

# 2811/AB XXI.GP

Eingelangt am: 21.11.2001

**BUNDESMINISTER  
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN**

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage der Abgeordneten **Heidrun Silhavy und Genossinnen betreffend Zwischenergebnisse und -berichte der Arbeitsgruppen (im Rahmen der Österreichischen Gesundheitskonferenz), Nr. 2827/J**, wie folgt:

**Frage 1:**

Im Regierungsprogramm wurde die Einrichtung einer Österreichischen Gesundheitskonferenz vereinbart. Diese soll als Plattform für einen effizienten Diskussionsprozess dienen und möglichst vielen Betroffenen, Verantwortlichen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen die Möglichkeit zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch bieten.

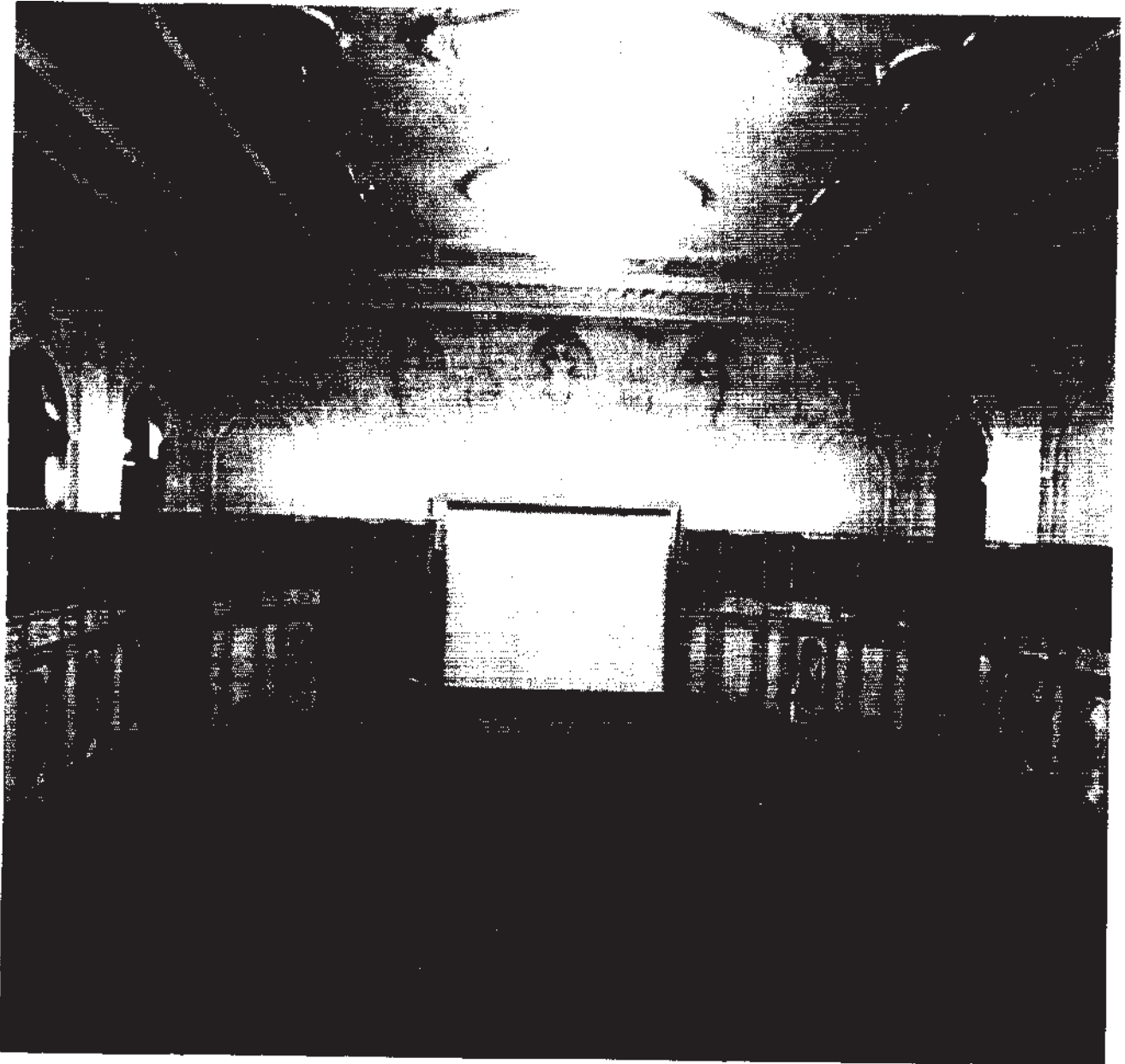
Im Rahmen der 1. Österreichischen Gesundheitskonferenz wurden Arbeitsgruppen zu den Themen "Qualität im Gesundheitswesen", "Einsatz neuer Informationstechnologien", "Gesundheitsökonomie und Finanzierung", "Fortschritt in der Medizin" und "Senioren in Österreich" eingerichtet. Über die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurde bei der 2. Österreichischen Gesundheitskonferenz Bericht erstattet.

Bei der Durchführung der Arbeitsgruppen wurde besonderer Wert darauf gelegt, die Meinungen von Expertinnen zu hören und von Seiten des Ministeriums ein offenes Ohr für deren Anliegen zu haben. Die inhaltlichen Punkte, die im Rahmen der Berichterstattung angeführt wurden, stellen eine wertvolle Unterstützung für die Fortführung der Arbeitsgruppen dar.

Die Ergebnisse der 2. Österreichischen Gesundheitskonferenz und damit auch die Berichte der Arbeitsgruppen wurden in der beiliegenden Broschüre veröffentlicht, die jederzeit im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen angefordert werden kann.

# Osterreichische Gesundheitskonferenz 18. Mai 2001

## *Konferenzbericht*



BUNDESMINISTERIUM  
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

## Impressum

Herausgegeben vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Sektion VII, Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:  
Sektionschef DI Harald Gaugg

Mai 2001

© Dia Festsaal im Billrothhaus (Umschlag): Gesellschaft der Ärzte, Wien.  
Verwendung mit Genehmigung der Gesellschaft der Ärzte.

Druck: Druckerei des BMSG, Stubenring 1, 1010 Wien

### Bestellmöglichkeiten:

Broschürentelefon: 0800/20 20 74

Fax: 01/7155830

E-Mail: [gisela.kirchler@bmsg.gv.at](mailto:gisela.kirchler@bmsg.gv.at)

Internet: <http://www.gesundheit.bmsg.gv.at>

ISBN 3-850 10-072-8

Diese Broschüre ist kostenlos beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Radetzkystraße 2, 1030 Wien, erhältlich.

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Eröffnungsstatement.....	6
Qualitätssicherung in der medizinischen Lehre.....	9
Qualität im Gesundheitswesen.....	15
Arbeitsgruppe "Qualität im Gesundheitswesen".....	18
Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen.....	20
Arbeitsgruppe "Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen".....	28
Gesundheitsökonomie und Finanzierung.....	29
Arbeitsgruppe "Gesundheitsökonomie und Finanzierung" .....	31
Senioren in Österreich.....	33
Arbeitsgruppe "Senioren in Österreich" .....	38
Medizinischer Fortschritt.....	39
Arbeitsgruppe "Medizinischer Fortschritt".....	40
Alkohol und Gesundheit .....	42
Betriebliche Gesundheitsförderung.....	50
Bewegung und Ernährung.....	55
Rauchen und Gesundheit.....	61
Zusammenfassende Rede des Herrn Staatssekretärs.....	63

## Einleitung

Im Regierungsprogramm wurde die Einrichtung einer Österreichischen Gesundheitskonferenz vereinbart. Diese soll möglichst vielen Verantwortlichen, Betroffenen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens eine Gesprächsplattform bieten und damit zur Unterstützung eines effizienten Diskussionsprozesses beitragen. Die Durchführung der Konferenz soll generell der besseren Motivation und Koordination im Gesundheitswesen dienen.

Im Rahmen der vorliegenden Publikation werden die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskonferenz 2001 präsentiert, die am 18. Mai 2001 unter dem Vorsitz von Herrn Staatssekretär Univ.-Prof. Dr. Reinhart Waneck in den Räumlichkeiten der Gesellschaft der Ärzte in Wien statt fand.

Der zu Grunde liegenden Intention entsprechend, wurden etwa 300 meinungsbildende Vertreterinnen des österreichischen Gesundheitswesens als Gäste zur Konferenz eingeladen. Dazu zählen u.a. Vertreterinnen der Patienten, der Gesundheitsberufe, der Krankenversicherungen, der Träger von Krankenanstalten und sonstigen Gesundheitseinrichtungen, der sozialen Hilfsdienste, der Sozialpartner sowie Repräsentantinnen aus Politik, Verwaltung und Wissenschaft auf Bundes-, Landes- und Regionalebene.

Hinsichtlich der Themenauswahl der bei der Gesundheitskonferenz vorgetragenen Referate handelt es sich um gesundheitspezifische Grundsatzthemen, die die Entwicklung des Gesundheitswesens und seine Ausgestaltung nachhaltig beeinflussen. Der Vormittag der Konferenz war der Berichterstattung über die Ergebnisse von Arbeitsgruppen gewidmet, die zu den Themen "Qualität", "Informationstechnologien", "Gesundheitsökonomie und Finanzierung", "Senioren" sowie "Fortschritt in der Medizin" eingerichtet wurden. Der Nachmittag der Konferenz war dem breiten Spektrum "Gesunder Lebensstil" gewidmet, wobei die Themen "Alkohol und Gesundheit", Betriebliche Gesundheitsförderung", "Bewegung und Ernährung" sowie "Rauchen und Gesundheit" behandelt wurden.

Bei der Auswahl der bei der Gesundheitskonferenz durch Referate zu Wort kommenden Vortragenden wurde insbesondere darauf geachtet, Expertinnen mit langjähriger gesundheitsspezifischer Erfahrung und vorzugsweise wissenschaftlichem Hintergrund zu gewinnen.

## Eröffnungsstatement

### Staatssekretär Univ.-Prof. Dr. Reinhart Waneck

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich freue mich, Sie in meiner Funktion als Staatssekretär für Gesundheit zur heutigen Veranstaltung sehr herzlich begrüßen zu dürfen.

Wie Ihnen bekannt sein wird, ist im politischen Programm der Regierung die **Einrichtung einer Österreichischen Gesundheitskonferenz** vorgesehen. Ich hatte bereits im Vorjahr die Ehre, die erstmals durchgeführte Österreichische Gesundheitskonferenz zu eröffnen - umso mehr freue ich mich, dass mir diese Aufgabe auch heuer wieder zukommt.

Die Österreichische Gesundheitskonferenz soll, so hoffe ich, allen Verantwortlichen, Betroffenen und LeistungserbringerInnen des Gesundheitswesens eine **Gesprächsplattform** bieten und damit zur Unterstützung eines effizienten Diskussionsprozesses beitragen.

Sehr geehrte Damen und Herren, im Rahmen der heutigen Veranstaltung sollen Themen diskutiert werden, die für die zukünftige Entwicklung und Gestaltung des österreichischen Gesundheitswesens von besonderer Bedeutung sind. Ich habe zu wesentlichen gesundheitspolitischen Fragen im Anschluss an die Vorjahreskonferenz **Arbeitsgruppen** eingerichtet, die während der vergangenen Monate gearbeitet haben und uns heute Bericht erstatten werden. Erlauben Sie mir, verehrtes Publikum, **auf wesentliche zukünftige Entwicklungen** im Gesundheitswesen hinzuweisen, die insbesondere am heutigen Vormittag diskutiert werden sollen:

Die Sicherung und Verbesserung der **Qualität** im Gesundheitswesen wird zunehmend eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik. Zwar wird uns von internationaler Seite wie beispielsweise der OECD bescheinigt, dass unsere Gesundheitsversorgung eine hohe Qualität aufweist. Gerade dieses Lob ist aber für uns eine Herausforderung, durch systematische Qualitätsarbeit Gutes weiter zu verbessern und ein

flächendeckendes österreichisches Qualitätssystem zu etablieren. Ich freue mich, an dieser Stelle berichten zu können, dass wir im Rahmen der neuen Art. 15a Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung den bestehenden Gesundheitsartikel umfangreicher und detaillierter gestaltet haben. Noch in diesem Jahr wird der Bund eine Reihe neuer und innovativer Qualitätsprojekte initiieren.

**Der Weg in die Informationsgesellschaft** eröffnet neue Chancen für das Österreichische Gesundheitswesen. Zur Wahrnehmung dieser Chancen bedarf es allgemein einer Öffnung hin zu modernen Informations- und Kommunikationstechnologien, der Förderung ihrer Nutzbarmachung und breiten Anwendung zum Wohle der Patientinnen und Patienten - allerdings unter bestimmten Rahmenbedingungen, die den Schutz der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten haben. Ich darf an dieser Stelle, sehr verehrte Damen und Herren, auf unsere Bemühungen zur Einführung eines Gesundheitstelematikgesetzes hinweisen.

Nicht zuletzt die während der vergangenen Monate intensiv geführte Diskussion zum Thema der **Finanzierung** des Gesundheitswesens zeigt, dass Fragen der Gesundheitsökonomie und des bestmöglichen Einsatzes der verfügbaren Ressourcen zukünftig einen größeren Stellenwert einnehmen werden. Unser Ziel liegt darin, die Effizienz des Gesundheitswesens zu erhöhen und den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung zu gewährleisten.

Der rasante **medizinische Fortschritt** stellt eine unvermeidbare Herausforderung im Hinblick auf die Effektivität und Effizienz im österreichischen Gesundheitswesen dar. Wir müssen uns der Frage stellen, ob unsere Entscheidungsträgerinnen, seien es Wissenschaftlerinnen, Unternehmerinnen oder Politikerinnen auch alle Rahmenbedingungen vorfinden, die sie befähigen, den Fortschritt in der Medizin ethisch vertretbar und ökonomisch effizient zu beurteilen. Es muss generell unser Ziel sein, dass medizinischer Fortschritt zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt und die Vorteile dieser Entwicklungen der gesamten Bevölkerung zugute kommen.

Die demographischen Veränderungen unserer Gesellschaft und damit einhergehend die zunehmende **Alterung unserer Patientinnen** sind weitere Herausforderungen,



denen wir uns zukünftig stellen müssen. Dabei geht es nicht nur um die Verwirklichung des Konzeptes "Gesundes Altern", sondern auch um die Sicherung der Lebensqualität hochbetagter Menschen. Wir werden uns verstärkt bemühen müssen, in der Zukunft den derzeit leider immer noch bestehenden Lücken in der geriatrischen Versorgung in Österreich besonderes Augenmerk zu schenken.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich werde ebenso wie Sie mit großem Interesse die heutige Berichterstattung der Arbeitsgruppen verfolgen, die zu den genannten Themenbereichen gearbeitet haben.

Verehrtes Publikum, lassen Sie mich überleiten zum Nachmittagsprogramm der Veranstaltung, das mir ebenfalls ein besonderes Anliegen ist. Durch die Themenwahl "**Gesunder Lebensstil**" möchte ich den zweiten Teil des Konferenztages der "Politik der präventiven Schritte" widmen, in dem Wissen, dass wir durch gezielte Prävention und Gesundheitsförderung sowohl die Lebensqualität unserer Bürgerinnen verbessern als auch unsere Gesundheitsbudgets deutlich entlasten können.

**Rauchen, Alkohol, unzureichende Bewegung sowie nicht gesundheitsförderlich gestaltete Lebensumfelder** zählen zu den wesentlichsten Krankheitsverursachern in unserer Gesellschaft. Für mich stellt dies einen Grund mehr dar, diese Themen zu diskutieren und die Problematik bewusst zu machen.

Wir arbeiten in diesem Bemühen ebenso wie einige andere sehr aktive Mitspieler in der Österreichischen Gesundheitsszene. Erlauben Sie mir in diesem Zusammenhang auf die vielen Projekte des **Fonds Gesundes Österreich** hinzuweisen, um nur ein Beispiel aktiver und erfolgreicher Arbeit zu nennen.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich bin überzeugt, dass das heutige Programm auch Ihnen als Publikum Gelegenheit geben wird, sich in anregende Diskussionen einzubringen. In diesem Sinne eröffne ich die Österreichische Gesundheitskonferenz 2001 und wünsche Ihnen eine interessante Veranstaltung.

