pflichtfächer nur über konsiliarärztliche Betreuung absolvieren.

Mehr als die Hälfte der Turnusärzte (56 %) hat sich um eine Facharztausbildungsstelle beworben und weitere 28 Prozent tragen sich mit diesem Gedanken.

Die Vorbereitung auf das Berufsziel „praktischer Arzt“ durch den Turnus benoten knapp 20 Prozent mit den Noten vier und fünf (genügend bzw. nicht genügend).

Lediglich 16 % der Turnusärzte wollen praktischer Arzt werden.

### *Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt:*

13,5 Prozent der in Facharztausbildung stehenden Turnusärzte haben bereits die Ausbildung zum praktischen Arzt abgeschlossen („ius practicandi“).

Bei der Benotung jener Zeit, die sich der Primar für die Facharztausbildung nimmt, antworten 38,7 Prozent mit der Note fünf (nicht genügend).

Lediglich 16 Prozent der Turnusärzte in Facharztausbildung haben an ihrer Abteilung einen Ausbildungsassistenten.

Die Tätigkeit der Turnusärzte in Facharztausbildung ist zu 68,7 Prozent am Stationsbetrieb und nur zu 31,3 Prozent an der Facharztausbildung orientiert.

Das in der Regierungserklärung 1990 festgeschriebene Ziel, eine den künftigen Anforderungen entsprechende Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen durchzuführen, hat der dargestellten Problemlage entsprechend auch für die ärztliche Ausbildung große Dringlichkeit. Die in diesem Zusammenhang im Berichtszeitraum bereits gesetzten Aktivitäten und Maßnahmen werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

### **6.1.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum und Ausblick**

#### *Präpromotionelle Ausbildungsstellen:*

Derzeit wird im Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung unter Mitarbeit des BMGSK an einer Reform des Medizinstudiums mit dem Ziel einer Stärkung des Praxisbezugs gearbeitet.

#### *Postpromotionelle Ausbildungsstellen:*

Bereits 1989 wurden 184 postpromotionelle Ausbildungsstellen zum praktischen Arzt in Ausbildungsstellen zum Facharzt umgewidmet. Dabei wurden sogenannte Mangelfächer besonders berücksichtigt (insbesondere Anästhesiologie und Innere Medizin). Seither wurde die Anzahl der Ausbildungsstellen weiter erhöht.

Sehr stark gestiegen ist die Zahl der Ausbildungsstellen der Fachrichtungen Anästhesiologie, Neurologie, Physikalische Medizin und Augenheilkunde. Stark gestiegen ist die Zahl der Ausbildungsstellen der Fachrichtungen Dermatologie, Orthopädie und Neurochirurgie. Weniger geworden sind die Ausbildungsstellen für Laborfachärzte.

Wissenschaftliche Grundlagen für die weitere Planung der Ausbildungskapazitäten liefert die vom ÖBIG im Auftrag des BMGSK erarbeitete Studie „Ärztliche Versorgung in Österreich 1990 - 2010“, die - ausgehend von einer prognostizierten Nachfrage - gegliedert nach Fachrichtungen, Empfehlungen zur entsprechenden Anpassung der Anzahl der Ausbildungsstellen enthält.

Der ÖBIG-Studie zufolge ist, allgemein gesehen, eine Ausweitung der Ausbildungsstellen bei folgenden Fachrichtungen zu empfehlen: Anästhesiologie, Augenheilkunde.

## Ausbildung

de, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO, Orthopädie, Physikalische Medizin, Urologie, Psychiatrie, Labordiagnostik (medizinisch-chemisch und mikrobiologisch-serologisch) und Plastische Chirurgie. Reduktionen der Ausbildungskapazitäten können bei folgenden Fachrichtungen vorgenommen werden: Dermatologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie, Radiologie, Unfallchirurgie, Pathologie und Neurochirurgie.

### *Sonderfachärzteprogramm:*

Das Sonderfachärzteprogramm sieht vor, daß das BMGSK für 30 Turnusärzte die Ausbildungsstellen zum Facharzt finanziert. Die Bundesländer melden Mangelsparten an das BMGSK und stellen Anträge zur Bewilligung der Finanzierung von Sonderausbildungsstellen. Das BMGSK teilt jedem Bundesland ein Kontingent zu und überprüft die Anträge nach Plausibilität. Bei positivem Abschluß wird für einen bestimmten Arzt eine bestimmte Ausbildungsstelle zum Facharzt finanziert.

### *Lehrpraxenförderung:*

Durch die Lehrpraxen bzw. Lehrambulatorien soll einerseits der Engpaß an Ausbildungsplätzen in den Krankenanstalten gemildert und andererseits von den Turnusärzten praktische Erfahrung im ambulanten Bereich gesammelt werden. Die Lehrpraxenförderung des BMGSK läuft seit 1988. Anfang Jänner 1994 waren in den 900 genehmigten Lehrpraxen 213 Praktikanten tätig.

### *Rasterzeugnis für Turnusärzte:*

Die Ärzteausbildungsordnung sieht zur Beurteilung von Turnusärzten einen Grobraster vor. Ein feineres Rasterzeugnis wird derzeit vom BMGSK erarbeitet. Ziel des BMGSK ist es, ein Curriculum zu erarbeiten (ähnlich den Curricula für die Krankenpflegeausbildung). Lehrzielkataloge sollen erstellt werden, wobei die Ausbildungsinhalte theoretisches Wissen, praktische Fertigkeiten und eine patientenorientierte Haltung umfassen sollen. Nach Auffassung des BMGSK ist es bei der Umsetzung dieses Lehrzielkataloges wesentlich, daß auch die Ausbilder der Jungärzte überprüft werden, damit die Vermittlung der Lehrinhalte auch wirklich gewährleistet ist.

### *Ausbildungsrelevante und EWR-bedingte Änderungen des Ärztegesetzes:*

Eine im Dezember 1993 eingereichte Regierungsvorlage zur Ärztegesetznovelle sieht mehrere ausbildungsrelevante Änderungen vor, die zum Teil durch den Beitritt Österreichs zum EWR und durch das Asylgesetz bedingt sind. Unter anderem ist die Einführung folgender Neuerungen vorgesehen.

- EWR-Staatsangehörige werden unter denselben Bedingungen wie österreichische Staatsbürger zur postpromotionellen Ausbildung zugelassen.

- Die Möglichkeiten zur Anrechnung von Ausbildungszeiten im Ausland werden erweitert.
- Teilzeitausbildung wird analog zum Mutterschutzgesetz und Karenzurlaubsgesetz möglich werden.
- Am Ende des Turnus ist eine abschließende Prüfung vorgesehen, die von der ÖÄK abgenommen werden soll.
- Praktische Ärzte werden in Zukunft „Ärzte für Allgemeinmedizin“ heißen. In ihrer postpromotionellen Ausbildung müssen sie mindestens sechs Monate in einer Einrichtung arbeiten, die der medizinischen Erstversorgung dient (das sind insbesondere Lehrpraxen, Lehrambulatorien sowie Ambulanzen der Krankenanstalten).
- Österreichische Ärzte mit abgeschlossenem Turnus erhalten ein Diplom, das sie zur Niederlassung in allen Ländern des EWR berechtigt; umgekehrt sind ausgebildete Ärzte, die Staatsangehörige eines EWR-Landes sind, in Österreich niederlassungsberechtigt. Allerdings werden für die Eintragung in die Ärzteliste neben gesundheitlicher Eignung und Vertrauenswürdigkeiten auch ausreichende deutsche Sprachkenntnisse Voraussetzung sein.
- EWR-Ärzte, die über eine Mindestgrundausbildung nach EWR-Standard verfügen, jedoch nicht über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin oder in einem Sonderfach der Heilkunde, erhalten die Bezeichnung „approbierte“ Ärzte.
- Bei Ärzten, die laut Asylgesetz als Flüchtlinge anerkannt sind, wird bei Fehlen eines entsprechenden Ausbildungsnachweises in Hinkunft die Glaubhaftmachung genügen; wenn sie nur Patienten ihrer Muttersprache betreuen, müssen keine ausreichenden Kenntnisse der deutschen Sprache nachgewiesen werden.
- Alle erlernten Sonderfächer dürfen - ohne Bedarfsprüfung - gleichzeitig ausgeübt werden.

## 6.2 Krankenpflegefachdienst

Fast 80 Jahre nachdem die Pflegeausbildung erstmals gesetzlich geregelt wurde, stehen wir heute wieder vor einer grundlegenden Ausbildungsreform, die dem hohen Anspruch der Bevölkerung hinsichtlich Gesundheitsvorsorge und Pflegequalität Rechnung tragen soll. In diesen acht Jahrzehnten wurden die gesetzlichen Grundlagen der Pflegeausbildung mehrmals den je zeitgemäßen Forderungen des Berufsbildes angepaßt und trugen so dazu bei, die zunehmende Professionalisierung des Pflegeberufes zu sichern.

