

GESUNDHEITSBERICHT

des Bundesministers
für soziale Sicherheit und Generationen

an den
Nationalrat

2000

Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen
und der Staatssekretär für Gesundheit

GESUNDHEITSBERICHT AN DEN NATIONALRAT 2000

Berichtszeitraum 1996 - 1998

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
Wien 2000

Projektteam des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen

Gertrud Bronneberg, Eberhard Danmayr, Wilhelm Frank, Gerhard Fülöp, Sabine Haas, Cornelia Haid, Sebastian Kux, Stephan Lampl, Claudia Nemeth, Anna Parr, Elisabeth Pochobradsky, Ingrid Rosian, Ingrid Rottenhofer, Gabriele Sax, Eva Schaffenberger, Thomas Schuster, Johann Seethaler, Johannes M. Treytl

Koordination: Gabriele Sax

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

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für sozial Sicherheit und Generationen, 1030 Wien, Radetzkystraße 2 - Für den Inhalt verantwortlich: Sektionschef Dr. Gunter Liebeswar - Grafik: Renate Weidenhofer - Umschlaggestaltung: Gisela Scheubmayr, Wien - Druck und Bindearbeiten: Druckerei Berger, 3580 Horn, Wiener Straße 80

Dieser Bericht ist aus chlorfrei gebleichtem Papier hergestellt.

Vorwort

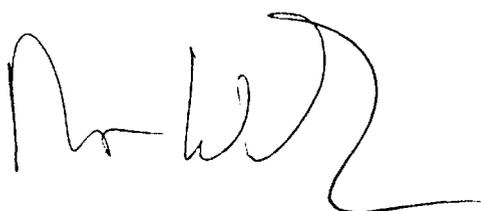
Mit der Vorlage des „Gesundheitsberichts 2000“ wird dem Ersuchen des Nationalrats entsprochen, alle drei Jahre eine Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens in Verbindung mit einer Darstellung der Ressorttätigkeit vorzunehmen.

Der Berichtszeitraum erstreckt sich - bedingt durch den für die Datenzusammenführung und -bearbeitung notwendigen Zeitbedarf - auf die Jahre 1996 bis 1998 und schließt damit unmittelbar an den Berichtszeitraum 1993 bis 1995 des Gesundheitsberichts an den Nationalrat aus dem Jahr 1997 an. Wesentliche Aspekte der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens, deren Beschreibung keine quantitativen Belege erfordert, werden jedoch bis in das Jahr 2000 dokumentiert und sichern dem Bericht die angestrebte Aktualität.

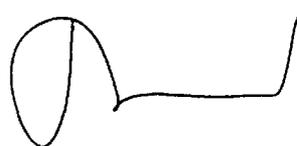
Aufgrund des im Jahr 1995 erfolgten Beitritts Österreichs zur Europäischen Union bilden nunmehr auch die gemeinschaftlichen gesundheitspolitischen Zielsetzungen Bezugspunkte der Berichterstattung.

Die Ausarbeitung des Berichts besorgte das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen, das eng mit Mitarbeitern des Gesundheitsressorts zusammenarbeitete. Wir danken allen an der Erstellung des Berichts Beteiligten für ihre engagierte Arbeit.

Die Überreichung des Berichts an den Nationalrat verbinden wir mit dem Wunsch, dass die in ihm dargebotene breite Informationsbasis als Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung genutzt wird.



Dr. Reinhart Waneck
Staatssekretär für Gesundheit



Mag. Herbert Haupt
Bundesminister für soziale Sicherheit
und Generationen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	11
2	Gesundheitspolitische Leitlinien	13
3	Zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens 1996 - 1998 und Zukunftsperspektiven	21
	3.1 Gesundheitsausgaben	21
	3.2 Rechtliche Grundlagen.....	22
	3.3 Versorgungsbereiche	23
	3.4 Ausbildung und Ausbildungsreform	34
4	Gesundheitszustand der Bevölkerung	37
5	Gesundheitsausgaben	48
	5.1 Neuberechnung der Gesundheitsausgaben	48
	5.2 Ausgaben der Krankenversicherung.....	49
	5.3 Internationaler Vergleich	50
	5.4 Ausblick.....	53
6	Rechtliche Grundlagen	54
	6.1 Vorbemerkung.....	54
	6.2 Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens 1997 - 2000	55
	6.3 Ärztesgesetz 1998	57
	6.4 Legistische Änderungen bei anderen Gesundheitsberufen	59
	6.5 Gesundheitsförderung.....	60
	6.6 Suchtmittelgesetz.....	60
	6.7 Rechtliche Fragen des Transplantationswesens	62
	6.8 Arzneimittelgesetz	62
	6.9 Blutsicherheitsgesetz	62
	6.10 Medizinproduktegesetz	63
	6.11 Patientenrechte	65
7	Versorgungsbereiche	67
	7.1 Ärztliche Versorgung.....	67
	7.1.1 Entwicklung 1980 bis 1998	67
	7.1.2 Ärztebestand 1998/99.....	67
	7.1.3 Niedergelassene Ärzte.....	69
	7.1.4 Spitalsärzte	71
	7.1.5 Ausblick	72
	7.2 Personal im Gesundheitswesen.....	72
	7.2.1 Krankenpflegefachdienst	74
	7.2.2 Medizinisch-technische Dienste.....	75
	7.2.3 Pflegehelfer.....	77
	7.2.4 Sanitätshilfsdienste	77
	7.2.5 Hebammen	79

7.3	Rehabilitation.....	80
7.3.1	Ausgangslage	80
7.3.2	Aktueller Stand.....	83
7.3.3	Ausblick	84
7.4	Krankenanstalten	85
7.4.1	Entwicklung der stationären Akutversorgung	85
7.4.1.1	Ausgangslage.....	85
7.4.1.2	Gesundheitspolitische Zielsetzungen	88
7.4.1.3	Aktivitäten im Berichtszeitraum - Krankenanstaltenplanung	91
7.4.1.4	Künftige Maßnahmen	93
7.4.2	Krankenanstaltenfinanzierung	94
7.4.2.1	Kostenentwicklung in den Fonds-Krankenanstalten	94
7.4.2.2	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)	96
7.4.2.3	Zukunftsperspektiven der LKF	100
7.5	Psychosoziale Versorgung.....	102
7.5.1	Ausgangslage	102
7.5.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	102
7.5.3	Ausblick	110
7.6	Gesundheitsförderung und -vorsorge	111
7.6.1	Problemstellung und Zielsetzung.....	111
7.6.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	114
7.6.2.1	Themenbezogene Gesundheitsförderung und -vorsorge	114
	- Gesundheit von Mutter und Kind (Mutter-Kind-Pass)	114
	- Vorsorgeuntersuchungen.....	116
	- Kariesprophylaxe.....	118
	- Rauchen	119
	- Alkohol.....	121
	- Drogen.....	123
	- Prävention von Infektionskrankheiten	129
7.6.2.2	Fonds Gesundes Österreich	132
7.6.2.3	Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung.....	133
	- Gesundheitsförderung im städtischen Bereich - Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“	134
	- Gesundheitsförderung im Krankenhaus	134
	- Gesundheitsförderung in der Schule.....	134
	- Gesundheitsförderung im Betrieb	135
7.7	Transplantationswesen	136
7.7.1	Ausgangslage	136
7.7.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	137
7.7.3	Ausblick	142
7.8	Onkologische Versorgung.....	143
7.8.1	Ausgangslage	143
7.8.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	144
7.8.3	Ausblick	147
7.9	Stammzellspendewesen	147
7.9.1	Ausgangslage	147
7.9.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	148
7.9.3	Ausblick	149

7.10	Arzneimittel	149
7.10.1	Aufgabenstellung	149
7.10.2	Regelungen und Eckdaten	150
7.10.3	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	154
7.10.4	Ausblick	157
7.11	Medizinprodukte	158
7.11.1	Ausgangslage	158
7.11.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	159
7.11.3	Ausblick	159
7.12	Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	159
7.12.1	Ausgangslage	159
7.12.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	161
7.12.3	Ausblick	163
8	Ausbildung und Ausbildungsreform.....	164
8.1	Ärzte	164
8.1.1	Problemstellung und Zielsetzung.....	164
8.1.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	164
8.1.3	Ausblick	167
8.2	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	168
8.2.1	Ausgangslage	168
8.2.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	170
8.2.3	Ausblick	174
8.3	Kardiotechniker	175
8.3.1	Ausgangslage	175
8.3.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	175
8.3.3	Ausblick	176

Tabellen-, Abbildungs- und Kartenverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 4.1:	Säuglings- und Perinatalsterblichkeit auf 1.000 Lebendgeborene 1988 - 1998	39
Tabelle 5.1:	Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung für Versicherungsleistungen 1995 - 1998	49
Tabelle 5.2:	Reihung der Länder nach der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems	52
Tabelle 7.1:	Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Ärzte (niedergelassene Ärzte, angestellte Ärzte und Turnusärzte) 1980 - 1998.....	68
Tabelle 7.2:	Entwicklung des Krankenpflegefachdienstes in den österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Sparten, Geschlecht und insgesamt 1988 - 1998	75
Tabelle 7.3:	Entwicklung der Medizinisch-technischen Dienste in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsgruppen, Geschlecht und insgesamt 1988 - 1998	76
Tabelle 7.4:	Entwicklung der Sanitätshilfsdienste in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsgruppen, Geschlecht, Ausbildungsstand und insgesamt 1988 - 1998	78
Tabelle 7.5:	Anzahl der Hebammen nach Art der Berufsausübung und insgesamt 1988 - 1994	80
Tabelle 7.6:	Anzahl der Hebammen nach Art der Berufsausübung entsprechend dem Hebammengesetz 1994 und insgesamt 1996 - 1998	80
Tabelle 7.7:	Ausgaben der Sozialversicherung für die Rehabilitation 1996 - 1998	82
Tabelle 7.8:	Parameter der Betteninanspruchnahme 1988 - 1998.....	86
Tabelle 7.9:	Kostensteigerungsraten in den Fonds-Krankenanstalten im Vergleich zum Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) 1993 - 1997.....	94
Tabelle 7.10:	Analyse der Gesamtkostensteigerung in den Fonds-Krankenanstalten nach (teilweise zusammengefassten) Kostenarten 1993 - 1997	95
Tabelle 7.11:	Zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechnigte Personen nach Bundesländern und insgesamt, Stand 31. Dezember 1999.....	107
Tabelle 7.12:	Zur selbständigen psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens berechnigte Personen nach Bundesländern und insgesamt, Stand 31. Dezember 1999	108
Tabelle 7.13:	Planstellen und besetzte Stellen für klinisch-psychologische Diagnostik nach Bundesländern und insgesamt, Stand 1. Juli 1999.....	109
Tabelle 7.14:	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen 1988 - 1998.....	117
Tabelle 7.15:	Arzneimittelversorgung im Überblick 1996 - 1998	155
Tabelle 7.16:	Anzahl der durchgeführten öffentlichen Impfungen 1996 - 1998.....	162
Tabelle 8.1:	Erstinskribenten und Promoventen der medizinischen Fakultäten in Österreich 1995 - 1999	167
Tabelle 8.2 :	Kennzahlen der Ausbildung in Allgemeiner Krankenpflege (ALT) und in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege (NEU)	173

Abbildungen:

Abbildung 4.1:	Entwicklung des zu erwartenden Lebensalters bei der Geburt, mit 30 und mit 60 Jahren nach Geschlecht, 1988 - 1998.....	38
Abbildung 4.2:	Entwicklung der Säuglingssterblichkeit 1988 - 1998.....	39
Abbildung 4.3:	Anteil der Krebsneuerkrankungen nach Lokalisation und Geschlecht 1997	43
Abbildung 4.4:	Tuberkulose in Österreich - gemeldete Erkrankungsfälle 1988 - 1998	45
Abbildung 4.5:	Anzahl der stationären Fälle nach Hauptdiagnosengruppen 1996 und 1998	46
Abbildung 5.1:	Versicherungsleistungen der Krankenversicherung 1998	50
Abbildung 5.2:	Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im EU-Vergleich für das Jahr 1998.....	51
Abbildung 7.1:	Struktur des Ärztebestandes in Österreich 1998/99	70
Abbildung 7.2:	Entwicklung der nichtärztlichen Berufsgruppen in den österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen 1988 - 1998.....	74
Abbildung 7.3:	Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation 1988 - 1998	82
Abbildung 7.4:	Trendentwicklung in der Betteninanspruchnahme in Fondskrankenanstalten 1988 - 1998	88
Abbildung 7.5:	Anzahl der tatsächlichen Betten in psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen 1988 - 1998.....	104
Abbildung 7.6:	Anzahl der „Drogenopfer“ in Österreich nach Todesursache 1989 - 1999	124
Abbildung 7.7:	Entwicklung der Anzahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erstbehandlung und fortgesetzter Behandlung 1988 - 1999.....	127
Abbildung 7.8:	Entwicklung der AIDS-Erkrankungsfälle in Österreich nach ausgewählten Risikosituationen 1988 - 1999.....	131
Abbildung 7.9:	Pro 100.000 Einwohner gemeldete potentielle Organspender nach Bundesländern und insgesamt, Jahresdurchschnitt 1995 - 1999.....	140
Abbildung 7.10:	Widerspruchregister gegen Organspende - jährliche Eintragungen 1995 bis 1. Juni 2000	141
Abbildung 7.11:	Entwicklung der Ausgaben und der Verordnungen auf dem Arzneimittelsektor 1990 - 1998	153
Abbildung 8.1:	Gegenüberstellung „neue“ und „alte“ Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege (Theorie).....	172

Karte:

Karte 7.1:	Belagsdichte 1998.....	89
------------	------------------------	----

Häufig verwendete Abkürzungen

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

1 Einleitung

Nach 1994 und 1997 wird mit dem vorliegenden „Gesundheitsbericht 2000“ nunmehr zum dritten Mal dem Ersuchen des Nationalrats vom 16. Dezember 1989 entsprochen, alle drei Jahre eine Darstellung der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens vorzulegen.

Gesichtspunkte der Berichterstattung:

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

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

Erfasste Tätigkeitsbereiche:

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

Berichtszeitraum:

Der Berichtszeitraum des „Gesundheitsberichts 2000“ erstreckt sich auf die Jahre 1996 bis 1998 und schließt damit unmittelbar an die im „Gesundheitsbericht 1997“ referierten Jahre 1993 bis 1995 an. Der Abstand des Berichtszeitraumes zum Erscheinungsjahr ist durch den Zeitbedarf für die Zusammenführung und Aufarbeitung des benötigten Datenmaterials bedingt. Bei entsprechender Datenlage wurde aber auch die Weiterentwicklung im Jahre 1999 berücksichtigt. Datenunabhängige Aussagen, insbesondere aber wichtige gesundheitspoliti-

sche Entscheidungen, werden bis ins Jahr 2000 dokumentiert. Mit dieser Vorgehensweise soll dem Aktualitätsanspruch des Gesundheitsberichts Rechnung getragen werden. (Auf Veranlassung des Gesundheitsressorts werden die Gesundheitsberichte an den Nationalrat aus den Jahren 1994 und 1997 am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen für Interessenten vorrätig gehalten.)

Berichtserstellung:

Mit der Erstellung des Gesundheitsberichts an den Nationalrat 2000 war das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen betraut, das eng mit Mitarbeitern des Gesundheitsressorts zusammenarbeitete.

Zum Aufbau des Berichts:

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

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

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

Kapitel 5 beschäftigt sich mit den Gesundheitsausgaben auf Basis einer den internationalen Vergleich ermöglichenden Neuberechnung.

Kapitel 6 fasst unter dem Titel „Rechtliche Grundlagen“ die wichtigsten gesetzgeberischen Leistungen mit Bezug zum Gesundheitswesen ab dem Jahr 1996 zusammen.

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

Die Bearbeitung der einzelnen Themen folgt weitgehend folgendem Raster:

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

2 Gesundheitspolitische Leitlinien

Als wesentliche Orientierungspunkte sowohl für die Schwerpunktsetzung in der Berichterstattung als auch für die Bewertung der Ressorttätigkeit sind vor allem folgende gesundheitspolitischen Absichtserklärungen und Festlegungen anzuführen:

- die gesundheitspolitischen Aussagen in den für den Berichtszeitraum 1996 - 1998 maßgeblichen Regierungserklärungen,
- die durch den am 1. Jänner 1995 erfolgten Beitritt nunmehr auch für Österreich verbindlich gewordenen gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Europäischen Union,
- die von der Weltgesundheitsorganisation für die europäische Region formulierten Ziele zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ sowie
- gesundheitspolitische Weichenstellungen in Form legislativer Maßnahmen, wobei insbesondere die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 hervorzuheben ist.

Gesundheitspolitische Aussagen in den Regierungserklärungen

In der Regierungserklärung vom 30. November 1994 erfolgte eine Schwerpunktsetzung in Richtung „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“, die mit folgenden Vorhaben verbunden war:

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

Die Regierungserklärung vom 13. März 1996 hielt die Bereitschaft der Bundesregierung fest, trotz des laufenden Konsolidierungsprogrammes in den nächsten vier Jahren zusätzlich zwölf Milliarden Schilling bereitzustellen, falls die Krankenanstaltenerhalter wichtige Struktur-reformen umsetzen, unter anderem einen verbindlichen Krankenanstaltenplan und die Einführung der leistungsorientierten Finanzierung. Damit sollte auch der Stellenwert einer umfassenden Reform des österreichischen Gesundheitswesens betont werden.

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

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

Im Sinne eines Ausblicks werden nachstehend die in der Regierungserklärung vom 9. Februar 2000 unter dem Titel „Neu regieren heißt: Gesundheit fördern und die medizinische Qualität sichern“ festgehaltenen gesundheitspolitischen Zielsetzungen der im Amt befindlichen Bundesregierung wiedergeben:

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

Wir werden sicherstellen, dass es für alle Bürger den gleichen Zugang zu allen medizinischen Leistungen gibt, und dass die Patientenrechte gestärkt werden. Zu einem leistungsstarken Gesundheitssystem zählt auch die Information der Patienten über die medizinische Leistungserbringung. Wir wollen damit Transparenz und Kostenbewusstsein für die Leistung der sozialen Krankenversicherungen schaffen. Damit Österreichs Patienten optimal versorgt werden, wollen wir ein verpflichtendes Qualitätssicherungssystem für das gesamte Gesundheitswesen einführen und in der ärztlichen Grundausbildung den Patientenbezug erhöhen. Um die Position Österreichs in der internationalen Forschung zielgerichtet weiterzuentwickeln, soll es zur Bildung von Forschungsschwerpunkten kommen.

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

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

Gesundheitspolitische Zielsetzungen der Europäischen Union

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Mitgliedstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind.

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

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

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

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

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

(Zur Umsetzung der Ziele der EU im Bereich des Gesundheitsschutzes in Österreich siehe insbesondere Kapitel 7.6: Gesundheitsförderung und -vorsorge.)

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

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

Aus legislativen Maßnahmen resultierende gesundheitspolitische Zielsetzungen

Die Bestrebungen, das Gesundheitswesen den sich ändernden demografischen und sozioökonomischen Bedingungen anzupassen, führen auch zu entsprechenden Neuformulierungen der gesundheitspolitischen Zielsetzungen, die ihrerseits wiederum in die Novellierung bereits bestehenden bzw. in neu erlassene rechtliche Vorschriften einfließen. Über die im

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

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

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

Berichtszeitraum auf dem Gebiet des Gesundheitswesens erfolgten gesetzgeberischen Aktivitäten gibt Kapitel 6 „Rechtliche Grundlagen“ umfassend Auskunft.

Von besonderer Bedeutung bezüglich des Aspekts „Gesundheitspolitische Leitlinien“ ist die im Oktober 1996 zwischen Bund und Ländern einvernehmlich getroffene Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000.

Die wichtigsten Maßnahmen, über die Einigung erzielt werden konnte, werden im Folgenden summarisch aufgezählt:

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

3 Zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens 1996 - 1998 und Zukunftsperspektiven

Die nachstehende Zusammenfassung korrespondiert in ihrer thematischen Abfolge mit der ausführlichen Darstellung in den Kapiteln 5 bis 8 (siehe auch die entsprechenden Seitenverweise unter jedem Zwischentitel) und greift jeweils die wesentlichsten Informationen über die Ressorttätigkeit im Berichtszeitraum und die beabsichtigte bzw. prognostizierte Weiterentwicklung heraus. Gegebenfalls wird aus Aktualitätsgründen auch auf wichtige Maßnahmen eingegangen, die erst außerhalb des Berichtszeitraumes, also nach 1995 erfolgten. Auf eine Zusammenfassung des bereits knapp gehaltenen Kapitels 4 „Gesundheitszustand der Bevölkerung“ wurde verzichtet.

3.1 Gesundheitsausgaben

(siehe dazu auch Kapitel 5, Seite 48 ff.)

Bereits im Jahr 1997 wurde vom Österreichischen Statistischen Zentralamt, nunmehr Statistik Österreich, eine Neuberechnung der Gesundheitsausgaben vorgenommen. Anlass zu dieser Revision gaben vor allem die notwendige Anpassung an die EU-Systematik (Europäisches System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung - ESVG 79) sowie das Vorliegen besserer Basisstatistiken. Das ESVG 79 wurde zwischenzeitlich zum ESVG 95 weiterentwickelt und im April 1999 seitens der Europäischen Union als Instrument zur Ermittlung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung verbindlich vorgeschrieben. In Reaktion auf das nunmehr in Geltung stehende ESVG 95 und unter Bedachtnahme auf verfeinerte Statistiken wurden die Gesundheitsausgaben im Februar 2000 von Statistik Österreich neu berechnet. Eine Rückrechnung der Gesundheitsausgaben nach ESVG 95 erfolgte bis 1995. Die letzten verfügbaren Daten zu den Gesundheitsausgaben in Österreich beziehen sich auf das Jahr 1998.

Nach der neuen Berechnungsmethode (ESVG 95) beliefen sich die Gesundheitsausgaben im Jahr 1998 auf öS 216,21 Mrd./€ 15,73 Mrd., was einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 8,2 Prozent (laut OECD-Daten) bzw. 8,3 Prozent (laut Daten von Statistik Österreich) entspricht. Mit diesen Werten liegt Österreich im internationalen Vergleich sowohl innerhalb der EU-Mitgliedsländer als beim Vergleich innerhalb der 27 Mitgliedsländer der OECD im Mittelfeld.