## Qualitätssicherung in der medizinischen Lehre

Univ.-Prof. DDr. h.c. Gerhard S. Barolin

Kuratorium für Fortbildung und Ausbildung des  
Österreichischen Primärärzteverbandes

Einvernehmlich sehen wir Qualitätssicherung in engem Zusammenhang mit Fragen der Evaluation. Diese ist aber nur sinnvoll, wenn sie **Wegweisungen zur Verbesserung** gibt. Dazu ist der Arbeitskreis der Meinung, dass es nicht einmalig bei dem Gespräch bleiben dürfte, sondern ein weiteres **kontinuierliches Gesprächs- und Aktionsforum** nötig ist.

**Die Legitimation der Primärärzte** ergibt sich daraus, dass die gesamte postpromotionelle Ausbildung (zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt) vom Gesetz her ausschließlich in ihren Händen als Ausbilder liegt. Aus der engen und verantwortlichen Befassung damit stammen die in Abb. 1 wiedergegebenen Thesen (bereits aus 1988 - aber heute ebenso gültig wie damals). Es kommt darin auch klar zum Ausdruck, dass wir die Ausbildung als ein unteilbares Kontinuum ansehen, doch wird hier nur auf den Komplex der **postpromotionellen** Ausbildung eingegangen, da diese zum Gesundheitsministerium ressortiert.

Die notwendige **EU-Anpassung** ergibt sich als ein Schlüsselzeitpunkt, wo nicht nur kleine Anpassungen, sondern eine gründliche Reform des Bisherigen in Angriff genommen werden kann, mit dem Vorsatz, das **gute Österreichische zu erhalten und das Verbesserungswürdige zu verbessern.**

Wir gehen davon aus, dass die **Gesamtorganisation der österreichischen Medizin** - insbesondere mit ihren weitreichenden sozialen Facetten - als sehr gut zu werten ist (und auch europäisch weitgehend so anerkannt wird) und dass dies zu dem guten Erhaltenswürdigen gehört.

In der postpromotionellen Ausbildung hat die Ärztekammer inzwischen die Voten der Primärärzte nicht berücksichtigt und als einziges Neues eine Abschlussprüfung, aber keine weiteren Evaluations- und Qualitätssicherungskriterien eingeführt.

Abb. 2 gibt über die Evaluationsmittel eine Aufstellung, wobei sich auch zeigt, dass die Prüfung als alleiniges Evaluationsmittel ein schlechtes Qualitätssicherungsinstrument ist. Vor allem **fehlt die (gesetzeskonforme) ausbildungsbegleitende mehrfache Evaluation, aber auch die horizontale Vernetzung.**

Bei den fallweise im Rahmen der Ärztekammer eingesetzten, rückfließenden Bewertungsbögen hat man zwar die Auszubildenden gefragt. Diese können aber nur über die didaktische Qualität, nicht jedoch über den Wert der Inhalte der Ausbildung Auskunft geben. Wir haben erstmalig eine **Meinungsumfrage bei 200 niedergelassenen praktizierenden** Ärztinnen gemacht, und ihre Meinungen mit denen der klinischen Lehrer verglichen.

Bei der Abb. 3. zeigt sich dabei ein erschütterndes **Auseinanderklaffen der Meinungen**, obwohl doch eigentlich das in der Praxis Benötigte der Goldstandard für die Ausbildung sein sollte. Diesbezüglich wären also auch mehrfache Evaluationen bei Niedergelassenen zur Qualitätssicherung nötig.

Angesichts der Alleinverantwortung des Primarius für die postpromotionelle Arztausbildung hat das Österreichische Kuratorium für ärztliche Ausbildung und Fortbildung (als Organ des Österreichischen Primärärzteverbandes) sich seit langem mit den Fragen von Fortbildung und Ausbildung befasst. Die hier wiedergegebenen Thesen sind heute noch genauso gültig wie in ihrer Festlegung 1988 und sehen den ärztlichen Ausbildungsgang sinnvollerweise als Kontinuum von der ANS bis zur lebenslangen Fortbildung. In den vorliegenden Zeilen wird aber nur auf die postpromotionelle Ausbildung eingegangen (die zum Gesundheitsministerium ressortiert).

## Thesen zur medizinischen Ausbildung und Fortbildung in Österreich

Vor allem ist anzustreben:

- Humanitäre Bildung Hand in Hand mit Fachbildung
  - Hinführung zur selbständigen Arbeit
  - Übersichtswissen vor Detailwissen
1. Verbesserung ist nötig
  2. Wissenschaftliche Tätigkeit, Ausbildung und Patientenbetreuung sind untrennbar, somit gemeinsam zu berücksichtigen
  3. Lehr-Kontrolle ebenso wichtig wie Lernkontrolle
  4. Lernkontrolle muss begleitend sein vor (eventuellen) Endprüfungen
  5. Lehrstoff: Koordination + Straffung vor Vermehrung
  6. Anerkennung durch ein "Meriten-System" für Lernen und Lehren
  7. organisatorische Fähigkeiten + menschliche Qualitäten müssen in der Qualifikation mitberücksichtigt werden
  8. Der volle Ausbildungsgang soll in seiner Gesamtheit berücksichtigt werden (AHS -> Studium -> postprom. Oberarzt -> Habilitation -> Primariat -> Lehrstuhl)

Als Richtlinien beschlossen vom

Österreichischen Kuratorium für ärztliche Ausbildung und Fortbildung, Juli 1988

### Abb. 1

#### Weitere Anregungen aus dem Arbeitskreis

- 1) Der Hausärzte-Verband ist der Meinung, dass eine mehrmonatige Ausbildungszeit in einer **Lehrpraxis** obligat sein sollte.
- 2) Die Tätigkeit in Pflegeheimen wird nach wie vor überhaupt nicht für die Ausbildung anerkannt, obwohl eine immer größere Anzahl unserer Bürger älter und pflegebedürftig wird. Es soll eine **mehrmonatige Tätigkeit im Pflegeheim** für die Ausbildung anerkannt, wenn nicht sogar obligat gemacht werden.
- 3) Die **Rotation** auf Komplementärabteilungen und möglichst auch EU-weit soll nicht nur erleichtert, sondern ausdrücklich gefördert werden.

- 4) Man sähe es auch als sinnvoll an, für die **postpromotionelle lebenslange Fortbildung** (also nach abgeschlossener Ausbildung) klare Curricula zu schaffen.
- 5) **Die Gutachterei** sollte wegen ihrer großen didaktischen (ordnenden) Wirkung auch obligatorisch in dem Ausbildungsgang - zumindest in den Grundbegriffen - verankert werden.
- 6) Im Sinne der praktischen Umsetzung und Weiterentwicklung (einerseits im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Wissenschaft, andererseits im Hinblick auf die Evaluations-Ergebnisse) sollte eine **stehende Kommission** von unserem Arbeitskreis ihren Ausgang nehmen. Darin sollte wie bisher natürlich die Ärztekammer vertreten sein, aber auch Primärärzteverband und Gesundheitsministerium. Es wäre das ein Personenkreis, der folgende Funktionen erfüllt:
  - a) **Ständige Aktualisierung** der Ausbildungsbestimmungen
    - anhand der laufenden Ergebnisse der mehrdimensionalen Evaluation der Ausbildung (laut Abb. 2),
    - anhand mehrfacher Befragungen der niedergelassenen Ärzte,
    - im Sinne des Fortschritts der Wissenschaft.
  - b) **Visitationskommissionen und weitere Funktionen aus Abb. 2**
  - c) **Tätigkeit als Prüfungs- und ev. Berufungsinstanzen**  
Kostengünstig könnten dazu auch **kurz pensionierte und/oder emeritierte** Primärärzte und Professoren berufen werden.
- 7) **Die didaktische Qualität** soll vermehrt karrierewirksam sein, sowohl in universitären als auch in außeruniversitären Abteilungen.

### **Evaluation medizinischer Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Sinnvolle Evaluation ist eine wesentliche Vorbedingung für Qualitätssicherung. Wir sehen es vor allem als wünschenswert an, dass

- 1) die Evaluation auch kommunikationsverbessernd zwischen Ausbilder und Kandidaten wirken (Dazu darf es keine "Hinter-dem-Rücken-Evaluierung" geben, sondern es sollte jeweils zwischen Ausbilder und Kandidaten Gespräch und Gegenzeichnung stattfinden),
- 2) gerade die einmalige Abschlussprüfung zu den wenigst geeigneten Mitteln zur Qualitätsverbesserung dient.

**Evaluationsmittel für medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung**

s	p			K*) 1. Rückfließende Bewerbungsbogen
s	p	E		der Ausbildungskandidaten
s	p	E		K*) 2. Periodischer Berichtsbogen des Ateilungs- (Ausbildungs-)Leiters K*) 3. Rasterzeugnisse/Fortbildungspässe
s				K 4. Kommissionen vor Ort a) betreffend Ausrüstungsstandard
	p			b) betreffend Aktivitätsstandard
		E		5. Prüfungen (wenn, dann nur kommissionell/
	p			mehr zwecks Vergleich der Ausbildungsqualität als zwecks "Prüfung" des Kandidaten) K 6. "Teachers Training"

**I.) Wirksam für Evaluationen von:**

- S = Struktur-Qualität
- P = Prozess-Qualität
- E = Ergebnis-Qualität

**II.) Verbesserungspotential für Kommunikation**

- Zwischen Ausbilder und Kandidat = K
- \*) nur wenn Besprechung und wechselseitige Gegenzeichnung obligat sind

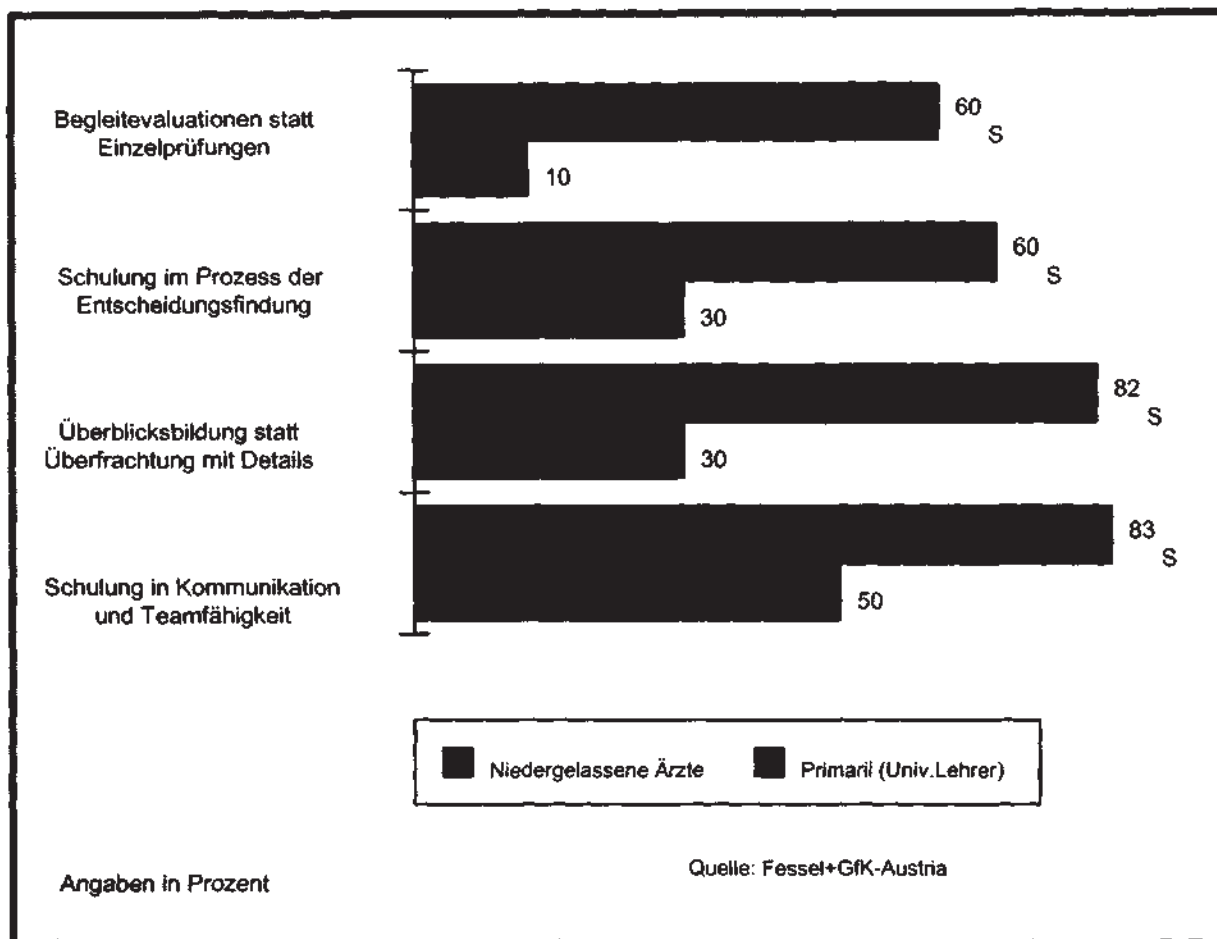
**Abb. 2**

**Ausbildung und Fortbildung**

Da der Ausbildungskandidat nur Auskunft über die didaktische Qualität der Ausbildung geben kann, nicht aber über deren Brauchbarkeit für die Praxis, haben wir erstmals eine Meinungserhebung bei 200 niedergelassenen Ärzten gemacht und deren Meinungen mit den Meinungen der klinischen Lehrer verglichen. Wie notwendig das war, zeigt das Ergebnis. Nämlich das Faktum, dass die klinischen Lehrer völlig andere Prioritäten sehen als die niedergelassenen Ärzte (obwohl Letzteres ja eigentlich der Goldstandard für die Ausbildung sein sollte).

- Die niedergelassenen Ärzte halten von der Abschlussprüfung wenig, von einer Begleitevaluation viel. Die klinischen Lehrer sind genau gegenteiliger Meinung.
- Die niedergelassenen Ärzte würden mehr Schulung im Prozess der Entscheidungsfindung wünschen, die klinischen Lehrer geben dem wenig Gewicht.
- Vor allem plädieren die niedergelassenen Ärzte für Vermittlung von mehr Überblicksbildung statt Überfrachtung mit Details, wohingegen die klinischen Lehrer an möglichst detailreiche Ausbildung glauben. Und schließlich
- sehen die niedergelassenen Ärzte es für wesentlich an, dass eine Schulung in Kommunikation und Teamfähigkeit stattfindet. Auch das wird von den klinischen Lehrern viel weniger wichtig gesehen.

### Vergleich: Niedergelassene Ärzte - Primarii



## **Qualität im Gesundheitswesen**

**Primarius Dr. Herbert Stekel**

**Allgemeines Krankenhaus Linz**

Der vorliegende Arbeitsgruppenbericht kann nur einige Streiflichter einer mehrstündigen Informationsveranstaltung wiedergeben.

Die Arbeitsgruppe beurteilt das österreichische Gesundheitssystem als sehr gut leistungsfähig. Dies wird mit dem allgemeinen hohen Versorgungsniveau, der Vollversorgung der Bevölkerung und dem ungehinderten Zugang zur Spitzenleistung begründet. Setzt man den Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandsprodukt dazu in Beziehung, so liegt der Schluss nahe, dass das österreichische Gesundheitswesen bei hervorragender Leistungsfähigkeit auch als durchaus kostengünstig zu betrachten ist.

Dennoch sind Qualitätsdefizite in allen Versorgungsbereichen und allen Organisationsstufen auszumachen. Derzeit ist die Durchdringung des Gesundheitswesens mit systematischen Qualitätssicherungsansätzen als eher gering anzusehen. In weiten Bereichen wird Qualitätsmanagement nicht als Führungsaufgabe erkannt. Das führt zu mangelndem Qualitätsbewusstsein bei den Mitarbeiterinnen und einer mangelnden Vorbildfunktion der Führungsschichten. Erschwert wird die Situation durch den florierenden Beratermarkt, der zu einer weitgehenden unkritischen Übernahme von Industriemodellen in das Gesundheitswesen führt. Dies begründet eine im Wesentlichen abwartende Haltung der medizinischen Führungsschicht.