### 6.2.1 Gesetzliche Regelung

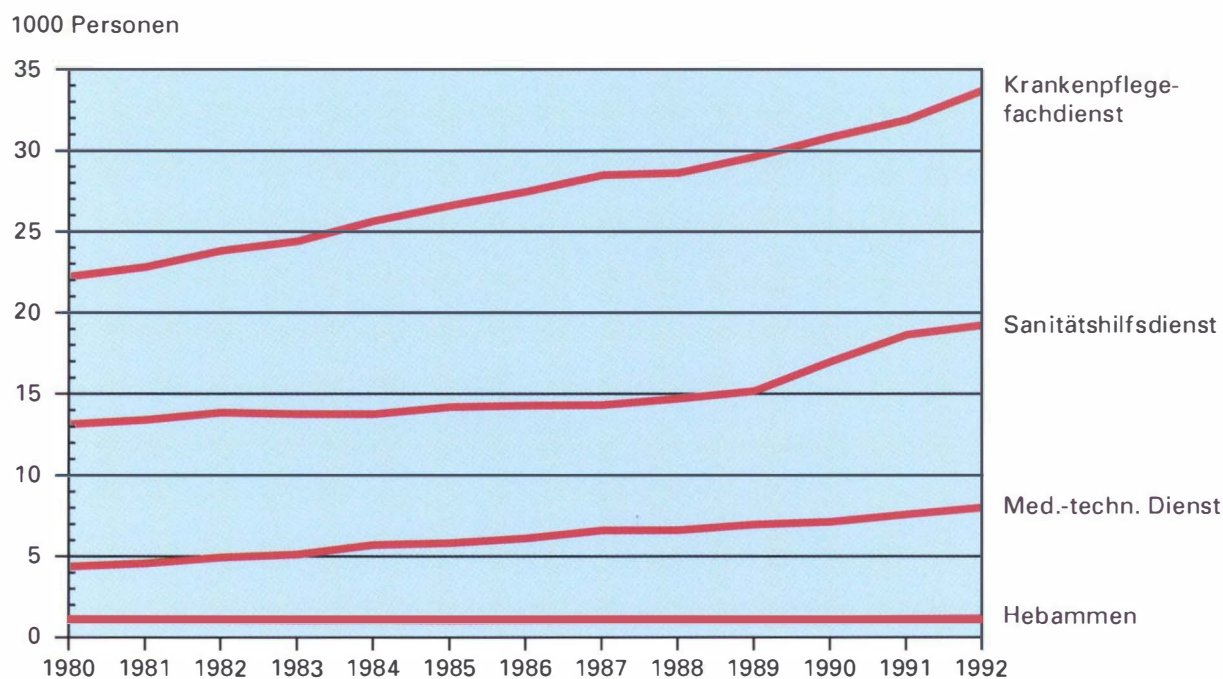
Nach der ersten staatlichen Regelung der Krankenpflege in Österreich 1914, die zwischen 1938 und 1945 durch einschlägige gesetzliche Bestimmungen des Deutschen Reiches ersetzt wurde, und einer Neuregelung im Jahr 1949 wurde schließlich am



## Ausbildung

22. März 1961 ein umfassendes Gesetz zur Regelung des Krankenpflegefachdienstes gemeinsam mit den medizinisch-technischen Diensten und den Sanitätshilfsdiensten erlassen.

Abbildung 6.2: Personalentwicklung ausgewählter Gesundheitsberufe in Krankenanstalten, 1980 - 1991 (Angaben in 1.000 Personen)



Quelle: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich

Grafik: ÖBIG

Mit diesem Gesetz und seinen zwei Verordnungen wurde

- die Ausbildung im Krankenpflegefachdienst in drei Sparten (die Allgemeine, die Kinderkranken- und Säuglingspflege sowie die Psychiatrische Pflege) gegliedert,
- zusätzlich zur dreijährigen Grundausbildung ein viertes, freiwilliges Jahr - das sogenannte erste Ausbildungsjahr in der Allgemeinen sowie in der Kinderkranken- und Säuglingspflege - als Berufseinstieg ermöglicht und
- das Aufnahmealter für die Allgemeine sowie für die Kinderkranken- und Säuglingspflege von 18 auf 17 Jahre herabgesetzt.

1969 wurden erstmals Richtlinien über die Führung von Lehrkursen zur Fortbildung und Sonderausbildung im Krankenpflegefachdienst und in den medizinisch-technischen Diensten erlassen.

1973 und 1975 folgten die Erste und Zweite Krankenpflegeverordnung, die erstmals Aussagen über

- die Inhalte und den Umfang von theoretischer und praktischer Ausbildung,
- den Stellenwert der praktischen Ausbildung,

- die Lehrer-Schüler-Relation,
- die notwendigen Qualifikationen der Vortragenden,
- die Verantwortlichkeiten für die praktische Ausbildung,
- die Prüfungsmodalitäten und
- die Voraussetzungen zur Errichtung von Krankenpflegeschulen

machten.

Das Gesetz von 1961 und die Verordnungen der Jahre 1973 und 1975 trugen dem damaligen Stand des Wissens entsprechend dem geänderten Berufsbild der Pflege und den damit verbundenen Anforderungen an eine qualitativ gesicherte Ausbildung Rechnung:

- Berücksichtigung psychologischer und sozialmedizinischer Kenntnisse in der Ausbildung.
- Die erstmals erfolgte detailliertere Bestimmung der Ausbildungsmodalitäten sollte die bis dahin übliche „freie“ Auslegung des Gesetzes an den einzelnen Ausbildungsstätten unterbinden, zu einer Vereinheitlichung der Pflegeausbildung beitragen und die Ausbildungsqualität sichern.

So kamen durch die Neuregelung eine Reihe von Fächern hinzu, die die Stundenanzahl der theoretischen Ausbildung nahezu verdoppelten. Dies betraf vor allem die Aufgliederung der speziellen Krankheitslehre in ein klinisches und ein pflegerisches Fach sowie die Einführung von human- und sozialwissenschaftlichen und sozialmedizinischen Fächern. Die Mindeststundenanzahl für die gesamte, dreijährige Ausbildung wurde mit 5.200 Stunden festgelegt. Die Ausbildung in der Psychiatrischen Krankenpflege wurde dem Stoff nach (vorgeschriebene Unterrichtsgegenstände der theoretischen Ausbildung) an die Allgemeine und die Kinderkranken- und Säuglingspflege angeglichen und eine fachspezifische Differenzierung ab dem dritten Ausbildungsjahr festgelegt.

Geregelt wurden auch die fachliche Eignung der Lehrkräfte für den theoretischen Unterricht und die Verantwortlichkeiten für die praktische Ausbildung, die nun eindeutig als Ausbildung und nicht als Arbeitsverhältnis definiert wurde.

Weiters wurde die Lehrer-Schüler-Relation mit 1:15 optimal festgelegt und Modalitäten für die Prüfungen festgeschrieben.

Schließlich wird verfügt, daß Krankenpflegeschulen nur an Krankenanstalten errichtet werden dürfen, welche die zur praktischen Unterweisung notwendigen Fachabteilungen, die erforderlichen Lehr- und Hilfskräfte, Lehrmittel und entsprechende Unterbringungsmöglichkeiten für die auszubildenden Personen aufweisen.

Für die inhaltliche Stoffgliederung, die Lernziele und die Ausarbeitung der Wochen-Studentafeln der theoretischen Ausbildung wurden keine gesetzlichen Regelungen

## Ausbildung

erlassen. In den Verordnungen heißt es lediglich, daß der Ausbildung ein Lehrplan zugrundezulegen ist. In diesem Zusammenhang wurde daher 1974 vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz ein umfangreiches Projekt zur Entwicklung von Curricula für die Krankenpflege-Grundausbildung an das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen in Auftrag gegeben.

### 6.2.2 Curriculumentwicklung

Den internationalen Tendenzen in der Entwicklung der Krankenpflege und der Ausbildungsforschung folgend sollte durch die Entwicklung von Curricula, in denen die Ziele und Inhalte der Ausbildung formuliert werden, eine einheitliche Grundlage für die Krankenpflege-Grundausbildung in Österreich geschaffen werden und das Ausbildungsniveau an die wachsenden Anforderungen an den Pflegeberuf angeglichen werden. So wurde eine der Grundlagen geschaffen, in Zukunft die Niveauunterschiede der Schulen auszugleichen und die Ausbildungsqualität insgesamt zu heben.

Das Expertenteam zur Entwicklung der Curricula orientierte sich an der Eigenständigkeit des Berufsbildes, wie es sich in den letzten Jahrzehnten im Bewußtsein vieler Schwestern und Pfleger in den verschiedensten Ländern entwickelt hat und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert wird: „Pflege ist eine grundlegende Tätigkeit des Menschen und in ihrer organisierten Form ein eigener Fachbereich des Gesundheitswesens.“ Weiters heißt es in der Definition von Pflege durch die WHO: „Sie 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 oder Wiederherstellung der normalen physischen geistigen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens.“

Von einem multifaktoriellen Gesundheits- und Krankheitsbegriff sowie einer ganzheitlichen Auffassung von Pflege ausgehend wurden die Curricula, deren Herzstück die Lernziele und Lehrinhalte der pflegerischen Fächer bilden, der Struktur nach fächerübergreifend angelegt: „ganzheitliche Pflege“ hat ihre didaktische Entsprechung in einem „ganzheitlichen Pflegeunterricht“. Die Curricula offerieren ein weitverzweigtes Fächerverbindungssystem, das die Lehrkräfte zur interdisziplinären Zusammenarbeit einlädt.