Die Analyse der Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherungen zeigt, dass zwischen 1995 und 1998 die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel sowie Heilbehelfe nach den Ausgaben für Rehabilitation (inklusive Hauskrankenpflege) am stärksten angestiegen sind.

Eine im Juni 2000 publizierte Untersuchung der WHO bescheinigt dem österreichischen Gesundheitswesen hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit eine sehr gute Note. Österreich belegt in einem Ranking von insgesamt 191 WHO-Mitgliedstaaten den neunten Platz.

Die Harmonisierung, vollständige Erfassung und übersichtliche Aufbereitung der ökonomischen Daten des Gesundheitswesens - vor allem die Darstellung der Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen - lassen noch zu wünschen übrig. Zur Verbesserung der Transparenz und Harmonisierung der Ausgaben- und Finanzierungsdaten sollten weitere Schritte eingeleitet werden.

3.2 Rechtliche Grundlagen

(siehe dazu auch Kapitel 6, Seite 54 ff.)

Wie in den beiden vergangenen Berichtsperioden (Gesundheitsberichte an den Nationalrat 1994 und 1997) gab es auch im hier behandelten Zeitraum (ab 1996) eine Reihe gesetzgeberischer Initiativen im Bereich des Gesundheitswesens:

- Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens 1997 - 2000
- Ärztegesetz 1998
- Legistische Änderungen bei verschiedenen nichtärztlichen Gesundheitsberufen
- Gesundheitsförderung
- Maßnahmen gegen Suchtmittelmissbrauch
- Transplantationswesen
- Arzneimittelwesen
- Blutsicherheitsgesetz
- Medizinproduktegesetz
- Patientenrechte

Bereits im Gesundheitsbericht an den Nationalrat 1997 wurde die Umstellung auf die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung angesprochen. Die Umsetzung diesbezüglicher Reformschritte war ein legislatischer Schwerpunkt des Ressorts auch in dieser Berichtsperiode (Art. 15a-B-VG-Vereinbarung, BGBl. I Nr. 111/1997).

Der Bereich Medizinprodukte ist durch eine dynamische Entwicklung gekennzeichnet, so dass hier im Einklang mit entsprechenden Maßnahmen der Europäischen Union eine gänzliche Neuregelung erforderlich wurde. Mit dem Medizinproduktegesetz - MPG, BGBl. Nr. 657/1996 wurde hier im Berichtszeitraum ein - vorläufiger - Abschluss erreicht.

Schließlich sei noch der Bereich ärztlicher Angelegenheiten hervorgehoben, da auch hier eine Neufassung mit dem Ärztegesetz 1998 erforderlich wurde (unter anderem Einrichtung eines eigenen Zahnmedizinstudiums sowie eines Sonderfaches „Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“, Neustrukturierung der Kammerorganisation einschließlich der Neuregelung des ärztlichen Disziplinarrechtes).

3.3 Versorgungsbereiche

(siehe dazu auch Kapitel 7, Seite 67 ff.)

Ärztliche Versorgung

(siehe dazu auch Abschnitt 7.1, Seite 67 ff.)

Ende 1998 bzw. mit Abschluss des Berichtszeitraumes waren in Österreich rund 33.700 Ärzte (inklusive 189 Dentisten) berufstätig. Davon standen rund 5.600 Ärzte in Ausbildung (Turnusärzte), das waren um rund 1.000 Turnusärzte weniger als im Jahr 1995. Insgesamt verteilen sich die berufstätigen Ärzte je etwa zur Hälfte auf den intra- und auf den extramuralen Sektor. Von den rund 16.000 Ärzten im extramuralen Sektor waren ca. 9.900 dem § 2-Kassenbereich zuzuordnen, die verbleibenden Ärzte hatten entweder Verträge mit den sogenannten „kleinen Kassen“ (ca. 1.200) oder sie waren als „Wahlarzt“ ohne vertragliche Bindung an die Sozialversicherung niedergelassen (ca. 4.900). Im intramuralen Bereich waren gegenüber 1995 sowohl bei den Fachärzten (plus 1.900) als auch bei den Ärzten für Allgemeinmedizin (plus 300) deutliche Zuwächse zu verzeichnen.

Die Gesamtanzahl der berufstätigen Ärzte ist zwischen 1980 und 1998 um rund 15.400 auf rund 33.700 angestiegen. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte hat sich in diesem Zeitraum um rund 70 Prozent erhöht, jene der angestellten Ärzte (ohne Turnusärzte) hingegen nahezu verdreifacht. Der Anteil der Turnusärzte lag 15 Jahre lang konstant bei etwa 23 Prozent, ist aber in den Jahren 1995 bis 1998 abrupt auf 17 Prozent gesunken, wobei auch deren Gesamtanzahl gegenüber den Vorjahren deutlich zurückgegangen ist. Daraus wird deutlich, dass in den letzten Jahren zunehmend mehr Ärzte nach der Turnusausbildung anstelle einer Praxiseröffnung im Krankenhaus verblieben. Diese Entwicklung ist im Zusammenhang mit dem Nachholbedarf insbesondere an Fachärzten im intramuralen Versorgungsbereich zu sehen. Die Abdeckung dieses Ergänzungsbedarfs in den Krankenanstalten wurde in den Jahren ab 1995 zunehmend auch durch die Umwandlung von Turnusarzt-Dienstposten in Facharzt-Dienstposten vorgenommen, was den prägnanten Rückgang von Anzahl und Anteil der Turnusärzte am Gesamtärztestand erklärt.

Unter den rund 33.700 berufstätigen Ärzten befanden sich neben den rund 5.600 Turnusärzten ca. 11.000 Allgemeinmediziner und rund 17.100 Fachärzte. Die Fachärzte verteilen sich auf etwa 40 Sonderfächer, wobei die Zahnärzte die größte Gruppe bilden, gefolgt von den Fachärzten für Innere Medizin, Anästhesiologie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Chirurgie.

Personal im Gesundheitswesen

(siehe dazu auch Abschnitt 7.2, Seite 72 ff.)

Die nichtärztlichen Berufsgruppen in den Krankenanstalten umfassen die diplomierten Pflegekräfte, die Medizinisch-technischen Dienste, die Pflegehelfer, die Sanitätshilfsdienste sowie die Hebammen. Der in diesen Berufen von den Krankenanstalten gemeldete Personalstand betrug 1998 insgesamt 71.714 Personen, wovon über 80 Prozent Frauen waren.

Die Einschränkung der Berichterstattung auf die Entwicklung in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen ist dadurch begründet, dass nur für diesen Bereich verlässliche Sta-

tistiken vorliegen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedenfalls, dass seit Mitte der neunziger Jahre eine erhebliche Personalaufstockung im extramuralen Bereich stattgefunden hat, die jedoch mangels einschlägiger Dokumentation derzeit nicht näher quantifizierbar ist.

Die in den österreichischen Krankenanstalten dokumentierten Beschäftigtenzahlen weisen im Zeitraum 1988 bis 1998 deutliche Anstiege auf. Die größten Personalaufstockungen sind beim diplomierten Pflegepersonal und den Medizinisch-technischen Diensten zu verzeichnen. Beim Krankenpflegepersonal erhöhte sich die Beschäftigtenzahl in Krankenanstalten von 28.631 Personen im Jahr 1988 auf 43.766 im Jahr 1998 (entspricht einer Steigerung von rund 53 Prozent). Der Personalstand bei den Medizinisch-technischen Diensten erhöhte sich um rund 54 Prozent von 6.641 Personen im Jahr 1988 auf 10.233 Personen im Jahr 1998. Am stärksten nahm der Ergotherapeutische Dienst mit 103 Prozent zu, gefolgt vom Logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienst mit 94 Prozent.

Der Beruf des Pflegehelfers wird 1998 erstmals extra ausgewiesen (früher bei den Sanitätshilfsdiensten subsumiert). Ende des Jahres 1998 waren in Krankenanstalten 11.760 Pflegehelfer und 5.007 Personen im Sanitätshilfsdienst beschäftigt, womit sich der in den letzten Jahren zu beobachtende Trend zur Abnahme der Beschäftigtenzahl insgesamt fortsetzt.

Mit dem Hebammengesetz wurde die strikte Trennung in öffentlich bestellte Hebamme, freipraktizierende Hebamme und Anstaltshebamme aufgehoben sowie die Niederlassungsbewilligung abgeschafft. Nach der neuen Gliederung gab es 1998 151 ausschließlich freipraktizierende Hebammen, 948 waren nur an Krankenanstalten tätig und 435 Hebammen übten ihren Beruf sowohl freipraktizierend als auch an Krankenanstalten aus.

Rehabilitation

(siehe dazu auch Abschnitt 7.3, Seite 80 ff.)

Die gesetzliche Regelung der Rehabilitation von Personen mit körperlicher, geistiger und psychischer Beeinträchtigung hat im Jahr 1996 durch das Strukturanpassungsgesetz und das Sozialrechts-Änderungsgesetz neue Akzentsetzungen erfahren. In diesem Zusammenhang sind insbesondere hervorzuheben:

- Einführung eines allgemeinen Kostenbeitrages bei Rehabilitations- sowie bei Kuraufenthalten - seit Juli 1996 werden von der Sozialversicherung pro Verpflegstag Zuzahlungen in der Höhe von öS 70,-/€ 5,- bei Rehabilitationsaufenthalten bzw. von öS 70,-/€ 5,- bis öS 180,-/€ 13,- bei Kuraufenthalten eingehoben;
- Verankerung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pension“ - ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeitspension ist gleichzeitig als Antrag auf Rehabilitation zu werten.

Im Oktober 1996 wurde zwischen dem Bund und den Ländern die „Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ abgeschlossen, die die Erstellung eines österreichweiten Gesundheitsplanes vorsieht, der auch einen „Rehabilitationsplan“ umfasst. Vom

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem dort eingerichteten Arbeitskreis „medizinische Rehabilitation“ wurde ein „Rehabilitationskonzept der österreichischen Sozialversicherung für die medizinische Rehabilitation“ erstellt, das im Juni 1999 in der Verbandskonferenz beschlossen wurde.

Krankenanstalten

(siehe dazu auch Abschnitt 7.4, Seite 85 ff.)

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

Die Anzahl der systemisierten Betten in den insgesamt rund 330 Krankenanstalten im Sinne des Krankanstaltengesetzes sank von rund 80.000 Ende 1992 auf rund 74.800 Ende 1998, jene der systemisierten (Akut-)Betten in den 157 Fonds-Krankenanstalten von rund 59.200 Ende 1992 auf rund 54.200 Ende 1998. Zwischen 1995 und 1998 wurden in allen Krankenanstalten insgesamt rund 1.800 Betten bzw. in den Fonds-Krankenanstalten rund 2.000 Betten absystemisiert, das entspricht einer Bettenreduktion von 2,4 Prozent bzw. von 3,3 Prozent. Die Zahl der stationären Aufnahmen in den Fonds-Krankenanstalten erhöhte sich im selben Zeitraum um über 16 Prozent auf fast 2,3 Mio. im Jahr 1998, parallel dazu sank die durchschnittliche Belagsdauer um fast 18 Prozent auf 6,4 Tage.

Die Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Betteninanspruchnahme im Zeitraum 1995 bis 1998 entspricht der Fortsetzung eines langjährigen Trends im Bereich der Fonds-Krankenanstalten, der auch in anderen EU-Mitgliedsländern feststellbar ist und sich in Österreich mit Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) per 1. Jänner 1997 noch etwas beschleunigte. Dieser Trend ist gekennzeichnet von einer ansteigenden Zahl an Krankenhausaufnahmen, der jedoch eine stärker sinkende Tendenz in der durchschnittlichen Belagsdauer gegenübersteht, sodass aufgrund von rückläufigen Belagstagesvolumina insgesamt mit immer weniger Krankenhausbetten das Auslangen gefunden werden kann.

Mit dem Akutbettenabbau wurde hauptsächlich das Ziel der Kostendämpfung im stationären Akutbereich verfolgt. Die Reduktion der Kostensteigerungsraten im Bereich der Fonds-Krankenanstalten (von rund 9 % im Jahr 1994 auf rund 2 % im Jahr 1997 bzw. auf rund 3 % im Jahr 1998) kann als Erfolg im Sinne dieses Kostendämpfungs-Ziels gewertet werden.

Mit der erwähnten, Anfang 1997 in Kraft gesetzten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG wurde die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung eingeführt und außerdem die Erstellung eines Österreichischen Gesundheitsplanes festgelegt. Der erste Teilplan dazu - der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP 1997) wurde als integraler Bestandteil der genannten Vereinbarung ebenfalls mit Anfang 1997 in Kraft gesetzt. Wie in der Vereinbarung festgelegt, wurde der ÖKAP/GGP nach zwei Jahren einer Revision unterzogen und in modifizierter Form als „ÖKAP/GGP '99“ mit Jänner 1999 rechtswirksam.

Bei der laufenden Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP fanden die Aspekte „Weiterführung des Akutbettenabbaus“, „Weiterentwicklung der Großgeräteplanung“, „Aufbau der Akutgeriatrie/Remobilisation und palliativmedizinischer Einheiten“, „Psychiatrieplan“ sowie „Integration der Leistungsangebotsplanung in den ÖKAP/GGP“ besondere Beachtung.

Reform der Krankenanstaltenfinanzierung:

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

Mit 1. Jänner 1997 wurde das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) österreichweit eingeführt. Das LKF-System erlaubt aufgrund der leistungsorientierten Diagnosenfallpauschalen eine das tatsächliche Leistungsgeschehen berücksichtigende Abrechnung der Krankenanstalten. Darüber hinaus können Unterschiede bei strukturspezifischen Kriterien (z. B. unterschiedliche personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalten) in der Finanzierung Berücksichtigung finden.

Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung bei gleichzeitiger Budgetierung der Landesfonds und mit der österreichweit akkordierten Planung einer optimalen Kapazitäts- und Leistungsangebotsstruktur sind die Voraussetzungen für notwendige Strukturveränderungen, für eine Optimierung des Ressourceneinsatzes und somit für eine langfristige Eindämmung der bis 1995 jährlich zehnpromtigen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich geschaffen worden. Für die Jahre 1996 und 1997 konnten die Kostensteigerungen auf 2,3 Prozent bzw. 5,9 Prozent reduziert werden. Durch eine nur den medizinischen Erfordernissen entsprechende kürzere Belagsdauer im Krankenhaus, durch vermehrte Leistungserbringung im spitalsambulanten und extramuralen Bereich sowie im rehabilitativen Nachsorgebereich und durch eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen soll eine nachhaltige Entlastung des stationären Krankenanstaltenbereichs bei gleichzeitiger Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus erreicht werden.

Wesentliche Voraussetzung für die Durchführung und laufende Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems ist die bundesweit einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation in den österreichischen Krankenanstalten. Der Diagnoseschlüssel und der Leistungskatalog werden vom Gesundheitsressort laufend gewartet und an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst.

Psychosoziale Versorgung

(siehe dazu auch Abschnitt 7.5, Seite 102 ff.)

Im Bereich der extramuralen psychiatrischen Versorgung hat sich die kontinuierliche Zunahme von psychosozialen Diensten und komplementären Einrichtungen weiter fortgesetzt. Trotzdem kann noch nicht von einem bedarfsgerechten Angebot gesprochen werden, da es sowohl noch zu wenige Dienste und Einrichtungen als auch bedeutende regionale Unter-

schiede zwischen und innerhalb der Bundesländer im Versorgungsangebot gibt. Auch im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung setzten sich die bereits langjährig zu beobachtenden Tendenzen fort. Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten und die durchschnittliche Verweildauer haben sich weiter verringert, die Anzahl der Aufnahmen ist dagegen kontinuierlich gestiegen.

Die Aktivitäten im Berichtszeitraum zielten vorrangig darauf ab, die Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in die Richtung eines bedarfsgerechten, integrierten, regionalisierten und vernetzten Angebotes zu schaffen. Zentraler Schritt dazu war die Erstellung des Psychiatrieplans und dessen Aufnahme in den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan. Dieser sieht die Regionalisierung der stationären psychiatrischen Versorgung durch die Schaffung von 26 psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenanstalten und den parallelen Aufbau eines flächendeckenden Angebotes ambulanter Dienste und Einrichtungen vor. Weiters wurde eine systematische Dokumentation des intra- und extramuralen Versorgungsstandes vorgelegt, die die Basis für den Vergleich der geplanten mit der tatsächlich umgesetzten Strukturentwicklung bildet.

Im Bereich der psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung sind im Berichtszeitraum weitere relevante gesetzliche Regelungen geschaffen worden, die sich im wesentlichen auf die Absicherung der Berufspflicht der Verschwiegenheit, auf die Verbesserung der Situation von Patienten sowie auf die Sicherung der Qualität beziehen. Im Bereich der Qualitätssicherung wurden darüber hinaus eine Reihe von Aktivitäten gesetzt, die sich auf die Ausbildung der Berufsgruppen ebenso wie auf die Berufsausübung beziehen. So wurden etwa der „Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“, Supervisionsrichtlinien für die Ausübung psychotherapeutischer Supervision sowie Fort- und Weiterbildungsrichtlinien für Psychotherapeuten, klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen erstellt.

Das Personalangebot im Bereich der psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung hat sich im Berichtszeitraum weiter deutlich erhöht. Mit 31. Dezember 1999 gab es in Österreich 5.269 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 2.697 klinische Psychologinnen und Psychologen und 2.688 Gesundheitspsychologinnen und -psychologen. Seit 1996 ist damit die Zahl der Berufsberechtigten im Bereich der Psychotherapie um 42 Prozent und jene im Bereich der klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie um rund ein Drittel angestiegen.

Die bereits langjährig zu beobachtenden regionalen Unterschiede in der Dichte der psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung zwischen Bundesländern und Bezirken sind aber auch im Berichtszeitraum aufrecht geblieben. Weiterhin aufrecht sind auch soziale Barrieren im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, da die Inanspruchnahme von Psychotherapie auf Krankenschein nach wie vor erst in Ansätzen umgesetzt ist.

Zukünftige Schwerpunkte der gesundheitspolitischen Aktivitäten im Bereich der psychosozialen Versorgung werden die Weiterentwicklung und Vertiefung der Psychiatrieplanung,

die Beobachtung der Entwicklung der Versorgungssituation und die Weiterführung der Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung sein.

Gesundheitsförderung und -vorsorge

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

Im Berichtszeitraum wurde im Bereich der Gesundheitsförderung und -vorsorge das Gesundheitsförderungsgesetz beschlossen und damit die Basis dafür geschaffen, dass Prävention und Gesundheitsförderung mit einem Jahresbudget von öS 100 Mio. (€ 7,27 Mio.) massiv verstärkt und verbreitert wird. Das Ziel dieses Gesetzes ist die langfristige, integrierte Entwicklung der Gesundheitsförderung. Grundsätzlich ist im Gesundheitsförderungsgesetz festgehalten, dass die öS 100 Mio. nicht dazu dienen, Kosten für bestehende Programme zu übernehmen, sondern es sollen mit diesen Mitteln bereits etablierte Maßnahmen ausgebaut und weiterentwickelt werden. Weiters soll - in Entsprechung zur Regierungserklärung vom 9. Februar 2000 - ein nationaler Plan zur Gesundheitsförderung und -vorsorge entwickelt und der Vorsorgemedizin noch mehr Bedeutung beigemessen werden. Die österreichischen Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention schließen an die einschlägigen WHO-Programme an und stimmen mit den von der EU festgelegten Schwerpunkten überein.

Mutter-Kind-Pass:

Das Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm wurde im Berichtszeitraum weitergeführt und damit ein wesentlicher Beitrag zur Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes von schwangeren Frauen, Säuglingen und Kleinkindern geleistet. Die Säuglingssterblichkeit sank im Berichtszeitraum insgesamt gesehen weiter ab (1995: 5,4 Promille, 1998: 4,9). Auch nach Abschaffung der erhöhten Geburtenbeihilfe wird das Untersuchungsprogramm in vollem Umfang kostenlos angeboten. Als finanzieller Anreiz für die Teilnahme wird seit Beginn 1997 anstelle der erhöhten Geburtenbeihilfe ein sozial gestaffelter Mutter-Kind-Pass-Bonus in der Höhe von öS 2.000,- gewährt. Es ist anzustreben, mit Hilfe der Ärzteschaft die Eltern weiterhin auf die Bedeutung einer vollständigen Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen hinzuweisen und zur Teilnahme zu motivieren.

Vorsorgeuntersuchungen:

Die Vorsorgeuntersuchungen wurden im Berichtszeitraum - bei gleichbleibender Organisationsform - vermehrt beansprucht. Daher sind keine unmittelbaren Maßnahmen geplant. Grundsätzliche Überlegungen gehen in Richtung Schwerpunktaktionen (mit speziellen Suchprofilen für bestimmte Zielgruppen) in die Vorsorgeuntersuchungen miteinbezogen werden. Darüber hinaus könnten verstärkt Anliegen der Gesundheitsförderung in den Vorsorgeuntersuchungen verankert werden.

Kariesprophylaxe:

Karies ist eine jener Erkrankungen, die eindeutig die Vorbedingungen für Präventionsmaßnahmen erfüllt. Sie ist weit verbreitet und es gibt etablierte Prophylaxemaßnahmen. Für die Durchführung der Kariesprophylaxeaktivitäten sind die einzelnen Bundesländer zuständig.

Das Gesundheitsressort richtete 1996/97 die Koordinationsstelle Zahnstatus zur laufenden Durchführung WHO-konformer Zahnstatuserhebungen bei jenen Altersgruppen, für die WHO-Ziele definiert wurden, ein. Die erste Erhebung bei den Fünf- bis Sechsjährigen ergab mit 47 Prozent kariesfreien Kindern ein knappes Erreichen des WHO-Zieles 2000, das 50 Prozent fordert. Das neue Ziel für 2020 liegt bei 80 Prozent kariesfreien Kindern.

Bei den Zwölfjährigen wurde das WHO-Ziel 2000 für Europa (durchschnittlich nicht mehr als zwei durch Karies geschädigte Zähne) mit 1,7 durch Karies geschädigten Zähnen bereits knapp unterschritten.