Als zusätzliche Herausforderungen wurden die Veränderungen der Alterspyramide und die wachsende Zahl "machbarer" Leistungen gesehen. Daraus resultiert die Gefahr eines Kostenanstieges, der durchaus Grund zu ernsthaften Überlegungen liefert. Bei aller Notwendigkeit der ökonomischen Betrachtung des Gesundheitswesens soll aber auch an dieser Stelle festgehalten werden, dass Qualitätssicherung primär kein Einsparungswerkzeug ist. Als Sekundäreffekt ist ein Abflachen der Anstiegskurve wünschenswert und durchaus möglich.



Die Gruppe formulierte einige nötige Schwerpunktsetzungen. Voran stand die klare **Formulierung von Gesundheitszielen** als Richtlinie des täglichen Handelns in Ordinationen, Krankenhausabteilungen, etc. Nützlich wäre auch die Schaffung einer zentralen berufsgruppenübergreifenden **Informationsstelle**. Als weiterer Schwerpunkt wurde der **Ausbau der Outcome-Messungen** gesehen, um qualitätsverbesserte Maßnahmen an den Ergebnissen des Kernprozesses des Gesundheitswesens beurteilen und messen zu können. Besonderes Augenmerk sollte auch auf die Förderung von Modellen des **Total-Quality-Management (TQM)** gelegt werden. Die Gruppe war sich einig, dass dem **Verbessern der Schnittstellen innerhalb des Gesundheitswesens** höchster Stellenwert zukommt. Ebenso bestand Einigkeit darüber, dass alle Verbesserungsansätze, wo irgend möglich, **interdisziplinär** erfolgen müssen. Aber auch die **Notwendigkeit einer Evaluierung** aller getroffenen Maßnahmen wurde aufgezeigt. Als gemeinsame Klammer, um alle notwendigen zu treffenden Maßnahmen herum, soll der **Grundsatz der Patientinnenorientierung** gelegt werden. Diese beinhaltet für uns **menschliche Zuwendung** für mündige Bürgerinnen und aufgeklärte Patientinnen **im Rahmen eines therapiekonformen Prozesses**.

Sehr kritisch wurde die Übernahme von Qualitätssicherungsmodellen der Fertigungsindustrie gesehen. Es scheint notwendig, Ziele der Qualitätssicherung besser zu kommunizieren. Ein Vorschlag dazu wurde unter dem Titel **“Die wichtigen Dinge richtig machen”** präsentiert. Als generelle Anforderungen an medizinische Qualitätssicherungssysteme wurden folgende Punkte definiert:

- Instrumente, Kriterien und Maßnahmen müssen sowohl sachlich wie aber auch sprachlich berufsgruppenadäquat sein.
- Der ständig steigende Dokumentationsaufwand ist zu evaluieren. Es sollten keine neuen Dokumentationen ohne klare Zielvorstellungen eingeführt werden.
- Es ist eine Rücknahme der Dokumentationspflicht, wo immer möglich, zugunsten intelligenterer Erhebungsmethoden zu forcieren.
- Weiters scheint es auch nötig, zertifizierte Systeme des Qualitätsmanagements zu hinterfragen.

Abschließend sollten noch exemplarisch einige Maßnahmen vorgeschlagen werden.

- In erster Linie sind klare Zieldefinitionen, Versorgungsaufträge, etc. zu formulieren.
- Sinnvoll wäre auch, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum Thema Outcome-Messung zu installieren mit der Aufgabe, Qualität in den Kernprozessen des Gesundheitswesens messbar/beurteilbar zu machen.
- Die notwendig Schaffung einer Informationsstelle wurde bereits angesprochen, aber auch die Überarbeitung der gesetzlichen Rahmen- und Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen, vor allem im Hinblick auf eine Überprüfung formaler und möglicherweise nicht mehr zielführender Inhalte, scheint indiziert.
- Abschließend soll betont werden, dass Qualitätssicherung ein Werkzeug zur Leistungsverbesserung im Gesundheitswesen darstellt. Der richtige Gebrauch dieses Werkzeuges soll geschult, aber auch überprüft werden.

## **Arbeitsgruppe "Qualität im Gesundheitswesen"**

**im Rahmen der Österreichischen Gesundheitskonferenz, 1. Februar 2001**

### **Zusammenfassung**

Die nachstehend angeführten Themenfelder leiten die wesentlichen inhaltlichen Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik ab:

- Ausgehend davon, dass bezogen auf die Kosten/Leistungsrelation das Gesundheitswesen in Österreich vorbildlich, leistungsfähig und kostengünstig ist, sind Qualitätsdefizite vorhanden. Insbesondere fehlt es an systematischer Qualitätssicherung und an Qualitätsbewusstsein.
- Notwendig ist die Formulierung von Gesundheitszielen, die Schaffung zentraler Informationsstellen, der Ausbau der Outcome-Messung, die Förderung von Leitlinien/Richtlinien und die Forcierung von TQM-orientierten Modellen, einer besseren interdisziplinären Zusammenarbeit und die Forcierung von Schnittstellenmanagement.
- Im Aus- und Fortbildungswesen ist eine vertikale und horizontale Vernetzung und Koordination der ärztlichen Ausbildung notwendig, insbesondere bei der post-promotionellen Ausbildung. Die Qualität der Ärzte trägt wesentlich zur Qualität im Gesundheitswesen bei, Zugangsregelungen sollten diskutiert werden.
- Im Aus- und Fortbildungswesen wäre die Einrichtung einer ständigen begleitenden Kommission notwendig, die Aufgaben der Evaluation, im Bereich des wissenschaftlichen Fortschritts und den Kontakt mit Schule und Fakultät wahrnehmen sollten.
- Im Aus- und Fortbildungswesen ist ein österreichweiter Austausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen anzustreben.
- Im Bereich der Allgemeinmedizin ist bei der Forcierung von Qualitätsmanagement darauf zu achten, dass QS-Instrumente, QS-Kriterien und QS-Maßnahmen nicht unkritisch übernommen werden.
- Wichtige QS-Maßnahmen wie Qualitätszirkel, Leitlinienentwicklung, Evaluierung der Patientinnenzufriedenheit und Qualitätskontrollen in Labors sollen forciert werden.

Bei allen QS-Maßnahmen ist der Grundsatz der Patientinnenorientierung einzuhalten. Menschliche Zuwendung, als mündige Bürger ernst genommen zu werden, und als umfassend aufgeklärte Patientinnen mitentscheiden zu können, sind zentrale Aspekte der Patientinnenorientierung.

Bei allen QS-Maßnahmen ist darauf zu achten, dass adäquate Dokumentationssysteme entwickelt werden.

# **Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen**

**Dr. Arnold Fragner**

**Österreichischer Hausärzteverband**

## **1. Der gegenwärtige Stand**

Der Status quo im Hinblick auf die Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen in Österreich hat bestenfalls fragmentarischen Charakter. Aufgrund bisheriger fehlender Koordinierung und der Ausrichtung bestehender elektronischer Vernetzungen vorwiegend im Rahmen privater Initiativen (Ausnahme: div. Krankenanstaltenverbände) hat sich die Entwicklung bisher ausschließlich nach den Bedürfnissen einzelner Benutzergruppen orientiert. Durch die Inkompatibilität der Software verschiedener vorhandener elektronischer Systeme ist eine echte Vernetzung, insbesondere zwischen intra- und extramuralem Bereich, bisher unterblieben und sind Insellösungen daher derzeit vorherrschend.

Weitere Mankos sind der bislang mit rund 50 % immer noch relativ geringe Grad an Hardware-Ausstattung im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft sowie die dort aufgrund verschiedener Faktoren vorherrschende mangelnde Motivation zur Vernetzung insbesondere mit den Krankenkassen. Der geplante Einsatz der Chipkarte (mit all den Verzögerungen in der Entwicklung) allein wird daran vermutlich nicht viel ändern.

## **2. Das Potenzial**

Neben dem Einsatz der im Wesentlichen bereits entwickelten Chipkarte ist daher eine Reihe von Maßnahmen notwendig, um ein sinnvolles und funktionierendes Gesundheitsdatennetz über das Land zu ziehen und die elektronische Kommunikation ohne Einbahnstraßen zu ermöglichen. Die technische Machbarkeit steht dabei generell außer Zweifel.

Neben der Einführung der Chipkarte gilt es vordringlich, einen möglichst hohen Grad an EDV-Ausstattung vor allem im extramuralen Bereich zu erreichen. Dabei ist die vorgesehene (angesichts der hohen Anschaffungskosten ohnehin eher symbolische) Prämierung der Erstausrüstung durch die Krankenkassen allerdings nur ein erster Schritt. Ohne weitere Maßnahmen, vor allem ohne die Aussicht, in einem weiteren Schritt innerhalb eines überschaubaren Zeitrahmens für die niedergelassene Ärzteschaft einen Zusatznutzen ziehen zu können bzw. im administrativen Bereich wesentliche Erleichterungen zu erlangen, ist das Ziel einer möglichst flächendeckenden EDV-Ausstattung der Praxen (zumindest jener mit Kassenverträgen) nicht zu erreichen. Dieser Zusatznutzen ist mit der Aussicht auf eine täglich mögliche Online-Abrechnung mit den Kassen gegeben und stellt neben den Vorteilen für das Patientinnenmanagement den einzig sinnvollen und akzeptierten Anreiz für die Ärzteschaft dar. In der Apothekerschaft ist ein ähnlicher Ansatz mit einer entsprechenden Vereinbarung zwischen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Apothekerkammer bereits Realität.

Ist die Grundvoraussetzung der flächendeckenden EDV-Ausstattung einmal erreicht, eröffnen sich eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Vernetzung, wobei bereits in der Anfangsphase auf die Kompatibilität der Softwarevarianten, die Erstellung eines sogenannten Software-Registers sowie eine logistische Trennung von medizinischen und administrativen Datenflüssen Bedacht genommen werden muss. Unter Erfüllung dieser Prämissen ist eine schrittweise elektronische Vernetzung aller medizinischen Einrichtungen und sonstiger Dienstleister im Gesundheitswesen möglich und sollte auch angestrebt werden. Die einzelnen Phasen der Umsetzung werden weiter unten (Punkt 4) beschrieben.

### **3. Datensicherheit und EU-Konformität**

**Oberste Priorität hat schließlich auf allen Ausbaustufen die Wahrung des Datenschutzes für die Patientinnen.** Ohne effiziente Regelmechanismen und jederzeitige Nachvollziehbarkeit von Datenflüssen und deren Überprüfbarkeit ist allein das im Hintergrund stehende Missbrauchspotenzial bereits ein absolutes Hindernis für die Etablierung der Vernetzung. Die technischen Voraussetzungen sind vorhanden, neu entwickelte Codierungssysteme bieten heute maximale Sicherheit, wobei einer

dezentralen Datenspeicherung gekoppelt mit einem Verfügungsrecht der Patientinnen der Vorzug zu geben ist.

Weiters ist auf die entsprechende Entwicklung des Gesundheitswesens im Rahmen der Europäischen Union Bedacht zu nehmen. Insbesondere sollten nationale Projekte koordiniert und die Ergebnisse der Tätigkeit internationaler Organisationen (z.B. CEN, ISO, etc.) besser dokumentiert werden. Nationale Lösungen ohne Berücksichtigung internationaler Bestrebungen ("Insellösungen") sind aus Gründen der Interoperabilität des medizinischen Datenaustausches und der zu berücksichtigenden Mobilität der Bürgerinnen zu vermeiden. Dazu ist ein ständiger Austausch mit den einschlägigen Institutionen auf EU-Ebene notwendig.

#### **4. Der Masterplan**

Die Arbeitsgruppe hat nach eingehender Klärung der Grundsatzfragen einen Masterplan für die Umsetzung der einzelnen Vernetzungsschritte ausgearbeitet, der auch einen zeitlichen Rahmen vorgibt. Die Abstufungen wurden dabei so gewählt, dass eine möglichst rasche Umsetzung bei gleichzeitiger Rücksichtnahme auf den realistischen Aufwand für vorbereitende Maßnahmen gewährleistet ist. Unter der Voraussetzung, dass alle beteiligten Institutionen und Gruppen innerhalb des Gesundheitswesens gleichermaßen für die geplante umfassende Vernetzung zu motivieren sind, soll bis 2006 bereits ein weitgehend flächendeckendes Datennetz realisiert sein, das die wichtigsten Gesundheitsdienstleister einschließt. Blockierungen im zeitlichen Ablauf sollen durch die unmittelbare Einbeziehung aller relevanten Gruppen bzw. deren Vertretungen in den Entwicklungsprozess a priori vermieden werden (siehe Punkt 5).

Die einzelnen Schritte werden im Folgenden beschrieben:

##### **A. EDV-Infrastruktur**

Anliegen höchster Priorität ist die EDV-Ausstattung aller Gesundheitsdiensteanbieter, insbesondere jener, die mit den Sozialversicherungen direkt abrechnen. Die EDV-Infrastruktur inkludiert neben der Verfügbarmachung von Hard- und Software auch die Einrichtung eines zentralen "Registers", dessen Hauptaufgabe die Erleichterung des Datenaustausches ist. Dies sollte flächendeckend bis 2004 abgeschlos-

sen sein. Als Begleitmaßnahmen sind umfassende Informationen der Adressaten, allenfalls verbunden mit einem zu erstellenden Prämiensystem, vorzusehen.

### **B. Abrechnung**

Als wichtigste Schlüsselanwendung wird die Schaffung der Möglichkeit der Online-Abrechnung durch die Vertragspartner (Ärztenschaft, Apotheken) bzw. deren Vertretungen mit den Sozialversicherungen angesehen. Eine flächendeckende Umsetzung unter Einbeziehung der zu Punkt A genannten Begleitmaßnahmen sollte bis Ende 2004 möglich sein.

### **C. Elektronisches Rezept**

Eine weitere Schlüssel-Anwendung des Masterplanes ist die Einführung des elektronischen Rezepts. Dies bewirkt die elektronische Kommunikation zwischen Aussteller und ausführenden Akteuren und ist - wie zu Punkt B dargestellt - um die Möglichkeit der elektronischen Abrechnung zu ergänzen. Ebenfalls im elektronischen Wege erledigt werden sollten chefärztliche oder amtsärztliche Genehmigungen. Weiters sollten nach Meinung der Arbeitsgruppe auch die Gestion der Heilbehelfe und der diesbezüglich beteiligten Akteure in die Konzeption einbezogen werden. In zeitlicher Hinsicht sollte die flächendeckende Umsetzung einschließlich allfälliger Begleitmaßnahmen bis 2005 abgeschlossen sein.

### **D. Kommunikation extramuraler und intramuraler Gesundheitseinrichtungen**

Diese Kommunikationsvorgänge beinhalten folgende Beziehungen:

- Niedergelassener Bereich - niedergelassener Bereich
- Intramuraler Bereich - niedergelassener Bereich
- Niedergelassener Bereich - intramuraler Bereich
- Intramuraler Bereich - intramuraler Bereich

Dies bedeutet die Einbeziehung aller Kommunikationsebenen **ohne** einseitige Datenflüsse. Als Begleitmaßnahmen werden die Schaffung von technischen Rahmenbedingungen und die Verabschiedung von Kommunikationsstandards als erforderlich erachtet. Abgeschlossen (möglichst flächendeckend) könnte die Umsetzung dieser Maßnahmen bis 2005 sein.



### **E. Ausbau der Kommunikation Sozialversicherung - Gesundheitsdiensteanbieter**

Ausdehnung aller Kommunikationsvorgänge im Behandlungsgeschehen (z.B. Aufnahmen, Bewilligungen) auf Ärzteschaft, Apotheken, Krankenanstalten, aber auch wechselseitige Zugänglichmachung zu Informationssystemen bis Ende 2005. Begleitend dazu werden vertrauensbildende Maßnahmen in Bezug auf den Datenschutz als notwendig erachtet, die technische Vernetzung sollte weitestgehend abgeschlossen sein.