Die Curricula für die Allgemeine und für die Kinderkranken- und Säuglingspflege sind fertiggestellt. Das Curriculum für die Psychiatrische Pflegeausbildung ist in Arbeit. Das Projektteam erarbeitet in enger Verbindung zu den beiden Lernorten Schule und Praxis ein Ausbildungsprogramm, das bereits in Hinblick auf die Reform der Ausbildung konzipiert ist. Es orientiert sich an erwachsenenpädagogischen Leitlinien, einem zeitgemäßen Berufsbild, das die neuen Aufgabenfelder, die durch die Psychia-

triereform entstanden sind, berücksichtigt, und hat die inhaltliche Vernetzung von theoretischer und praktischer Ausbildung zum zentralen Anliegen.

Die Curricula stellen ein Angebot für Österreichs Krankenpflegesschulen dar, das gesamte Ausbildungsprogramm berufsrelevant, ganzheitlich und zielorientiert zu organisieren und zu gestalten.

Um eine wirksame Umsetzung sowie eine Weiterentwicklung der Ziele und Inhalte des Curriculums durch die lehrenden Pflegepersonen an den Schulen zu gewährleisten, wurde ein Konzept der Begleitmaßnahmen zur Einführung der Curricula entwickelt: Die Verwirklichung der Lernziele der Curricula im Unterricht erfordern von den Lehrenden Qualifikationen, die nur zum Teil durch die derzeitige Lehrerbildung abgedeckt werden. So wurde als ein erster Schritt eine Seminarreihe entwickelt, die die Lehrenden bei der Umsetzung der Lernziele in gruppenpädagogischen Unterricht und beim Aufbau von verschiedenen Organisationsformen fächerübergreifenden Unterrichts an der Schule unterstützt.

### **6.2.3 Reformen der Pflegeausbildung 1989 - 1993**

Im Zuge der eben beschriebenen Arbeiten an den Curricula für die Pflegeausbildung sowie der Konzeptionierung der erforderlichen Begleitmaßnahmen zur Einführung der Curricula an den Schulen bildete sich im Frühjahr 1989 eine Expertengruppe zur Reform der Grundausbildung. Expertinnen des Krankenpflegeverbandes und der Gewerkschaft sowie Mitglieder der Curriculumteams erstellten unter Mitwirkung des Gesundheits- und des Unterrichtsressorts ein gemeinsames Reformkonzept, das eine adäquate Antwort auf die enorm angewachsenen quantitativen und qualitativen Anforderungen an das Pflegepersonal darstellt.

Diese neuen Anforderungen sind in der starken Veränderung der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu sehen. Es ist ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein zu beobachten, das zu höheren Ansprüchen an unser Gesundheitssystem führt, sowohl bezüglich des medizinisch-technischen Leistungsangebots als auch im Hinblick auf seine humanitären Qualitäten. Die vorsorgliche Erhaltung der Gesundheit tritt heute 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 resultierenden Forderung nach einer umfassenden, menschenwürdigen Gesundheits- und Krankenpflege bis ins hohe Alter gerecht zu werden.

Dabei fällt den im Pflegefachdienst tätigen Personen eine entscheidende Rolle zu, nicht nur in ihrem traditionellen Arbeitsbereich, der Krankenanstalt, sondern vermehrt auch im Wohn- und Lebensbereich der auf Unterstützung angewiesenen Mitbürger. Zur Bewältigung dieser Aufgaben muß eine ausreichende Anzahl hochqualifizierter Fachkräfte gewonnen werden. Berufsbild und Ausbildungsangebot müssen so at-

## Ausbildung

traktiv gestaltet werden, daß möglichst viele junge Menschen den Pflegeberuf ergreifen und sich veranlaßt fühlen, ihn auf Dauer auszuüben.

Während zur Zeit die Ausbildung und Praxis in der Pflege noch stark von der Auffassung geprägt sind, daß Pflege hauptsächlich in ärztlicher Assistenz Tätigkeit bestehe, soll eine zukünftige Pflegeausbildung für die Lösung der Probleme in der direkten Pflege in ihrem sozialen und organisatorischen Zusammenhang qualifizieren. Dieses berufliche Wissen liegt heute im Schnittpunkt der Medizin, der Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften und findet seinen Niederschlag in der jungen Pflegewissenschaft. Soll die Pflege eine zufriedenstellende Antwort auf die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung finden, so ist ihre Funktion als ärztliche Assistenz Tätigkeit nur eine von mehreren. In der Schweiz wird das moderne Berufsbild der Pflege mit vier weiteren Funktionen definiert. Der Vollständigkeit halber seien alle fünf Funktionen genannt:

1. die Unterstützung und stellvertretende Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens,
2. die Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens,
3. Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen,
4. Mitwirkung an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen einerseits sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit andererseits und Beteiligung an Eingliederungs- und Wiedereingliederungsprogrammen,
5. Mitwirkung bei der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege und bei der Entwicklung des Berufes sowie Mitarbeit an Forschungsprojekten im Gesundheitswesen.

Dem Interesse einer qualitativ hochstehenden Betreuung von Gesunden und Kranken in jedem Lebensalter muß eine zeitgemäße Pflege-Ausbildung entsprechen. Dies erfordert eine Anhebung des Ausbildungsniveaus. Das höhere Ausbildungsniveau hebt auch das Ansehen des Berufsstandes, was einen verstärkten Zustrom an Bewerbern bewirken kann. Darüberhinaus müssen durch verschiedene Zugangsmöglichkeiten größere Personenkreise als bisher für den Pflegeberuf interessiert werden. Letztendlich ist eine formale Angleichung an andere im Krankenhaus tätige Professionen erforderlich, da die Pflegekräfte zumindest gleichwertige Arbeit leisten.

Auf dieser Basis hat die eingangs erwähnte Expertengruppe zwei Modelle von berufsbildenden höheren Schulen für die zukünftige Pflegeausbildung entwickelt:

- Das Modell der „Höheren Lehranstalt für Gesundheits- und Krankenpflege“: Sie kann nach erfolgreich absolviertem achten Schuljahr besucht werden und schließt somit die Lücke zwischen Schulpflicht und fachspezifischer Pflegeausbildung, die derzeit besteht. Die Ausbildung dauert fünf Jahre und schließt mit Matura sowie Pflegediplom ab.

- Das „Kolleg für Gesundheits- und Krankenpflege“: Voraussetzung für den Besuch des Kollegs ist die Matura oder die erfolgreiche Ablegung einer Studienberechtigungsprüfung. Dieses Modell bietet neue und attraktive Einstiegsmöglichkeiten in die Krankenpflegeausbildung für Personen, die ihre Schulausbildung abgebrochen haben (z.B. „AHS-Aussteiger“), für Maturanten sowie für Personen, die einen Berufswechsel oder eine Höherqualifizierung im Pflegeberuf anstreben (z.B. Pflegehelfer). Das Kolleg dauert drei Jahre und schließt mit einem Krankenpflegediplom ab.

Dieses Reformkonzept hat in die EntschlieÙung des Nationalrates vom 26. April 1989 anläÙlich der Vorkommnisse im Krankenhaus Lainz Eingang gefunden. In dieser EntschlieÙung spricht sich die Bundesregierung

- für die Einführung der beschriebenen Reformkonzepte aus,
- weist auf die Notwendigkeit von Übergangsbestimmungen für die bereits im Dienst befindlichen, nach dem derzeitigen Modell ausgebildeten diplomierten Pflegepersonen hin, um die Gleichstellung ihres Diploms mit dem „neuen“ Diplom sicherzustellen,
- stellt den Anspruch des Pflegepersonals auf Fortbildung auf allen Ebenen fest und
- kündigt an, die Errichtung einer Akademie für Sonderausbildung sowie die Einführung eines Studienversuchs „Pfle gewissenschaft“ als dritte Stufe der Ausbildung für leitendes und lehrendes Pflegepersonal zu überprüfen.

Die Bundesregierung vertritt in dieser EntschlieÙung weiters die Ansicht, daß im Zusammenhang mit der Finanzierung der für notwendig anerkannten Reformen sämtlichen Bestrebungen, kostenintensive Einrichtungen der Akutversorgung zu entlasten, größte Bedeutung zukommt.

Der Startschuß für die Einführung der vorgeschlagenen Ausbildungsreform wurde mit der jüngsten Novelle zum Krankenpflegegesetz gegeben, deren Bestimmungen zum überwiegenden Teil seit 1. Jänner 1993 in Kraft getreten sind. Dort wird „Personen, die die schulversuchsweise Führung einer berufsbildenden höheren Schule zur Krankenpflegeausbildung erfolgreich abgeschlossen haben“, die Berufsberechtigung garantiert. Die für die Durchführung von Schulversuchen notwendige Änderung des Schulorganisationsgesetzes wurde gleichfalls vollzogen. Damit sind die legislatischen Voraussetzungen für den Beginn der Ausbildungsreform in der Pflege geschaffen. Nun liegt es an den Schulerhaltern und Verantwortlichen in den Bundesländern, wo und wann mit einem Schulversuch begonnen werden kann.