Die Ergebnisse der Zahnstatuserhebungen werden von der Koordinationsstelle laufend veröffentlicht. Die Koordinationsstelle führt darüber hinaus jährliche Tagungen durch, auf denen aktuelle Themen der Kariesprophylaxe diskutiert werden.

Rauchen:

Zur Verhinderung des Rauchbeginns, zur Unterstützung der Raucherentwöhnung sowie zur Verstärkung des Schutzes der Nichtraucher wurden im Berichtszeitraum präventive Aktivitäten wie die Anti-Rauch-Kampagne „Smoke sucks (durchgeführt vom - auf Initiative des Gesundheitsressorts gegründeten - Verein „Young and Healthy“), die vom Fonds Gesundes Österreich geförderte Präventionsstudie „Stationäre Raucherentwöhnung“ und die Erhebung der Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung durch die Bundesanstalt „Statistik Österreich“.

Alkohol:

Für die effektive Fortschreibung der Maßnahmen gegen den Fehlgebrauch von Alkohol wurde im Auftrag des Gesundheitsressorts das „Handbuch Alkohol - Österreich“ erstellt. Das 1999 erschienene Handbuch stellt das bis dato umfassendste Übersichts- und Nachschlagewerk zum Themenbereich Alkohol in Österreich dar und bildet die Basis für weitere, aufbauende Aktivitäten im Präventionsbereich. Anfang 2000 wurde vom Gesundheitsressort die „Alkoholkoordinations und Informationsstelle (AKIS)“ am Anton-Proksch-Institut (API) in Kooperation mit dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) ins Leben gerufen. Diese Stelle soll zentrale Drehscheibe für suchtpreventive Aktivitäten im Alkoholbereich werden.

Drogen:

Mit 1. Jänner 1998 trat das neue Suchtmittelgesetz (SMG) in Kraft. Gesundheitspolitisch relevant sind dabei vor allem die Erweiterung des Bereichs der ausgewogenen Anwendung von strafrechtlichen und gesundheitspolitischen Instrumenten (v. a. durch den Ausbau des Modells „Therapie statt Strafe“), die verbesserte rechtliche Verankerung der Substitutionsbehandlung von Suchtkranken und der Schmerztherapie sowie die Erweiterung der im Gesetz vorgesehenen gesundheitsbezogenen Maßnahmen.

In den Bereichen Prävention und Drogenhilfe kooperiert das Ressort mit den Ländern, da diese schwerpunktmäßig mit der Umsetzung von Maßnahmen in diesen Bereichen befasst

sind. Sowohl die regionalen Fachstellen für Suchtprävention - im Rahmen gemeinsamer überregionaler Präventionsprojekte - als auch eine Reihe von Einrichtungen der Drogenhilfe wurden durch jährliche Förderungen finanziell unterstützt. Darüber hinaus wurden verstärkt Aktivitäten im Bereich der zielgruppenspezifischen Sekundärprävention gesetzt. In Bezug auf die Monitoringfunktion finden sich Maßnahmen zur Qualitätssicherung der bestehenden Systeme und zum Ausbau des Monitorings durch erste Schritte zur Schaffung eines Behandlungsberichtswesens.

Im Sommer 1997 wurde vom Ministerrat die Einrichtung der „Bundesdrogenkoordination“ beschlossen, die unter Federführung des Gesundheitsressorts eine effiziente Koordination auf österreichischer Ebene sicherstellen soll. Auf internationaler Ebene spielt die Kooperation innerhalb der Europäischen Union eine besondere Rolle, wo das Ressort in einer Reihe von Gremien und Arbeitsgruppen vertreten ist. Die Kooperation mit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht wird durch die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat und durch die nationale Ko-Finanzierung des am ÖBIG angesiedelten REITOX Focal Point Österreich sichergestellt. In diesem Zusammenhang werden auch jährliche Berichte zur Drogensituation in Österreich erstellt.

Prävention von Infektionskrankheiten:

Der Schwerpunkt der Aktivitäten des Gesundheitsressorts zur Prävention von Infektionskrankheiten liegt nach wie vor bei HIV bzw. AIDS. Die Maßnahmen zielen aber zunehmend auf eine Berücksichtigung aller sexuell übertragbaren Krankheiten ab - insbesondere auch von Hepatitis. In Bezug auf die angewendeten Strategien zeigt sich eine Tendenz weg von breiten Öffentlichkeitskampagnen und hin zu zielgruppenorientierten Maßnahmen. Letztere werden in enger Kooperation mit den regionalen AIDS-Hilfen, die seitens des Ressorts jährliche Förderungen erhalten, geplant und umgesetzt. Zukünftig wird im Zusammenhang mit den Plänen zur Schaffung eines EU-weiten Netzwerkes die - bereits jetzt wahrgenommene - Monitoring-Funktion verstärkte Relevanz erhalten.

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ):

Der Bund hat 1998 mit dem Gesundheitsförderungsgesetz zusätzliche jährliche Mittel von 100 Mio. Schilling (rund 7,3 Mio. €) zur Verfügung gestellt. Mit der administrativen und inhaltlichen Abwicklung von Maßnahmen im Sinn dieses Bundesgesetzes wurde 1998 der Fonds "Gesundes Österreich" betraut. 1999 stand im Zeichen der Neustrukturierung des Fonds „Gesundes Österreich“. Seine Hauptaufgabe besteht darin, innovative Projekte zu fördern sowie ein projektbegleitendes Service und Informationen für Projektbetreiber anzubieten. Zusätzlich zu der Abwicklung der Projektvergaben wurden im Arbeitsprogramm 1999 Zielgruppenschwerpunkt im Bereich „Menschen am Arbeitsplatz“ sowie „Frauen in spezifischen Lebenssituationen“ gesetzt.

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

Das 1992 gegründete Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“ umfasst mittlerweile 30 Mitgliedsstädte, deren Ziel es ist, durch die aktive Beteiligung der Bevölkerung das Leben in

den Städten gesünder zu gestalten. Die Themen reichen dabei von kommunaler Drogenpolitik über Gesundheitsförderung für Frauen bis hin zur Unfallverhütung. 1996 wurde der formale Rahmen des Netzwerkes mit der Gründung des Vereins „Gesunde Städte Österreichs - Verein zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins in österreichischen Städten“ geschaffen. Das Netzwerk steht in ständigem Informations- und Erfahrungsaustausch mit dem WHO-Projekt „Gesunde Städte“.

Gesundheitsförderung im Krankenhaus:

Das internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser wurde 1990 auf Initiative der WHO (Regionalbüro für Europa) und des österreichischen Gesundheitsressorts gegründet. 1995 beauftragte das Gesundheitsressort das Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie mit dem Aufbau und der Weiterentwicklung eines „Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“. Dieses Netzwerk mit derzeit acht Partnerkrankenhäusern bietet Unterstützung und notwendige Instrumente für die Forcierung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern, wobei der Vernetzungsaspekt im Mittelpunkt steht.

Gesundheitsförderung in Schulen:

Auf Initiative des Gesundheitsressorts wurde 1993 in Zusammenarbeit mit dem Unterrichtsressort das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ mit einer Pilotphase von drei Jahren gegründet. Mit Anfang Juni 1999 wurde ein technisches Netzwerksekretariat zur Unterstützung der Weiterentwicklung des Netzwerkes eingerichtet. Im Dezember 1998 wurde auf Initiative des Gesundheitsressorts, des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur und des Österreichischen Jugendrotkreuzes die GIVE (**G**esundheitsbildung, **I**nformation, **V**ernetzung und **E**ntwicklung) als Servicestelle für Gesundheitsbildung eingerichtet.

Gesundheitsförderung im Betrieb:

Zur Unterstützung der Arbeitgeber bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung wurde auf Initiative des Gesundheitsressorts mit Förderung durch die EU die Österreichische Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung installiert. Träger dieser Koordinationsstelle ist die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Ihre Aufgabe besteht darin, die in den Mitgliedstaaten der EU zu den einschlägigen Themen verfügbaren Informationen zu sammeln und allen Interessierten in Österreich zugänglich zu machen.

Transplantationswesen

(siehe dazu auch Abschnitt 7.7, Seite 136 ff.)

Der Versorgungsgrad der Österreichischen Bevölkerung mit Organtransplantationen lag im vergangenen Jahrzehnt im internationalen Spitzenfeld. Dazu haben neben der Leistungsfähigkeit der österreichischen Transplantationszentren auch nachstehende Maßnahmen beigetragen: Seit 1993 werden den Krankenanstalten Kostenersätze für Aufwendungen bei der Organgewinnung (und auch der Knochenmarkspendertypisierung) gewährt. Die zugrunde liegende Regelung wurde ausdrücklich in die 1996 zwischen Bund und Ländern abgeschlos-

senen Vereinbarungen gemäß Artikel 15a-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung übernommen und wird seither fortgeführt. Im Jahr 1995 wurde mit der Einrichtung eines zentralen Widerspruchregisters gegen Organspende auch ein Beitrag zum Abbau von Rechtsunsicherheiten und zur Absicherung der bestehenden Gesetzeslage bezüglich Organentnahmen geleistet. Im Jahre 1998 wurde mit der Entwicklung regionalspezifischer Programme zur Förderung der Meldebereitschaft präsumptiver Organspender durch die Krankenanstalten im Bundesland Oberösterreich begonnen. Ein zentrales zukünftiges Vorhaben ist die Restrukturierung des Organspendewesens. Das auf Initiative des Gesundheitsressorts im Jahre 1991 am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) eingerichtete Koordinationsbüro für das Transplantationswesen ist mit der Umsetzung der genannten Maßnahmen betraut.

Schließlich ist zu erwähnen, dass das Gesundheitsressort im Jahr 1999 das ÖBIG mit der Durchführung eines Projektes zur Sicherstellung einer ausreichenden und qualitativ hochstehenden Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Leistungen im Bereich der Transplantation von allogenen Gewebe beauftragt hat. Im Zuge dieses Projektes wurde am ÖBIG eine Koordinationsstelle für Gewebetransplantationen eingerichtet.

Onkologische Versorgung

(siehe dazu auch Abschnitt 7.8, Seite 143 ff.)

In Österreich sind 24 Prozent der Todesursachen auf Krebs zurückzuführen, eine Erkrankung, bei der auch in Zukunft mit einem weiteren Anstieg gerechnet werden muss. Trotz bedeutender medizinischer Fortschritte zur Diagnose und Behandlung der Krebserkrankung ist eine vollständige Heilung nur bei einem Teil dieser Krankheitsgruppe zu erwarten.

Um die Versorgung von Krebspatienten auf ein hohes Niveau zu stellen, wurden eine Reihe von Aktivitäten gesetzt, die Defizite in den derzeitigen Versorgungsstrukturen aufzeigen und analysieren sollen, um Vorschläge für die weitere Entwicklung zu erarbeiten. Diese Analysen fanden ihren Niederschlag in der Formulierung von Strukturqualitätsmerkmalen vor allem für stationäre Einrichtungen der Krebsversorgung sowie für das organisatorische Zusammenwirken aller an der Versorgung von Krebskranken Beteiligten. Dabei wurden Schwerpunkte bezüglich der Bereiche Strahlentherapie, internistische Onkologie, Stammzelltransplantation, Therapie mit Radionukliden und Palliativmedizin gesetzt.

Zur Lösung struktureller Probleme in der stationären Krebsversorgung wurde ein dreistufiges Modell entwickelt, das in den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan Eingang fand.

Stammzellspendewesen

(siehe dazu auch Abschnitt 7.9, Seite 147 ff.)

Bei Patienten, die innerhalb der Familie keinen gewebeidenten Stammzellspender identifizieren können, ist eine Suche nach einem in nationalen und internationalen Spenderregistern gespeicherten unverwandten Stammzellspender angezeigt.

Um die Chance für die erfolgreiche Identifizierung eines gewebeidenten Spenders zu erhöhen, werden im Rahmen des finanziellen Förderungsprogrammes für das Transplantationswesen jährlich 2.000 neu hinzukommende potentielle Spender typisiert. Weiters erhält das zentrale österreichische Register, das sowohl nationale als auch internationale Suchläufe durchführt, für seine Tätigkeiten Mittel aus der Förderung des Transplantationswesens zugewiesen.

Da das zuständige Gesundheitsressort in den letzten Jahren wiederholt mit der Klärung von Fragen im Zusammenhang mit dem Stammzellspendewesen befasst war, wurden im Jahr 1997 durch die beim Gesundheitsressort eingerichtete Bundesstrukturkommission eine Finanzexpertengruppe sowie eine medizinische Expertenrunde installiert. Weiters erfolgte im Mai 1999 die Konstituierung der gemäß § 8 Bundesministeriengesetztes eingerichteten „Kommission für die Weiterentwicklung des Österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens“, die dem Gesundheitsressort insbesondere hinsichtlich der Klärung kommunikativer, organisatorischer und fachlicher Fragestellungen, der Entwicklung und Überprüfung nationaler und internationaler Standards sowie der Erstellung von Informationsmaterialien beratend zur Verfügung steht.

Aufbauend auf dem Beschluss dieser Kommission, dass die derzeitige Organisation des Stammzellspendewesens einer grundlegenden Reform zu unterziehen ist, soll in Zukunft die Umstrukturierung des österreichischen Stammzellspendewesens vorangetrieben werden.

Arzneimittel

(siehe dazu auch Abschnitt 7.10, Seite 149 ff.)

Im Bereich des Arzneimittelwesens wurde 1996 eine große Arzneimittelgesetzesnovelle verabschiedet. Mit dieser Novelle wurde unter anderem ein neues EU-Gemeinschaftszulassungsverfahren im österreichischen Recht etabliert. Weiters wurde die Arzneimittelüberwachung und Sonderregelungen für radioaktive Arzneimittel an EU-Richtlinien angepasst. Eine neuerliche Novelle des Arzneimittelgesetzes, die vor allem die gesetzlichen Voraussetzungen zur Verhinderung des missbräuchlichen Einsatzes von Arzneimitteln zu Dopingzwecken beinhaltet sowie eine Klagsmöglichkeit für Verbraucherschutzverbände bei Verstößen gegen arzneimittelrechtliche Werbebestimmung enthält, wird noch im Jahr 2000 in Begutachtung gehen.

Vom Ressort wurden auch Maßnahmen zur Dämpfung der Arzneimittelausgaben gesetzt. So wurden unter anderem Anfang 1997 die Spannen des Großhandels und der Apotheken gesenkt. Eine neuerliche Spannensenkung für den Großhandel trat mit 1. Juni 2000 in Kraft. Darüber hinaus wurden auch von den Krankenkassen Sparmaßnahmen eingeleitet, die die pharmazeutische Industrie und die Apotheker betrafen.

Medizinprodukte

(siehe dazu auch Abschnitt 7.11, Seite 158 f.)

Der vorwiegend medizinische Geräte und Bedarfsartikel, Laborapparate, Hilfsmittel für Behinderte und Implantate umfassende Bereich der Medizinprodukte wurde durch das 1997 in

Kraft getretene Medizinproduktegesetz einer umfassenden gesetzlichen Regelung zugeführt. Unter Berücksichtigung der Richtlinien der EG bzw. EU für Medizinprodukte wurden in diesem Gesetz für diese Produktkategorie höchste Qualitäts- und Leistungsstandards normiert, ein Sicherheitssystem für klinische Prüfungen eingeführt und das europäische Zulassungssystem für Medizinprodukte etabliert.

Im Jahr 1998 wurde auf europäischer Ebene eine Richtlinie für In-vitro-Diagnostika mit Einführung eines neuen europäischen Zulassungssystems und Einrichtung einer „Europäischen Datenbank für Medizinprodukte“ beschlossen. Die durch diese Regelungen erforderlich gewordene legislative Anpassung erfolgte durch die im Jahr 1999 erlassene Novelle zum Medizinproduktegesetz.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

(siehe dazu auch Abschnitt 7.12, Seite 159 ff.)

Innerhalb des Gesundheitswesens ist der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) jener Teil, der die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens innehat. Er wird daher auch als „dritte Säule“ des Gesundheitswesens bezeichnet. Seine Hauptfunktion ist die Gesunderhaltung der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen. Er umfasst so wichtige Aufgaben wie Gesundheitsaufsicht und Hygieneüberwachung, gesundheitlichen Umweltschutz (beides sind Aufgabenbereiche im Sinne der Verhältnisprävention), Gesundheitsförderung und -prävention einschließlich der Vorbeugung übertragbarer Krankheiten durch Impfungen. Die Gesundheitsberichterstattung ist ein immer wichtiger werdendes Instrument des ÖGD zur Erfassung und Analyse von Problemfeldern bzw. -regionen. Zur Unterstützung der Länder hat der Bund ein Konzept für Länder-Gesundheitsberichte erstellen lassen. Die Gesellschaft benötigt aber auch den - von Privatinteressen unabhängigen - medizinischen Sachverstand der Amtsärztinnen und Amtsärzte.

3.4 Ausbildung und Ausbildungsreform

(siehe dazu auch Kapitel 8, Seite 164 ff.)

Ärzte

(siehe dazu auch Abschnitt 8.1, Seite 164 ff.)

In Erfüllung der Vorgaben seitens der EU wurde durch das Universitäts-Studiengesetz (UniStG, BGBl. I Nr. 48/1997) ein EU-konformes Zahnarztstudium eingeführt. Die damit im Zusammenhang stehenden Adaptierungen und Umsetzungen erforderten derart umfangreiche Änderungen der entsprechenden Rechtsgrundlagen, dass aus gesetzestechnischen Gründen keine Novellierung des Ärztegesetzes sondern eine Neuschaffung erforderlich war (Ärztegesetz 1998, BGBl. I 169/1998). Gleichzeitig wurde das Ärztegesetz 1984 außer Kraft gesetzt.

Neben der Neuregelung des Zahnarztstudiums brachte das Ärztegesetz 1998

- die Anerkennung zusätzlicher Ausbildungsstätten für die postpromotionelle medizinische Ausbildung (arbeitsmedizinische Zentren, Anerkennung als Lehrpraxis auch dann, wenn der Inhaber kein Konsiliarfacharzt ist),
- Änderung der Regelung, wonach Ärzte aus Nicht-EU-Staaten ärztliche Tätigkeiten nur in unselbständiger Stellung zu Studienzwecken auf Grund einer besonderen Bewilligung bis zu einem Jahr in ärztlichen Ausbildungsstätten ausüben können,
- Beseitigung einer vergleichweisen Schlechterstellung von Österreichern, die ihr Medizinstudium in einem Land abgeschlossen haben, in dem der Erwerb des Doktorgrades für die ärztliche Berufsberechtigung nicht erforderlich ist,
- im Sinne einer EU-konformen Regelung Vorrang der postpromotionellen Ausbildung sowohl von österreichischen Turnusärzten als auch solchen, welche die Staatsbürgerschaft eines der EU-Mitgliedsstaates besitzen,
- Adaptierungen im Zusammenhang mit Ausbildungsnachweisen aus der EU.

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

(siehe dazu auch Abschnitt 8.2, Seite 168 ff.)

Die zentrale Stellung der Pflege im Rahmen des Gesundheitswesens sowie die Orientierung Österreichs an den Zielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und den einschlägigen Empfehlungen der EG bzw. EU führten zu einer vollständigen Neuregelung durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBl. I Nr. 108/1997.

Das Gesetz unterscheidet zwischen eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen, interdisziplinären und erweiterten Tätigkeitsbereichen und nimmt eine Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen vor. Auch werden erstmals Berufspflichten wie Dokumentationspflicht, Verschwiegenheitspflicht, Anzeige- und Meldepflicht, Auskunftspflicht für die Gesundheits- und Krankenpflege explizit festgeschrieben. Dem bei der Berufsausübung notwendigen Teamgedanken wird in diesem Gesetz ebenso Rechnung getragen wie der Qualitätssicherung.

Basierend auf den neuen Rechtsgrundlagen zur Regelung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe wurden entsprechende Ausbildungsverordnungen entwickelt:

1. Verordnung für die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (BGBl. II Nr. 179/1999)
2. Verordnung über die Ausbildung in der Pflegehilfe (BGBl. II Nr. 116/1999)
3. Verordnung über Sonderausbildungen und Weiterbildungen im gehobenen Dienst für die Gesundheits- und Krankenpflege (zu dieser Verordnung liegt derzeit erst ein Entwurf vor)

Seit 1. September 1998 sind Österreichs Gesundheits- und Krankenpflegeschulen verpflichtet, Ausbildungsgänge nach diesen Ausbildungsverordnungen auszurichten, wobei die

Ausbildung in einem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege drei Jahre dauert und mindestens 4.600 Stunden in Theorie und Praxis zu umfassen hat.

Das neue Bundesgesetz veranlasste das Gesundheitsressort bereits im Februar 1998, das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) mit der Entwicklung bzw. Überarbeitung der Curricula für die Ausbildungen in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen zu beauftragen.

Die Jahre 1997 bis 2000 waren geprägt durch den Paradigmawechsel der Pflege vom „Assistenzberuf“ zur eigenständigen Profession. Der Fortbildungs- und Informationsbedarf in dieser Zeit war enorm, vor allem was den eigenständigen, selbstverantworteten Tätigkeitsbereich der Pflege betrifft. Damit Pflege allerdings handlungsautonom, theoriegeleitet und -begründet - wie es die Rechtsgrundlagen vorsehen - geleistet werden kann, benötigt sie systematisiertes und wissenschaftlich fundiertes Wissen, das den Pflegepersonen seitens der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung zur Verfügung zu stellen ist.

Kardiotechniker

(siehe auch Abschnitt 8.3, Seite 175 f.)

Im Vergleich zu anderen Berufen im Gesundheitswesen ist der Beruf des Kardiotechnikers noch recht jung. 1963 übernahm zum ersten Mal ein Kardiotechniker die Handhabung der Herzlungenmaschine und führte mit ihr die extrakorporale Zirkulation beim Eingriff am Herzen durch. Obwohl es sich um eine kleine Berufsgruppe handelt - mit Stichtag 30. Juni 2000 gab es 39 Kardiotechniker in Österreich und einen in Ausbildung - war sie sehr um eine gesetzliche Regelung bemüht. Am 21. Juli 1998 wurde das Kardiotechnikergesetz verabschiedet und trat mit 1. Jänner 1999 in Kraft.