### **F. Vernetzung mit dem Nachsorgebereich bzw. weiteren Akteuren**

Ausbau der Kommunikation mit bzw. Einbeziehung in die Vernetzung von Pflege- und Hospizorganisationen, Bandagisten, Psychotherapeuten und Home-Care-Organisationen. Zeitlicher Rahmen für den Abschluss der Umsetzung ist das Jahr 2006.

### **Masterplan zur umfassenden elektronischen Vernetzung im Gesundheitswesen**

<b>Priorität</b>	<b>Thematik</b>	<b>Ziel</b>
<b>1.</b>	<b>Kontrolle durch Konsument = Patient</b>	
<b>1.</b>	<b>EDV-Ausstattung (Infrastruktur: Hardware + Software + Register)</b>	<b>2004</b>
<b>2.</b>	<b>Abrechnung</b>	<b>2004</b>
<b>3.</b>	<b>Elektronisches Rezept und Heilbehelfsverordnungen</b>	<b>2005</b>
<b>4.</b>	<b>Intramurale-Extramurale Kommunikation</b>	<b>2005</b>
<b>5.</b>	<b>Kommunikation Sozialversicherung - Gesundheitsdiensteanbieter</b>	<b>2005</b>
<b>6.</b>	<b>Vernetzung mit dem Nachsorgebereich bzw. weiteren Akteuren</b>	<b>2006</b>

### **5. Entwicklungsprozess und Akteure**

In Umsetzung des Masterplanes ist durch die Arbeitsgruppe ein Entwicklungsprozess vorgesehen, der die Einbindung aller wichtigen Vertreterinnen der im Gesundheitsbereich tätigen Institutionen und Berufsgruppen berücksichtigt. Die Miteinbezie-

hung von Vertreterinnen sogenannter "NGOs" neben den institutionalisierten Vertretungen erscheint dabei deswegen besonders wichtig, da dies nach Außen das adäquate Signal in Richtung umfassenden Interessenskonsenses darstellt und Obstruktionen in der Entwicklung von vornherein vermeiden hilft.

Folgende Gruppen bzw. Experten sollen von Beginn an in den Entwicklungsprozess einbezogen werden:

- Ärzteschaft
- Apotheker
- Krankenanstalten
- Sozialversicherungen
- Patientinnenanwälte, Selbsthilfegruppen
- Medizinische Softwareanbieter
- Telekomexperten
- Datenschutzexperten
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Vorläufig erscheint die Beschränkung auf diese Gruppen opportun, da dies jene sind, die am vordringlichsten an der Entwicklung partizipieren. Im Laufe der Entwicklung sollen Vertreter anderer Gruppen je nach Erfordernis hinzugezogen werden.

Die technischen Möglichkeiten im Hinblick auf reibungslose Kommunikation, Datenschutz und administrative Abwicklung sind bereits heute gegeben. Was fehlt, sind die "Business-Szenarien", also die Vorgaben an die Informatiker im Hinblick auf die Anwendererfordernisse. Diese sollen in der Folge in der o.a. Gruppenzusammensetzung erarbeitet werden.

## 6. Die Ziele

Der zeitliche Rahmen ist mit dem Masterplan hinlänglich definiert. Die Ziele, die innerhalb dieses Zeitrahmens erreicht werden können, ebenso. Daneben gibt es allerdings eine Dimension, die mit Listen und Zeitplänen nicht erfasst werden kann: **der Faktor Mensch**. Mit ihm steht und fällt die gesamte Umsetzung. Wer sich etwa erwartet, dass durch die umfassende Vernetzung des Gesundheitswesens zwingend

ein pekuniärer Vorteil im System erwächst, wird schon allein deswegen enttäuscht werden, weil die Anlaufkosten allein den möglichen Spareffekt egalisieren. Dieser ist bestenfalls mittelfristig - und auch nur in Form einer Kostensteigerungsbremse! - zu erzielen und hängt letztlich ausschließlich vom guten Willen aller Beteiligten ab (siehe Punkt 5!).

Das Ziel all der Maßnahmen rund um die Vernetzung des Gesundheitswesens kann daher nicht als banales Sparziel definiert werden, sondern ist realistischerweise ausschließlich im Sinne eines Qualitätssprunges zu sehen, ohne den unser heute noch in Leistungsumfang und -breite europaweit als vorbildlich geltendes Gesundheitswesen allerdings binnen ganz weniger Jahre aufgrund der technologischen und logistischen Weiterentwicklung anderer Gesundheitswesen in Europa ins Hintertreffen geraten könnte. Durch entsprechende Ansätze auf EU-Ebene, aber auch durch geplante und in mehreren EU-Staaten bereits teilweise auch umgesetzte Maßnahmen erwächst ein starker Modernisierungsdruck auf unser Gesundheitswesen - allein schon aufgrund der zunehmenden Informationsgesellschaft, die durch das Internet zumindest für die demnächst kommende Patientinnengeneration bereits Realität ist. Eine Angleichung an die Gegebenheiten hilft somit, den Standort Österreich für den aufstrebenden Wirtschaftsfaktor Gesundheitsmarkt in Europa zu sichern. Dies ist insbesondere deswegen wichtig, als bereits heute ein reger Gesundheitstourismus stattfindet und damit auf diesem Sektor nicht unbeträchtliche Kaufkraftabflüsse ins Ausland erwachsen, die durch die absehbare Erweiterung der europäischen Union um neue Mitgliedstaaten, insbesondere in unserer unmittelbaren Nachbarschaft, noch verstärkt werden. Die einzige Möglichkeit, dem zu begegnen, ist letztlich, klare Qualitätsgrenzen zu signalisieren. Dies gelingt u.a. mit einer umfassenden Vernetzung umso effizienter, wie überhaupt die Effizienzsteigerung das erklärte Ziel ist.

### **Schlussbemerkungen**

17.000 niedergelassene Ärztinnen, 1000 öffentliche Apotheken, 330 Krankenanstalten, Ambulatorien, Kuranstalten und Rehab-Zentren, unzählige private Pflegeeinrichtungen, Psychotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Institute u.v.a. mehr sind eine große Zahl von Leistungsanbietern mit einer ebenso großen Leistungsbreite. Diesen gegenüber stehen im Wesentlichen die Sozialversicherungen zur Leis-

tungsabgeltung - und, nicht zuletzt, 8 Millionen Bürgerinnen dieses Landes als potenzielle Konsumentinnen oder zumindest Zahler des Gesundheitssystems. Allen gemeinsam mit anwenderorientierten technischen und logistischen Lösungen gerecht zu werden, stellt die Arbeitsgruppe vor eine große Herausforderung.

Die Expertinnen des Arbeitskreises sind dazu bereit, diese anzunehmen, wenn die politisch Verantwortlichen nicht nur den Auftrag zu deren Weiterarbeit geben, sondern auch ihre aktive Unterstützung signalisieren.

## **Arbeitsgruppe "Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen"**

**im Rahmen der Österreichischen Gesundheitskonferenz, 13. Februar 2001**

### **Zusammenfassung**

Aus den erörterten Themenfeldern leiten sich die wesentlichen inhaltlichen Schlussfolgerungen ab:

- Der Einsatz von Informationstechnologien soll die vorhandenen Transparenzprobleme im Gesundheitswesen lösen und durch einheitliche Kommunikationsregeln den Koordinations- und Integrationsaufwand reduzieren.
- Um den Innovationswillen und die Innovationsbereitschaft im Zusammenhang mit dem Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen zu unterstützen und zu fördern, ist es unbedingt notwendig, schrittweise, einfache Lösungen zu erarbeiten.
- Die Information über den Nutzen des Einsatzes von moderner Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen hat zielgruppenorientierter (z.B. im extramuralen Bereich) als bisher zu erfolgen. Hierbei sind die besonderen Interessenslagen, Konkurrenzsituationen und Arbeitsfelder dieser Zielgruppen zu berücksichtigen.
- Um die Akzeptanz zu steigern ist es notwendig, zuerst einen Katalog zu formulieren und dann ein konsensual abgestimmtes Arbeitsprogramm mit operativen Umsetzungsvorschlägen - einen sogenannten Masterplan - anzubieten.
- Von zentraler Bedeutung sind das Wissen und das Verständnis aller Beteiligten, dass es sich beim Einsatz von Informationstechnologie im Gesundheitswesen um eine Investition für und in die Zukunft handelt.
- Eine funktionierende Vernetzung der Gesundheitseinrichtungen setzt Schritt für Schritt die Schaffung einer flächendeckenden, standardisierten, organisatorisch-technischen Infrastruktur für Informations- und Kommunikationsanwendungen im Gesundheitswesen voraus.

## **Gesundheitsökonomie und Finanzierung**

**Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz**

**Institut für Sozialmedizin, Universität Wien**

### **Einleitung**

- Die nachfolgenden Themenfelder stellen die gemeinsam erarbeiteten wesentlichen Punkte dar.
- Daraus lassen sich die wichtigsten inhaltlichen Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik ableiten.

### **Entwicklung gesundheitsökonomischer Strategien**

- Voraussetzung ist ein aktuelles modernes Rechnungswesen mit Darstellung von:
  - Kostenwahrheit
  - Nutzenwahrheit
  - Periodenreinheit
  - Verursacherprinzip

### **Effiziente Gesundheitssysteme**

- Keine Anreize zur Maximierung der Leistungszahlen
- Leistung muss dort erbracht werden, wo sie für Patientinnen am effizientesten zur Verfügung steht

### **Voraussetzungen für die effiziente Gestaltung des Gesundheitssystems**

- Konkrete politische Zielformulierungen in den Bereichen:
  - Gesundheitsversorgung
  - Mittelverwendung
  - Mittelbeschaffung
- Kriterienkatalog zur Bewertung und Durchsetzung der Zielvorgaben

### **Ausnutzen von Rationalisierungspotenzialen**

- Wichtiger als Rationierungsmaßnahmen
- Bedeutend in diesem Zusammenhang sind:
  - Schnittstellenmanagement
  - Verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit
  - Koordination von Gesundheitsleistungen

### **Wettbewerb von Leistungserbringern**

- Im Gesundheitswesen möglich
- Besonderheiten des "Marktes Gesundheit" sind zu beachten

### **Neue finanzielle Schwerpunkte**

- Bisheriger Schwerpunkt hochtechnisierte Reparatur- und Apparatedizin, hat auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung nur z.T. Auswirkungen
- Finanzielle Umschichtungen in den Bereich Prävention und Lebensführung, sowie stärkere Abstimmung auf die Bedürfnisse der Patientinnen nötig

### **Gefahr der Entsolidarisierung**

- Gesundheitsökonomie darf nicht zur Entsolidarisierung führen.
- Gesundheitsökonomische Analysen und evidenzgestützte Qualitätssicherung machen das Gesundheitswesen in der Regel nicht billiger, aber führen zu rationaleren Entscheidungen.

### **Akzeptanz gesundheitsökonomischer Maßnahmen**

- Steigerung der Akzeptanz für alle Teilnehmerinnen (Patientinnen, Finanziers, Leistungserbringer) durch:
  - größere Transparenz
  - bessere Datenqualität
  - bessere Datenverfügbarkeit

## **Arbeitsgruppe "Gesundheitsökonomie und Finanzierung"**

### **im Rahmen der Österreichischen Gesundheitskonferenz, 30. Jänner 2001**

#### **Zusammenfassung**

Die nachstehend angeführten Themenfelder leiten die wesentlichen inhaltlichen Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik ab:

- Effiziente Gesundheitssysteme sind jene, die keinen Anreiz für die Maximierung von Leistungszahlen bieten. Die Leistung muss dort erbracht werden, wo sie für die Patientinnen am effizientesten zur Verfügung gestellt werden kann.
- Um sinnvolle gesundheitsökonomische Strategien zu entwickeln, bedarf es des Aufbaus eines aktuellen und modernen Rechnungswesens, das in der Lage ist, Kostenwahrheit, Nutzenwahrheit, Periodenreinheit und Verursacherprinzip wider zu spiegeln.
- Um die Akzeptanz gesundheitsökonomischer Maßnahmen zu steigern, sollten für alle Teilnehmer am Gesundheitssystem (Patientinnen, Finanziere und Leistungserbringer) größere Transparenz sowie bessere Datenqualität und -Verfügbarkeit gelten.
- Der Einbau von Wettbewerbselementen in das Gesundheitssystem ist möglich, allerdings unter Berücksichtigung der Besonderheiten des "Marktes Gesundheit."
- Der finanzielle Schwerpunkt des aktuellen Gesundheitswesens liegt im Bereich der hochtechnisierten Reparatur- und Apparatedizin, die auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung nur zum Teil Auswirkungen hat. Finanzielle Umschichtungen in den Bereich Prävention und Lebensführung sowie eine stärkere Abstimmung auf die Bedürfnisse der Patientinnen sind nötig.
- Die ökonomisch effiziente Gestaltung eines Gesundheitssystems bedarf einer konkreten Zielformulierung im Bereich Gesundheitsversorgung, Mittelverwendung und Mittelbeschaffung sowie eines Kriterienkataloges zur Bewertung und Durchsetzung der Zielvorgaben.
- Gesundheitsökonomie darf nicht zu Entsolidarisierung führen. Gesundheitsökonomische Analysen und evidenzgestützte Qualitätssicherung werden das Gesundheitswesen in der Regel nicht billiger machen, aber zu rationaleren Entscheidungen führen.



- Das Ausnutzen von Rationalisierungspotential ist wichtiger als Rationierungsmaßnahmen. Wesentliche Bedeutung wird in diesem Zusammenhang dem Schnittstellenmanagement, der verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit und der Koordination von Gesundheitsdienstleistungen beigemessen.

## Senioren in Österreich

Univ.-Doz. Dr. Peter Fasching

Pflegeheim Baumgarten

### Einleitung und zukünftiges Szenario

Der prognostizierte demographische Umbau der österreichischen Bevölkerung lässt erwarten, dass **im Jahre 2030 jeder 3. Österreicher älter als 60 Jahre ist, während dies derzeit auf jeden 5. Österreicher zutrifft. Die relativ am stärksten wachsende Gruppe wird die der über-85-jährigen Österreicher sein**, für welche eine Vervielfachung um den Faktor 6 bis 8 vorausgesagt wird.

Trotz unseres hochentwickelten Sozial- und Gesundheitssystems mit präventivmedizinischen Programmen ist die Hypothese der "Compression of morbidity", welche bei verlängerter durchschnittlicher Lebenserwartung eine Verdichtung (= Verkürzung) der Lebensspanne in chronischer Krankheit und Abhängigkeit verspricht, nicht bewiesen. Es ist im Gegenteil eher zu erwarten, dass aufgrund unserer Lebensweise "Zivilisationserkrankungen" im Sinne chronischer degenerativer und metabolischer Erkrankungen eher zunehmen, aufgrund des medizinischen Fortschrittes die betroffenen Menschen aber trotz und mit ihren chronischen Erkrankungen älter werden. **Die These der "Compression of morbidity" könnte sich somit zu einer "Extension of morbidity" wandeln, welche adäquate Betreuungsmodelle und deren Finanzierung für chronisch Kranke und Pflegebedürftige erfordert.**

Einzurechnen ist weiters, dass **bei Über-Neunzigjährigen** auch ohne zugrundeliegender organischer Ursachen, wie Gefäßerkrankung, die **Prävalenz der degenerativen Demenz (z.B. Demenz vom Alzheimertyp)** über 30 % liegt, und dass sich traditionelle Familienstrukturen, besonders im urbanen Bereich, zunehmend umgestalten. Die Möglichkeit und Bereitschaft zur Betreuung pflegebedürftiger alter Menschen zu Hause wird daher aufgrund der gewandelten Geschlechterrollen und des beschränkten Wohnraums im urbanen, aber auch im ländlichen Bereich weiter eingeschränkt.