Die jüngste Novelle zum Krankenpflegegesetz brachte eine weitere Reihe von Änderungen, die dringende Anliegen der Berufsgruppe verwirklichen. Darüber hinaus wurde durch die Übertragung von Vollzugskompetenzen auf die Länder eine Verwaltungsvereinfachung angestrebt. Im folgenden die Änderungen, die im Zusammenhang mit der Ausbildung stehen:

## Ausbildung

- Die alleinige Leitung von Krankenpflegeschulen durch eine Ärztin (einen Arzt) wurde zugunsten einer arbeitsteiligen Führung zwischen einer Ärztin (einem Arzt) und einer diplomierten Pflegeperson aufgehoben. Die Leitung von Krankenpflegeschulen (und von Pflegehelferlehrgängen) obliegt ab 1. Jänner 93 in medizinisch wissenschaftlicher Hinsicht einer Ärztin (einem Arzt), die fachspezifische und organisatorische Leitung einschließlich der Dienstaufsicht und der Internatsleitung obliegt einer (einem) „fachlich und pädagogisch geeigneten Direktorin (Direktor), die (der) die Berufsberechtigung zur Ausübung des jeweiligen Krankenpflegefachdienstes besitzt und über die notwendige Berufserfahrung verfügt“.
- Mit dem neuen Gesetz wird die Kompetenz zur Bewilligung der Errichtung und Führung einer Krankenpflegeschule vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz auf den Landeshauptmann übertragen.
- Der Aufnahmekommission an Krankenpflegeschulen gehört ab 1. September 1993 auch eine Schülervertretung an.
- Um Berufseinsteigern und -umsteigern auch in einem höheren Alter zu ermöglichen, einen Beruf im Bereich des Krankenpflegefachdienstes zu ergreifen, kann die Aufnahmekommission Ausnahmen von der definierten Höchstaltersgrenze machen.
- Der Ausschluß von Schülerinnen und Schülern vom weiteren Schulbesuch darf ab nun nur bei tatsächlichem Nichterreichen des Ausbildungszieles erfolgen und nicht mehr, wie bisher, bereits beim prognostizierten.
- Die Einzelprüfungen in den drei fachspezifischen Ausbildungsjahren müssen nicht mehr ausschließlich am Ende des jeweiligen Ausbildungsjahres abgehalten werden. Die Schüler und Schülerinnen bekommen ab nun am Ende des Ausbildungsjahres ein Zeugnis über die abgelegten Einzelprüfungen ausgestellt.
- Sämtliche Schulen, Ausbildungsstätten, Lehrgänge und Kurse haben den Dienst- und Unterrichtsbetrieb durch eine Anstalts- und Unterrichtsordnung, in denen die Rechte und Pflichten der Lehr-, Hilfs- und Führungskräfte und der Auszubildenden dokumentiert sind, zu regeln. Diese Anstaltsordnung muß vom Landeshauptmann genehmigt werden.
- Die Nostrifikationsverfahren für ausländische Zeugnisse und Diplome wird ab nun vom Landeshauptmann durchgeführt, der auch ein Sachverständigengutachten durch die Direktion einer Krankenpflegeschule einholen kann. Eine eventuell aufgetragene theoretische und/oder praktische Ausbildung ist nach erfolgreicher Absolvierung in den Anerkennungsbescheid einzutragen. Die Berechtigung zur Berufsausübung entsteht erst mit dieser Eintragung.
- Es wurde die Möglichkeit geschaffen, die Nostrifizierung von ausländischen Zeugnissen und Diplomen auch durch Staatsverträge oder durch Verordnung des Gesundheitsministers vorzunehmen.
- Fortbildungskurse gemäß Krankenpflegegesetz müssen nicht mehr vor der Abhaltung vom Landeshauptmann bewilligt werden. Es ist nun vorgesehen, daß die Leitung des Kurses diesen anzeigt und der Landeshauptmann innerhalb von

sechs Wochen die Möglichkeit hat, die Abhaltung des Kurses zu untersagen. Darüber hinaus kann der Gesundheitsminister durch Verordnung Richtlinien zu den Fortbildungskursen erlassen.

- Sonderausbildungslehrgänge können je nach Ausbildungsinhalt unter der Leitung einer diplomierten Pflegeperson oder unter ärztlicher Leitung stehen. Die Bewilligung zur Abhaltung erteilt ab nun der Landeshauptmann, der Gesundheitsminister kann jedoch Richtlinien für die Durchführung per Verordnung erlassen.
- Die verpflichtende jährliche Untersuchung zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung gilt ab sofort nur mehr für Schüler und Schülerinnen.
- Um den Erfordernissen einer EU-Konformität Rechnung zu tragen, enthält die Novelle eine Reihe von Bestimmungen.
- So wird ab Inkrafttreten des EWR-Vertrages auch Staatsbürgern der Vertragsparteien des Übereinkommens zur Schaffung des Europäischen Wirtschaftsraumes der Zugang zu den Schulen offenstehen.
- Analog wird dann auch Personen, die Staatsangehörige einer der Vertragsparteien sind, die Berufsberechtigung erteilt. Voraussetzung dafür ist der Nachweis, daß sie ihre Ausbildung entsprechend den EG-Richtlinien erfolgreich absolviert haben. Das Gesetz enthält eine Aufstellung der Berufsbezeichnungen und der Ausstellungsbehörden im jeweiligen EWR-Land. Wenn die Ausbildung den Richtlinien nicht entspricht, so muß eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit in der Pflege innerhalb der letzten fünf Jahre nachgewiesen werden.
- Eine Nostrifikation von Sonderausbildungen ist derzeit nicht möglich, da Gesetz und Verordnung derzeit äußerst flexible Rahmen für die Sonderausbildung festlegen - die Inhalte der österreichischen Sonderausbildungen sind sehr unterschiedlich. Mittelfristig ist daher geplant, die Sonderausbildung für Krankenpflegepersonen umfassend neu zu gestalten und einheitliche Richtlinien zu schaffen. Ein erster Schritt dazu ist die Anerkennung von Sonderausbildungen in Form von Hochschullehrgängen.

#### **6.2.4 Ausblick**

Durch die Schaffung von grundlegenden Voraussetzungen zur Reform der Krankenpflegeausbildung auf Bundesebene, wie Gesetzesnovellierungen, Erarbeitung von Curricula und zukunftsweisenden Vorschlägen zur Ausbildungsreform, kann auf Landesebene, den Dezentralisierungstendenzen im Gesundheitswesen folgend, die Realisierung begonnen werden.

Die Anhebung der Attraktivität der Ausbildung und des Berufes der Gesundheits- und Krankenpflege leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen durch ein europataugliches höchstmögliches Ausbildungsniveau und übt gemeinsam mit den vermehrten Zugangsmöglichkeiten zur Ausbildung einen



## Ausbildung

positiven Einfluß auf den „Pflegenotstand“ aus, da ein verstärkter Zustrom von Interessenten zu erwarten ist.

Nicht zuletzt fördert die eingeleitete Ausbildungsreform der Grundausbildung auch die Bestrebungen nach einer Institutionalisierung und Verankerung der Pflege als Wissenschaft in Österreich.

### 6.3 Hebammen

Österreichs Beitritt zum Europäischen Wirtschaftsraum beeinflusst auch die Ausbildung zur Hebamme. Die bisher zweijährige Ausbildung wird gemäß den EG-Richtlinien in einigen wesentlichen Aspekten verändert und verlängert. Das neue Hebammengesetz (BGBl. Nr. 310/1994) enthält folgende Änderungen:

- Ausbildungsverlängerung auf drei Jahre,
- Umwandlung der Hebammenschulen in Hebammenakademien,
- Gleichberechtigung des Zugangs für Frauen und Männer,
- Anhebung des Voraussetzungskriteriums (Matura bzw. die Studienberechtigungsprüfung für Medizin),
- weiterhin verkürzte Ausbildung für Personen mit Pflegediplom (Einstieg in das zweite Ausbildungsjahr),
- Aufhebung der Internatspflicht für die Zeit der Ausbildung,
- auch Private und Gebietskörperschaften dürfen Ausbildungsakademien einrichten.

Der Entwurf sieht auch berufsrechtliche Veränderungen vor:

- Hebammen-Beruf ohne Unterscheidung zwischen „staatlich bestellter“, „freipraktizierender“ und „Anstaltshebamme“,
- Aufhebung der strengen Trennung zwischen niedergelassenen und angestellten Hebammen,
- eine Kombination zwischen der Tätigkeit in einer Krankenanstalt und der freien Praxis soll möglich werden,
- Aufhebung der Niederlassungsbewilligung und Bedarfsprüfung,
- dislozierte Praktikumsplätze,
- verpflichtende Fortbildung.

Nach Inkrafttreten des Hebammengesetzes und der noch ausstehenden Ausbildungsverordnung wird vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen ein Curriculum für die theoretische Ausbildung erarbeitet.