Der Beruf des Kardiotechnikers kann durch einen postgradualen Ausbildungsgang erlernt werden, der für diplomiertes Pflegepersonal mit Zusatzausbildung in Anästhesie- bzw. Intensivpflege, für diplomierte medizinisch-technische Analytiker oder für radiologisch-technische Assistenten offen steht. Die Ausbildung dauert 18 Monate und besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil. Das theoretische Wissen wird nicht in einer Schule oder einem Lehrgang vermittelt, sondern muss im Selbststudium erworben werden. Beendet wird die Ausbildung mit einer kommissionellen Diplomprüfung. Die Ausbildungsverordnung sowie das Curriculum für die theoretische Ausbildung sind in Vorbereitung.

4 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Zielsetzung dieses Kapitels ist eine knappe Darstellung des Gesundheitszustandes der österreichischen Wohnbevölkerung anhand ausgewählter Kennzahlen und Statistiken mit Hinweisen auf die historische Entwicklung sowie internationalen Vergleichen. Auf eine umfassende bzw. ins Detail gehende Beschreibung wird verzichtet, da sie Gegenstand des vom Gesundheitsressort in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Statistischen Zentralamt, nunmehr Statistik Österreich, herausgegebenen „Gesundheitsstatistischen Jahrbuchs“ ist. Gesundheitsrelevante Daten, insbesondere aus der Arbeitswelt, finden sich in dem ebenfalls jährlich herausgegebenen „Bericht über die soziale Lage“ des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, nunmehr Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

Lebenserwartung

Der stetige Anstieg der Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung hat sich auch im Berichtszeitraum (1996 - 1998) fortgesetzt. Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt nunmehr (1998) bei Männern rund 74,7 Jahre und bei den Frauen rund 81 Jahre.

Die steigende Lebenserwartung wirkt sich auch für die ältere Bevölkerung positiv aus: eine 60-jährige Frau kann zur Zeit noch weitere 23,6 Lebensjahre erwarten (im Jahr 1995 waren es 22,9 Jahre), ein ebenso alter Mann 19,36 Jahre (gegenüber 18,67 Jahre im Jahr 1995; siehe auch Abbildung 4.1).

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

Der 1996 in der Europäischen Union erreichte Durchschnittswert der Lebenserwartung für beide Geschlechter von rund 77,6 Jahren lag knapp über dem entsprechenden österreichischen Durchschnittswert von rund 77,4 Jahren.

Sterblichkeit

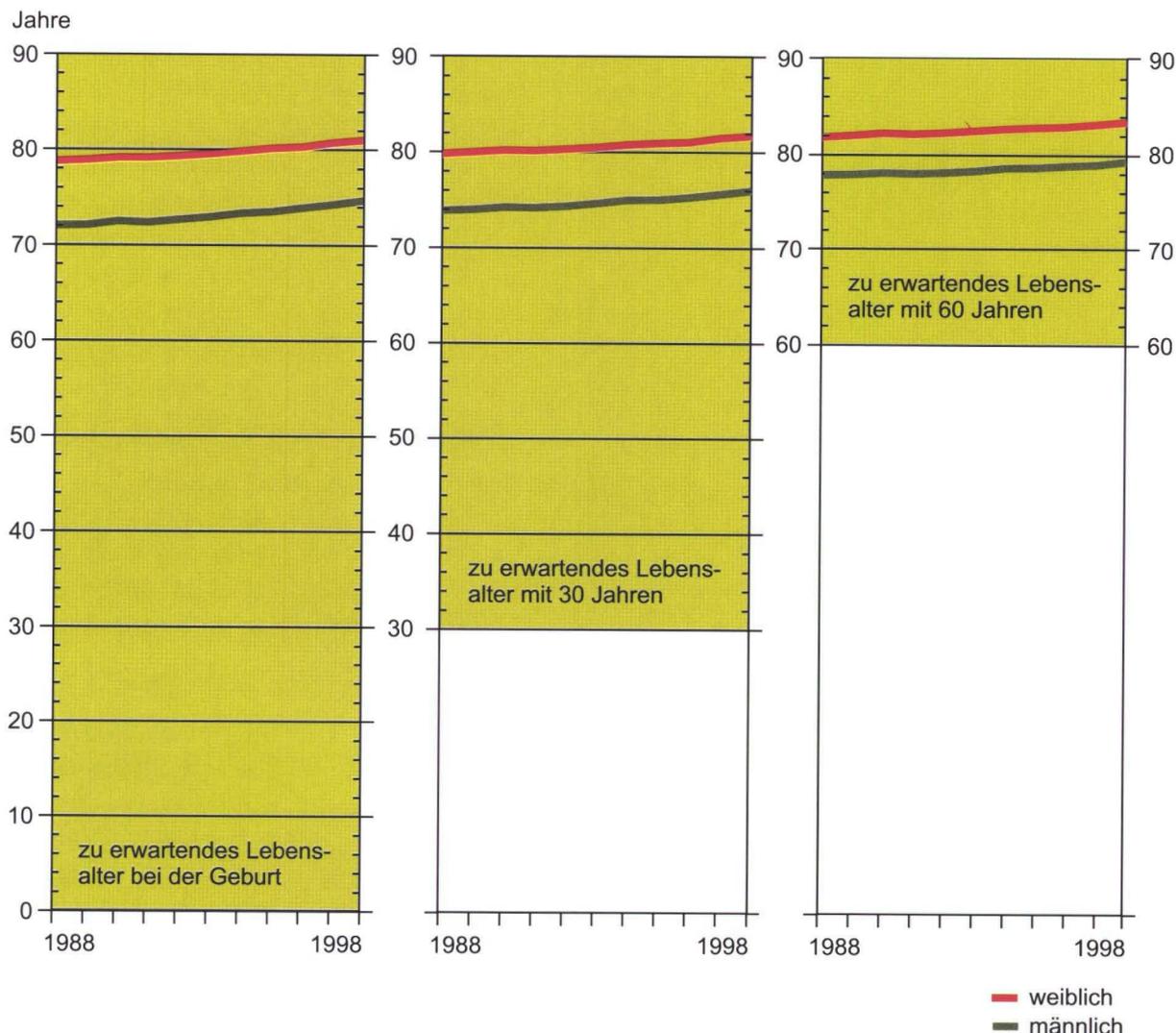
Säuglingssterblichkeit:

Bis zum Jahr 1997 ist die Säuglingssterblichkeit im langjährigen Trend kontinuierlich gesunken, von 8,1 Promille (gestorbene Säuglinge auf 1.000 Geburten) im Jahre 1988 auf 4,7 Promille im Jahr 1997. Von 1997 auf 1998 stieg sie jedoch wieder auf 4,9 Promille an. Dieser Anstieg ist auf eine Erhöhung der Sterblichkeit in der ersten Lebenswoche zurückzuführen.

Gesundheitszustand der Bevölkerung

ren (vgl. Abbildung 4.2). Für 1999 wird allerdings ein neuerlicher Rückgang der Säuglingssterblichkeit auf 4,4 Promille gemeldet.

Abbildung 4.1: Entwicklung des zu erwartenden Lebensalters bei der Geburt, mit 30 und mit 60 Jahren nach Geschlecht, 1988 - 1998



Quelle: Demographisches Jahrbuch Österreichs 1996/97/98

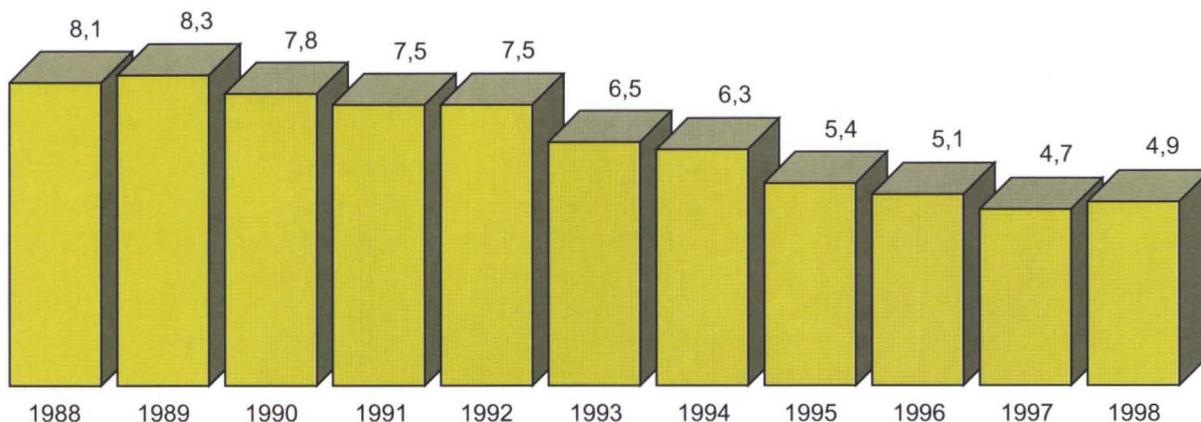
Grafik: ÖBIG

Eine längerfristige Betrachtung zeigt, dass die Säuglingssterblichkeit in der ersten Lebenswoche stärker gesenkt werden konnte als die Sterblichkeit im restlichen ersten Lebensjahr, was vor allem auf die Erhöhung des durchschnittlichen Geburtsgewichts und auf weitere Verbesserungen der medizinischen Betreuung bei der Geburt zurückzuführen ist. Allerdings, lag in den Jahren 1996 und 1998 die Sterblichkeit in der ersten Lebenswoche wieder höher als die Sterblichkeit im restlichen ersten Lebensjahr, was seit rund eineinhalb Jahrzehnten nicht mehr der Fall gewesen war.

Lebenserwartung/Sterblichkeit

Unter den österreichischen Bundesländern hat das Burgenland die niedrigste Säuglingssterbeziffer, während Wien und Tirol, gefolgt von Vorarlberg und Salzburg, die höchste diesbezügliche Ziffer aufweisen.

Abbildung 4.2: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit 1988 - 1998
(Angaben in Absolutzahlen, bezogen auf 1.000 Geburten)



Quellen: Demographisches Jahrbuch Österreichs 1996/97/98, ÖBIG-eigene Berechnungen

Grafik: ÖBIG

Tabelle 4.1: Säuglings- und Perinatalsterblichkeit auf 1.000 Lebendgeborene 1988 - 1998

Jahr	Gestorbene Säuglinge			Perinatalsterblichkeit*
	insgesamt	in der 1. Lebenswoche	nach der 1. Lebenswoche	
1988	8,1	3,7	4,5	7,4
1989	8,3	3,8	4,6	7,7
1990	7,8	3,3	4,6	6,9
1991	7,5	3,1	4,3	6,5
1992	7,5	3,3	4,3	6,8
1993	6,5	2,8	3,7	6,1
1994	6,3	2,9	3,4	6,2
1995	5,4	2,5	2,9	6,9
1996	5,1	2,6	2,5	7,1
1997	4,7	2,2	2,6	6,5
1998	4,9	2,5	2,4	6,6

* Totgeborene und in der ersten Lebenswoche Gestorbene

Quelle: Demographisches Jahrbuch Österreichs 1996/97/98

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Im Vergleich mit dem Durchschnittswert der Länder der Europäischen Union weist Österreich eine deutlich niedrigere Säuglingssterblichkeit auf.

Gesamtsterblichkeit:

Im Jahre 1998 erreichte die Gesamtsterblichkeit mit 9,7 Sterbefällen pro 1.000 Einwohner (alters- und geschlechtsgruppenstandardisiert) einen historischen Tiefststand. Im Jahr 1988 betrug dieser Wert noch 10,90 Gestorbene auf 1.000 Einwohner.

Bezüglich eines internationalen Vergleichs ist vorzuschicken, dass die von der Weltgesundheitsorganisation angegebenen Werte auf eine nach Alter und Geschlecht standardisierte fiktive „Weltstandardbevölkerung“ bezogen sind. Nach dieser Berechnungsform war 1996 die österreichische Sterblichkeitsziffer (732,32 Gestorbene auf 100.000 Einwohner) fast identisch mit dem entsprechenden Mittelwert der Europäischen Union (718,86). Der gesamteuropäische Mittelwert lag weitaus höher (1.013,68 im Jahr 1996). Aktuellere Zahlen liegen nicht vor.

Ausgewählte Todesursachen

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

In der Folge werden wichtige ausgewählte Ergebnisse dargestellt.

Krebsmortalität:

Die Todesursache Krebs machte 1998 etwa 23,8 Prozent aller Todesursachen aus. Dieser Anteil liegt bei den Männern etwas höher (26,4 %), bei Frauen niedriger (21,5 %). Damit ist Krebs nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die bedeutendste Todesursache.

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

- Während die Lungenkrebssterblichkeit bei Männern weiter sinkt, ist sie bei den Frauen weiter angestiegen, jedoch von einem weit niedrigerem Niveau aus;
- einen konstanten Verlauf zeigt die Sterblichkeit an Darmkrebs für beide Geschlechter, wobei jedoch die Männer höhere Raten aufweisen als Frauen;
- die Sterblichkeit an Magenkrebs ist in beiden Geschlechtern seit Jahren im Sinken begriffen, liegt jedoch bei Männern doppelt so hoch wie bei den Frauen;
- die Sterblichkeit an Brustkrebs zeigt seit 1990 eine leicht rückläufige Tendenz;

Ausgewählte Todesursachen

- die Sterblichkeit an Gebärmutterkrebs ist weiterhin rückläufig;
- die Sterblichkeit an Prostatakrebs verzeichnete bis 1995 einen Anstieg, seit 1996 wies sie einen langsam fallenden Trend auf;
- bei allen anderen Lokalisationen ist die Entwicklung in den letzten Jahren uneinheitlich und schwankend.

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

Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich Hirngefäßkrankheiten:

Wenn auch bei beiden Geschlechtern im langjährigen Durchschnitt eine sinkende Tendenz bei dieser quantitativ wichtigsten Todesursachengruppe festzustellen ist, sind ihr noch immer mehr als fünfzig Prozent der Gestorbenen zuzuordnen.

Es besteht ein deutlicher Geschlechtsunterschied, denn der Anteil dieser Krankheitsgruppe an den Verstorbenen beträgt (1998) bei den Männern 48,4 Prozent und bei den Frauen 59,5 Prozent.

Es ist vor allem die Todesursache „Herzkrankheiten“, die im Berichtszeitraum bei beiden Geschlechtern keinen weiteren Rückgang erfahren hat. Ihr ist auch im Vergleich zu den Hirngefäßkrankheiten der höhere Anteil an Verstorbenen zuzuschreiben: 40,9 Prozent der Frauen und 35,9 Prozent der Männer sind 1998 an Herzkrankheiten verstorben, wobei der Herzinfarkt die häufigste Ursache innerhalb dieser Krankheitsgruppe darstellt.

Vergleiche mit den durchschnittlichen Mortalitätsraten in der Europäischen Union lassen bezüglich der gesamten Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine deutliche Übersterblichkeit für beide Geschlechter in Österreich erkennen.

Auf die beiden Krankheitsgruppen Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind im Jahr 1998 78 Prozent aller Todesursachen zurückzuführen.

Sonstige Todesursachen:

Zu sonstigen Todesursachen ist festzustellen, dass Krankheiten der Atmungsorgane seit 1996 und Krankheiten der Verdauungsorgane wie in den Jahren vorher auch von 1996 bis 1998 durch einen weiteren Rückgang gekennzeichnet waren.

Weiters ist bei Unfällen im Berichtszeitraum ein weiterer, jedoch geringer Rückgang festzu-

Gesundheitszustand der Bevölkerung

stellen, der aber nicht die Verkehrsunfälle betrifft. Diese stiegen von 1996 bis 1997 wieder an.

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

Der seit Mitte der achtziger Jahre festzustellende Rückgang der durch Selbstmord bedingten Sterblichkeitsrate hat sich zunächst in den Jahren 1993 bis 1995 nicht fortgesetzt bzw. ist die Sterblichkeitsrate für beide Geschlechter etwa gleichgeblieben, sie sinkt jedoch seit 1996 wieder allmählich ab. Damit liegt Österreich zwar nicht mehr im europäischen Spitzenfeld wie noch Mitte der achtziger Jahre, jedoch noch immer deutlich über dem Mittelwert der Länder der Europäischen Union. Auffallend ist, dass bei beiden Geschlechtern gerade die sehr Alten ab dem achtzigsten Lebensjahr die höchsten Selbstmordraten, gemessen an ihrer Zahl in der Bevölkerung, aufweisen.

Österreichische Krebsstatistik

Österreich zählt zu den wenigen Ländern Europas, die ein nationales Register zur Erfassung von neu an Krebs erkrankten Personen führen. Die rechtliche Grundlage für diese „Österreichische Krebsstatistik“ bilden das Krebsstatistikgesetz sowie die Krebsstatistikverordnung aus den Jahren 1969 bzw. 1978.

Das Krebsregister besteht seit 1970 und bietet eine Datenbasis für wissenschaftliche Untersuchungen in Bezug auf diese Krankheitsgruppe. Im Jahr 1996 wurde das Krebsregister insofern verbessert, als auch jene Fälle eingearbeitet wurden, bei denen die Krebserkrankung erst beim Tod festgestellt wurde, die aber zuvor nicht als Neuerkrankungsfälle an das Krebsregister gemeldet worden waren. Diese Korrektur wurde rückwirkend für die Jahre 1983 bis 1997 vorgenommen.

Die Aussagekraft der Krebsstatistik ist daher insgesamt als hoch zu bewerten, wenngleich die Erfassungsgrade regional unterschiedlich sind. Die aktuellsten verfügbaren Daten in diesem Register stammen aus dem Jahr 1997. Die wichtigsten Ergebnisse und Trends für den Zeitraum 1995 bis 1997 sind wie folgt zu beschreiben:

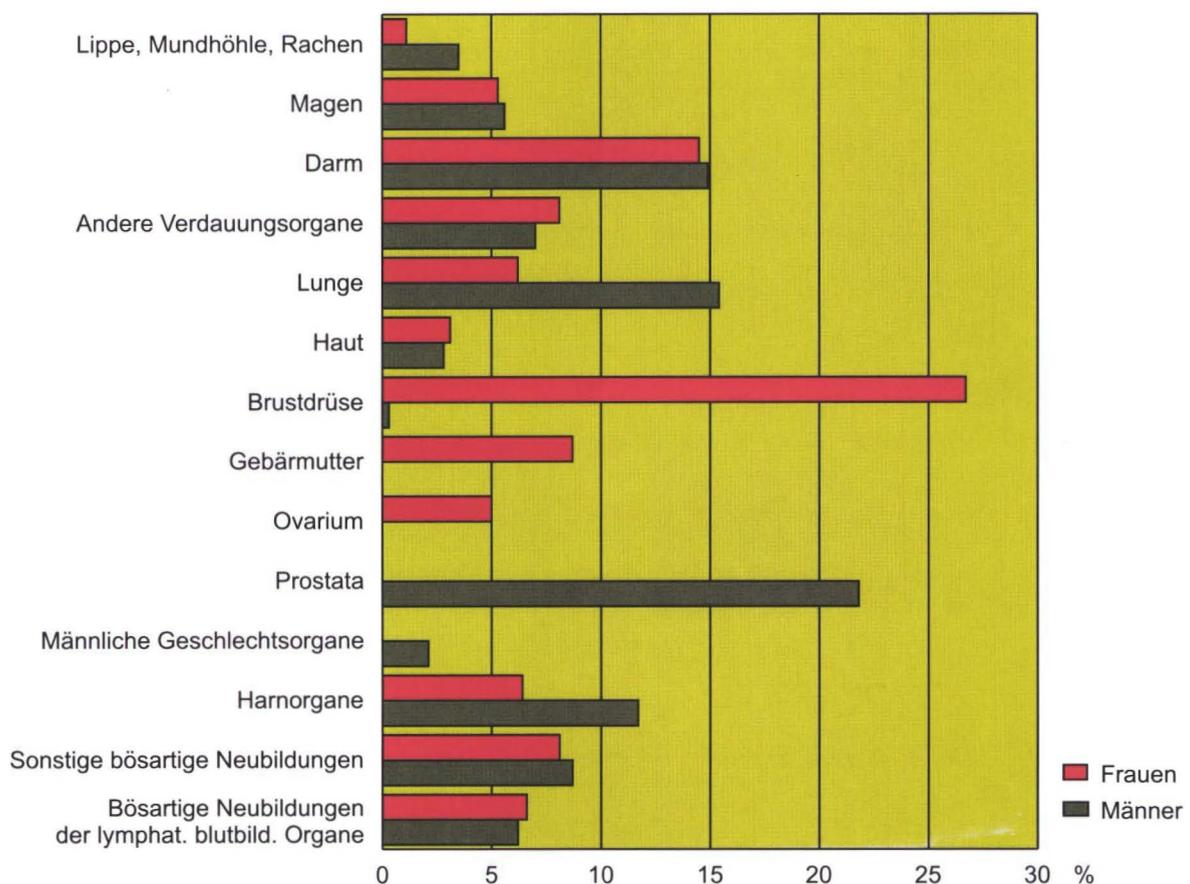
- Die Anzahl der im Register erfassten Krebsneuerkrankungen ist in diesem Zeitraum von 33.849 auf 34.735 angestiegen, wobei sich die Fälle etwa je zur Hälfte auf die beiden Geschlechter verteilen.
- Bei den Männern ist die Anzahl der Neuerkrankungen um fast 1.000 angestiegen; diese Steigerung war etwa zur Hälfte auf den starken Anstieg der Neuerkrankungen an Prostatakrebs (häufigste Lokalisation) zurückzuführen, wogegen die Neuerkrankungen an Lungenkrebs (zweithäufigste Lokalisation) und Darmkrebs (dritthäufigste Lokalisation) im Wesentlichen konstant blieben und von der Zahl der Prostatakrebsfälle bereits deutlich übertroffen wurden.
- Bei den Frauen blieb die Anzahl der Neuerkrankungen praktisch unverändert, wobei die

Krebsstatistik/Übertragbare Krankheiten

weiterhin leicht ansteigende Anzahl an Brustkrebsfällen (mit Abstand häufigste Lokalisation) durch den rückläufigen Trend bei den meisten anderen Krebslokalisationen (vor allem beim Gebärmutterkrebs) ausgeglichen wurde.

- Weiter im Steigen begriffen ist der Lungenkrebs bei Frauen, wenn auch das Risiko für Männer bei dieser Lokalisation nach wie vor ungleich höher ist.
- Der seit Jahren festzustellende rückläufige Trend bei Magenkrebs Erkrankungen setzte sich auch im Zeitraum 1995 bis 1997 in signifikanter Weise fort.