**In Zukunft hat sich unser Sozial- und Gesundheitssystem auf eine steigende Anzahl zu versorgender chronisch kranker, kognitiv eingeschränkter und pflegebedürftiger Mitmenschen einzustellen und entsprechend Vorkehrungen zu treffen, um "Ageismus" (Schlechterstellung und Diffamierung alter Mitmenschen) und eine entsolidarisierte 2-Klassengesellschaft (Alt/Jung) zu vermeiden.** Äußerst gefährlich scheinen in diesem Zusammenhang Tendenzen, nach Vorbild des holländischen Modells, "Euthanasie" als ärztliche Aufgabe zu legalisieren und somit ethische und moralische Grundwerte unserer Gesellschaft aufzuweichen.

Als persönliche Motivation für politische Entscheidungsträgerinnen und Expertinnen kann gelten, dass funktionierende Konzepte zur Sicherstellung einer adäquaten Betreuung und Versorgung älterer und hochbetagter Mitmenschen durch entsprechende Struktur- und Finanzierungsmaßnahmen vor allem ihnen persönlich zu Gute kommen werden, da wie oben erwähnt, eine kritische gesellschaftliche Phase für betagte Österreicher in 20 bis 30 Jahren erwartet wird.

### **Grundsätze/Leitlinien für ein humanes Gesundheits- bzw. Sozialwesen**

- Ethik vor Ökonomie (d.h., Abstimmung des Anteils der Gesamtwirtschaft an Demographie und der ethischen Verpflichtung den älteren Menschen gegenüber)
- Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen
- Ambulante Betreuung (soweit dem Patientinnen zumutbar) vor stationärer Betreuung, auch im Bereich Rehabilitation
- Stärkung der Autonomie älterer Menschen
- Vorzug der Betreuung zu Hause gegenüber der Betreuung in Institutionen (soweit möglich)
- Wahrung der Würde und Rechte älterer und betagter Menschen (auch in Pflegeheimen)
- Keine strukturelle Diskriminierung älterer Menschen (durch Asylierungsparagraphen im ASVG, bürokratische Hürden in Genehmigungsverfahren ["Chefarztpflicht"])
- Lebenslanges Anrecht auf rehabilitative Maßnahmen

## Konkrete vorgeschlagene Maßnahmen

1. Reform des Bundespflegegeldgesetzes
  - Seit Einführung des Bundespflegegeldgesetzes hat keine nennenswerte **Erhöhung** der Nominalbeträge mehr stattgefunden.
  - Sicherung der **langfristigen Finanzierung** (Pflegeversicherung?, Berücksichtigung der sozialen Bedürftigkeit?) und Erschließung **neuer Wege der Eigenvorsorge** (z.B. Rehabilitationsvorsorge als Teil einer Firmenpension)
  - Förderung von notwendiger Dienstleistung anstelle Finanzleistung
  - Verstärkte Berücksichtigung der **Demenzerkrankung** (häufig kontinuierliche Beaufsichtigung notwendig!) bei der Zuerkennung der gewährten Pflegegeldstufe
  
2. Bundesweite Etablierung von (Sonder-)Krankenanstalten für chronisch Kranke und speziell Pflegebedürftige (nach Modellinstitutionen in Wien, Graz und Kärnten)
  - **Ziel: Chronisch medizinische Betreuung** bei kontinuierlichem oder kurzfristig rezidivierendem Bedarf an medizinischer Betreuung und spezialisierter Pflege
  - Ermöglichen von adäquaten Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Dauerpflege (daher auch Vorschlag einer Rehab-Vorsorge)
  - Interdisziplinäre Betreuungskonzepte im Rahmen spezialisierter Demenzstationen;
  - **Palliative Care** (inkl. adäquater Schmerztherapie)
  - **Spezielle Betreuungseinheiten für Patientinnen mit apallischem Syndrom usw.**
  - **Intermediäre** medizinische, pflegerische und soziale Betreuungsebene zwischen Akutspital und ärztlich nicht kontinuierlich betreutem **Pflegeheim**
  - **Kompensation** für die sich verkürzende Verweildauer in Akutspitalern und unabdingbare Grundlage der Gewährleistung einer adäquaten medizinischen Versorgung chronisch kranker und betagter Patientinnen im Lichte eventuel-

ler Reduktion von Akutkrankenbetten (**Verschiebung der Kapazität durch teilweise Umwandlung denkbar**)

- Angesichts einer möglichen **Kostenstabilisierung im Akutkrankenhausbereich** durch Bettenumwandlung ist ein bundesweit einheitliches Finanzierungskonzept unerlässlich (Vorschlag 3-Säulenmodell: Eigenmittel des Patientinnen für "Hotelkosten" nach sozialer Möglichkeit, Pflegegeld und Sozialhilfe für Pflegeaufwand, Krankenkassen für medizinischen Bedarf und Leistung [derzeit für chronische Krankenanstalten leistungsfrei gestellt]); **Betreuungskosten pro Tag in derzeitigen Modellstrukturen 1500,- bis 2000,- ATS, davon Kostenanteil für medizinisch-therapeutische Leistungen 15-20%.**

### 3. **Bundesweites (Rahmen-)Pflegeheim(vertrags?-)gesetz**

- Vorkehrungen zur **Wahrung der Würde und der Rechte betagter Menschen in Pflegeheimen**
- **Berücksichtigung der speziellen Situation dementer Patientinnen (analog dem Unterbringungsgesetz)**, für deren Betreuung in Pflegeheimen es derzeit keine eindeutige Rechtsgrundlage gibt ("Graubereich" z.B. bei Einsatz allfälliger freiheitsbeschränkender Maßnahmen bei möglicher Selbstgefährdung); mögliche Forderung nach externen Gutachten und/oder Betreuung in speziellen Demenzeinheiten (siehe oben)

### 4. **Optimierung der Schnittstellenproblematik**

- Akutkrankenhaus - chronische Betreuung in chronischen Krankenanstalten  
- Pflege- und Wohnheime - Betreuung durch extramurale Dienste zu Hause  
- Hausarzt; dauernde Konsiliartätigkeit des Rehab- und Geriatriemediziners in Akutabteilungen und Ermöglichen (wenn nicht Verpflichtung) der **ärztlichen Ausbildung in Pflegeinstitutionen**
- **Einrichtung einer koordinierenden Servicestelle** (gemeinsam geführt von Trägerorganisationen, Krankenkassen, Sozialhilfeträger, Ärztekammer)
- Verpflichtender Einsatz **kompatibler EDV-Instrumente** zur standardisierten und raschen Übermittlung relevanter Befunde und Daten von einer Betreuungseinheit zur nächsten

- **Abklärung möglicher Hindernisse und Hürden durch das aktuelle Datenschutzgesetz** (z.B. durch Ermächtigung der Weitergabe relevanter Befunde durch Patientinnen oder Sachwalterinnen)

#### **5. Aufwertung der Betreuung geriatrischer Patientinnen zu Hause durch Hausärzte**

- **Finanzielles Anreizsystem** durch höhere Bewertung der entsprechend erbrachten Leistungen an geriatrischen Patientinnen verursacht durch vermehrten Zeitaufwand analog zur Pädiatrie), **Wegfall der chefärztlichen Bewilligungspflicht** für bestimmte notwendige Präparate beim geriatrischen Patienten.

Eine **Bearbeitung folgender Punkte** im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen erscheint den Mitgliedern der Arbeitsgruppe "Senioren in Österreich" dringend erforderlich:

- **Optimierung der Schnittstellenproblematik**
- **Bundesweite einheitliche Etablierung und (finanzielle) Regelung von (Sonder-)Krankenanstalten für chronisch Kranke**

Die Arbeitsgruppe sollte diese Schwerpunktthemen in Kooperation mit **zugezogenen Expertinnen** weiter ausarbeiten.

## Arbeitsgruppe "Senioren in Österreich"

im Rahmen der Österreichischen Gesundheitskonferenz, 31. Jänner 2001

### Zusammenfassung

Die nachstehend geführten Themenfelder leiten die wesentlichen inhaltlichen Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik ab:

- **Sicherung der Lebensqualität** - ausgehend von der demographischen Entwicklung ist die Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen (hier vor allem der Hochbetagten in den Pflegeheimen) vorzusehen. Wesentliche Voraussetzungen dazu sind:  
Einstufung multimorbider Hochbetagter als Palliativpatientinnen, starke Patientinnenorientierung, Verbesserung des Wohnbereiches in den Pflegeheimen und vor allem Personalvermehrung (Schlüssel 1:0,7).
- **Geriatrische Versorgung** - Forderung nach einem maßgeschneiderten Konzept für die geriatrische Versorgung im Krankenhaus unter Einbeziehung der derzeit verschiedenen Abrechnungsmodalitäten zwischen den Krankenkassen und den Ländern
- **Geriatrisches Assessment** - um die derzeit bestehenden Lücken in der Versorgung zu optimieren bzw. um Standards zur gemeinsamen Kommunikation zu schaffen, ist geriatrisches Assessment auch im niedergelassenen Bereich notwendig.
- **Verbesserung der Schnittstellen in der Versorgung älterer Menschen** - sei es Schnittstelle: Abteilungen in Krankenhäusern, Akutmedizin und Rehabilitation, Akutmedizin und Kurzzeitpflege, Krankenhaus - Pflege zu Hause, Krankenhaus - sozialer Stützpunkt, sozialer Dienst - Hausarzt; in diesem für die Patientinnen sensiblen Bereiche vermehrt "Models of good practice" probieren und evaluieren
- **Jährliche Valorisierung des Pflegegeldes**

## **Medizinischer Fortschritt**

**Univ.-Prof. Dr. Norbert Pateisky**

**Allgemeines Krankenhaus Wien**

Die Präsentation aus der Gruppe "Medizinischer Fortschritt" im Rahmen der Gesundheitskonferenz am 18. Mai 2001 durch meine Person lehnt sich im Wesentlichen an die inhaltlichen Schlussfolgerungen an, welche bereits als "Bericht an das Staatssekretariat" ergangen sind.

Ein wesentlicher Teil der Präsentation wird der Art und Weise gewidmet sein, wie dieses Ergebnis zu Stande gekommen ist.

Wir haben zur Erreichung des geforderten Zieles nominale Gruppentechniken zur Anwendung gebracht, auf die eingegangen werden soll, da sie die Grundvoraussetzung für ein von allen getragenes Resultat darstellten.

Abschließend sollen einige Gedanken der Frage gewidmet werden, was mit dem Erarbeiteten geschehen müsste, um konkrete Ergebnisse wahrscheinlich zu machen.



## Arbeitsgruppe "Medizinischer Fortschritt"

im Rahmen der Österreichischen Gesundheitskonferenz, 2. Februar 2001

### Zusammenfassung

Es lassen sich folgende gesundheitspolitisch relevant Feststellungen treffen:

- Unter medizinischem Fortschritt ist alles zu verstehen, was zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit, zur Lebensqualität und Lebensverlängerung dient.
- Als prioritäre Umsetzungsbereiche, die dem Fortschritt in der Medizin dienlich sind (diesem allerdings teilweise auch hinderlich sind), sind festzuhalten:
  - 1) Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft
  - 2) Forschungskordinierung und Umsetzung
  - 3) Optimale Nutzung von Arzneimitteln
  - 4) Ressourcenallokation und Politik

Daneben sind unterstützende Maßnahmen in der Medizinethik, der Struktur des Gesundheitswesens, der Eigenverantwortung des Einzelnen sowie in der Prävention erforderlich.

- Eine vertiefte Ursachenanalyse zu den oben genannten Schwerpunktbereichen hinsichtlich der bislang unzureichenden Umsetzung ergab u.a. Folgendes:

#### **ad1)**

eine oft nicht bedarfsorientierte Ausbildung sowie die teilweise nicht praxisorientierte Fortbildung, Zeitmangel und Einkommensverluste, fehlende Wertschätzung der Fortbildung durch die Patientinnen, mangelnde Ausbildung der „Ausbilder“

#### **ad 2)**

Schnittstellenproblematik Universität - Wirtschaft, Fehlen der politischen Vorgaben, bürokratische Schwerfälligkeit, keine Patentbüros an den Universitäten, mangelnde Interdisziplinarität

**ad 3)**

Mangel an hochqualitativen (unabhängigen) Studien - u.a. wegen des Fehlens gut ausgebildeter Prüfärzte, vorhandene Entlastungspotentiale werden nicht od. schlecht genutzt, zu viele Kostenträger sowie Mangel an objektiven Kriterien für die medizinische und ökonomische Bewertung durch diese, Mangel an Gesundheitsökonomen

**ad 4)**

Politiker sind einerseits zu wenig eingebunden andererseits desinteressiert; Kompetenzen werden nicht wahrgenommen, sondern vielmehr die Allokation durch die Politik an andere Stellen delegiert; Transparenz fehlt in Bezug auf Mittelverteilung und Kosten; Optimierung wird als Rationalisierung missverstanden ("Angst vor unpopulären Aktionen").

# Alkohol und Gesundheit

**Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer**

**Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchforschung**

## 1. Einleitung

Es ist mir eine Ehre, bei dieser Veranstaltung ein Referat zu diesem gesundheits- und sozialpolitisch wichtigen Thema halten zu können.

Von Gesundheit wird allerdings nur wenig die Rede sein können. Vielmehr werde ich einen kurzen Überblick über den Gebrauch des Alkohols und die mit diesem Gebrauch verbundenen Probleme, wie sie sich in unserem Land abbilden, liefern. In einem weiteren Schritt möchte ich dann aufzeigen, wie sich der gesellschaftliche Respon auf diese Problemlage gestaltet und inwieweit er mit den Bestrebungen der Weltgesundheitsbehörde akkordiert ist.

## 2. Konsumsitten

Derzeit besteht im internationalen Diskurs über Konsummuster alkoholischer Getränke Konsens darüber, dass dieser Konsum an Grenzen stößt, ab denen angenommen werden kann, dass alkoholbezogene Probleme resultieren können. Wir nehmen an, dass es eine "Harmlosigkeitsgrenze" gibt und eine "Gefährdungsgrenze". Diese ist geschlechtstypisiert zu setzen.

Die Harmlosigkeitsgrenze beträgt für Männer 24 Gramm Alkohol pro Tag (entsprechend % \ Wein, 1 Krügel Bier oder drei kleinen Schnäpsen) für Frauen 16 Gramm (oder weniger als % Wein etc. bzw. 2 kleine Schnäpse). Die Gefährdungsgrenze ist für Männer bei 60 Gramm Alkohol (% Wein, 3 Krügel Bier bzw. 9 kleine Schnäpse) für Frauen bei 40 Gramm Alkohol ( $\frac{1}{2}$  Liter Wein, 2 Krügel Bier oder 6 kleine Schnäpse) erreicht.

In einer Repräsentativerhebung, die wir 1993/94 in Österreich durchgeführt haben und in deren Kontext wir versucht haben, riskante Konsummuster abzugrenzen, konnten wir erheben, dass unter den 16-99-jährigen Österreichern 60,3 % bezüglich ihres Alkoholkonsums als unbedenklich gelten können ( Konsum unter der Harmlosigkeitsgrenze), 21,4 % bezüglich der Konsumgewohnheiten als relativ unproblematisch gelten können, 13,3 % als alkoholgefährdet, aber nicht abhängig zu bezeichnen sind und dass 5 % als Alkoholiker zu bezeichnen sind. Die beiden letzten Teilpopulationen sind jene, deren Konsum jenseits der Gefährdungsgrenze angesiedelt ist (Repräsentativerhebung 1993/94, Uhl und Springer, 1996). Die Männer sind von dieser Verteilung stärker betroffen als die Frauen. Bricht man die vorhin genannten Zahlen nach Geschlechtern auf, lässt sich z. B. erkennen, dass 20,7 % der Männer gegenüber 6,5 % der Frauen hinsichtlich der konsumierten Quantität Alkoholmissbrauch betreiben und dass 8 % der Männer und 2 % der Frauen als Alkoholiker zu bezeichnen sind.

Aufgrund von Schätzungen können wir annehmen, dass jeder zehnte Österreicher damit rechnen muss, einmal in seinem Leben mit der Diagnose Alkoholismus erfasst zu werden.