## 6.4 Gehobene medizinisch-technische Dienste

Aus den raschen Fortschritten in der Medizinischen Wissenschaft und in der damit in Zusammenhang stehenden Medizintechnologie ergeben sich auch neue Anforderungen an das Niveau der Ausbildung in den sieben Berufen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes:

- diplomierte Physiotherapeutinnen
- diplomierte medizinisch-technische Analytikerinnen
- diplomierte radiologisch-technische Assistentinnen
- diplomierte Diätassistentinnen und ernährungsmedizinische Beraterinnen
- diplomierte Ergotherapeutinnen
- diplomierte Logopädinnen
- diplomierte Orthoptistinnen

Die Berufsgruppen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes strebten schon seit einigen Jahren eine Ausbildungsverlängerung und -verbesserung an. Darüber hinaus war im Hinblick auf einen Beitritt Österreichs zum Europäischen Wirtschaftsraum eine Anpassung der Gesundheitsberufe an EG-Richtlinien erforderlich. Die Ausbildung mußte im Rahmen dieser Anpassung auf drei Jahre verlängert werden.

Im Juli 1992 wurde das MTD-Gesetz (BGBl. Nr. 460/1992 vom 31. Juli 1992) verabschiedet. Mit diesem Gesetz wurden die sieben Berufe des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes aus dem Krankenpflegegesetz herausgenommen und in einem eigenen Gesetz geregelt. Weiters wurden die Lehrpläne aller sieben Berufe überarbeitet und den Erfordernissen der jeweiligen Berufsgruppe angepaßt. Die Lehrpläne sind in der Ausbildungsverordnung (BGBl. Nr. 678/1993) vom 8. Oktober 1993 enthalten.

Die bisherige Ausbildung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste war von unterschiedlicher Dauer, nur die Ausbildung im ergotherapeutischen Dienst betrug bereits drei Jahre. Hier wurde lediglich der Lehrplan in bezug auf seine Schwerpunkte und Inhalte überarbeitet.

- Diplomierte Ergotherapeutinnen (bisher drei Jahre)

Die theoretische Ausbildung wurde um 185 Unterrichtseinheiten von 2.400 auf 2.215 Unterrichtseinheiten verkürzt, die praktische Ausbildung wurde um 600 Unterrichtseinheiten auf 2.400 Unterrichtseinheiten erweitert.

Bei allen anderen Berufsausbildungen wurde die Ausbildungsdauer angehoben, und zwar:

## Ausbildung

- **Diplomierte Physiotherapeutinnen (bisher zwei Jahre und sechs Monate):**  
Die theoretische Ausbildung wurde um 775 Unterrichtseinheiten auf 2.525 Unterrichtseinheiten, die praktische Ausbildung um 750 Unterrichtseinheiten auf 2.000 Unterrichtseinheiten erweitert.
- **Diplomierte medizinisch-technische Analytikerinnen (bisher zwei Jahre und drei Monate):**  
Die theoretische Ausbildung wurde um 275 Unterrichtseinheiten auf 1.435 Unterrichtseinheiten, die praktische Ausbildung um 620 Unterrichtseinheiten auf 2.300 Unterrichtseinheiten erweitert.
- **Diplomierte radiologisch-technische Assistentinnen (bisher zwei Jahre):**  
Die theoretische Ausbildung wurde um 1.075 Unterrichtseinheiten auf 1.905 Unterrichtseinheiten, die praktische Ausbildung um 780 Unterrichtseinheiten auf 2.700 Unterrichtseinheiten erweitert.
- **Diplomierte Diätassistentinnen und ernährungsmedizinische Beraterinnen (bisher zwei Jahre):**  
Die theoretische Ausbildung wurde um 1.295 Unterrichtseinheiten auf 2.195 Unterrichtseinheiten, die praktische Ausbildung um 680 Unterrichtseinheiten auf 2.280 Unterrichtseinheiten erweitert.
- **Diplomierte Logopädinnen (bisher zwei Jahre):**  
Die theoretische Ausbildung wurde um 1.285 Unterrichtseinheiten auf 2.285 Unterrichtseinheiten, die praktische Ausbildung um 400 Unterrichtseinheiten auf 1.800 Unterrichtseinheiten erweitert.
- **Diplomierte Orthoptistinnen (bisher zwei Jahre und sechs Monate):**  
Die theoretische Ausbildung wurde um 385 Unterrichtseinheiten auf 1.285 Unterrichtseinheiten, die praktische Ausbildung um 880 Unterrichtseinheiten auf 2.780 Unterrichtseinheiten erweitert.

Der Schwerpunkt der Ausbildungsverlängerung der Berufe des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes liegt im theoretischen Teil. Bei den Unterrichtseinheiten der Durchführungsverordnung BGBl. Nr. 678/1993 handelt es sich sowohl um eine Verlängerung der bisherigen Ausbildung als auch um eine Anpassung an die bisherige Ausbildungspraxis. Die alte Ausbildungsverordnung sah Mindeststunden vor, die überschritten werden konnten und auch tatsächlich von allen Berufsgruppen überschritten wurden, z.B. im Falle der Physiotherapie um über 30 Prozent. Die neue Durchführungsverordnung, BGBl. Nr. 678/1993, sieht nur noch Regelstunden vor. Das heißt, daß den einzelnen Ausbildungsstätten und vor allem den Vortragenden nur noch die Unterrichtseinheiten gemäß Verordnung zur Verfügung stehen.

Nach Vorliegen des MTD-Gesetzes und der Ausbildungsverordnung werden in absehbarer Zeit auch die Curricula für die theoretische Ausbildung dieser Berufe am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen erstellt.

## **6.5 Kardiotechniker**

Weiters ist die Berufsgruppe der Kardiotechniker zu erwähnen, die bisher gesetzlich noch nicht geregelt ist. Österreichweit sind etwa 25 Frauen und Männer als Kardiotechniker beschäftigt. Sie arbeiten in den Herzzentren und bedienen die Herz-Lungen-Maschinen zur Durchführung des extrakorporalen Kreislaufes bei Operationen am offenen Herzen. Derzeit werden nur Personen mit Pflegediplom bzw. einer Ausbildung in einem medizinisch-technischen Beruf (MTA, RTA und MTF) aufgenommen. Für die Ausbildung gibt es keine gesetzliche Regelung, jedes Herzzentrum bildet nach seinen eigenen Bedürfnissen aus.

Es ist geplant, für diese Berufsgruppe eine gesetzliche Regelung und eine Ausbildungsverordnung zu schaffen. Am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen wurde eine entsprechende Expertise erarbeitet, die dem BMGSK vorliegt.

## **6.6 Der medizinisch-technische Fachdienst**

Der medizinisch-technische Fachdienst wird in den drei Sparten Physiotherapie, Labor und Röntgen für einfache Hilfeleistungen eingesetzt. Personen dieser Berufsgruppe führen nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Aufsicht einfache medizinisch-technische Laboratoriumsmethoden, einfache physiotherapeutische Behandlungen sowie Hilfeleistungen bei der Anwendung von Röntgenstrahlen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken durch. Dies sind insbesondere:

- Durchführung einfacher Harn- und Blutuntersuchungen
- Anfertigung von Ausstichpräparaten aus Körperflüssigkeiten, Se- und Exkreten
- Durchführung einfacher physiotherapeutischer Maßnahmen auf dem Gebiete der Thermo-, Licht-, Hydro- und Balneotherapie
- Durchführung einfacher Massagen
- Hilfeleistung bei der Durchführung von Röntgendurchleuchtungen
- Hilfeleistung bei therapeutischen Röntgenbestrahlungen
- Hilfeleistung bei der Anfertigung einfacher Röntgenaufnahmen
- Hilfeleistung bei der Bedienung der Apparate
- Hilfeleistung bei der Dosismessung
- Hilfeleistung beim Strahlenschutz

## Ausbildung

Sowohl die Tätigkeiten als auch die Ausbildung dieser Berufsgruppe sollen reformiert werden. Eine entsprechende Expertise des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen liegt dem BMGSK vor.

### 6.7 Sanitätshilfsdienste

Das Krankenpflegegesetz regelt derzeit zehn Sanitätshilfsdienste:

- Sanitätsgehilfe
- Stationsgehilfe (wird durch die neue Berufsgruppe „Pflegehelfer“ ersetzt)
- Operationsgehilfe
- Laborgehilfe
- Prosekturgehilfe
- Ordinationsgehilfe
- Heilbadegehilfe
- Heilbademeister und Heilmasseur
- Ergotherapiegehilfe
- Desinfektionsgehilfe

#### *Pflegehelfer:*

Mit der Novellierung des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste (BGBl. Nr. 449/1990) vom 26. Juli 1990 sowie der Pflegehelferverordnung (BGBl. Nr. 175/1991) vom 11. April 1991 wurde die Ausbildung zum Stationsgehilfen aufgegeben. Statt dessen wurde eine neue Berufsgruppe, der Pflegehelfer, geschaffen und im Krankenpflegegesetz verankert. Stationsgehilfen konnten bisher ohne vorherige Ausbildung am Krankenbett arbeiten, mußten allerdings innerhalb von zwei Jahren einen Kurs mit 185 Unterrichtseinheiten absolvieren. In Ermangelung ausreichender Kursplätze sowie aus organisatorischen Gründen arbeiteten viele Stationsgehilfen sehr lange ohne Ausbildung. Die kurze Ausbildung zum Stationsgehilfen war auch nicht mehr adäquat. Im Hinblick auf den starken Personalbedarf im Pflegebereich war eine Reform der Ausbildung notwendig geworden. Beim Pflegehelfer werden sowohl in der Ausbildung als auch bei den Einsatzmöglichkeiten neue Wege beschritten. Erstmals gibt es mit dem Pflegehelfer eine Berufsgruppe, die für alle drei Sparten der Pflege sowie für den intra- als auch für den extramuralen Bereich ausgebildet wird.