Abbildung 4.3: Anteil der Krebsneuerkrankungen nach Lokalisation und Geschlecht 1997



Quellen: Bundesanstalt Statistik Österreich - Krebsstatistik 1997; ÖBIG-eigene Berechnungen

Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

Die Erfassung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zählt zu den klassischen Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsverwaltung (siehe auch Abschnitt 7.12). Im Folgenden wird kurz auf die bakteriellen Lebensmittelvergiftungen eingegangen und die Entwicklung auf

Gesundheitszustand der Bevölkerung

dem Gebiet der Tuberkulose ausführlich dargestellt. Weitere meldepflichtige übertragbare Krankheiten werden im Punkt 7.6.2.1 unter dem Zwischentitel „Prävention von Infektionskrankheiten“ (AIDS, Hepatitis) behandelt.

Bakterielle Lebensmittelvergiftungen:

Konnte im letzten Gesundheitsbericht ein Rückgang bei den bakteriellen Lebensmittelvergiftungen von 11.109 Erkrankungen (acht Sterbefälle) im Jahr 1992 auf 8.705 Erkrankungen (fünf Sterbefälle) im Jahr 1995 gemeldet werden, so ist seit dem Jahr 1996 wiederum ein steter Anstieg der Fallzahlen zu beobachten. 1998 wurden knapp 10.000 Erkrankungen (ein Sterbefall) verzeichnet.

Tuberkulose:

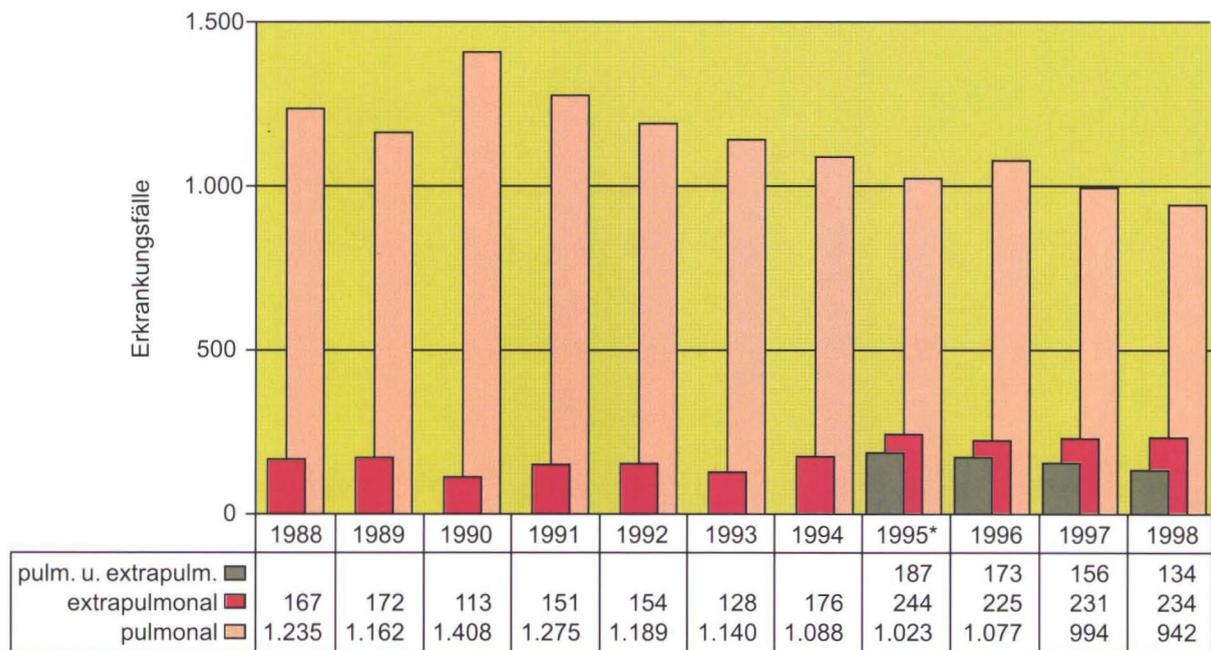
1995 wurde in Österreich eine neue Meldemodalität für Tuberkulose eingeführt. Sie zielt darauf ab, all jene Mindestdaten, welche für eine gesamteuropäische Tuberkuloseerfassung zusammenzuführen sind, zu erheben. Damit soll sowohl eine Auswertung nach Einzelfällen als auch ein Vergleich mit internationalen Statistiken ermöglicht werden. Zusätzlich werden Angaben zur Resistenz erhoben. Multiresistenz gegen Tuberkulostatika ist in den osteuropäischen Staaten ein großes Problem, insbesondere in den Haftanstalten. In der EU wurde ein „Import“ dieses Problems erwartet und es wurden daher entsprechende Maßnahmen zur Beobachtung gesetzt. In Österreich wurde bisher kein Anstieg der Multiresistenzen beobachtet.

Die neue Erhebungsform stellt einen für den einzelnen meldenden Arzt nicht unerheblichen Mehraufwand dar, ist aber für die Erstellung aussagekräftiger Statistiken unumgänglich. Es ist jedoch ausdrücklich auf die hohe Meldebereitschaft der involvierten Ärzte hinzuweisen. Durch die Zusammenführung der klinischen und der Labormeldungen über Tbc-Fälle in einer Datenbank soll ein möglichst exaktes Bild über die Tuberkulosesituation in Österreich entstehen (ohne Doppelmeldungen).

Im Jahr 1998 wurde zusätzlich mit einer kombinierten Erhebung der Resistenzen bei kulturpositiven Tuberkulosen begonnen. Diese Daten wurden in Datenbank retrograd bis 1995 eingegeben. Aufgrund der Einzelfallerhebung seit 1995 können Tbc-Fälle nicht nur wie bisher nach pulmonal oder extrapulmonal unterschieden werden, sondern es werden auch solche Fälle erfasst, die sowohl an pulmonaler als auch an extrapulmonaler Tuberkulose erkrankt sind (vgl. Abbildung 4.4).

Die Inzidenz der Tuberkulose weist insgesamt gesehen eine leicht fallende Tendenz auf, die insbesondere durch einen Rückgang der Lungentuberkulose bewirkt wird. Dieser Rückgang steht in Verbindung mit der in den letzten Jahren zu verzeichnenden Abnahme der Flüchtlingsströme. Die Inzidenz bei der ständig in Österreich lebende Bevölkerung bleibt - insbesondere bezüglich der extrapulmonalen Tuberkulose - weitgehend konstant.

Abbildung 4.4: Tuberkulose in Österreich - gemeldete Erkrankungsfälle 1988 - 1998



* Ab 1995 aufgrund einer neuen Meldemodalität zusätzliche Erfassung von Personen, die sowohl an pulmonaler als auch an extrapulmonaler Tuberkulose erkrankt sind.

Quelle: BMSG/Abteilung VIII/D/2

Grafik: ÖBIG

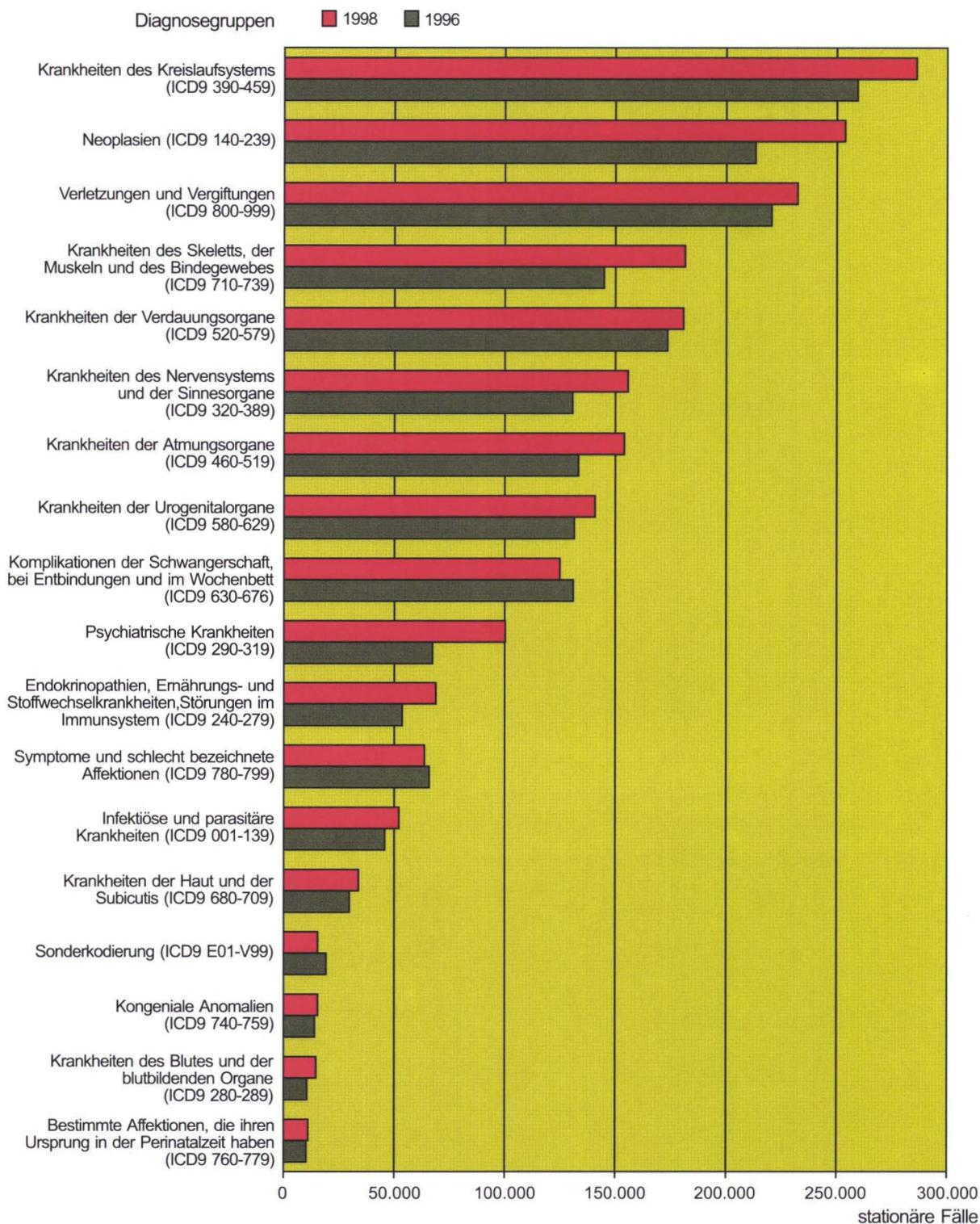
Eine Auswertung der Daten nach der neuen Meldemodalität ergab eine Reduktion der Gesamttuberkuloseinzidenz von ca. 25 erkrankten Männern pro 100.000 männlichen Einwohnern im Jahr 1996 auf knapp unter 20 im Jahr 1998 und von ca. zwölf erkrankten Frauen pro 100.000 weiblichen Einwohnern 1996 auf unter zehn im Jahr 1998. Die Inzidenz der Gesamtbevölkerung und der Männer ist in den Altersgruppen 46 bis 55 und über 66 Jahre am höchsten (21 bzw. 25 pro 100.000 Gesamtbevölkerung; 32 bzw. 38 pro 100.000 Männern). Bei den Frauen gibt es die höchsten Inzidenzraten in den Altersgruppen 36 bis 45 und über 66 Jahre, jedoch auf einem deutlich niedrigeren Niveau als bei den Männern.

Krankenhausmorbidity

Die österreichischen Krankenanstalten sind verpflichtet, jährlich Statistikdaten sowie personenbezogene Daten über ihre Patienten zu liefern. Die gesetzliche Grundlage dafür wurde im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen aus dem Jahr 1996 und in den entsprechenden Verordnungen zu diesem Gesetz neu definiert. Die genannten Daten sind eine wertvolle Grundlage für die Krankenanstaltenplanung sowie für die Beurteilung der Krankenhausmorbidity.

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Abbildung 4.5: Anzahl der stationären Fälle nach Hauptdiagnosengruppen 1996 und 1998



Quellen: BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 1996 und 1998; ÖBIG-eigene Berechnungen

Krankenhausmorbidity

Die Krankenhaushäufigkeit (stationäre Aufnahmen bezogen auf die Wohnbevölkerung) zeigt seit Jahren eine steigende Tendenz und ist im Vergleich zu anderen Nationen sehr hoch. Die Anzahl der stationären Aufnahmen ist von rund 1,8 Millionen im Jahr 1996 um rund elf Prozent auf über zwei Millionen im Jahr 1998 angestiegen, das entspricht einer Krankenhaushäufigkeit von etwa 25 stationären Fällen pro 100 Einwohnern im Jahr 1998. Diese Kennziffer lag 1998 in Frankreich und in Deutschland bei 23, in Schweden bei 20, in der Schweiz bei 14 und in den Niederlanden bei nur elf stationären Fällen pro 100 Einwohnern. Die Zunahme der Krankenhausaufenthalte in Österreich lässt sich zu einem Teil (rund 30 %) durch die steigende Zahl an „Nulltagespatienten“ (tagesklinische und halbstationäre Fälle) erklären (vgl. dazu auch Punkt 7.4.1).

Die häufigsten Gründe für stationäre Aufnahmen (Hauptdiagnosen) sind Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen, die zusammen etwa ein Viertel aller Krankenhausfälle ausmachen, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen (rund 11 %) sowie orthopädischen Erkrankungen und Krankheiten der Verdauungsorgane (jeweils rund 9 %). Zwischen 1996 und 1998 ist die Fallzahl in allen Indikationsgruppen mit Ausnahme des geburtshilflichen Bereiches angestiegen, und zwar besonders stark in Bezug auf orthopädische und psychiatrische Erkrankungsbilder sowie auf Stoffwechselerkrankungen.

5 Gesundheitsausgaben

5.1 Neuberechnung der Gesundheitsausgaben

Bereits im Jahr 1997 wurde vom Österreichischen Statistischen Zentralamt, nunmehr Statistik Österreich, eine neue Berechnungsart zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben vorgenommen. Anlass zu dieser Revision gaben vor allem die notwendige Anpassung an die EU-Systematik (Europäisches System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung 1979 - ESVG 79) sowie das Vorliegen besserer Basisstatistiken (z. B. Bereichszählung 1988). Die Neuberechnung der Gesundheitsausgaben in Österreich auf Grundlage der EU-Systematik ESVG 79 wurde rückwirkend bis zum Jahr 1981 durchgeführt. Aus der neuen Berechnungsmethode resultiert eine deutliche Senkung der unter dem Titel „Gesundheit“ ausgewiesenen Ausgaben. Diese Reduktion wird im Wesentlichen durch Ausgliederung einzelner Kostenarten bewirkt. So sind z. B. die Ausgaben für Fürsorgedienste und Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall nicht mehr Bestandteile der Gesundheitsausgaben (vgl. hierzu auch die Ausführungen im Gesundheitsbericht an den Nationalrat 1997).

Das ESVG 79 wurde zwischenzeitlich zum ESVG 95 weiterentwickelt und im April 1999 seitens der Europäischen Union als Instrument zur Ermittlung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung verbindlich vorgeschrieben. Mit der ESVG 95 soll eine Kohärenz mit dem internationalen System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (System of National Accounts, SNA 93) hergestellt werden, die vom Internationalen Währungsfonds (IWF), der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), den Vereinten Nationen (UN) sowie der Weltbank entwickelt wurde.

In Reaktion auf das nunmehr in Geltung stehende ESVG 95 und unter Bedachtnahme auf verfeinerte Statistiken (z. B. Bereichszählung 1995, detailliertere Informationen über die öffentlichen Ausgaben der Spitäler und Beziehung der Produktions- und Außenhandelsstatistik) wurden die Gesundheitsausgaben von Statistik Österreich für die Jahre 1995 bis 1997 rückwirkend neu berechnet. Die Gesundheitsausgaben des Jahres 1998 wurden ausschließlich nach der neuen Berechnungsmethode ermittelt.

Für das Jahr 1995 ergeben sich nach dem ESVG 95 Gesundheitsausgaben in Höhe von öS 206,724 Mrd./€ 15,023 Mrd. (nach der alten Berechnung im Rahmen des ESVG 79 wären es öS 185,90 Mrd./€ 13,509 Mrd. gewesen). 1998 sind nunmehr öS 216,212 Mrd./€ 15,713 Mrd. an Gesundheitsausgaben für Österreich ausgewiesen, das entspricht Ausgaben für Gesundheit von durchschnittlich öS 26.766,-/€ 1.945,- pro Kopf der Bevölkerung.

Aufgrund von Systembrüchen im Gesundheitssystem - wie z. B. Entfall der Vorsteuerabzugsberechtigung für viele Gesundheitsanbieter sowie Entfall der echten Steuerbefreiung der Sozialversicherungsträger (ab dem Jahr 1997 sind bei den Arzneimittelausgaben der Sozialversicherung 20 Prozent Mehrwertsteuer inkludiert) und buchungstechnischen Änderungen und Bereinigungen (z. B. Behandlung des „Abgangs“ bzw. der „Ausgabenüber-

Neuberechnung/Krankenversicherung

schüsse“ von Krankenanstalten, die vom jeweiligen Rechtsträger der Krankenanstalt getragen werden) kam es im Zeitraum 1995 bis 1998 zu größeren Sprüngen in der Entwicklung der Gesundheitsausgaben (vgl. auch Dannerbauer 2000). Eine vergleichende Betrachtung der Gesundheitsausgaben der Jahre 1995 bis 1998 erscheint daher nicht sinnvoll.

Eine Analyse der Entwicklung der Gesundheitsausgaben, die jedoch nur auf nach der alten Berechnungsmethode ermittelte Ausgaben zurückgreifen kann, zeigt, dass innerhalb der Gesundheitsausgaben eine Verschiebung der Ausgabenlasten zu den privaten Haushalten stattfand. So betrug 1994 der Anteil des privaten Konsums an den gesamten Gesundheitsausgaben 26,2 Prozent, 1981 waren es 23,2 Prozent (vgl. auch Hofmarcher/Riedel 2000).

5.2 Ausgaben der Krankenversicherung

Im Jahr 1999 waren rund acht Millionen Personen bzw. 99 Prozent der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung geschützt. Im Jahr 1998 beliefen sich die Ausgaben der Krankenversicherung auf öS 126 Mrd./€ 9,16 Mrd., davon entfielen öS 118 Mrd./€ 8,58 Mrd. auf Leistungen für die Versicherten in der Krankenversicherung. Eine Aufteilung der Ausgaben der Krankenversicherung nach Art der Leistungen für die Versicherten zeigt Abbildung 5.1.

Tabelle 5.1 veranschaulicht die Entwicklung der einzelnen Ausgabenpositionen. Mit fast 50 Prozent sind die Ausgaben für „Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel“ zwischen 1995 und 1998 am stärksten gestiegen. Zurückgegangen sind in diesem Zeitraum die Aufwendungen für das Krankengeld sowie für Gesundheitsvorsorge.