### **3. Risiken des Alkoholkonsums**

Es ist ein seit langem bekanntes Faktum, dass Alkoholkonsum, der die vorhin beschriebenen Grenzen übersteigt, zu

- gesundheitlichen Schäden im somatischen (internistischen und neurologischen) und psychisch/psychiatrischen Bereich,
- sozialen Schäden bezüglich seiner Auswirkungen auf Familie, Arbeitswelt, die öffentliche Ordnung und Sicherheit sowie Delinquenz und
- wirtschaftlichen Schäden durch Fehlzeiten, Invalidisierung und Frühpensionierungen führt.

### **3.1. Gesundheitsschutz durch Alkohol (das französische Paradoxon)**

In den letzten Jahren nahmen Darstellungen einer bestimmten Schutzfunktion alkoholischer Getränke in den Medien großen Raum ein. Vor allem wurde immer wieder dargestellt, dass der regelmäßige Genuss von Rotwein dazu beitragen solle, das Herzinfarkttrisiko zu verringern. Vor allem die französische Situation galt als exemplarisch: hoher Alkoholkonsum und relativ geringe Infarktprävalenz. Aus wissenschaftlicher Sicht ist dazu sagen, dass bei regelmäßigem niedrigem Konsum eventuell eine koronare Schutzfunktion aktiviert wird, indem das LDL-Cholesterin verringert und das HDL-Cholesterin erhöht wird. Des Weiteren wird eine allgemein protektive Funktion durch Stressreduktion diskutiert.

Aus gesundheitspolitischer Sicht scheint es dennoch nicht vertretbar, den Genuss alkoholischer Getränke als "gesundheitsförderndes Verhalten" zu empfehlen - zum einen, weil nicht voraussehbar ist, wer imstande ist, sein Leben hindurch die bekömmlichen Konsummuster beizubehalten und nicht in Abhängigkeit zu geraten, zum anderen, weil die Empfehlung sich nur an sonst somatisch gesunde Personen richten kann, die nicht durch regelmäßigen Konsum auch relativ kleiner Mengen Alkohols geschädigt werden können.

Außerdem ist der Mechanismus, der die Schutzfunktion steuert, noch nicht aufgeklärt. Im diesbezüglichen Diskurs wird auch die Meinung vertreten, dass es nicht der Alkohol selbst ist, der diese Funktion ausübt, sondern die allgemeine mediterrane Diät.

## **4. Gesellschaftliche Kosten des Alkoholkonsums**

Die ökonomische Belastung der Gemeinschaft lässt sich gliedern in

- direkte Kosten, wie sie aus der Belastung des Gesundheits-, Rechts- und Sozialsystems erwachsen, und
- indirekte Kosten, die sich aus Frühsterblichkeit, Exzess-Morbidität und Arbeitslosigkeit rekrutieren.

Diese Kosten sind hoch. Sie betragen nach verschiedenen Berechnungen zwischen 1 % und 3 % des Bruttoinlandproduktes.

In der Europäischen Union betragen 1998 die entsprechenden Kosten zwischen 65 und 195 Millionen US\$. 20 % dieses Aufwandes müssen den direkten Kosten zugeordnet werden. Zu 70 % bestehen sie in Einkommensverlusten, zu 10 % in materiellen Schäden.

Insgesamt machen diese Kosten etwa ein Viertel der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen aus.

## **5. Der gesellschaftliche Respons**

### **5.1. Die internationale Situation**

Da die Verhältnisse in Österreich nicht einzigartig sind, sondern der Alkoholismus ein Problem repräsentiert, das viele Nationen des christlichen Kulturkreises betrifft, hat die Weltgesundheitsbehörde diesem Phänomen besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Die zunehmenden Erkenntnisse über den hohen Preis, den die Gemeinschaft für die Trinksitten zu zahlen hat, führten dazu, dass die Weltgesundheitsbehörde den Kampf gegen den Alkoholismus als Schwerpunktaktivität aufnahm.

Nach einer Reihe von Vorläuferaktivitäten wurde 1992 vom europäischen Regionalbüro der WHO der "Erste Europäische Alkohol-Aktionsplan" (EAAP) vorgelegt und von den Delegierten zur 42. Sitzung des Regionalkomitees für Europa in Kopenhagen beschlossen. In der Folge wurden 1993 neun Aktionsziele des EAAP veröffentlicht.

Im Rahmen der europäischen Konferenz der WHO, die 1995 in Paris unter dem Motto "Gesundheit, Gesellschaft, Alkohol" veranstaltet wurde, wurde die "Europäische Charta Alkohol" beschlossen. In dieser wurden die folgenden ethischen Prinzipien definiert:

- Alle Menschen haben ein Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeiten und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.

- Alle Menschen haben von früher Jugend an ein Recht auf korrekte, unparteiische Information und Aufklärung über die Folgen des Alkoholkonsums für Gesundheit, Familie und Gesellschaft.
- Alle Kinder und Jugendlichen haben ein Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Folgen des Alkoholkonsums und so weit wie möglich vor Alkoholwerbung geschützt werden.
- Alle alkoholgefährdeten oder alkoholgeschädigten Menschen und ihre Familienangehörigen haben ein Recht auf Zugang zur Therapie und Betreuung.
- Alle Menschen, die keinen Alkohol trinken möchten oder die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen keinen Alkohol trinken dürfen, haben ein Recht darauf, keinem Druck zum Alkoholkonsum ausgesetzt und in ihrem abstinenter Verhalten bestärkt zu werden.

1996 wurden zehn Strategien für alkoholbezogene Maßnahmen veröffentlicht. Wie vorher die ethischen Prinzipien wurden auch sie aus der Europäischen Charta Alkohol abgeleitet.

1998 wurde der Erste Europäische Alkohol-Aktionsplan evaluiert und es wurde ein zweiter Plan entworfen. In diesem wurde nunmehr das Hauptgewicht auf das problematische Trinkverhalten gelegt. In der Neufassung des Planes wurden für die Länder der Europäischen Region fünf übergeordnete Ziele definiert, die bis 2001 erreicht sein sollten:

**Ziel 1:** Es soll ein verstärktes Bewusstsein für gesundheitspolitische Konzepte geschaffen werden, mit denen die Aufgabe angegangen werden kann, die Schäden, die der Alkohol verursachen kann, zu verhüten.

**Ziel 2:** Das Risiko alkoholbedingter Probleme, die in den unterschiedlichsten Zusammenhängen, beispielsweise zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Gemeinschaft oder bei Anlässen, wo getrunken wird, auftreten können, soll verringert werden.

**Ziel 3:** Die alkoholbedingten Schäden, wie Todesfälle, Unfälle, Gewalttätigkeit, Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern sowie Familienkrisen sollen sowohl vom Umfang als auch von ihrer tiefgreifenden Wirkung her verringert werden.

**Ziel 4:** Menschen, deren Alkoholverbrauch als gefährlich und schädlich zu bezeichnen ist, sowie Alkoholabhängigen soll eine für sie zugängliche und wirksame Behandlung angeboten werden.

**Ziel 5:** Kinder, junge Menschen und alle, die keinen Alkohol trinken wollen, sollen besser vor dem von ihrer Umwelt ausgehenden Druck geschützt werden.

Für die Erreichung dieser Zielvorstellungen wurden folgende strategische Räume des EAP bis 2005 definiert:

- Information und Aufklärung
- Öffentlicher Raum, Privatsphäre und Arbeitsplatz
- Alkohol am Steuer
- Verfügbarkeit von alkoholischen Produkten
- Werbung für Alkoholprodukte
- Behandlung
- Verantwortung der Alkoholgetränkeindustrie und des Gastgewerbes
- Die Fähigkeit der Gesellschaft, auf alkoholbedingte Schäden zu reagieren
- Unterstützung von NGOs
- Umsetzung des Planes und Evaluation dieser Umsetzung

## **5.2. Österreich und die Umsetzung des Europäischen Alkohol-Aktionsplanes**

Österreich hat sich diesen Aktionen angeschlossen und sich damit dazu verpflichtet, die Ziele des EAAP hier zu Lande zu implementieren und die ethischen Prinzipien im Umgang mit Alkohol zu verankern.

Charakteristisch für die Umsetzung der Europäischen Charta Alkohol in Österreich ist eine starke Betonung der therapeutischen Aspekte. Weitere Komponenten der Umsetzung umfassen:



- Prävention im Rahmen der allgemeinen Suchtprophylaxe
- Schulische und betriebliche Suchtprävention
- Informationskampagnen für spezielle Zielgruppen und Situationen (z. B. Straßenverkehr)
- Schulungs- und Fortbildungsangebote für befaste Berufsgruppen

Andere Bereiche werden nur zögerlich bearbeitet. Besondere Mängel in der Umsetzung der europäischen Zielvorstellungen lassen sich in folgenden Bereichen erkennen:

- Kontrolle der Zugänglichkeit
- Kontrolle der Werbung
- Jugendschutzbestimmungen. Insbesondere problematisch ist der Umstand, dass für Jugendliche keine bundesweit einheitliche Regel für das Alterslimit hinsichtlich des Konsums alkoholischer Getränke in der Öffentlichkeit besteht.
- Mangelhafte Koordination der Arbeit auf den verschiedenen Ebenen

Eine besondere Aktivität, die vom Ludwig-Boltzmann-Institut und vom Anton-Proksch-Institut initiiert und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde, ist die Errichtung einer Alkohol-Koordinations- und Informationsstelle am Anton-Proksch-Institut.

Die Ziele dieser Institution sind:

- Systematische Sammlung, Aufbereitung und Aktualisierung von alkoholrelevanten Informationen
- Aufbau einer Alkoholdatenbank mit Web
- Wissenschaftliche Beratung in Fragen neuer Präventionsmuster, Öffentlichkeitsarbeit und Grundsatzstrategien
- Kontaktstelle für nationale und internationale Organisationen zu bilden

## 6. Schlussfolgerungen

In einem Land, in dem der Konsum alkoholhaltiger Getränke kulturell verankert ist und zusätzlich der Produktion und dem Handel mit diesem Konsumgut eine nicht unerhebliche ökonomische Bedeutung zukommt, kann ein totales Alkoholverbot keine sinnvolle Maßnahme sein. Die Vorbeugung der Alkoholprobleme muss daher vor allem darauf abzielen, die Häufigkeit des Alkoholismus und seiner Folgeerscheinungen zu begrenzen. Dieses Ziel wieder kann nur auf dem Wege erreicht werden, dass das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung gestärkt und ein verantwortungsbewusster Umgang mit alkoholischen Getränken - unter Einschluss eines Konsumverzichts in bestimmten gesellschaftlichen und persönlichen Situationen - gefördert wird. In diesem Kontext sollten auch missverständliche Botschaften hinsichtlich einer gesundheitserhaltenden, wenn nicht sogar förderlichen Eigenschaft alkoholischer Getränke, die zunehmend über die Medien verbreitet werden, dazu genutzt werden, auf die Notwendigkeit der Entwicklung eines gesundheitsbewussten, wenngleich nicht alkohol-abstinenten Lebensstils hinzuweisen.

Diese erzieherische Aufgabe muss von begleitenden strukturellen und kontrollierenden Maßnahmen unterstützt werden; diese wieder müssen jedoch den Verhältnissen angepasst, zweckmäßig und verständlich sein.

## **Betriebliche Gesundheitsförderung**

**Univ.-Prof. Dr. Hugo W. Rüdiger**

**Klinische Abteilung Arbeitsmedizin, Universität Wien**

Die Arbeitskosten befinden sich derzeit auf einem historischen Höchststand, sie sind bei unserem Nachbarn Deutschland überhaupt die höchsten der Welt (Abbildung 1). Auf diesen Kostenfaktor reagieren die Unternehmen in erster Linie mit Personaleinsparungen; das bedeutet, dass immer weniger Mitarbeiterinnen immer mehr Produktivität erbringen. Außerdem kommt es zu einem verstärkten Einsatz von Automatisierung, wo immer es möglich ist. Beides, der erhöhte Leistungsdruck und anspruchsvollere Produktionsverfahren, hat steigende Anforderungen an die Qualifikation von Mitarbeitern zur Folge.

Der Wunsch der Unternehmen, nach Möglichkeit höher qualifizierte Mitarbeiterinnen einzustellen, wird aber auch durch die einschneidenden Veränderungen der modernen Arbeitswelt überhaupt verständlich: Die heutige Arbeitswelt ist durch die Begriffe Flexibilisierung, Dezentralisierung und Globalisierung gekennzeichnet. Der Wechsel von Produkten und Technologien vollzieht sich immer rascher, "Just-in-time-Management", rasches Erkennen von Marktnischen, Verlagerung von Produktionsstandorten etc. sind die Erfordernisse, um am Markt erfolgreich zu sein. Die Halbwertszeit beruflichen Wissens beträgt heute, einer Studie der Firma IBM zufolge, im Mittel nur noch 5 Jahre und liegt in manchen Bereichen, wie beispielsweise beim Beruf des Programmierers, unter einem Jahr. Leistungsbereitschaft und Know-how sind damit die wichtigsten Faktoren eines Unternehmens. Dieses Know-how hat aber nicht die Firma an sich, auch nicht der Chef, erst recht nicht die Aktionäre, sondern das Know-how liegt bei den Mitarbeiterinnen. Diese sind somit nicht nur das teuerste, sondern auch das wertvollste Produktionskapital eines Unternehmens. Betriebliche Gesundheitsförderung muss damit zum zentralen Anliegen moderner Unternehmenskultur werden.