Bei der Konzeption dieses neuen Berufes ging man davon aus, daß zukünftige Pflegehelfer

- besser und länger ausgebildet sind als Stationsgehilfen,

- die theoretische Ausbildung vor der praktischen erhalten,
- eine Ausbildung entsprechend internationalen Standards erhalten,
- schwerpunktmäßig im Rahmen der Betreuung und Pflege von alten Menschen eingesetzt werden, aber auch in anderen Bereichen der Krankenpflege,
- sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Bereich arbeiten,
- in andere, ähnliche Berufe leicht überwechseln und auch qualitativ höhere Ausbildungen absolvieren können (z.B. die Diplombildung in der Krankenpflege),
- die Ausbildung auch nach dem 35. Lebensjahr beginnen können,
- nicht nur an Krankenpflegesschulen, sondern auch in privaten Ausbildungsstätten ausgebildet werden.

Die Ausbildung zum Pflegehelfer dauert ein Jahr. Im Rahmen von 800 Stunden Theorie und 800 Stunden Praktika werden die angehenden Pflegehelfer auf ihren künftigen Beruf vorbereitet. Neben den klassischen Unterrichtsgegenständen wie Pflege, Somatologie, Hygiene, Erste Hilfe und Rechtskunde werden neue Schwerpunkte gesetzt. Die Fächer Psychologie, Gerontopsychologie, Gerontopsychiatrie, geriatrische Pflege, Kommunikation und Konfliktbewältigung, aber auch Mobilisation, Animation, Haushalts- und Betriebsführung, Teamarbeit, Sozialarbeit sowie Einrichtungen im Gesundheitswesen werden erstmals in einem Sanitätshilfsdienst unterrichtet. Mit den Pflegehelfern gibt es auch erstmals eine Berufsgruppe, die Supervision als Bestandteil der Ausbildung erhält. Nach erfolgreich absolvierter Ausbildung können geprüfte Pflegehelfer an einer Zusatzschulung teilnehmen, die sie dazu berechtigt, Insulin auf Anordnung subkutan zu verabreichen.

Durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes besteht bis längstens 31. Dezember 1995 die Möglichkeit, Stationsgehilfen nach den alten Ausbildungsrichtlinien auszubilden. Ab 1. Jänner 1996 darf nur noch die Ausbildung zum Pflegehelfer durchgeführt werden. Alle geprüften Stationsgehilfen werden als Pflegehelfer übernommen bzw. entsprechend ihrer bisherigen Berufstätigkeit aufgeschult. Die Aufschulungen richten sich nach der Berufserfahrung ab Zeugniserwerb zum geprüften Stationsgehilfen.

Darüber hinaus können auch Personen mit einem Doktorat in Medizin die Schulung zum Pflegehelfer machen. Sie haben eine theoretische Ausbildung von 80 Stunden zu absolvieren und den Nachweis von mindestens 600 Stunden Pflegepraxis zu erbringen, um zur kommissionellen Abschlußprüfung zugelassen zu werden.

Die Curricula für die Ausbildung zum Pflegehelfer, für die Schulungen der Stationsgehilfen und die Schulung der promovierten Mediziner sowie für die Diabetikerschulung geprüfter Pflegehelfer wurden im Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen erstellt.

## **Ausbildung**

### *Weitere Berufsgruppen der Sanitätshilfsdienste:*

Für die Heilbademeister und Heilmasseure liegt bereits eine Expertise des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen mit Vorschlägen für den Tätigkeitsbereich und eine Ausbildungsverbesserung vor. Die Beratungen werden im Frühjahr 1994 beginnen.

Die Ausarbeitung von Reformvorschlägen für die Sanitätsgehilfen wird mit Beginn des Jahres 1994 vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen aufgenommen.

Die übrigen Berufe der Sanitätshilfsdienste sollen ebenfalls einer Ausbildungsreform zugeführt werden bzw. bei fehlendem Bedarf auslaufen.

Auf der Ebene der Sanitätshilfsdienste sollen die bisher gesetzlich nicht geregelten Berufe der Zahnarzthelferin und Prophylaxeberaterin ein Berufsbild und eine Ausbildungsordnung erhalten.

## 7 Patientenrechte

### 7.1 Patientenrechte in Österreich

Das Wort „Patientenrechte“ fand erst in den letzten Jahren Eingang in den Sprachgebrauch. Eine Legaldefinition dieses Begriffes gibt es daher derzeit noch nicht. Er kann als Inbegriff der gesetzlichen Bestimmungsfaktoren des Arzt-Patienten-Verhältnisses bzw. des Verhältnisses zwischen Gesundheitsverwaltung (einschließlich der finanziellen Sicherstellung medizinischer Leistungen im Sozialversicherungs- und Fürsorgerecht) und Patienten verstanden werden.

Daraus wird ersichtlich, daß die „Patientenrechte“ kein in sich geschlossener Teil unserer Rechtsordnung sind. Sie finden sich vielmehr weit gestreut in den verschiedensten Teilgebieten.

In der aktuellen Diskussion geht es dabei vor allem darum, das Vorhandene zunächst zu sammeln und zu sichten.

Dabei wird erkennbar, daß mögliche Probleme nicht primär auf Gesetzeslücken beruhen, sondern das Hauptaugenmerk auf die richtige Anwendung dieser Gesetze zu legen ist. Der Ausdruck „Vollzugsdefizit“, der sich in anderen Verwaltungsbereichen eingebürgert hat, ist auch hier angebracht.

Als Ursachen dieser Defizite lassen sich orten:

- Die schon angesprochene Unübersichtlichkeit und schwierige Zugänglichkeit der Patientenrechte und ihre lange Zeit mangelhafte Darstellung und wissenschaftliche Durchdringung.
- Widersprüchliche Anforderungen bei Patientenrechten. Zum Beispiel hat ein Patient grundsätzlich das Recht, rückhaltlos über seinen Zustand aufgeklärt zu werden; auf der anderen Seite kann gerade diese Aufklärung einen Schock auslösen und damit die Heilungsaussichten verschlechtern. Der Arzt muß daher aus therapeutischen Gründen zwischen Aufklärungspflicht und Schonung des Patienten abwägen (sogenanntes therapeutisches Privileg).
- Der Umstand, daß in weiten Bereichen der österreichischen Rechtsordnung Patientenrechte Ausfluß von Vorschriften sind, die wohl die Gesundheitsbehörden, die Spitalsorganisation oder den Behandler binden, dem Patienten aber kein subjektives Durchsetzungsrecht (Klagerecht, Beschwerderecht) einräumen.
- Das tatsächliche Machtgefälle zwischen Gesundheitsverwaltung und dem Individuum, zwischen dem gesellschaftlich hochangesehenen Arzt und dem eventuell hilflosen, verängstigten, isolierten Patienten.



## Patientenrechte

- Die schwierige Beweisbarkeit und damit verbunden schwierige Durchsetzbarkeit von Schadenersatzansprüchen bei ärztlichen Kunstfehlern.

Ansätze für die Umsetzung von Patientenrechten sind:

- Eine zusammenfassende Darstellung, Kommentierung respektive wissenschaftliche Aufarbeitung der Materie. Dadurch kann der Gesetzesunkenntnis und Unsicherheiten im Vollzug entgegengewirkt werden. In Broschüren können zudem die Ergebnisse der Bevölkerung zugänglich gemacht werden.
- Da es, wie dargelegt, weniger an materiellen Rechtsnormen als an Möglichkeiten ihrer verfahrensrechtlichen Durchsetzung fehlt, sind Institutionen einzurichten, die den Patienten diesbezüglich Hilfestellung bieten. Für diese Institutionen hat sich die Bezeichnung Patientenanwalt eingebürgert.

Der Patientenanwalt kann auch, zumindest tendenziell, dem angesprochenen strukturellen Machtgefälle zwischen Gesundheitsverwaltung, Arzt, Anstaltenpersonal einerseits und Patienten andererseits entgegenwirken.

Der Patientenanwalt wird allerdings bereits im Vorfeld möglicher Verfahren den Interessenausgleich herzustellen versuchen.

- Im Bereich des Schadenersatzrechts ist an gesetzliche Innovationen zu denken, die dem Patienten die Durchsetzung von Ansprüchen bei schwer beweisbarem Verschulden des Arztes, oder überhaupt unabhängig von diesem, ermöglichen, sofern der Schaden für bestimmte Behandlungen nicht untypisch ist. Dies darf aber auf keinen Fall zu einer „Defensivmedizin“, zu Verunsicherung des gesamten Medizinbetriebes führen.

Das angesprochene Ziel kann durch Beweiserleichterungen (prima facie-Beweis oder Plausibilitätsbeweis, Beweislastumkehr, verschuldensunabhängige Haftung) und durch Schaffung einer Quelle (z.B. Fonds), aus der Ersatzleistungen zu bestreiten sind, erreicht werden.