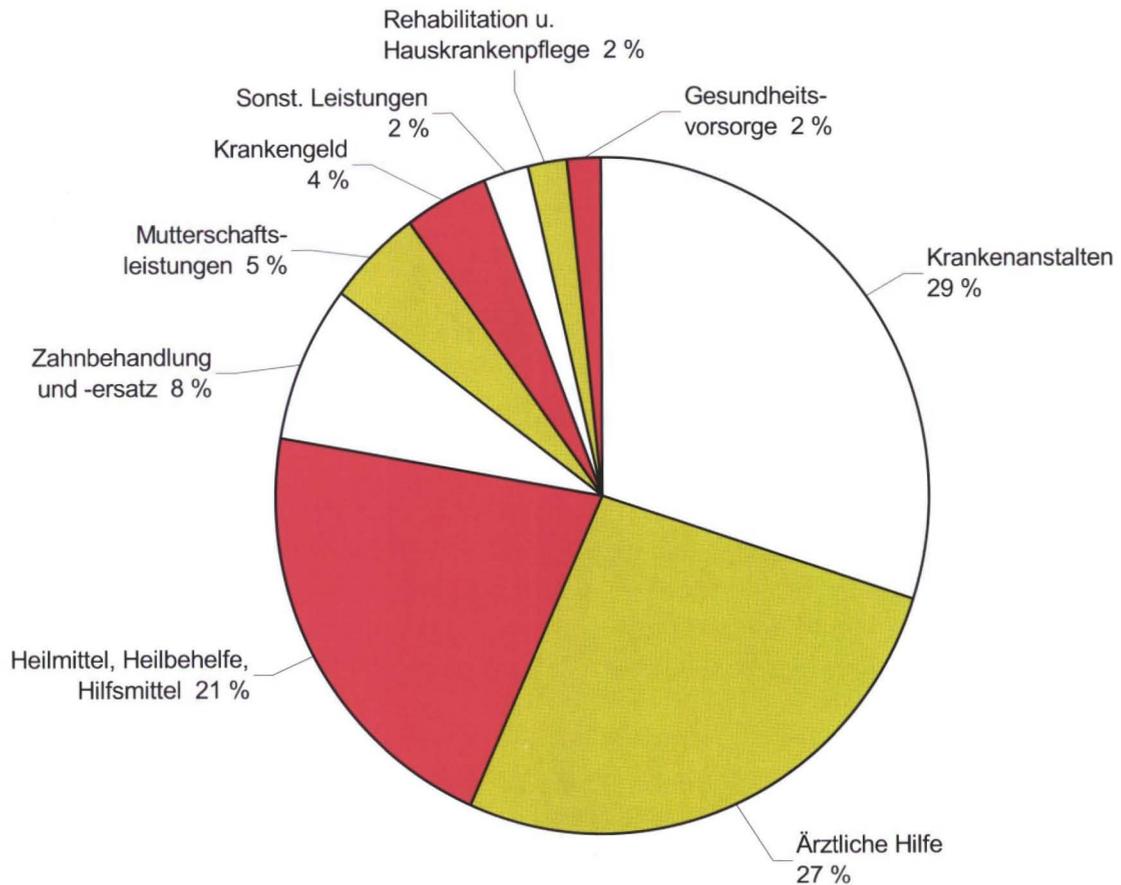
Tabelle 5.1: Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung für Versicherungsleistungen 1995 - 1998

Versicherungsleistungen	Ausgaben 1995 in Mrd.		Ausgaben 1998 in Mrd.		Entwicklung in Prozent 1995 - 1998
	öS	€	öS	€	
Ärztliche Hilfe	28,11	2,04	31,40	2,28	+ 11,7
Krankengeld	5,34	0,39	5,02	0,36	- 6,0
Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel	16,97	1,23	25,10	1,82	+ 47,8
Gesundheitsvorsorge	1,82	0,13	1,81	0,13	- 0,4
Zahnbehandlung und -ersatz	8,67	0,63	8,93	0,65	+ 3,0
Mutterschaftsleistungen	5,37	0,39	5,53	0,40	+ 3,0
Krankenanstalten	35,11	2,55	35,35	2,57	+ 0,7
Rehabilitation u. Hauskrankenpflege	1,74	0,13	2,30	0,17	+ 32,2
Sonst. Leistungen	2,54	0,18	2,64	0,19	+ 3,9
Gesamt	105,69	7,68	118,09	8,58	+ 11,7

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung 1996 und 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

Gesundheitsausgaben

Abbildung 5.1: Versicherungsleistungen der Krankenversicherung 1998



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

5.3 Internationaler Vergleich

OECD-Gesundheitsdaten

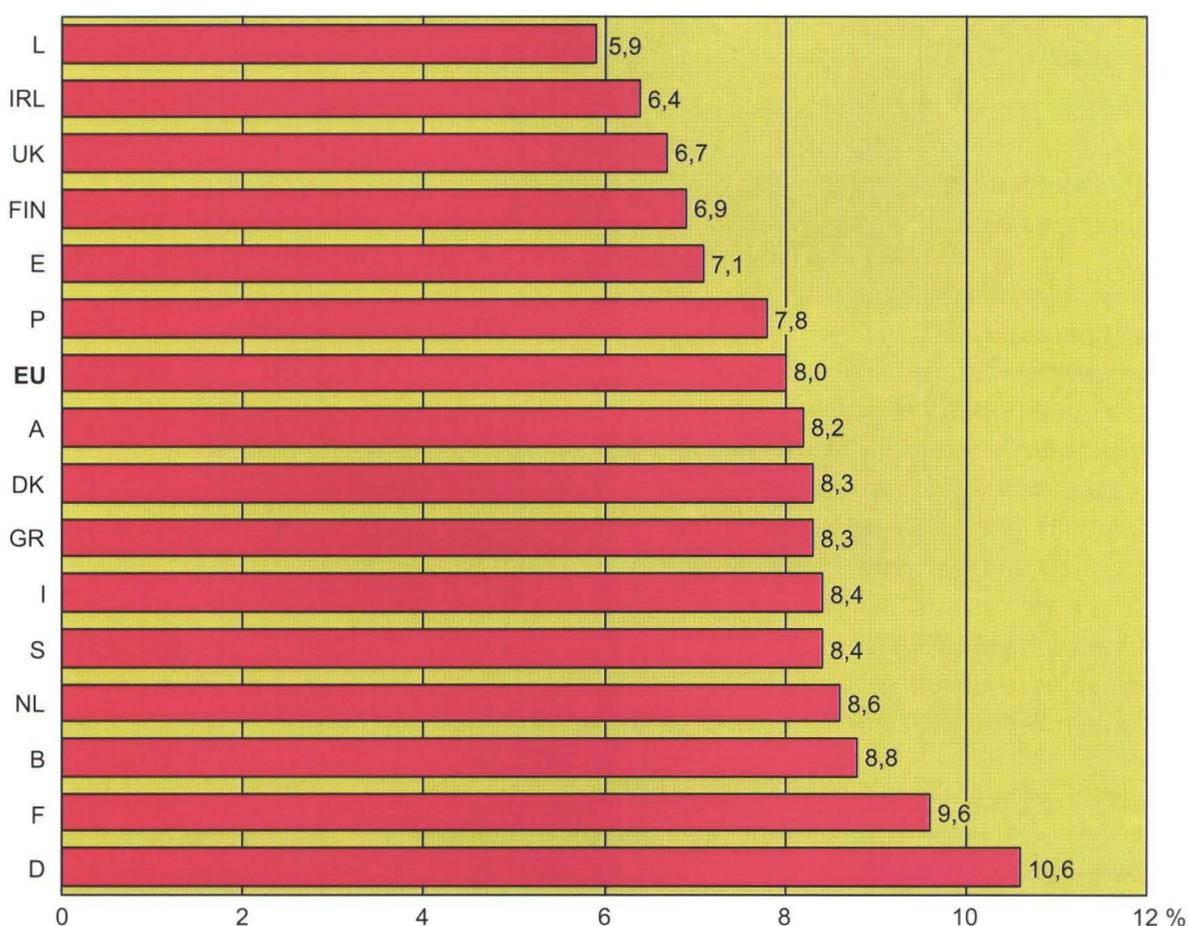
Für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit eines bestimmten Sektors wie dem Gesundheitswesen bieten sich internationale Vergleiche an.

Die Organisation für Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat bereits in den achtziger Jahren begonnen, eine internationale Datenbank mit Informationen zum Gesundheitswesen aufzubauen (OECD Gesundheitsdaten). Außer der OECD gibt es derzeit keine weitere internationale Organisation, die Daten über Ausgaben im Gesundheitswesen liefern könnte. Auch Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder die Weltbank, die selbst ein Vielzahl von Daten zum Gesundheitswesen sammeln und publizieren, greifen bei den Angaben über die Gesundheitsausgaben häufig auf die OECD-Datenbank zurück. Der OECD werden - zumeist von den nationalen statistischen Ämtern - Daten über die Gesundheitsausgaben (nunmehr nach dem Konzept der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, ESVG 95) zur Verfügung gestellt.

Internationaler Vergleich

Die für die Datenerfassung notwendigen Definitionen und Abgrenzungen, was alles unter den Begriff „Gesundheit“ fällt und welche Ausgaben dazuzählen, sind noch nicht ausreichend harmonisiert. Darüber hinaus erfolgt die Datenerfassung in den einzelnen Ländern nach den jeweils unterschiedlichen nationalen Verwaltungserfordernissen und nicht nach den Anforderungen der OECD. Aus diesen Gründen und im Hinblick darauf, dass durch organisatorische und/oder gesetzliche Änderungen Brüche in den Zeitreihen entstehen können, ist bei internationalen Vergleichen von Gesundheitsausgaben und deren Interpretation Vorsicht geboten.

Abbildung 5.2: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im EU-Vergleich für das Jahr 1998



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2000

Grafik: ÖBIG

Anmerkung: 1999 stellten die meisten Länder - wie auch Österreich - die Berechnung des Bruttoinlandsproduktes auf das internationale System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (System of National Accounts, SNA93) um. Durch diese Umstellung kam es zu einer Reihe von Problemen. Beispielsweise waren die der OECD übermittelten Daten weniger detailliert als vor der Revision, weiters berechneten einige Länder das neue Bruttoinlandsprodukt nur für einige Jahre zurück. Um längere Zeitreihen zur Verfügung zu haben, griff die OECD in jenen Fällen, wo das Bruttoinlandsprodukt nur für einige Jahre rückgerechnet vorlag, auf das Bruttoin-

Gesundheitsausgaben

landsprodukt nach der Berechnung des früheren Systems der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (SNA68) zurück. Dies war auch für Österreich der Fall, daher ergibt sich laut OECD-Datenbank für das Jahr 1998 ein Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 8,2 Prozent; nach der neuen Methode der Ermittlung des Bruttoinlandsproduktes (SNA93) beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben 8,3 Prozent (vgl. hierzu Erläuterungen zu den OECD-Gesundheitsdaten 2000 sowie Gesundheitsausgaben in Österreich laut OECD/VGR-Konzept der Statistik Österreich).

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Einschränkungen kann - solange die statistische Datenlage nicht besser harmonisiert ist - ein internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben nur als Orientierungshilfe herangezogen werden. Abbildung 5.2 zeigt als gängige Vergleichskennzahl den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Im EU-Vergleich liegt Österreich im Mittelfeld.

Beim Vergleich der Gesundheitsausgaben von 27 OECD-Ländern weisen die Vereinigten Staaten mit einem Anteil von 13,6 Prozent Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt den höchsten Wert auf, es folgen Deutschland (10,6 Prozent) und die Schweiz (10,4 Prozent). Österreich positioniert sich auch im OECD-Vergleich im mittleren Bereich.

WHO-Report zur Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen

Im Juni 2000 hat die WHO eine Untersuchung zur Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme von 191 WHO-Mitgliedsländern publiziert (The World Health Report 2000). Nach dieser Untersuchung hat Frankreich das weltweit beste Gesundheitssystem. Österreich rangiert bei dieser Untersuchung an neunter Stelle, Deutschland liegt an der 25. Stelle, die Vereinigten Staaten nehmen Platz 37 ein (vgl. Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2: *Reihung der Länder nach der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems*

Rang	Land	Rang	Land	Rang	Land
1	Frankreich	9	Österreich	17	Niederlande
2	Italien	10	Japan	18	Großbritannien
3	San Marino	11	Norwegen	19	Irland
4	Andorra	12	Portugal	20	Schweiz
5	Malta	13	Monaco
6	Singapur	14	Griechenland	25	Deutschland
7	Spanien	15	Island
8	Oman	16	Luxemburg	37	USA

Quelle: WHO - The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance; gereiht wurden insgesamt 191 WHO-Mitgliedsstaaten

Die WHO berücksichtigte bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit folgende Kriterien: Gesundheitszustand der Bevölkerung, Zugangsbedingungen und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens, gerechtes Finanzierungssystem (= einkommensabhängige und nicht krankheitsabhängige Finanzierung des Gesundheitssystems) und Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung.

5.4 Ausblick

Die Harmonisierung, vollständige Erfassung und übersichtliche Aufbereitung der ökonomischen Daten des Gesundheitswesens - vor allem in Bezug auf die Finanzierungsströme - lassen noch zu wünschen übrig. Auch andere europäische Länder haben Probleme, ihre Ausgaben- und Finanzierungsströme im Gesundheitswesen transparent und vergleichbar darzustellen. Einige Länder - wie beispielsweise Deutschland und die Schweiz - setzen jedoch bereits seit längerem Aktivitäten, um das gesundheitsstatistische Informationssystem zu verbessern. Entsprechende Schritte wären auch in Österreich einzuleiten.

Quellen:

Dannerbauer, H.: Neuberechnung der Gesundheitsausgaben laut OECD/VGR-Konzept (ESVG 95) 1995 - 1998. Statistik Österreich, Wien, Februar 2000 (unveröffentlicht)

Gesundheitsbericht der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales an den Nationalrat 1997. Wien 1997

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1996. Wien, Oktober 1996

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1999. Wien, Oktober 1999

Hofmarcher, M., Riedel, M.: Gesundheitsausgaben in der EU: Höhe oder Definition, das ist hier die Frage. Schwerpunktthema: Internationale Datenbanken und Vergleichbarkeit von Ausgaben. In: Soziale Sicherheit 4/2000, Health System Watch

OECD Gesundheitsdaten 2000

WHO (Hrsg.): The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Genf 2000

6 Rechtliche Grundlagen

6.1 Vorbemerkung

Wie in den beiden vergangenen Berichtsperioden (Gesundheitsberichte 1994 und 1997), gab es auch im hier behandelten Zeitraum (ab 1996) eine Reihe gesetzgeberischer Initiativen im Bereich des Gesundheitswesens.

Die Abgrenzung dieser Gesetze vom übrigen Rechtsstoff ist nicht immer einfach, vor allem aber nicht trennscharf zu ziehen. Dies hängt zum einen mit allgemeinen Unschärfen des Begriffes Gesundheitswesen zusammen (vergleiche Gesundheitsbericht 1997, Seite 53), zum anderen spielt auch die spezifische Bedeutung des Begriffes „Gesundheitswesen“ in der österreichischen Rechtssprache beziehungsweise die Verfassungslage eine Rolle. Auch diese Aspekte wurden im Gesundheitsbericht 1997 am angeführten Ort aufgezeigt.

In der gebotenen Kürze soll hier noch einmal auf diese Fragen eingegangen werden: Die WHO oder auch einzelne Regierungserklärungen gehen von einem sehr weiten Gesundheitsbegriff aus, der Zusammenhänge von Gesundheit und Umwelt, Gesundheit und Ernährung, Gesundheit und Bewegung oder Gesundheit und Arbeitswelt einschließt. Die österreichische Rechtssprache verwendet den Begriff dagegen in einer engeren Bedeutung.

Danach umfasst Gesundheitswesen speziell jene nach medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen geschaffenen Einrichtungen und Maßnahmen, die der Erhaltung und dem Schutz der Gesundheit der gesamten Bevölkerung, der Feststellung und Behandlung von Krankheiten von Einzelnen und der Pflege von Kranken und Genesenden dienen. Der Begriff Gesundheitswesen in diesem Sinn deckt sich also im Wesentlichen mit den Begriffen Sozialmedizin und Sanitätswesen.

Der Intention des Berichtes folgend, muss der Gesundheitsbegriff der Rechtssprache (an dem sich die Aufgaben des Ressorts im Wesentlichen orientieren) zunächst die Grundlage der Darstellung bilden. Dabei soll freilich nach Möglichkeit der eingangs dargestellte umfassendere Gesundheitsbegriff nicht ganz aus dem Blickfeld geraten.

Eine weitere Einschränkung des Berichtsgegenstandes ergibt sich, wie erwähnt, aus der rechtlichen, insbesondere aus der verfassungsrechtlichen Aufgabenverteilung im Bereich des Gesundheitswesens: Verschiedene Aufgaben aus diesem Bereich sind in Gesetzgebung und/oder Vollziehung von anderen Behörden (Gemeinden, Landesbehörden, anderen Ministerien, anderen Körperschaften öffentlichen Rechts) wahrzunehmen. Zur Illustration einige Beispiele: Örtliche Gesundheitspolizei, Rettungswesen = Gemeindeaufgabe; wesentliche Teile des Krankenanstaltenwesens = Länderaufgabe; Sozialversicherung = Aufgabe der Sozialversicherungsträger als selbstverwaltete Personen des öffentlichen Rechts; medizinische Forschung und Lehre = Aufgaben des Wissenschaftsressorts.

Reorganisation des Gesundheitswesens

Neben diesen Einschränkungen des Begriffes „Gesundheitswesen“ ist dieser andererseits im Rahmen der gegenständlichen Berichterstattung in einem speziellen Zusammenhang auszudehnen, nämlich im Bereich der Gesundheitsökonomie mit ihren Querverbindungen zu den Bereichen Sozialversicherung, Krankenanstaltenwesen und anderen Rechtsbereichen.

Mit dem Bundesministeriengesetz 1996, BGBl. I Nr. 21/1997, wurden im Berichtszeitraum die Aufgaben des Gesundheitswesens (im besprochenen engeren Wortsinn) mit den Aufgaben der Sozialversicherung in einem Ressort mit der Bezeichnung „Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ zusammengelegt. Fragen der Gesundheitsökonomie, konkret die Frage nach Art und Umfang der Finanzierung des Gesundheitswesens, spielen in allen Industriestaaten bekanntlich eine immer wichtigere Rolle. Schon aus diesem Grund hat diese Zusammenlegung von Aufgaben in einem Ressort eine gewisse Logik. Auch bei der jüngsten, an sich sehr maßgeblichen, Umgestaltung der Ressortaufgaben (schon außerhalb des Berichtszeitraumes) wurde bekanntlich dieser spezielle Strukturbaustein nicht verändert.

6.2 Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens 1997 - 2000

Die Darstellung dieser Strukturveränderung im Berichtszeitraum führt uns bereits in medias res, nämlich zur Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens zunächst für den zeitlichen Rahmen 1997 bis 2000.

Dieser Bereich ist als ein Schwerpunkt der Legistik des Berichtszeitraumes anzusprechen. Die Ursachen des diesbezüglichen Handlungsbedarfes wurden schon in den früheren Gesundheitsberichten verschiedentlich dargestellt (vgl. z. B. Gesundheitsbericht 1997, Seite 90 ff.). Grundsätzlich ist soziale Sicherheit - so auch die Sicherstellung der Krankenbehandlung - in Österreich über das System der Sozialversicherung an die Erwerbsarbeit geknüpft: Nur was in Erwerbsarbeit erwirtschaftet wird, steht grundsätzlich zur Verteilung zur Verfügung. Dieser Grundsatz ist vor allem im Bereich des Krankenanstaltenwesens durchbrochen: Beträchtliche - tendenziell steigende - Mittel müssen über Steuern aus den Budgets der Gebietskörperschaften aufgebracht werden. Neben unabänderlichen Entwicklungen, wie z. B. der längeren Lebenserwartung, spielen hier auch strukturelle Ursachen, wie z. B. falsche Anreize im Abrechnungssystem, eine wesentliche Rolle. Die legistische Umsetzung einschlägiger Reformen wird durch die Verfassungslage im Bereich Krankenanstaltenwesen erschwert (Artikel-12-B-VG-Kompetenzmaterie, das heißt, die Grundsatzgesetzgebung in diesem Bereich ist Bundessache, die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung sind Landessache; nur die sanitäre Aufsicht fällt in ausschließliche Bundeskompetenz). Der Ausweg aus dieser Kompetenzverteilung wird hier - wie in anderen ähnlich gelagerten Fällen - über „Staatsverträge“ zwischen Bund und den neun Ländern gemäß Art. 15a B-VG ermöglicht.

Eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für den Zeitraum von 1991 bis 1994 wurde mit Bundesgesetz BGBl Nr. 863/1992 geschlossen. Mit dieser Vereinbarung wurde das Modell „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“

Rechtliche Grundlagen

(LKF) mit dem Ziel, zum frühest möglichen Zeitpunkt Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich zu sein, weiterentwickelt (dazu unten Näheres).

Das grundsätzliche Ziel des neuen Spitalsfinanzierungssystems ist es, ohne Qualitätsverlust

- die Aufenthaltsdauer in Spitälern zu verkürzen,
- die Leistungsdokumentation zu verbessern sowie
- das Kostenbewusstsein im Spitalsbereich anzuheben.

Der ursprüngliche Geltungszeitraum der Vereinbarung für die Jahre 1991 bis 1994 wurde durch zwei Änderungen schließlich bis in den Berichtszeitraum 1996 erstreckt.

Gleichzeitig mit der Verlängerung des Geltungszeitraumes vereinbarten Bund und Länder, unverzüglich über eine Reform der Struktur und der Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens zu verhandeln und die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass die Reform mit 1. Jänner 1997 in Kraft treten kann. Die neue Regelung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, nämlich die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG, BGBl. I Nr. 111/1997, war hier aber wie erwähnt nicht mehr das ausschließliche Ziel, vielmehr sollten kostenstabilisierende Impulse auf das gesamte Gesundheitswesen ausgehen. Bezüglich der wesentlichsten Inhalte der Vereinbarung siehe Kapitel 2, S. 17 ff.

Die Vereinbarung hatte starke Auswirkungen auf die Legistik des Ressorts, da naturgemäß ein Anpassungsbedarf von Bundesgesetzen auf Grund der vereinbarten Strukturveränderungen bestand. Dies betraf insbesondere das Krankenanstaltengesetz des Bundes (KAG-Novelle 1996, BGBl. Nr. 751/1996).

Die KAG-Novelle 1996 ist freilich nicht die erste, die auf die neuen Entwicklungen der Krankenanstaltenfinanzierung ausgerichtet ist.

Bereits die Novelle des Krankenanstaltengesetzes BGBl. Nr. 282/1988 schuf eine erste diesbezügliche Voraussetzung: Seit 1. Jänner 1989 sind Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) zu erheben.

Ein weiterer Schritt erfolgte durch die KAG-Novelle BGBl. Nr. 701/1991: Krankenanstalten, die Zuschüsse aus dem (damaligen) Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (jetzt Strukturfonds) erhalten („Fondskrankenanstalten“), sind seit damals verpflichtet, medizinische Einzelleistungen auf Grundlage eines Leistungskataloges zu erfassen und zu melden. Die Klassifikation von Krankheiten und die darauf aufbauende Diagnosen- und Leistungsdokumentation bilden die Grundlagen der interdisziplinär erarbeiteten „leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“, das heißt also der Abrechnung auf Basis eben dieser erfassten medizinischen Einzelleistungen.

Anpassungsbedarf bestand auch in anderen Gesetzen, etwa im Allgemeinen Sozialversiche-

rungsgesetz durch die sich aus der Art.-15a-B-VG-Vereinbarung ergebenden unterschiedlichen Belastungen einzelner Krankenversicherungsträger (§ 322a ASVG).

Die bisher über die verschiedensten Quellen verstreuten Rechtsgrundlagen der Dokumentationspflichten, namentlich im intramuralen Bereich, wurden im Bundesgesetz über die Dokumentationspflicht im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zusammengeführt. Das Gesetz regelt die Diagnosen- und Leistungsdokumentation sowohl im stationären (Hauptstück A) als auch im spitalsambulanten Bereich (Hauptstück B).

Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im spitalsambulanten Bereich schafft dabei die Voraussetzung, das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung auch auf Ambulanzleistungen anzuwenden bzw. das Finanzierungssystem mit einem Ambulanzplan entsprechend weiterzuentwickeln.

Die Bestimmungen des Hauptstückes C (Dokumentation von Statistik- und Kostendaten in Krankenanstalten) und des Hauptstückes D (Erfassung weiterer Daten) sind entscheidende Grundlagen zur Umsetzung der Art.-15a-B-VG-Vereinbarung.

Die Bestimmungen dieses Gesetzes werden durch verschiedene Verordnungen näher spezifiziert (z. B. Verordnung über die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich, BGBl. Nr. 783/1996 i. d. F. BGBl. II Nr. 63/1998; Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten, BGBl. Nr. 784/1996).

6.3 **Ärztegesetz 1998**

Das Ärztegesetz 1984 (BGBl. Nr. 373/1984) wurde im Berichtszeitraum zunächst mehrmals novelliert und schließlich durch das Ärztegesetz 1998 (BGBl. I Nr. 169/1998) ersetzt.