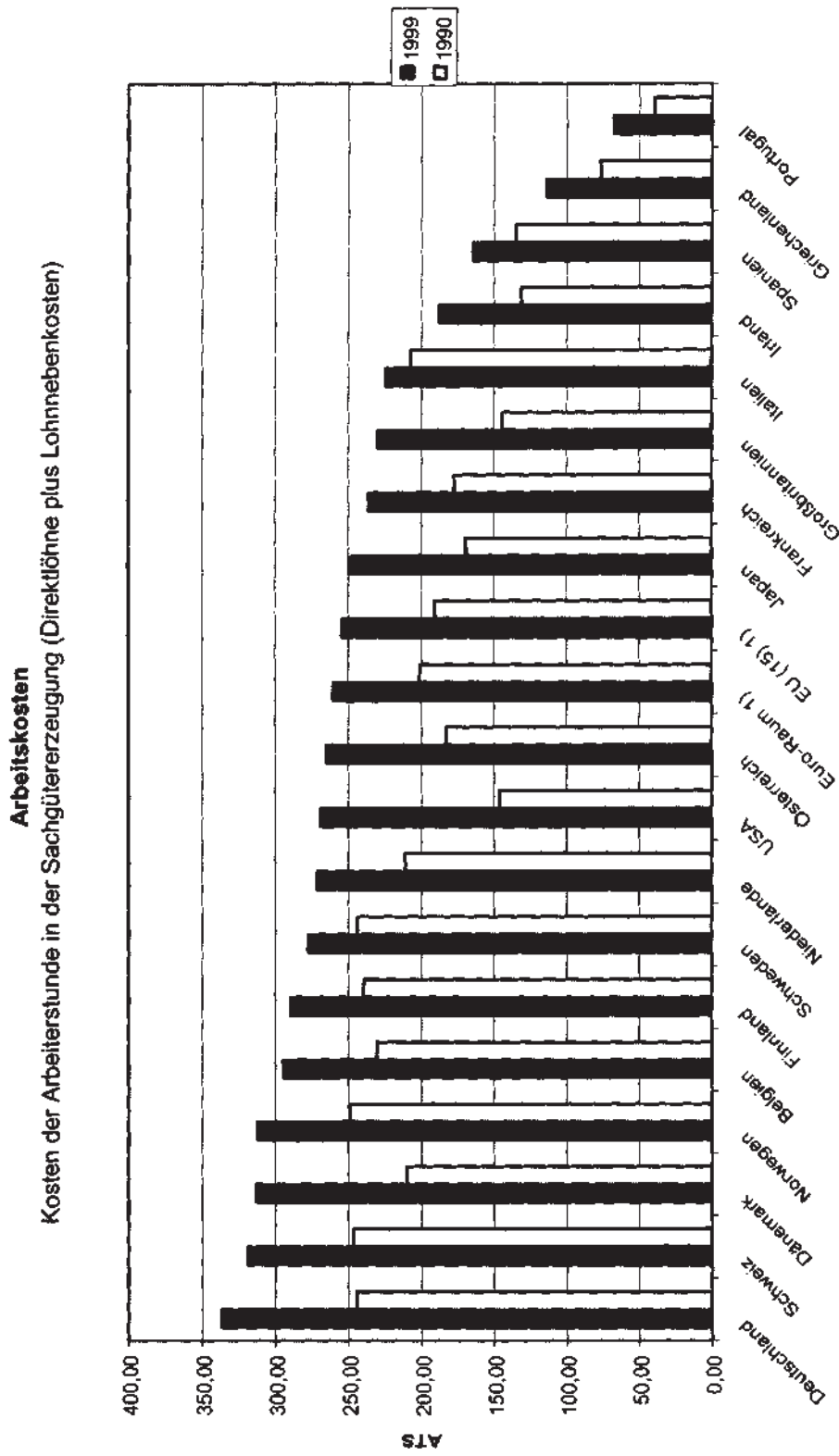


Abb. 1

Erhaltung, Verbesserung und Wiedergewinnung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten ist die Bestimmung von **Arbeitsmedizin**. In diesem Bemühen muss sich die Arbeitsmedizin auch den vorstehend kurz skizzierten raschen Veränderungen der Arbeitswelt anpassen (Tabelle 1). Insgesamt beobachten wir einen Wandel der Prioritäten der betrieblichen Arbeitsmedizin, der durch die stärkere Betonung der Verhaltensprävention im Gegensatz einer ausschließlichen Verhältnisprävention charakterisiert ist. Dieser Gedanke ist in der Arbeitsmedizin nicht grundsätzlich neu, er entspricht dem klassischen Belastungs-/Beanspruchungs-Konzept. Gleiche Belastungen können zu unterschiedlichen Beanspruchungen führen, weil die individuellen Möglichkeiten der Belastungsverarbeitung verschieden sind. Die stärkere Betonung der individuellen Leistungsfähigkeit entspricht auch dem zunehmend individuellen Ansatz betrieblicher Gesundheitsvorsorge: Während sich das Arbeitnehmerschutzgesetz in seiner gegenwärtig gültigen Form noch nahezu ausschließlich in paternalistischer Weise an den Arbeitgeber wendet, der dafür Sorge zu tragen hat, dass dem Beschäftigten seine Arbeit nicht schadet, steht im Zentrum eines modernen Gesundheitsmanagements nicht mehr der Arbeitnehmer als das gefährdete Schutzobjekt, sondern als ein eigenverantwortlich Handelnder mit Interesse an Gesundheit und Wohlbefinden.

### **Wandel der Prioritäten in der betrieblichen Arbeitsmedizin**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verhältnis-Prävention</b> technikorientiert Jedermann-Risiko belastungsorientiert</li> <li>• <b>paternalistisch</b> sanktionierend normierend</li> <li>• <b>Pathogenese</b> Unfälle Vergiftungen Berufskrankheiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Verhaltens-Prävention</b> humanzentriert Minderheitenschutz belastbarkeitsorientiert</li> <li><b>eigenverantwortlich</b> beratend individuell</li> <li><b>Salutogenese</b> Leistungsfähigkeit erhalten Leistungsfähigkeit steigern</li> </ul>
---	---

**Tabelle 1**

Das Instrumentarium des Arbeitmediziners zur betrieblichen Gesundheitsförderung (Tabelle 2) lässt sich danach aufgliedern in einen obligatorischen und eigentlich traditionellen Bereich der klassischen Arbeitsmedizin und einen fakultativen Bereich, der in der modernen betrieblichen Gesundheitsvorsorge stärker an Bedeutung gewinnt.

### **Betriebliche Gesundheitsförderung: Das Instrumentarium**

#### **Obligatorisch**

- Strukturanalysen der Belegschaft
- Gefährdungsanalyse, Betriebsbegehungen
- Betriebsklima-Analyse
- Statistik der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
- Betriebsinterne AU-Statistik
- Arbeitsmedizinische Sprechstunde
- Arbeitsschutzausschuss-Sitzungen

#### **Fakultativ**

- Einstellungsuntersuchungen
- Screening-Programme
- Mitarbeiterbefragung zu bestimmten Themen
- Betriebliche Gesundheitszirkel/Programme
- Themen, z.B. Berufsstress, Alkohol, Raucherentwöhnung, Ernährung, Übergewicht, gesunde Bewegung
- Schulungen, anlassbezogene Belehrungen
- Anforderungs-/Fähigkeits-Profile

### **Tabelle 2**

Aber auch dieses Instrumentarium ist noch nicht geeignet, alle aktuellen Problemfelder abzudecken, die sich für die betriebliche Gesundheitsförderung in der modernen Arbeitswelt auftun (Tabelle 3). Betriebe haben immer weniger Mitarbeiterinnen und diese Mitarbeiterinnen sind darüber hinaus dezentral eingesetzt. Auch dieser Umstand spricht dafür, der Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeiterinnen in der betrieblichen Gesundheitsvorsorge einen größeren Raum zu geben, beispielsweise dadurch,

dass es auch in der Arbeitsmedizin eine freie Arztwahl gibt. Vorstellbar wäre beispielsweise, dass die bisher eingeführten arbeitsmedizinischen Zentren als Kompetenzzentren für Gesundheitsförderung fungieren, die von den Beschäftigten aus eigener Initiative aufgesucht werden können und die mit umfassender Beratungsfunktion ausgestattet sind, beispielsweise durch Einbeziehung von Psychologen, Ergonomen, Toxikologen etc.

### **Arbeitsmedizin: Aktuelle Problemfelder**

- Betreuung von dezentral Arbeitenden  
z.B.: Außendienst, Ausland  
Telearbeit, Heimarbeit  
Viele Bereiche des Dienstleistungssektors
- Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben
- Betreuung in Bereichen nicht-monetierter Arbeit,  
z.B.: Sozialarbeit  
Nachbarschaftshilfe  
Eigenarbeit

Erweitertes Aufgabenfeld durch Zunahme von Gesundheitsstörungen auf Grund psychoemotionaler Probleme am Arbeitsplatz

### **Tabelle 3**

## **Bewegung und Ernährung**

**Univ.-Prof. Dr. Norbert Bachl**

**Institut für Sportwissenschaft, Universität Wien**

### **Zivilisationserkrankungen und deren Vorbeugung durch Sport und Bewegung**

Eine repräsentative Befragung der Initiative Zivilisationskrankheiten hat alarmierende Zahlen zu Tage gebracht: 46 % der 30- bis 50-jährigen Berufstätigen - also weit mehr als 1 Million Menschen - sind im allgemeinen Wohlbefinden durch Zivilisationskrankheiten gestört, 40 % in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Stress, Rückenschmerzen, Übergewicht, hohes Cholesterin, Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, Verdauungsprobleme, Konzentrationsschwäche, Gefäßkrankungen, Atemwegsreizung und Magengeschwüre werden als die häufigsten Beschwerden bei Berufstätigen angegeben und als die wichtigsten Zivilisationserkrankungen bezeichnet. Diese Zivilisationserkrankungen greifen massiv in den Tagesablauf der berufstätigen Menschen ein, behindern die Berufsausübung und Arbeitszufriedenheit und vermindern die Entspannungsqualität, was wiederum auf die Leistungsfähigkeit der Menschen negative Auswirkungen hat. Zivilisationserkrankungen haben damit nicht nur im Bezug auf die Gesundheitskosten sondern auch auf die geminderte Arbeitsproduktivität eine volkswirtschaftliche Bedeutung.

Körperliche Aktivität war von je her zur Lebenserhaltung notwendig. Datiert man den "Homo sapiens" auf ca. 45.000 Jahre zurück, war seit dieser Zeit die Evolution des menschlichen Genoms durch einen körperlich aktiven Lebensstil zur Lebenserhaltung, sei es zum Jagen, Sammeln bzw. Flüchten oder zur raschen Übermittlung von Informationen und Nachrichten, geprägt. Mit dem Beginn der industriellen Revolution vor etwa 100 Jahren, besonders aber in den letzten 4 bis 6 Jahrzehnten fand ein dramatischer Wechsel hin zur körperlichen Inaktivität statt. Die Folgen sind erschreckend: Während in den sogenannten "Jäger-Sammler-Populationen" chronische Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Diabetes, Übergewicht und einige Karzinomarten auch bei Menschen über dem 60. Lebensjahr mehr oder weniger



unbekannt waren, kam es und kommt es in den inaktiven Populationen zu einem sprunghaften Anstieg dieser und anderer sogenannter chronischer Erkrankungen oder Zivilisationserkrankungen mit zuletzt durchschnittlichen Zuwachsraten von 1 bis 4 % pro Jahr. Diese Befunde deuten darauf hin, dass die Zunahme der chronischen Erkrankungen in den industrialisierten Ländern mit hoher Wahrscheinlichkeit als ein Phänomen bezeichnet werden kann, welches schwerpunktmäßig durch die exzessive Inaktivität beeinflusst wird. Umso dramatischer ist daher der Trend, dass sich verschiedene Risikofaktoren bzw. der Beginn der entsprechenden Erkrankungen in immer jüngeren Jahren manifestieren. Zusammen mit der zunehmenden Lebenserwartung bedeutet dies, dass die Häufigkeit chronischer Erkrankungen innerhalb der nächsten 2 Dekaden noch deutlicher steigen wird und durch ihre - auf die Lebensspanne bezogen - längere Dauer nicht nur die Lebensqualität massiv beeinflussen, sondern auch enorme Kosten verursachen wird, da für chronische Erkrankungen das langsame Fortschreiten und die lange Dauer charakteristisch sind!

Wie wichtig regelmäßige körperliche Aktivität und Sport tatsächlich sind, zeigt die Studie eines amerikanischen Epidemiologen, der 17 Risikofaktoren aufzählt, welche durch körperliche Inaktivität in ihrem Auftreten und im Fortschreiten beeinflusst werden und in den USA zu einem jährlichen Kostenaufwand von 1 Trillion US\$ führen: Hypertriglyceridämie, Hypercholesterinämie, Hyperglykämie, Insulinresistenz, Diabetes mellitus Typ II, Übergewicht, Thromboseneigung, erhöhter Ruheblutdruck, myokardiale Durchblutungsstörung, tödliche ventrikuläre Arrhythmien, Abnahme des Schlagvolumens und des Herzminutenvolumens, Osteoporose, Gallensteinerkrankungen, Sarkopenie, Mamma- und Kolonkarzinom, Wirbelsäulenbeschwerden, eingeschränktes psychisches Wohlbefinden und Lebenslust.

Daraus folgt eine eindeutige Botschaft: das Rezept gegen die Zunahme der besagten chronischen Erkrankungen heißt "regelmäßige körperliche Aktivität".

In der erwähnten Studie der Initiative Zivilisationskrankheiten wird des Weiteren erhoben, dass von jenen 24 % der Berufstätigen, welche keine Beschwerden angeben, 57 % als ihr persönliches "Anti-Beschwerdeprogramm" Sport und Bewegung, 48 % bewusste Ernährung, 17 % positive Lebenseinstellung und 12 % Stressvermeidung benennen. Also eine eindeutige Bestätigung, dass körperliche Aktivität, adäquate

Ernährung sowie positives Denken und Entspannung einen Großteil der sogenannten Zivilisationskrankheiten hintanhaltend bzw. überhaupt vermeiden können.

Ein Problem sei allerdings nicht verschwiegen: Wunsch und Wirklichkeit stimmen nicht immer überein. In einer von Bretschneider und Bässler 1988 durchgeführten Befragung in Österreich an 4.159 Männer und Frauen kam ein dramatisches Ergebnis zu Tage, welches als "Fitnessparadoxon" bezeichnet wird:

- 72 % der Befragten gaben sportliche Aktivitäten während ihrer Freizeit an.
- Nur 45 % gaben an, **regelmäßig** körperlich tätig zu sein.
- Nur 32 % gaben an, mehr als 400 kcal/Woche durch Bewegung und Sport zu verbrauchen.
- Nur 21 % verbrauchten mehr als 800 kcal/Woche.
- Nur 18,6 % hatten tatsächlich eine durch Bewegung und Sport verursachte, messbar erhöhte körperliche Leistungsfähigkeit.

Eine verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit bedeutet, dass mindestens etwa 1.500 kcal/Woche motorisch verbraucht werden sollen, d.h., 3-mal eine halbe Stunde Laufen pro Woche plus Gehen im Alltag, Stiegen steigen, Haus- oder Gartenarbeit.

Daher ist es kein Wunder, dass gerade Sportmediziner zu dem Thema "Zivilisationserkrankungen" immer wieder als mahnende Rufer in der Wüste gelten. Denn Sportmedizin ist Bewegungsmedizin.

Zwar haben Gesundheitspolitik und Medizin das Gedankengut der Bewegungsprävention während der letzten Jahrzehnte ausdrücklich propagiert, es scheint jedoch in seiner jetzigen Konzeption nicht zu genügen. Vielfach wird Vorbeugung noch immer eingengt auf die Erkennung von Krankheitsfrühstadien und Risikofaktoren bzw. Anfälligkeiten für bestimmte Erkrankungen. Darüber hinaus werden gerade deren Hauptzielgruppen, die weniger Informierten sowie die sozial schwächeren Bürgerinnen, kaum erreicht. Dazu entstehen hohe Kosten bei geringen Effekten.

## **Dabei wäre der Weg sehr einfach!**

In einer jüngsten Studie von O. Weiss und Mitarbeitern, Institut für Sportwissenschaften der Universität Wien, wurden österreichspezifische Zahlenangaben hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Effekts von regelmäßiger körperlicher Aktivität und Sportausübung vorgestellt.

Zunächst wurden in dieser Studie jene Ergebnisse von vorausgehenden Befragungen bestätigt, wonach nur etwa 16 bis 18 % der österreichischen Population tatsächlich körperlich aktiv sind, d.h., mehr als 3-mal pro Woche Sport betreiben und damit - epidemiologisch-statistisch gesehen - ein beispielsweise um die Hälfte geringeres Risiko hinsichtlich Morbidität und Mortalität an kardiovaskulären Erkrankungen besitzen. 22 % unserer Population geben eine moderate Sportausübung mit einer Frequenz von 1 bis 2-mal wöchentlich an und 60 %(!) sind inaktiv, was bedeutet, dass maximal 1 bis 2-mal pro Monat eine körperliche Aktivität erfolgt.

Die Autoren der Studie stellen den Nutzen der Sportausübung (vermiedene Krankheitsfolgekosten) dem Kosten der Sportausübung (Sportunfallfolgekosten) gegenüber und dokumentieren, dass der Nutzen der Sportausübung (bezogen auf das Datenmaterial des Jahres 1998) 7,79 Mrd. ATS beträgt, die Kosten der Sportausübung 4,15 Mrd. ATS, somit ein Positivsaldo von 3,6 Mrd. ATS verbliebe. Dieser Nutzen ergibt sich größtenteils aus Einsparungen in den Kostenarten "Beruflicher Produktionsausfall durch Tod" sowie "Behandlungskosten". Nun errechneten die Autoren, dass die durch die relative Inaktivität der wenig oder gar nicht Sport ausübenden Bevölkerungsgruppe verursachten Kosten sich auf etwa 11,5 Mrd. ATS belaufen.

Würden die Risikogruppen "inaktiv gering" zur Hälfte in die Risikogruppen "moderat" und "aktiv bis hoch aktiv" transferiert werden, würde dies einen zusätzlichen Nutzen bzw. Einsparungseffekt von 11,5 Mrd. ATS nach sich ziehen!

Eindrucksvolle Zahlen, die noch dadurch herausgestrichen werden, wenn berücksichtigt wird, dass die Unfallkosten aufgrund von Sportunfällen nur etwa 8 % der durch Heim-, Freizeit- und Sportunfälle hervorgerufenen Gesamtkosten ausmachen. Diese unqualifizierte Vermischung bewirkt für den "Kostenfaktor Sport" ein schlech-

tes Image und wird damit der gesundheitserhaltenden Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität bzw. regelmäßigen Sports absolut nicht gerecht!