Die Rechtssprechung kommt schon jetzt dem Patienten - auf Grund der angesprochenen Beweisschwierigkeiten - entgegen. Sie begnügt sich beim Nachweis der Kausalität eines - durch einen an sich bewiesenen Behandlungsfehler - eingetretenen Schadens mit einem prima facie-Beweis.

## 7.2 Stand der Reformdiskussion

### 7.2.1 Einschlägige Studien und Untersuchungen

Das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz ist bemüht, den aus Informations- und Bearbeitungslücken der Patientenrechte resultierenden Vollzugsdefiziten entgegenzuwirken.

Aus diesem Grund wurde durch Broschüren eine Erstinformation der Öffentlichkeit sichergestellt (z.B.: Sie haben Recht! Ihr Recht als Patient, Broschüre, Hrsg.: Bundeskanzleramt, Wien 1990).

Das ÖBIG wurde mit einer Studie „Patientenrechte in Österreich“ betraut. Von dieser dreiteiligen Untersuchung wurden zwei Teile bereits fertiggestellt. Dabei wurden im Teil A (Intramuraler Bereich) die folgenden Themenfelder behandelt:

- Zivil- und strafrechtliche Bestimmungsfaktoren des Arzt-Patienten-Verhältnisses
- Patientenrechte in der Sozialversicherung für die stationäre Versorgung
- Patientenrechte im Hinblick auf die stationäre Gesundheitsversorgung im Versorgungs- bzw. Fürsorgerecht
- Ausgewählte rechtliche Aspekte bei „Mentalpatienten“
- Rechtliche Grundlagen der intramuralen Versorgung
- Institutionalisierte Auskunft, Beratung und Konfliktbereinigung für Patienten
- Patient und Partizipation

Teil B (Extramuraler Bereich) behandelt folgende Themen:

- Ausgewählte Rechtsfragen des Arzt-Patienten-Verhältnisses
- Patientenrechte in der Sozialversicherung - Extramuraler Bereich
- Patientenrechte im Hinblick auf die ambulante Gesundheitsversorgung im Versorgungs- bzw. Fürsorgerecht
- Verbesserung der Patientenrechte in der Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes

Der dritte Teil C (Öffentliches Gesundheitswesen) soll sich u.a. mit dem sensiblen Bereich befassen, in dem der Arzt als Organ der Hoheitsverwaltung dem Bürger gegenübersteht (Begutachtungen, Impfungen, Tauglichkeitsprüfungen aller Art).

## **7.2.2 Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes**

Die jüngste Novelle zum Krankenanstaltengesetz (BGBl. Nr. 801/1993) sieht eine Reihe von Verbesserungen der Patientenrechte vor.

Der neue, eingefügte § 5a (Patientenrechte) sieht insbesondere Verbesserungen bzw. Klarstellungen in den Bereichen Information und Aufklärung, Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt, seelsorgerische und psychologische Betreuung, Wahrung der Intimsphäre, kindgerechte Ausstattung der Krankenräume und der Wahrung der Würde sterbender Patienten vor.

Auch andere Stellen der Novelle haben Bezüge zu den Patientenrechten, so die allgemeinen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenanstaltenbereich, die Einfüh-

## Patientenrechte

rung des Krankenhaushygienikers sowie der Ethikkommission zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten, weiters die Möglichkeit eines sogenannten „Patiententestamentes“, damit der Arzt bei seinen Entscheidungen darauf Bedacht nehmen kann.

Nicht zuletzt ist in diesem Zusammenhang auch der Auftrag an die Landesgesetzgebung zur Einrichtung von Patientenvertretungen zu erwähnen (vgl. Abschnitt 7.2.5).

Da die Verbesserungen im Bereich der Patientenrechte nicht unmittelbar anwendbares Bundesrecht sind, müssen diese erst durch gesetzgeberische Maßnahmen der Länder umgesetzt werden. Der Bund hat den Ländern hiezu eine Frist von einem Jahr ab der Kundmachung am 26. November 1993 erteilt.

### 7.2.3 Patientencharta

Da das Gesundheitswesen eine zwischen Bund und Ländern geteilte Rechtsmaterie (Art. 12 Bundes-Verfassungsgesetz) ist, hat eine große Arbeitsgruppe, unter Beteiligung aller interessierten Institutionen und Personen, an einem Vertragsentwurf zwischen Bund und Ländern, der sich mit Verbesserungen von Patientenrechten in Krankenanstalten befaßt, begleitend mitgearbeitet. Der Entwurf stützt sich auf Art. 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes, in dem solche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern in beide Teile betreffenden Angelegenheiten vorgesehen sind.

Die Vereinbarung soll als „Patientencharta“ Gesetzeskraft erlangen und in der Folge von Bund und Ländern in deren jeweiligen Wirkungsbereichen umgesetzt werden.

### 7.2.4 Patientenanwalt und Patientenrechte für Mentalpatienten unter besonderer Berücksichtigung der Unterbringung von Patienten in geschlossenen Anstalten

Im sensiblen Bereich der Mentalpatienten wurde die Wahrnehmung der Patientenrechte für Personen, die dazu aus psychischen Gründen nicht in der Lage sind, bereits umfassend neu geregelt (Vereinssachwalter- und Patientenanwaltsgesetz, BGBl. Nr. 156/1990; Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990). In diesem Zusammenhang ist auch das Bundesverfassungsgesetz vom 29. November 1988, BGBl. Nr. 684, über den Schutz der persönlichen Freiheit sowie die Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 18. Februar 1992 über den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, die auch von Österreich unterfertigt wurde, von grundsätzlicher Bedeutung.

Ein jahrelanger, unter Umständen lebenslänglicher, Freiheitsentzug im Zusammenhang mit therapeutischen Maßnahmen ist wohl der denkbar gravierendste Eingriff in

den Lebensbereich eines Patienten. Daraus wird die besondere Regelungsbedürftigkeit dieser Materie deutlich.

Die Unterbringung von Patienten in einem geschlossenen Bereich oder auch nur sonstige Einschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit sind daher im Unterbringungsgesetz geregelt.

Derartige Einschränkungen der Bewegungsfreiheit sind nur bei psychisch Kranken zulässig, die sonst ihr eigenes Leben, oder ihre Gesundheit, oder Leben und Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährden würden. Das Fehlen alternativer Behandlungsmöglichkeiten ist ein zusätzliches Kriterium der Zulässigkeit.

Die Gefahrenabwehr (und zwar ausschließlich für Leib und Leben) steht somit bei der Unterbringung im Vordergrund, nicht dagegen die wirksame psychiatrische Hilfe, selbst wenn diese notwendig wäre und der Patient sie nicht freiwillig auf sich nimmt.

Über die Unterbringung entscheiden zunächst zwei Fachärzte der Anstalt, wie immer der Patient auch in die Anstalt gelangt sein mag.

Erst nach erfolgter Unterbringung findet eine gerichtliche Kontrolle statt. Diese ist zweigeteilt (Erstanhörung, sodann unter Umständen ein ausführlicheres Ermittlungsverfahren).

Eine wesentliche Errungenschaft des Unterbringungsgesetzes ist dabei die geplante Rolle des Patientenanwaltes, der im gerichtlichen Verfahren die Patienten zu vertreten hat. Überhaupt hat der Patientenanwalt ganz allgemein die Rechte der Patienten gegenüber der Anstalt wahrzunehmen.

Das Unterbringungsgesetz sieht - entsprechend der früheren Rechtslage - auch eine Unterbringung auf Verlangen des Patienten vor, wenn auch mit strengeren Formalanforderungen.

Die konkrete Ausgestaltung des Anstaltsaufenthaltes wird durch die Neuregelung des Jahres 1991 nicht mehr in dem Maße wie früher dem Ermessen der Anstaltsleitung anheimgestellt.

Im kurzen Zeitraum seit dem Inkrafttreten der Neuregelungen haben diese bereits wesentliche und sichtbare Auswirkungen gebracht. Hier ist vor allem die Einrichtung der Patientenanwaltschaft zu erwähnen.

Dennoch gibt es derzeit auch noch beträchtliche Vollzugsdefizite. So gibt es von Seiten eines Teiles der Ärzteschaft beträchtliche Vorbehalte gegen die Neuregelungen, die den reibungslosen Vollzug erschweren. Darüber hinaus fehlt es vor allem an geeigneten Einrichtungen zur ambulanten und stationären Behandlung von Mentalpatienten, die nach der neuen Rechtslage nicht mehr in geschlossenen Abteilungen unterzubringen sind.

## Patientenrechte

### 7.2.5 Patientenanwälte allgemein

Neben den Patientenanwälten für Mentalpatienten wurden in den Ländern Wien, Kärnten, Oberösterreich und Tirol Patientenanwälte eingeführt. Sie sollen ganz allgemein Patienten in Krankenanstalten Hilfestellung bieten.

Gemäß KAG-Novelle 1993 sind Patientenvertretungen durch Landesgesetze in Zukunft in allen Bundesländern einzurichten (vgl. Abschnitt 7.2.2).