Von den Novellen sei nur die wohl wichtigste BGBl. Nr. 378/1996 herausgegriffen, die folgende Regelungsschwerpunkte zum Inhalt hatte:

- Ausbildung auch in Lehrpraxen möglich, deren Inhaber nicht zugleich auch Konsiliarfacharzt ist;
- Rechtsgrundlagen für die Anerkennung von arbeitsmedizinischen Zentren für die Ausbildung zum Facharzt;
- nach wie vor Beschränkung der fachärztlichen Tätigkeit auf das jeweilige Sonderfach, aber Zulässigkeit der zusätzlichen Berufsausübung als Arzt für Allgemeinmedizin, wenn die entsprechende Ausbildung absolviert worden ist;
- Änderung der Regelung, wonach Ärzte aus Nicht-EWR-Staaten ärztliche Tätigkeiten nur in unselbständiger Stellung zu Studienzwecken auf Grund einer besonderen Bewilligung bis zu einem Jahr in ärztlichen Ausbildungsstätten ausüben können;
- Beseitigung der vergleichsweise Schlechterstellung von Österreichern, die ihr Medizin-

Rechtliche Grundlagen

studium in einem Land abgeschlossen haben, in dem der Erwerb des Doktorgrades für die ärztliche Berufsberechtigung nicht erforderlich ist;

- Vorrang der postpromotionellen Ausbildung nicht nur für österreichische Turnusärzte, sondern für alle Turnusärzte mit der Staatsbürgerschaft eines EWR-Staates;
- Rechtsgrundlage für ursprünglich ausländische Zahnärzte, die auf Grund ausländischer Ausbildung in österreichischen Krankenanstalten tätig geworden sind und später die österreichische Staatsbürgerschaft erworben haben; in diesem Zusammenhang Beseitigung von Benachteiligungen von Österreichern;
- Reformierung kammerrelevanter Regelungen im Zusammenhang der Errichtung von Bundessektionen und Bundesfachgruppen;
- Adaptierung im Disziplinarrecht und in den Verwaltungsstrafatbeständen.

Trotz Außer-Kraft-Tretens des Ärztegesetzes 1984 sind diese Neuregelungen materiell weiterhin in Kraft, da sie inhaltlich Bestandteil des Ärztegesetzes 1998 geworden sind.

Das Ärztegesetz 1998 selbst enthält gegenüber dem Ärztegesetz 1984 (in seiner letztgültigen Fassung) drei wesentliche Neuerungen:

- Auf der Grundlage des Universitätsstudiengesetzes, BGBl. I Nr. 48/1997, wurde ein Studium für Zahnmedizin geschaffen. Das neue Ärztegesetz schafft nun die berufsrechtlichen Voraussetzungen der Ausübung des Zahnarztberufes für künftige Absolventen dieses Studiums. Mit dieser Neuregelung wurde der Zahnarztberuf den europarechtlichen Vorgaben angepasst.

In engem Zusammenhang mit der Neuregelung des Zahnarztberufes steht auch die im Ärztegesetz 1998 geregelte Ausbildung im Sonderfach „Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“.

- Die Kammerorganisation wurde neu strukturiert. (Wegen dieser umfassenden Neuregelung des Kammerrechts war auch der gänzlichen Neufassung des Gesetzes der Vorzug gegenüber einer weiteren Novellierung zu geben.)
- Das bisher unzureichende - weil zu rudimentär geregelte - Disziplinarverfahrensrecht für Ärzte wurde neu gefasst.

Damit verbunden war auch eine inhaltliche Änderung des Disziplinarrechtes in einem wesentlichen Punkt, der ein allgemeines Interesse beanspruchen darf: Bei Verdacht der Misshandlung von Kindern hat ein Arzt nun die zuständige Jugendwohlfahrtsbehörde zu verständigen (anstelle der bisher obligatorischen Strafanzeige). Dies ermöglicht dieser Behörde eine differenzierte Vorgangsweise zwischen therapeutischen Maßnahmen und der Strafanzeige.

6.4 Legistische Änderungen bei anderen Gesundheitsberufen

Ausbildung und Berufsbild in den meisten Gesundheitsberufen erwiesen sich in den letzten Jahren als reformbedürftig, da diese vielfach nicht mehr den aktuellen Anforderungen entsprachen (vgl. Kapitel 8: Ausbildung und Ausbildungsreform).

In der Berichtsperiode wurde insbesondere die Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich der Pflegehilfe, vollständig neu geregelt (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997).

Schwerpunkte des neuen Gesetzes sind:

- Die Schaffung eines neuen Gesetzes für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe;
- die Festlegung von Berufsrechten und Berufspflichten;
- die Neuformulierung der Berufsbilder;
- die Änderung der Berufsbezeichnungen;
- eine detaillierte Umschreibung der Tätigkeitsbereiche sowie
- umfassende Regelungen über die Berufsberechtigungen und die Berufsausübung;
- die Festlegung der Ausbildungsbedingungen (Zugang, Ausschluss, Anrechnungen, Prüfungen);
- die Aufhebung der Internatspflicht;
- die Einrichtung einer Schülerversammlung;
- Regelungen für Fort- und Weiterbildungen;
- verpflichtende Sonderausbildungen für die Ausübung von Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben;
- Sonderausbildungen auch in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege neben den bisherigen Grundausbildungen;
- die Neufassung der Nostrifikationsbestimmungen;
- die Ergänzung der EWR-Bestimmungen.

Das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz stärkt die Selbständigkeit und damit die Eigenverantwortung des Pflegepersonals, indem es die eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen, interdisziplinären und erweiterten Tätigkeitsbereiche genau umschreibt. Auf dieses höhere Maß an Verantwortung muss auch in der Ausbildung stärker Bedacht genommen werden. Diese wurde daher in der Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung - GuK-AV, BGBl. II Nr. 179/1999, gänzlich neu geregelt. (Die Verordnung lag im Entwurf bereits im Berichtszeitraum vor und wurde auch in der Ausbildung umgesetzt; in diesem Zusammenhang sei auf Abschnitt 8.2 verwiesen.)

Rechtliche Grundlagen

Eine relativ junge Berufsgruppe aus dem Bereich der Gesundheitsberufe sind die Kardiotechniker. Österreich ist eines der ersten Länder, die für diese Berufsgruppe ein eigenes Gesetz geschaffen hat (Kardiotechnikergesetz - KTG, BGBl. I Nr. 96/1998). Wichtige Regelungsgegenstände des Gesetzes werden unter Punkt 8.3.2 dargestellt.

Neben diesen beiden grundsätzlichen Neuregelungen wurden auch verschiedene andere Vorschriften für in Gesundheitsberufen tätige Personen novelliert oder durch Verordnungen spezifiziert.

6.5 Gesundheitsförderung

Mit diesem Bereich befasst sich das Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz - GfG), BGBl. I Nr. 51/1998, auf das in Kapitel 7.6 näher eingegangen wird.

6.6 Suchtmittelgesetz

Mit dem Suchtmittelgesetz - SMG (BGBl. I Nr. 112/1997) wurde im Berichtszeitraum das Problem des Missbrauchs von Suchtgiften gesetzlich neu angegangen.

Die Anfänge der Gesetzgebung in diesem Bereich gehen bis weit in die 1. Republik zurück (Haager Opiumabkommen vom 23. Jänner 1912, BGBl. Nr. 361/1921 i. d. F. der Genfer Opiumkonvention vom 19. Februar 1925, BGBl. Nr. 244/1928).

Diese Vorschriften wurden verschiedentlich der internationalen Entwicklung angepasst, während der Okkupation Österreichs durch Bestimmungen des damaligen Deutschen Reiches ersetzt und schließlich schon bald nach Kriegsende neu geregelt (Suchtgiftgesetz vom 29. Oktober 1946, BGBl. Nr. 207). Durch Anpassung an verschiedene internationale Regelungen verändert, wurde dieses Gesetz schließlich mit 18. September 1951, BGBl. Nr. 234, wiederverlautbart (Suchtgiftgesetz 1951) sowie in der Folge mehrfach novelliert, bedingt vor allem durch einen beträchtlichen Anstieg der Suchtgiftkriminalität. Seit den achziger Jahren besteht dabei ein Vorrang „des Helfens statt Strafens“ bei jenen, die in erster Linie als Opfer dieser Entwicklung anzusehen sind.

Das Hauptgewicht der jüngsten gesetzlichen Neuregelung lag dabei wiederum - wie schon mehrfach in der Vergangenheit - in der Umsetzung eines entsprechenden internationalen Abkommens, nämlich der UNO-Konvention über psychotrope Stoffe 1971 (Psychotropenkonvention). Psychotrope Stoffe werden dabei vom Gesetzgeber nicht definiert, sondern taxativ aufgezählt bzw. Grenzmengen dieser Stoffe, die in einem bestimmten Wirkstoff enthalten sein dürfen, festgelegt. Bei der Festlegung dieser Grenzwerte wurde auf die Eignung dieser Stoffe, Gewöhnung hervorzurufen bzw. in großem Ausmaß eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen herbeizuführen, Bedacht genommen.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit, leichteren Lesbarkeit sowie der Systematik wurde die gänzliche Neufassung des Gesetzes einer Novellierung vorgezogen.

Zum Inhalt:

- Im ersten Hauptstück werden der Anwendungsbereich des Gesetzes und die Begriffe „Suchtgifte“, „psychotrope Stoffe“ und „Vorläuferstoffe“ definiert bzw. umschrieben, wobei der Begriff „Suchtmittel“ als gemeinsamer Überbegriff sowohl die Suchtgifte als auch die psychotropen Stoffe erfasst.
- Das zweite Hauptstück enthält die administrativen Kontrollmaßnahmen betreffend den Verkehr und die Gebarung mit Suchtmitteln sowie die gesundheitsbezogenen Maßnahmen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch, einschließlich der Regelungen betreffend der Anerkennung von Einrichtungen mit Betreuungsangebot für Personen, die Suchtgift missbrauchen.
- Im dritten Hauptstück werden die administrativen Kontrollmaßnahmen betreffend die sogenannten „Vorläuferstoffe“ geregelt.
- Das vierte Hauptstück betrifft die für die Überwachung des Verkehrs mit Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Vorläuferstoffen zuständige besondere Verwaltungsdienststelle beim Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (jetzt Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen).
- Im fünften Hauptstück schließlich werden die strafrechtlichen Bestimmungen und Verfahrensvorschriften hinsichtlich der Suchtgifte, psychotropen Stoffe und Vorläuferstoffe zusammengefasst.
- Das sechste Hauptstück enthält die Schlussbestimmungen.

Das neue Gesetz schuf die Voraussetzungen zum Beitritt zur Psychotropenkonvention (UN-Übereinkommen), indem es entsprechende gesetzliche Voraussetzungen zur Erfüllung von Verpflichtungen aus diesem Übereinkommen herstellte. Die Inhalte dieses Übereinkommens sind im übrigen auch Gemeinschaftsrecht. Es geht dabei vor allem um Solidarität mit der Staatengemeinschaft bei der Bekämpfung der organisierten Suchtgiftkriminalität.

Auf Grund des neuen Gesetzes ergingen mehrere Detailregelungen wie:

- Suchtgiftverordnung - SV, BGBl. II Nr. 374/1997;
- Psychotropenverordnung - PV, BGBl. II Nr. 375/1997;
- Kundmachung über Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch, BGBl. II Nr. 379/1997 i. d. F. BGBl. II Nr. 442/1998 und BGBl. II Nr. 45/1999.

Rechtliche Grundlagen

6.7 Rechtliche Fragen des Transplantationswesens

Ein Thema der erwähnten Art.-15a-B-VG-Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens betrifft die Förderung des Transplantationswesens. Eine Schnittstelle zwischen dieser Vereinbarung und dem Thema Transplantation ergibt sich auch aus dem Gastpatientenproblem, das speziell im Bereich der Spitzenmedizin besonders virulent ist. (Patienten aus anderen Bundesländern oder aus dem Ausland sind in Einrichtungen eines bestimmten Bundeslandes zu behandeln, z. B. weil entsprechende Einrichtungen im Heimatbundesland des Patienten fehlen, wodurch Verzerrungen der Kostenstrukturen innerhalb der Bundesländer entstehen; hier wurde im Rahmen der Einrichtung von Landesfonds die Möglichkeit eines bundesweiten Finanzausgleiches geschaffen.)

Die Förderung des Transplantationswesens als Ziel wurde in der gegenständlichen Art.-15a-B-VG-Vereinbarung festgeschrieben. Konkretisiert wird es durch die KAG-Novelle 1996 und zwar durch die eingefügten §§ 59a, 59c und 59e. Demnach wird das Transplantationswesen jährlich mit 30 bis 40 Millionen Schilling gefördert. Mit diesen Mitteln werden unter anderem die Kosten der Entnahme von Organen sowie die Typisierung von potentiellen Knochenmarkspendern abgegolten.

Durch diese Maßnahme soll die Position Österreichs im Spitzenfeld des Transplantationswesens abgesichert werden.

Eine andere gesetzliche Maßnahme, die diese führende Position ermöglicht, betrifft die Widerspruchslösung, wie sie im Krankenanstaltengesetz (§ 62a) vorgesehen ist. Demnach können Organe Verstorbener entnommen werden, sofern der Verstorbene nicht zu Lebzeiten Widerspruch gegen die Entnahme seiner Organe erhoben hat. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen, die Registrierung im Widerspruchregister, mit dessen Führung das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen beauftragt ist, ist allerdings wegen der leichteren Erhebbarkeit anzuraten.

6.8 Arzneimittelgesetz

In diesem Bereich ergab sich - wie in verschiedenen anderen Bereichen - vor allem ein Anpassungsbedarf durch Gemeinschaftsrecht. Dies betrifft z. B. ein mit dem EU-Recht kompatibles Zulassungsverfahren von Arzneimitteln (Novellen BGBl. Nr. 379/1996; vergleiche Gesundheitsbericht 1997, S. 148 f., und Punkt 7.10.3).

6.9 Blutsicherheitsgesetz

Blut und Blutprodukte sind, was ihre Anwendung beim Menschen anlangt, per definitionem Arzneimittel. Insofern besteht hier also ein enger Zusammenhang mit dem Arzneimittelwesen. Die Gewinnung von Plasma bzw. die dabei einzuhaltenden Sicherheitsaspekte - also das

erste Glied in einer Kette bis zum Empfänger - ist dagegen eine Materie, die durch eigene Vorschriften geregelt ist.

Das im Berichtszeitraum geltende Plasmapheresegesetz ordnete generell an, dass die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaften erforderlichen Vorkehrungen zu beachten sind, um die einwandfreie Beschaffenheit des Plasmas zu gewährleisten.

Diese grundsätzliche Vorgabe wurde 1996 durch Richtlinien betreffend die Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin spezifiziert. Diese Richtlinien können seither als Stand der medizinischen Wissenschaft gelten und wurden dementsprechend in der Praxis angewendet. Allerdings entspricht das Plasmapheresegesetz aus den siebziger Jahren in seiner Diktion in verschiedenen Punkten nicht mehr den heutigen Gegebenheiten und war daher novellierungsbedürftig. Bei dieser Gelegenheit wurde das Gesetz unter anderem auch aus verfahrensökonomischen Gründen völlig neu gefasst (Bundesgesetz über die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen - Blutsicherheitsgesetz 1999, BGBl. I Nr. 44/1999 i. d. F. BGBl. I Nr. 119/1999).

Das Gesetz regelt folgende wichtige Bereiche:

- Die gesundheitliche Eignung und der Gesundheitsschutz der Spender, einschließlich des Umfangs und des zeitlichen Abstands der Untersuchungen, sowie der Folgen der Untersuchungsergebnisse,
- die Anforderungen an eine Blutspendeeinrichtung zur Erteilung einer Betriebsbewilligung in personeller, baulicher und technischer Hinsicht sowie
- die Qualitätssicherung des in Blutspendeeinrichtungen gewonnenen Blutes oder gewonnener Blutbestandteile.

Das Gesetz entspricht den Vorgaben des Gemeinschaftsrechtes (Entschließung des Rates vom 2. Juni 1995 über die Sicherheit von Bluttransfusionen und die Selbstversorgung mit Blut in der Gemeinschaft; Entschließung des Rates vom 12. November 1996 über eine Strategie für die Sicherheit von Blut und die Selbstversorgung mit Blut in der Gemeinschaft; Richtlinie des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 14. Juni 1998/381/EWG sowie Empfehlung des Rates vom 29. Juni 1998 über die Eignung von Blut- und Plasmaspendern und das Screening von Blutspenden in der Europäischen Gemeinschaft, 98/463/EG).

6.10 Medizinproduktegesetz

Ein besonderer Schwerpunkt der Legistik im Berichtszeitraum betraf das Medizinproduktegesetz - MPG (BGBl. Nr. 657/1996). Der Begriff „Medizinprodukt“ ist relativ jung; er bezeichnet, zum Unterschied von Arzneimitteln, die Gesamtheit aller medizinischen Geräte, Bedarfsartikel, Produkte für die medizinische Labordiagnostik und medizinische Hilfsmittel für Behinderte. Diese Bezeichnung entspricht dem im angelsächsischen Raum seit langem geäußerten Begriff „medical device“.

Rechtliche Grundlagen

Der Bereich ist durch enorme Vielfalt und Dynamik gekennzeichnet. Neben ganz einfachen und seit langem eingeführten Produkten wie Fieberthermometer, Pflaster, Zahnkronen und -brücken, Stützstrümpfen usw. gehören hierher aber vor allem Hightechprodukte, z. B. die immer mehr verfeinerten Geräte der bildgebenden Diagnostik wie Kernspintomographie usw., ebenso hochkomplexe Biosensoren, elektronische Implantate wie Herzschrittmacher oder Produkte, die in der Labordiagnostik verwendet werden.

Mit dem Einsatz hochkomplexer Diagnosemethoden können Risiken verbunden sein, die einen Regelungsbedarf bezüglich Sicherheit, Funktionstüchtigkeit, Wirksamkeit bzw. überhaupt die Qualität solcher Produkte betreffend induzieren. Bis zum In-Kraft-Treten des Medizinproduktegesetzes war dieser Bereich sehr unvollständig und unübersichtlich geregelt.

Nach der „Neuen Konzeption“ der Europäischen Union wird der freie Warenverkehr für alle Medizinprodukte einheitlich auf einem hohen Schutzniveau geregelt. (Die sogenannte „Neue Konzeption“ der EG vom 7. Mai 1985, Abl EG Nr. C 156 vom 4. Juni 1985 ist ein für die unten angeführten Richtlinien grundlegendes Regelwerk auf der Metaebene.)

Zur Umsetzung der „Neuen Konzeption“ bestehen folgende Richtlinien:

1. Die Richtlinie 90/385/EWG betreffend aktive implantierbare Medizinprodukte (z. B. implantierbare Herzschrittmacher, implantierbare Defibrilatoren, implantierbare Infusionspumpen für Arzneimittel, künstliche Herzen, implantierbare Nerven-, Muskel-, Blasen- und Zwerchfellsimulatoren, Cochlearimplantate, bestimmte radioaktive Implantate, jeweils einschließlich des erforderlichen Zubehörs und der erforderlichen Software) ist in der EU am 1. Jänner 1993 in Kraft getreten, war über das EWR-Abkommen seit 1. Jänner 1994 anwendbar und ist seit 1. Jänner 1995 für den EWR verbindlich.
2. Die Richtlinie 93/42/EWG umfasst alle Medizinprodukte mit Ausnahme der aktiven implantierbaren und der labordiagnostischen Medizinprodukte, also z. B. Kernspintomographen, Nierenlithotripter, Röntgengeräte, medizinische Beschleuniger, medizinischer Laser, Ultraschallgeräte, Endoskope, Herzklappen, Brustimplantate, künstliche Gelenke, Intraokularlinsen, Kontaktlinsen und ihre Pflegeprodukte, zahnärztliche Werkstoffe und Geräte, Intrauterinpressare, Kondome, Verbandsstoffe, Pflaster, Katheder, Knochenplatten und -nägel, Spritzen, Infusionspumpen, Blutdruckmessgeräte, Rollstühle, Hörgeräte, chirurgische Instrumente, chirurgische Handschuhe und Untersuchungshandschuhe, Fieberthermometer, Korrekturbrillen, Stützstrümpfe usw.; diese Richtlinie ist im EWR seit 1. Jänner 1995 anwendbar.
3. Eine weitere Richtlinie (98/79/EG) betrifft Medizinprodukte für die In-vitro-Diagnose (In-vitro-Diagnostika einschließlich medizinischer Laborgeräte; siehe dazu auch Punkt 7.11.2).

Das Medizinproduktegesetz setzte die unter Punkt 1 und 2 genannten EU-Richtlinien in österreichisches Recht um und schuf Voraussetzungen für die Aufnahme der unter Punkt 3 genannten Richtlinie in das innerstaatliche Recht, die - bereits außerhalb des Berichtszeitra-

mes - durch die Novelle BGBl. I Nr. 117/1999 zum Medizinproduktegesetz vollzogen wurde.

Das Medizinproduktegesetz enthält die folgenden wesentlichen Regelungsgegenstände:

- Definitionen
- Abgrenzung zu Arzneimitteln
- Verkehrsfähigkeit von Medizinprodukten im Geltungsbereich des Abkommens über den EWR
- Konformitätsbewertungsverfahren
- Klassifizierung von Medizinprodukten zum Zweck der Zuordnung zu einem bestimmten Konformitätsbewertungsverfahren
- „Benannte Stellen“ = Einrichtungen zur Zulassung von Medizinprodukten
- Klinische Prüfungen für Medizinprodukte
- Überwachung und Schutz vor Risiken
- Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Qualitätsmanagement für Medizinprodukte in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Besondere Bestimmungen für den Betrieb, die Abgabe und Verschreibung von und die Werbung für Medizinprodukte

6.11 Patientenrechte

Der Begriff Patientenrechte fand erst in jüngerer Zeit Eingang in die Rechtssprache, obwohl viele der dahinterstehenden Anliegen durch eine Reihe von Gesetzen in den verschiedensten Rechtsmaterien schon seit langem verwirklicht sind. Eine Legaldefinition des Begriffes gibt es nicht. Man kann Patientenrechte als Inbegriff der gesetzlichen Bestimmungsfaktoren des Arzt-Patienten-Verhältnisses bzw. des Verhältnisses des Medizinbetriebes zum Patienten umschreiben (vergleiche Gesundheitsbericht 1994, Seite 151 ff.). Die „Streulage“ der bezüglichen gesetzlichen Bestimmungen in vielen Bereichen der Rechtsordnung führt zu einer gewissen Unübersichtlichkeit und zu Vollzugsdefiziten, wohl der wichtigsten Ursache dafür, dass „Patientenrechte“ in der politischen Debatte der letzten Jahre so bedeutend wurden. Wesentliche Neuerungen auf diesem Gebiet erfolgten Ende der achtziger/Anfang der neunziger Jahre im Bereich des Schutzes von Mentalpatienten (Gesundheitsbericht 1994, Seite 154 f.). Seit damals ist eine gewisse Stagnation in der Legistik, zumindest des Bundes, feststellbar. Insbesondere die „Patientencharta“ auf der Ebene eines Art.-15a-B-VG-Vertrages zwischen Bund und Ländern kam bisher nicht zustande. Ein entsprechender Vertrag wurde bisher nur zwischen dem Bund und dem Land Kärnten abgeschlossen - Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), BGBl. I Nr. 195/1999.