Es muss das Anliegen aller Gesundheitsberufe sein, neue Strategien gegen die inaktivitätsbedingten Zivilisations-/chronischen Erkrankungen zu entwickeln. Das Gesundheitszentrum Schmelz (GZS) hat für Kronen-Zeitung-Leser folgende Bewegungstipps:

Ändern Sie Ihr Bewegungs- und Sportverhalten!

- Suchen Sie Ihre tägliche Bewegungschance: wenn Sie bewusst darauf achten, werden Sie sehen, wie viele Möglichkeiten Ihnen in 12 bis 16 Stunden zur Verfügung stehen, ob Gehen, Stiegen steigen, Gymnastik zu Hause, Haus- und Gartenarbeit etc.
- Vermehren Sie bewusst die täglichen Bewegungsmöglichkeiten (siehe Doppel 30 Regel): prinzipiell sollte es keinen Tag ohne mehrmals bewusste Bewegung geben!

### **Doppel 30 Regel**

- Täglich 30 Minuten schnelles Gehen (bis zum 50. Lebensjahr über 6 km/h, bei höherem Lebensalter 4,5 bis 6 km/h)
- Während des Tages 60-mal langsam von einem Sessel aufstehen, z.B. 6 Serien mit 10 Wiederholungen. Ideale Ausführung: sich langsam aus dem Sessel (ohne Hilfe der Arme) hochheben, in dieser Halteposition 3 Sekunden verbleiben und dann aufrichten und so fort.
- Zumindest 60 Stiegen pro Tag steigen, bei jüngeren Personen 2 Stiegen auf einmal, erhöht den Effekt.
- Treiben Sie Sport und Bewegung in der Freizeit. Nützen Sie die langen Nachmittage im Sommer und das Wochenende, um mit Freunden zu wandern, eine Spielsportart wie z.B. Tennis, Badminton, Fußball oder Golf zu betreiben, zum Laufen, Rad fahren etc., wozu immer Sie Lust haben, nur bewegen Sie sich!

Um das Aktivitätsprinzip als Lebensinhalt (Lebensplanung = Bewegungsplanung) umsetzen zu können, gibt Ihnen das GZS noch drei Handlungsanleitungen mit auf den Weg:

1. Seien Sie egoistisch und nehmen Sie Rücksicht auf Ihre Individualität. Wählen Sie jene Bewegung/jenen Sport, der Ihnen Spaß macht! Wenn Sie Bedenken haben, ob eine Sportart für Sie gut ist, fragen Sie Ihren Sportarzt und machen Sie eine sportmedizinische Untersuchung.
2. Sorgen Sie für Abwechslung: es gibt so viele Sportangebote, dass man immer etwas Neues kennen lernen kann. Je nach Jahreszeit kann man verschiedene Sportarten ausüben und damit nicht nur eine persönliche Befriedigung erleben, sondern auch eine breitbasige motorische Geschicklichkeit erhalten bzw. auch bis ins höhere Lebensalter bewahren. Vergessen Sie nicht: Geschicklichkeit ist Sturz- und Unfallvorbeugung!
3. Stellen Sie Ihr Leben auf Bewegung um! Genauso wie Sie regelmäßig essen, sollten Sie sich regelmäßig bewegen. Lassen Sie körperliche Aktivität und Sport Teil Ihres Tages- und Wochenablaufes sein. Ihr Organismus wird es Ihnen danken, Ihr Wohlbefinden und Ihre Lebensqualität werden steigen; daraus resultiert ein erhöhtes Wohlbefinden - und das ist doch eigentlich das Wichtigste!!!

## **Rauchen und Gesundheit**

**Univ.-Prof. Dr. Ursula Kunze**

**Institut für Sozialmedizin, Universität Wien**

Nach einer repräsentativen Umfrage sind 29 % der Österreicher Raucher. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ergibt das 2,3 Millionen Raucher. Ein gutes Drittel dieser Raucher ist stark nikotinabhängig und damit besonders gefährdet, gesundheitlichen Schaden zu erleiden.

Ein Beispiel: Das Bronchuskarzinom zählt weltweit zu den häufigsten bösartigen Erkrankungen mit einer Inzidenz von 60 Erkrankungen pro 100.000, in Österreich sterben jedes Jahr etwa 3000 Menschen an einem Bronchuskarzinom. Während bei den Männern zumindest eine Stabilisierung der Inzidenz eingetreten ist - in einigen westlichen Ländern ist sogar ein leichter Rückgang zu verzeichnen -, nimmt die Zahl der Erkrankungen bei Frauen stetig zu.

Die Dosis-Wirkungsbeziehung ist beim Bronchuskarzinom besonders deutlich ausgeprägt; stark nikotinabhängige Raucher sind einer hohen Schadstoffbelastung durch diverse Rauchinhaltsstoffe (wie Teer, Benzpyrene, Kohlenmonoxid, etc.) ausgesetzt. Hochabhängige stellen somit die Hochrisikogruppe dar, an einem Bronchuskarzinom (oder einer anderen tabakassoziierten Erkrankung) zu erkranken.

Die Entwicklungen im Bereich der Therapie zeigen trotz intensiver Forschung keine echten Fortschritte. In Österreich ist das mittlere Sterbealter der männlichen Bronchuskarzinom-Patienten im Vergleich zu vor 20 Jahren sogar gesunken.

Die Lösung muss also verstärkt im Bereich der Prävention, und vor allem auch in der Diagnostik und Therapie der Nikotinabhängigkeit gesucht werden. Abhängigen Rauchern muss vor der Manifestation von Krankheiten geholfen werden, was mit Hilfe von modernen medizinischen Verfahren möglich ist. Eine totale Abstinenz ist nach wie vor das oberste Ziel, aber auch eine Reduktion der Zigarettenzahl (und damit der Schadstoffbelastung) bringt bereits enorme Vorteile für die Gesundheit.

Wir verfügen heute über das nötige Wissen und die entsprechenden Mittel, um diesen Menschen zu helfen. Mit dem Wiener Nikotinstitut als Tochterinstitut des Institutes für Sozialmedizin bieten wir zudem eine spezielle Anlaufstelle für Raucher. Was man auch für die Zukunft bedenken muss: Tabakabhängigkeit ist als Krankheit anerkannt (International Classification of Diseases 10) und muss daher auch behandelt werden.

## Zusammenfassende Rede des Herrn Staatssekretärs

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich möchte mich nach diesem sehr interessanten Diskussionstag herzlich für **Ihr Engagement und Interesse bedanken** - dies gilt sowohl für die ausgezeichneten Vortragenden, die wir gehört haben, als auch für das rege Interesse, das uns seitens des Publikums entgegen gebracht wurde. Ich denke, dass die Österreichische Gesundheitskonferenz in diesem Sinne unserer Intention völlig gerecht geworden ist und möglichst vielen Betroffenen, Verantwortlichen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen die Möglichkeit zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch geboten hat.

### Vormittagsprogramm - Berichterstattung Arbeitsgruppen

Wir haben den **Vormittag** der Konferenz der Berichterstattung über die **Ergebnisse von Arbeitsgruppen** gewidmet, die ich im Anschluss an die 1. Österreichische Gesundheitskonferenz zu den Themen

- Qualität im Gesundheitswesen
- Gesundheitsökonomie und Finanzierung
- Neue Informationstechnologien im Gesundheitswesen
- Senioren und Gesundheit
- Fortschritt in der Medizin

eingerrichtet habe.

Bei der Durchführung der Arbeitsgruppen wurde besonderer Wert darauf gelegt, die **Meinungen von Expertinnen zu hören** und als Vertreter des Ministeriums ein offenes Ohr für deren Anliegen zu haben. Ich denke, dass die inhaltlichen Punkte, die wir im Rahmen der Berichterstattung gehört haben, eine wertvolle Unterstützung für die weitere Fortführung von Arbeitsgruppen bieten. Erlauben Sie mir, dazu einige Inhalte des Tages aufzugreifen:



Beim **Themenkomplex Qualität** kamen die Expertinnen zu dem Schluss, dass wir zwar ein vorbildliches und leistungsfähiges Gesundheitssystem haben, es jedoch an systematischer Qualitätssicherung und Qualitätsbewusstsein fehlt. Das Motto lautet "Die wichtigen Dinge richtig machen". Es wurde u.a. der verstärkte Einbau von Qualitätssicherungsinstrumenten in den Bereichen Aus- und Fortbildung, Outcome-Messung, Dokumentation und Patientinnenorientierung gefordert. Wir werden auf diese Wünsche reagieren, insofern als wir unser Konzept eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems verstärkt vorantreiben werden. Eine wichtige Grundlage stellen in diesem Zusammenhang die bereits eingegangenen Verpflichtungen von Bund und Ländern im Rahmen der Art. 15a Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung dar. Dort wurden auch bereits wesentliche seitens der Experten geforderte Ziele formuliert.

Was den **Einsatz von Informationstechnologien** im Gesundheitswesen betrifft, so waren sich alle Expertinnen einig, dass dadurch der Koordinations- und Integrationsaufwand im Gesundheitswesen bei gleichzeitiger Transparenzsteigerung erheblich reduziert werden kann. Eine funktionierende Vernetzung der Gesundheitseinrichtungen setzt aber Schritt für Schritt die Schaffung einer flächendeckenden, standardisierten, organisatorisch-technischen Infrastruktur im Gesundheitswesen voraus. Ich bin überzeugt, dass wir mit unserem in Diskussion befindlichen Telematikgesetz dieses Anliegen intensiv vorantreiben werden können.

Die Experten der Arbeitsgruppe **Gesundheitsökonomie und Finanzierung** kamen zu dem Schluss, dass der Einsatz gesundheitsökonomischer Analysen, die Implementierung eines modernen Rechnungswesens und die verstärkte Anwendung evidenzgestützter Medizin unser Gesundheitswesen in der Regel zwar nicht wesentlich billiger machen werden, aber zu rationaleren und nachvollziehbaren Entscheidungen beitragen. Intensivere ökonomische Zielformulierung und -kontrolle werden als nötig erachtet. Ökonomisches Denken darf nicht zu Entsolidarisierung führen. Die Experten haben weiters aufgezeigt, dass der finanzielle Schwerpunkt des aktuellen Gesundheitswesens auf der Apparatedizin liegt und daher finanzielle Umschichtungen in Richtung Prävention und Gesundheitsförderung dringend nötig wären. Ganz

in diesem Sinne haben wir ja auch den Nachmittag unserer Gesundheitskonferenz gestaltet.

Die Experten der Arbeitsgruppe "**Medizinischer Fortschritt**" haben versucht, "medizinischen Fortschritt" sinnvoll zu definieren. Sie haben aus ihrer Sicht prioritäre Umsetzungsbereiche definiert und fordern eine entsprechende Unterstützung durch die Politik. Nötig sind neue Arbeitsformen und mutige neue Denkweisen. Wir werden unser Bestes geben, diesem Wunsch nachzukommen und die Politik verstärkt in diese Fragestellungen einzubinden, um gemeinsam mit den Akteuren im Gesundheitswesen den sehr komplexen und gesellschaftlich auch widersprüchlichen Bereich des medizinischen Fortschritts zu bearbeiten.

Die Experten der Arbeitsgruppe "**Senioren in Österreich**" haben in ihren Schlussfolgerungen darauf verwiesen, dass eine wesentliche Zielsetzung für unsere Politik die Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen sein muss. Hand in Hand damit geht die Forderung nach einer umfassenden Strategie betreffend die geriatrische Versorgung im stationären und extramuralen Bereich sowie eine Verbesserung der damit in Zusammenhang stehenden Schnittstellen. Wir werden uns auch auf diesem Gebiet zusätzlich zum Bundespflegegeldgesetz bemühen, den berechtigten Forderungen der Experten entgegen zu kommen.

### **Nachmittagsprogramm - gesunder Lebensstil**

Auch das Nachmittagsprogramm war mir ein besonderes Anliegen. Durch die Themenwahl "**Gesunder Lebensstil**" habe ich mich bemüht, ein allzu bekanntes, weil oft vernachlässigtes Thema verstärkt in den Blickpunkt des Interesses zu rücken. Es ist uns allen bewusst, dass wir durch gezielte Prävention und Gesundheitsförderung sowohl die Lebensqualität unserer Bürgerinnen verbessern als auch die Gesundheitsbudgets deutlich entlasten können.

Erlauben Sie mir einige Ausführungen zum Thema **Gesundheit und Bewegung**. Repräsentative Befragungen zeigen, dass sich beinahe die Hälfte der 30- bis 40-Jährigen durch Zivilisationserkrankungen im allgemeinen Wohlbefinden gestört fühlt. Die zunehmende körperliche Inaktivität unserer Gesellschaft hat chronische Erkran-

kungen wie koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Diabetes und Übergewicht stark gefördert. Es muss daher ein Anliegen aller Gesundheitsakteure sein, neue Strategien zu entwickeln, um das Thema Bewegung und körperliche Aktivität für unsere Bürger attraktiv zu machen.

Ähnlich verhält es sich beim Problemkreis **Alkohol und Gesundheit**. Der unmäßige und übermäßige Umgang mit Alkohol hat dazu geführt, dass Alkoholismus als eine Suchtkrankheit gelten muss, die schwerste Belastungen für die gesundheitliche und ökonomische Situation unserer Bürger mit sich bringt. Wie uns heute vermittelt wurde, gehen wissenschaftliche Studien davon aus, dass im Querschnitt 5 % der Bevölkerung im Alter von 16-99 Jahren das Trinkverhalten chronischer Alkoholiker aufweisen. Jegliche Aufklärungs- und Erziehungsarbeit in dieser Hinsicht muss von strukturellen und kontrollierenden Maßnahmen unterstützt werden.

Erlauben Sie mir, schließlich auch auf das Thema **Rauchen und Gesundheit** einzugehen. Ein gutes Drittel der österreichischen Raucher ist stark nikotinabhängig und damit besonders gefährdet, gesundheitlichen Schaden zu erleiden. Wie wir gehört haben, entwickeln sich die Möglichkeiten im Bereich der Therapie ständig fort und haben verstärkte Lösungsstrategien im Präventionsbereich zu unterstützen. Wir werden uns bemühen, unseren Beitrag dazu zu leisten.

Seitens der Gesundheitspolitik werden wir unser Bestes geben, den Themen **Gesundheitsförderung und Prävention** einen neuen und wesentlichen Stellenwert zu verleihen. Wir arbeiten in diesem Bemühen ebenso wie einige andere sehr aktive Mitspieler in der österreichischen Gesundheitsszene. Erlauben Sie mir, in diesem Zusammenhang auf die vielen Projekte des **Fonds Gesundes Österreich** hinzuweisen, um nur ein Beispiel aktiver und erfolgreicher Arbeit zu nennen.

Wie versprochen, werden wir aus der Vielzahl der Expertenvorschläge prioritäre Punkte aufgreifen und **in geeigneten Gremien** weiter bearbeiten.

Sehr verehrte Damen und Herren, ich hoffe, dass wir mit dem vorliegenden Programm Ihren Wünschen und Anforderungen gerecht geworden sind. Wir haben uns bemüht, die Rahmenbedingungen für intensiven Erfahrungsaustausch zu Gesund-

heitsthemen, die uns alle bewegen, zu bieten. In diesem Sinn **bedanke ich mich herzlich für Ihr Kommen** und freue mich auf ein Wiedersehen bei der nächsten Österreichischen Gesundheitskonferenz.

Im Regierungsprogramm wurde die Einrichtungeiner Österreichischen Gesundheitskonferenz vereinbart. Diese soll möglichst vielen Verantwortlichen, Betroffenen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens eine Gesprächsplattform bieten und damit zur Unterstützung eines effizienten Diskussionsprozesses beitragen. Die Durchführung der Konferenz soll generell der besseren Motivation und Koordination im Gesundheitswesen dienen.

Im Rahmen der vorliegenden Publikation werden die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskonferenz 2001 präsentiert, die am 18. Mai 2001 unter dem Vorsitz von Herrn Staatssekretär Univ.-Prof. Dr. Reinhart Waneck in den Räumlichkeiten der Gesellschaft der Ärzte in Wien statt fand.

**Das Broschürentelefon  
des Bundesministeriums für  
soziale Sicherheit und Generationen**

**0800/202074**