### 7.2.6 Rechtliche Neuregelungen im Bereich der Patientenrechte - Zusammenfassung

Die voranstehenden Regelungen fassen teilweise geltendes Recht zusammen (gilt vor allem für die Patientencharta), streichen ausdrücklich heraus, was bisher im Gesetz nicht deutlich genug zum Ausdruck kam, vielleicht nur durch verstreute Entscheidungen der Höchstgerichte einzelnen Fachleuten bekannt war (z.B. der durch die Novelle 1993 eingefügte § 5a des KAG), z.T. betreten sie aber auch gesetzliches Neuland (letzteres gilt vor allem für das ausführlicher dargestellte Anhalterecht psychisch Kranker; vgl. Abschnitt 7.2.4) und für die Einrichtung von Patientenanwälten.

An Hand der Patientencharta sei verdeutlicht, was alles Gegenstand von Patientenrechten sein kann:

- Recht auf Behandlung und Pflege (allgemein)
- Recht auf Achtung der menschlichen Würde und Integrität
- Recht auf Selbstbestimmung und Information
- Recht auf Dokumentation
- Recht auf Partizipation
- Zivilrechtliche Ansprüche (Schadenersatz)

Besonderheiten bei Patientenrechten gilt es - neben den erwähnten Mentalpatienten - auch bei Kindern zu beachten. Hier ist in erster Linie an die Möglichkeit der Unterbringung einer Begleitperson in der Krankenanstalt zu denken, um u.U. schwere psychische Beeinträchtigungen des Kindes zu vermeiden.

## 7.3 Ausblick

Gelegentlich wird ein Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patient befürchtet, wenn die rechtliche Seite dieser Beziehung - noch dazu mit einem Patientenanwalt auf Seiten des Kranken - zu sehr betont wird. Dabei wird besonders auf die Entwicklung in den USA verwiesen, wo der Rechtsschutz des Arztes vor Schadenersatzansprüchen medizinische Leistungen zum Teil enorm verteuert hat.

Es gilt daher, mit Augenmaß an die Lösung dieses Problem es heranzugehen. Allerdings ist eine Prozeßflut wie in den USA bei uns wenig wahrscheinlich. Dies hängt u.a. mit Mentalitätsunterschieden und einer anderen Struktur des Zivilprozeßwesens zusammen. In den USA ist z. B. die Anzahl der Anwälte pro Kopf der Bevölkerung um ein Mehrfaches höher; unser Zivilprozeßrecht mit seiner Regelung des Prozeßkostenersatzes erschwert das Einklagen unbegründeter oder überhöhter Forderungen.

Zu den Patientenrechten gehört auch das Recht, sich gegen Organentnahmen nach dem Tod durch entsprechenden Widerspruch zu wehren. Der § 62a KAG sieht daher ein derartiges Widerspruchsrecht vor.

## **8 Normierung der Gentechnologie**

### **8.1 Problemstellung und Zielsetzung**

Die Gentechnik ist eine relativ junge wissenschaftliche Methode, deren vielfältige Anwendung in zunehmender Geschwindigkeit unsere gesellschaftliche Entwicklung beeinflusst. Im Hinblick auf das vorrangige Ziel des Schutzes der Gesundheit des Menschen und seiner Umwelt ist es notwendig, die erforderlichen gesetzlichen Vorkehrungen zu treffen.

Die Bundesregierung hat daher in der Regierungserklärung vom 17. Dezember 1990 als eines ihrer Ziele in der Gesundheitspolitik die am europäischen Standard orientierte Normierung der Gentechnologie festgesetzt.

### **8.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum**

In Verfolgung dieser Zielsetzung hat der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz im Dezember 1993 dem Ministerrat den Entwurf eines Gentechnikgesetzes vorgelegt, der von diesem an den Nationalrat zur verfassungsmäßigen Behandlung weitergeleitet wurde.

Mit der Erstellung des Entwurfes, die unter Berücksichtigung der Äußerungen relevanter Kreise aus Wissenschaft, Wirtschaft, Verwaltung und betroffener Öffentlichkeit erfolgte, wird versucht, eine adäquate gesetzliche Regelung zu treffen, die eine zufriedenstellende Integration der Gentechnik und ihrer Produkte in unserer Gesellschaft erlaubt. Damit soll der rechtliche Rahmen für die Erfassung, Entwicklung, Nutzung, Förderung und Folgenabschätzung der wissenschaftlichen und technischen Möglichkeiten der Gentechnik geschaffen werden.

Der Entwurf trifft im wesentlichen die erforderlichen Regelungen für folgende Bereiche:

1. Arbeiten mit gentechnisch veränderten Organismen (GVO) in geschlossenen Systemen
2. Freisetzung von GVO und Inverkehrbringen und Kennzeichnung von Erzeugnissen, die GVO enthalten oder aus solchen bestehen
3. Verbot von Eingriffen in das Erbmateriale der menschlichen Keimbahnen
4. Genanalysen und Gentherapie am Menschen
5. Datenschutz bei Genanalysedaten
6. Somatische Gentherapie

## 7. Förderung der Sicherheitsforschung

Zum Schutz der Gesundheit des Menschen und seiner Umwelt vor Risiken gentechnisch veränderter Organismen (GVO) müssen Arbeiten mit GVO in niederen Sicherheitsstufen bei der Behörde angemeldet, Arbeiten in hohen Sicherheitsstufen sowie das Freisetzen und das Inverkehrbringen von GVO von der Behörde genehmigt werden.

Eingriffsrechte und Zustimmungsvorbehalte der österreichischen Behörden und die Etablierung anwendereigener interner Sicherheitskommissionen sollen dabei ein hohes Sicherheitsniveau gewährleisten.

Die Information der Öffentlichkeit über Arbeiten in höheren Sicherheitsstufen und über Freisetzungen wird durch Auflegung der Projekte zur öffentlichen Einsicht und durch Anhörung gewährleistet.

Bestimmungen über die Erhebung und den spezifischen Schutz genetischer Daten des Menschen sollen die Anwendung biomedizinisch wertvoller diagnostischer Verfahren erleichtern und mißbräuchliche Anwendungen verhindern. Die Regelung der Anwendung der Gentherapie beim Menschen ermöglicht zukünftig wichtige Methoden im Rahmen der somatischen Gentherapie und verhindert durch das Verbot der Keimbahntherapie gesundheitlich und sozial gefährliche Manipulationen des menschlichen Erbgutes.

Die Förderung der einschlägigen Sicherheitsforschung wird als gesetzliches Postulat festgestellt.

Der Entwurf orientiert sich - soweit er das Arbeiten mit gentechnisch veränderten Organismen in geschlossenen Systemen, deren Freisetzung und das Inverkehrbringen solcher Erzeugnisse beinhaltet - weitestgehend an zwei EG-Richtlinien und ist daher EU-konform. Das Gentechnikgesetz soll mit 1. Jänner 1995 in Kraft treten.

## 8.3 Ausblick

Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes werden bedeutende zusätzliche Kosten verbunden sein, da die Festlegung rechtlicher Rahmenbedingungen für die Anwendung der Gentechnik eine neue Staatsaufgabe ist, die erstmals institutionalisiert und zu vollziehen sein wird (Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz und Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung). Es ist mit einem entsprechenden Bedarf an Planstellen und einem Sachaufwand in der Höhe von ca. öS 1.200.000,- bei Beginn des Vollzuges sowie jährlichen Kosten von ca. öS 4.260.000,- im Bereich beider Ministerien zu rechnen.



## Gentechnologie

Nicht alle Probleme der Gentechnik können in einem Gesetz geregelt werden. Die Regelung der Haftung bei gentechnischen Arbeiten und gentechnischen Anwendungen soll im Rahmen des Umwelthaftungsgesetzes erfolgen. Der Entwurf eines solchen Gesetzes wird seit längerem vom Bundesministerium für Justiz und vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie vorbereitet. Patentierungsfragen werden innerhalb der Europäischen Union durch ein gemeinschaftliches Sortenschutzrecht und Richtlinien zum Schutz biotechnischer Erfindungen geregelt werden. Entwürfe für beide Regelungsbereiche wurden bereits vorgestellt und beide Regelungen sollten in naher Zukunft als EU-Direktiven in Kraft treten. Dementsprechend wäre in weiterer Folge auch das österreichische Patentgesetz den internationalen Regelungen anzupassen. Zusätzlich werden Probleme, die durch die neuen technischen Möglichkeiten (nicht nur der Gentechnik) zur Produktion von Lebensmitteln entstehen können, im Rahmen eigener EU-Vorschriften geregelt werden (Novel food Verordnung - derzeit im Entwurfsstadium). Alle genannten Problemstellungen sind im Rahmen des Gentechnikgesetzes (soweit es sich um gentechnische Herstellungsarbeiten handelt), ansonsten aber im Rahmen des Lebensmittelgesetzes (vor allem was die genaue Kennzeichnung betrifft) zu behandeln.

Zur Beratung über alle sich aus der Vollziehung des Gentechnikgesetzes ergebenden Fragen und zur Erstellung eines Gentechnikbuches werden beim Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz die Gentechnikkommission und ihre wissenschaftlichen Ausschüsse eingerichtet. Im vom BMGSK herauszugebenden Gentechnikbuch dokumentiert die Kommission den Stand von Wissenschaft und Technik für Arbeiten mit GVO, für Freisetzungen von GVO und für das Inverkehrbringen von Erzeugnissen sowie für Genanalysen und somatische Gentherapie am Menschen.