Rechtliche Grundlagen

In der rechtlichen Forschung und Lehre viel diskutiert wurde in den letzten Jahren eine Änderung der zivilrechtlichen Schadenersatzbestimmungen im Bereich der Arzthaftung für Behandlungsfehler. Gefordert wird dabei ein Abgehen von der Verschuldenshaftung. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen hat über Anfrage des Ressorts die Einrichtung eines Fonds für Härtefälle auf Bundesebene - vergleichbar der in Wien bereits bestehenden entsprechenden Einrichtung - vorgeschlagen. Es gibt eine politische Willenserklärung des ressortzuständigen Staatssekretärs zur Umsetzung dieser Lösung, wodurch ohne Eingriff in gewachsene und bewährte Strukturen des Zivilrechtes das Problem bei vertretbaren Kosten praktisch lösbar wäre.

7 Versorgungsbereiche

7.1 Ärztliche Versorgung

7.1.1 Entwicklung 1980 bis 1998

Die Gesamtanzahl der berufstätigen Ärzte ist laut Ständesmeldungen der Österreichischen Ärztekammer zwischen 1980 und 1998 um rund 15.400, also um etwa 85 Prozent, auf fast 34.000 angestiegen. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte hat sich in diesem Zeitraum um rund 70 Prozent erhöht, jene der angestellten Ärzte (ohne Turnusärzte) hingegen hat sich - von einem niedrigeren Niveau aus - nahezu verdreifacht. Diese Entwicklung hat zur Folge, dass der Anteil der niedergelassenen Ärzte an der Gesamtärzteschaft von 56 Prozent im Jahr 1980 auf rund 52 Prozent im Jahr 1998 zurückgegangen ist. Der Anteil der angestellten Ärzte, deren überwiegende Mehrheit von den Spitalsärzten gestellt wird, ist dagegen im betrachteten Zeitraum von einem Fünftel auf rund ein Drittel angestiegen. Der Anteil der Turnusärzte lag 15 Jahre lang konstant bei etwa 23 Prozent, ist aber in den Jahren 1995 bis 1998 abrupt auf 17 Prozent gesunken, wobei auch deren Gesamtanzahl gegenüber den Vorjahren deutlich zurückgegangen ist.

Aus dieser Darstellung wird deutlich, dass in den letzten 20 Jahren zunehmend mehr Ärzte nach Absolvierung der Turnusausbildung anstelle einer Praxiseröffnung bzw. -übernahme im Krankenhaus verblieben. Diese Entwicklung ist im Zusammenhang mit dem (zum Teil auch heute noch) bestehenden Nachholbedarf insbesondere an Fachärzten im intramuralen Versorgungsbereich zu sehen. Die Abdeckung dieses Ergänzungsbedarfs an Fachärzten in den Krankenanstalten wurde in den Jahren ab 1995 zunehmend auch durch die Umwandlung von Turnusarzt-Dienstposten in Facharzt-Dienstposten vorgenommen, was den prägnanten Rückgang von Anzahl und Anteil der Turnusärzte am Gesamtärztestand erklärt. Im Hintergrund dieser Praxis standen dabei der Mangel an Fachärzten zur Beseitigung der intramuralen Versorgungsdefizite, der zunehmende Kostendruck im Krankenhausesektor sowie das Bemühen um eine dem vorausgeschätzten Ärztebedarf angemessene Dimensionierung der Ausbildungskapazitäten im Spitalsbereich.

7.1.2 Ärztebestand 1998/99

Zu der nachfolgenden Darstellung des Ärztebestandes für den Zeitraum 1998/99 ist anzumerken, dass - im Gegensatz zu den in Tabelle 7.1 wiedergegebenen Daten - die 189 Dentisten in die Berechnungen für diesen Zeitraum einbezogen wurden. Außerdem wurden die Datenbestände für diesen Zeitraum diversen Plausibilitätskontrollen unterzogen, was zu einer hohen Verlässlichkeit dieser Daten, aber auch zu Korrekturen in den Zahlenangaben geführt hat. Quelle dieser Darstellung ist die Ärztedatenbank des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen, in der Angaben der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Dentistenkammer verwertet wurden.

Versorgungsbereiche

Tabelle 7.1: Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Ärzte (niedergelassene Ärzte, angestellte Ärzte und Turnusärzte) 1980 - 1998

Jahr	Berufstätige Ärzte		davon niedergelassene Ärzte			davon angestellte Ärzte			davon Turnusärzte		
	absolut	jährl. WTR	absolut	in % der berufst. Ärzte	jährl. WTR	absolut	in % der berufst. Ärzte	jährl. WTR	absolut	in % der berufst. Ärzte	jährl. WTR
1980	18.376	-	10.336	56,3	-	3.907	21,3	-	4.133	22,5	-
1981	18.808	2,4	10.485	55,8	1,4	4.049	21,5	3,6	4.274	22,7	3,4
1982	19.373	3,0	10.747	55,5	2,5	4.184	21,6	3,3	4.442	22,9	3,9
1983	20.089	3,7	11.020	54,9	2,5	4.340	21,6	3,7	4.729	23,5	6,5
1984	20.902	4,1	11.296	54,0	2,5	4.635	22,2	6,8	4.971	23,8	5,1
1985	21.493	2,8	11.527	53,6	2,0	4.754	22,1	2,6	5.212	24,2	4,9
1986	22.219	3,4	11.699	52,7	1,5	4.936	22,2	3,8	5.584	25,1	7,1
1987	22.793	2,6	11.923	52,3	1,9	5.410	23,7	9,6	5.460	24,0	-2,2
1988	23.512	3,2	12.368	52,6	3,7	5.682	24,2	5,0	5.462	23,2	0,0
1989	24.895	5,9	12.957	52,1	4,8	6.037	24,3	6,3	5.764	23,2	5,5
1990	25.971	4,3	13.349	51,4	3,0	6.594	25,4	9,2	6.028	23,2	4,6
1991	26.839	3,3	13.640	50,8	2,2	7.032	26,2	6,6	6.167	23,0	2,3
1992	28.270	5,3	14.043	49,7	2,9	7.706	27,3	9,6	6.521	23,1	5,7
1993	29.093	2,9	14.466	49,7	3,0	7.997	27,5	3,8	6.630	22,8	1,7
1994	30.265	4,0	14.978	49,5	3,5	8.613	28,5	7,7	6.674	22,1	0,7
1995	31.302	3,4	15.521	49,6	3,6	9.268	29,6	7,6	6.513	20,8	-2,4
1996	32.002	2,2	16.311	51,0	5,1	9.555	29,9	3,1	6.136	19,2	-5,7
1997	32.675	2,1	16.821	51,5	3,1	10.020	30,7	4,9	5.833	17,9	-5,0
1998	33.735	3,2	17.462	51,8	3,8	10.529	31,2	5,1	5.744	17,0	-1,5
80-98	+84 %		+69 %			+169 %			+39 %		

WTR = Wachstumsrate

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

Wie aus Abbildung 7.1 („Ärztebaum“) zu entnehmen ist, waren im Zeitraum 1998/99 in Österreich rund 33.700 Ärzte (inklusive 189 Dentisten) berufstätig. Davon standen rund 5.600 Ärzte in Ausbildung (Turnusärzte), das waren um rund 1.000 Turnusärzte weniger als im Jahr 1995. Andererseits waren im intramuralen Bereich gegenüber 1995 sowohl bei den Fachärzten (plus 1.900) als auch bei den Ärzten für Allgemeinmedizin (plus 300) deutliche Zuwächse zu verzeichnen.

Insgesamt gesehen verteilen sich die berufstätigen Ärzte je etwa zur Hälfte auf den intra- und auf den extramuralen Sektor. Von den rund 16.000 im extramuralen Sektor tätigen Ärzten waren rund 9.900 dem § 2-Kassenbereich (niedergelassene Ärzte mit § 2-Kassenvertrag und Ärzte in den Ambulatorien der Gebietskrankenkassen) zuzuordnen, die verbleibenden Ärzte hatten entweder Verträge mit den Sonderversicherungsträgern (ca. 1.200 Ärzte) oder sie waren als „Wahlarzt“ niedergelassen (ca. 4.900 Ärzte).

Ärztliche Versorgung

Unter den rund 33.700 berufstätigen Ärzten befanden sich neben den erwähnten rund 5.600 Turnusärzten ca. 11.000 Allgemeinmediziner und rund 17.100 Fachärzte (inkl. Ärzte mit Berufsausübungsberechtigung sowohl als Facharzt als auch als Allgemeinmediziner). Die Fachärzte verteilen sich auf mehr als 40 Sonderfächer, wobei die Zahnärzte (inklusive Dentisten) die größte Gruppe bilden, gefolgt von den Fachärzten für Innere Medizin, Anästhesiologie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Chirurgie.

Die höchste ärztliche Versorgungsdichte ist mit rund 6,5 Ärzten pro 1.000 Einwohner für Wien festzustellen, gefolgt von Tirol (4,4) und Salzburg (4,0). Die niedrigste Versorgungsdichte in Bezug auf berufstätige Ärzte weisen die einwohnerschwachen Bundesländer Vorarlberg (3,0) und Burgenland (2,9) auf. Berechnet man die Ärztedichte auf Bezirksebene, so werden deutliche Unterschiede zwischen den relativ gut ausgestatteten städtischen Zentren (in denen auch die größeren Krankenanstalten angesiedelt sind) und den weniger dicht versorgten Landregionen (v. a. Mühl- und Innviertel, Süd- und Oststeiermark, Oberkärnten sowie Westtirol und der inneralpine Teil Vorarlbergs) erkennbar. Eine besonders geringe Ärztedichte weisen die Stadt-Umgebungsbezirke auf, die jedoch offensichtlich durch die Städte mitversorgt werden. Auffällig ist weiters die besonders geringe Ärztedichte in jenen Bezirken, die über keine (öffentliche) Krankenanstalt verfügen.

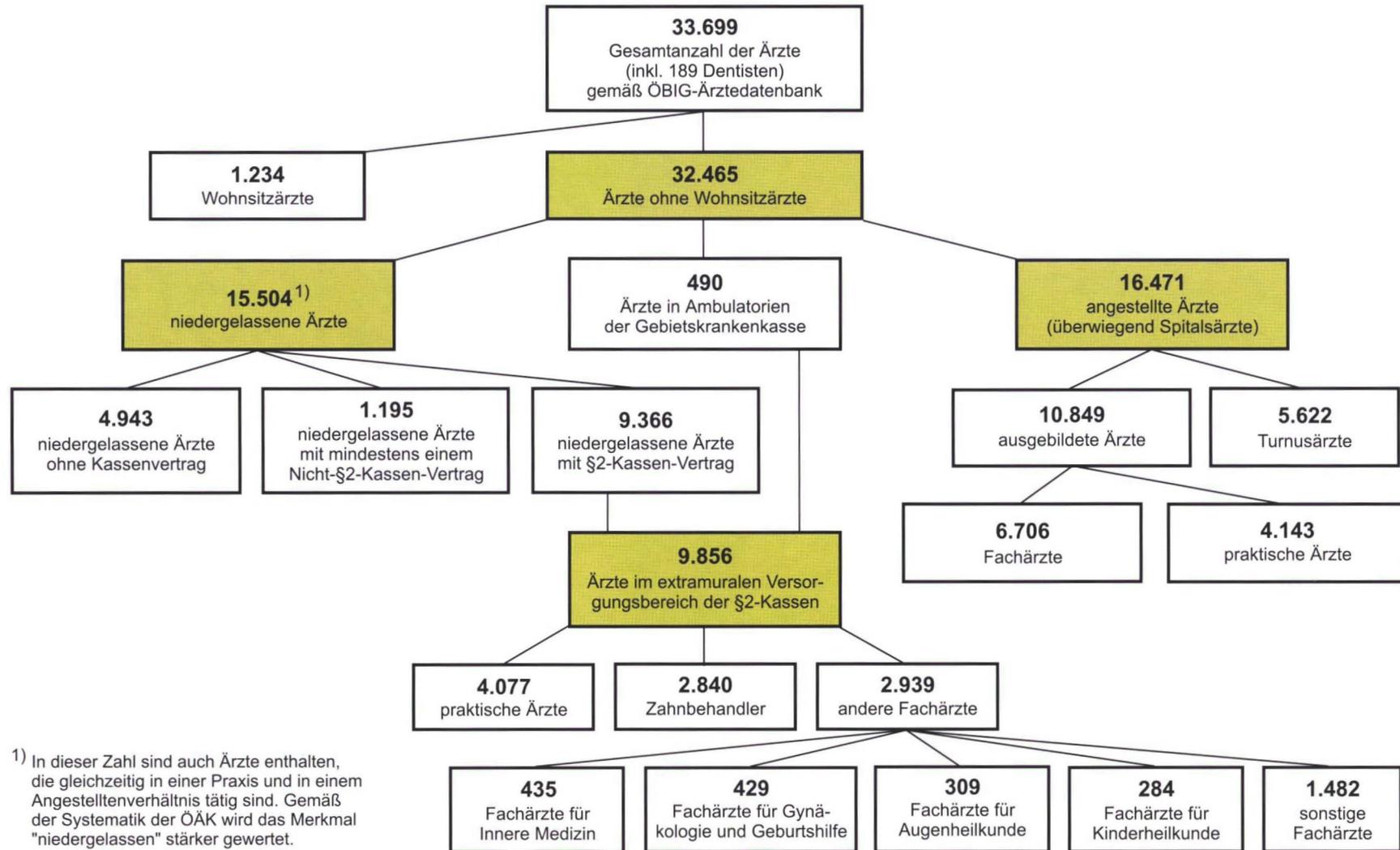
7.1.3 Niedergelassene Ärzte

Von den im Zeitraum 1998/99 insgesamt rund 15.500 niedergelassenen Ärzten hatten etwa 9.400 einen § 2-Kassenvertrag, das heißt einen Vertrag mit den Gebiets- und Betriebskrankenkassen oder mit der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus, abgeschlossen. Aufgrund der - nach einheitlichen Richtwerten - durchgeführten Stellenplanung von Gebietskrankenkassen und Landes-Ärzttekammern liegt die Versorgungsdichte in Bezug auf § 2-Kassenärzte in acht der neun Bundesländer im Bereich von etwa 900 Einwohnern je § 2-Kassenarzt (in Vorarlberg wird der vertragslose Zustand zwischen § 2-Kassen und Zahnmedizinern durch eine entsprechende Abrechnungsvereinbarung mehr oder weniger ausgeglichen, weshalb auch die in diese Vereinbarung einbezogenen Vorarlberger Zahnmediziner als im Sinne von § 2-Kassenärzten versorgungswirksam gezählt wurden). Wien ist mit nur rund 500 Einwohnern je § 2-Kassenarzt deutlich besser versorgt.

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

Daneben standen im Zeitraum 1998/99 noch weitere rund 4.900 niedergelassene Ärzte für die extramurale Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung, die keinen Vertrag mit einem

Versorgungsbereiche



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

Ärztliche Versorgung

Krankenversicherungsträger abgeschlossen hatten. Die Anzahl dieser „Wahlärzte“ ist gegenüber 1995 um mehr als 1.000 angestiegen, wobei sich der seit Jahren bestehende stark ansteigende Trend in diesem Bereich in den letzten Jahren noch verstärkt hat. Im Hintergrund dieser Entwicklung steht die Tatsache, dass der verhältnismäßig hohen Anzahl an jährlich neu hinzukommenden berufsberechtigten Ärzten, die einen Kassenvertrag anstreben, nur eine relativ geringe Anzahl an unbesetzten Kassenvertragsstellen gegenübersteht. „Wahlärzte“ rechnen ihre Leistungen direkt mit den Patienten ab, diese können einen Antrag auf Kostenersatz an die soziale Krankenversicherung stellen und erhalten (seit einer Neuregelung aus dem Jahr 1996) einen Ersatz in der Höhe von 80 Prozent (früher: 100 Prozent) des für die jeweilige Leistung vereinbarten Kassentarifs rückerstattet.

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

7.1.4 Spitalsärzte

Unter den im Zeitraum 1998/99 rund 16.500 angestellten Ärzten sind zum weitaus überwiegenden Teil Krankenhausärzte subsumiert. In den rund 330 Krankenanstalten, die im bundesweiten Kataster des Gesundheitsressorts enthalten sind, waren mit Stand Ende Dezember 1998 insgesamt rund 16.300 Ärzte angestellt (davon rund 14.800 in den Fonds-Krankenanstalten). Darunter befanden sich rund 8.000 Fachärzte (inkl. jener rund 1.300 Fachärzte, die gleichzeitig eine Praxis im niedergelassenen Bereich führten). Der Rest entfiel auf in Ausbildung stehende Ärzte und auf Allgemeinmediziner.

Im Zeitraum 1996 bis 1998 wurden neue rechtliche Grundlagen mit Relevanz für die Ermittlung des Ärztebedarfs in den Krankenanstalten geschaffen, und zwar

- das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (Normierung der höchstzulässigen Arbeitszeit für die in Krankenanstalten tätigen Angehörigen der Gesundheitsberufe),
- die Novelle zum Krankenanstaltengesetz 1996, mit der Bestimmungen zur Rufbereitschaft im KAG verankert wurden (Einschränkung der in der Krankenanstalt erforderlichen Anwesenheit von Fachärzten, die zuvor für alle Typen von Krankenanstalten und in allen Fachabteilungen als „rund um die Uhr“ erforderliche Anwesenheit definiert war), sowie
- die Novellierung des Ärztegesetzes im Zusammenhang mit der genannten KAG-Novelle 1996 (mit dieser Novelle wurde das Tätigwerden von Turnusärzten ohne direkte Aufsicht durch Fachärzte in den Nacht- und Wochenddiensten und die fachübergreifende notfallmedizinische Tätigkeit von Fachärzten bestimmter Fachrichtungen rechtlich abgesichert).

Die beiden letztgenannten Neuregelungen dienten zur Dämpfung des Kostenschubs, der durch die Inkraftsetzung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes im ärztlichen Bereich

Versorgungsbereiche

ausgelöst worden wäre, wenn nicht die erwähnten legislativen Begleitmaßnahmen getroffen worden wären. Mit diesen Maßnahmen wurde die in vielen Krankenanstalten jahrelang bestehende Situation (ein Teil der notwendigen fachärztlichen Leistungen wurde - soweit der vielfach übliche hohe Überstundeneinsatz der Fachärzte nicht ausreichte - durch den Einsatz von Allgemeinmedizinern und von Turnusärzten abgedeckt) gesetzlich legitimiert.

Die Anzahl der in Krankenanstalten beschäftigten Ärzte ist im Zeitraum 1996 bis 1998 erheblich angestiegen. Der vorhersehbare Ergänzungsbedarf an Ärzten im Krankenhausbereich ist nach dieser Aufstockung und nach der erwähnten Novellierung der gesetzlichen Grundlagen in mehreren Fachrichtungen als nur mehr marginal einzuschätzen. In einigen Fachrichtungen wird sich hingegen (nicht zuletzt aufgrund des mit der demographischen Entwicklung sich verändernden akutstationären Versorgungsbedarfs) noch ein Ergänzungsbedarf ergeben, der aber mit dem prognostizierten kontinuierlich steigenden (Fach-)Ärzteangebot in den nächsten Jahren problemlos zu bewältigen sein dürfte.

7.1.5 Ausblick

Gemäß den vorliegenden Grobabschätzungen wird das Angebot an fertig ausgebildeten Ärzten den Bedarf in den nächsten 20 Jahren deutlich übersteigen. Unter der Annahme nicht steigender Promoventenzahlen ist bis zum Jahr 2020 mit einem Gesamtüberschuss von rund 9.500 Ärzten zu rechnen. Die derzeit vorhandenen postpromotionellen Ausbildungskapazitäten lassen - theoretisch gesehen - ein Überangebot bis zu 18.000 Ärzten zu.

In den letzten Jahren strömten die neu ausgebildeten Ärzte vor allem in zwei Versorgungsbereiche, nämlich

- in die Krankenanstalten (wo eine deutliche Verbesserung der Ausstattung, insbesondere mit Fachärzten, festzustellen ist) sowie
- in den Sektor der niedergelassenen „Wahlärzte“ (ohne Kassenvertrag).

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

7.2 Personal im Gesundheitswesen

Dieser Abschnitt gibt Auskunft über die im Zeitraum 1988 bis 1998 erfolgte Entwicklung der in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen tätigen nichtärztlichen Berufsgruppen (über die ärztliche Versorgung wird im voranstehenden Abschnitt 7.1 berichtet).

Personal im Gesundheitswesen

Im Einzelnen wird über folgende Berufsgruppen berichtet:

- Krankenpflegefachdienst mit den Sparten Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkranken- und Säuglingspflege sowie Psychiatrische Krankenpflege
- Medizinisch-technische Dienste mit sieben Gehobenen medizinisch-technischen Diensten und dem Medizinisch-technischen Fachdienst
- Pflegehelfer
- Sanitätshilfsdienste mit zehn Berufsgruppen (die Berufsgruppe der Stationsgehilfen wurde in den neunziger Jahren sukzessive zu Pflegehelfern aufgeschult; in den bis 1997 ausgewiesenen Beschäftigtenzahlen sind sowohl die Stationsgehilfen als auch die Pflegehelfer subsumiert, ab 1998 wird nur mehr die Anzahl der Pflegehelfer im Sinne einer selbständigen Berufsgruppe dokumentiert)
- Hebammen

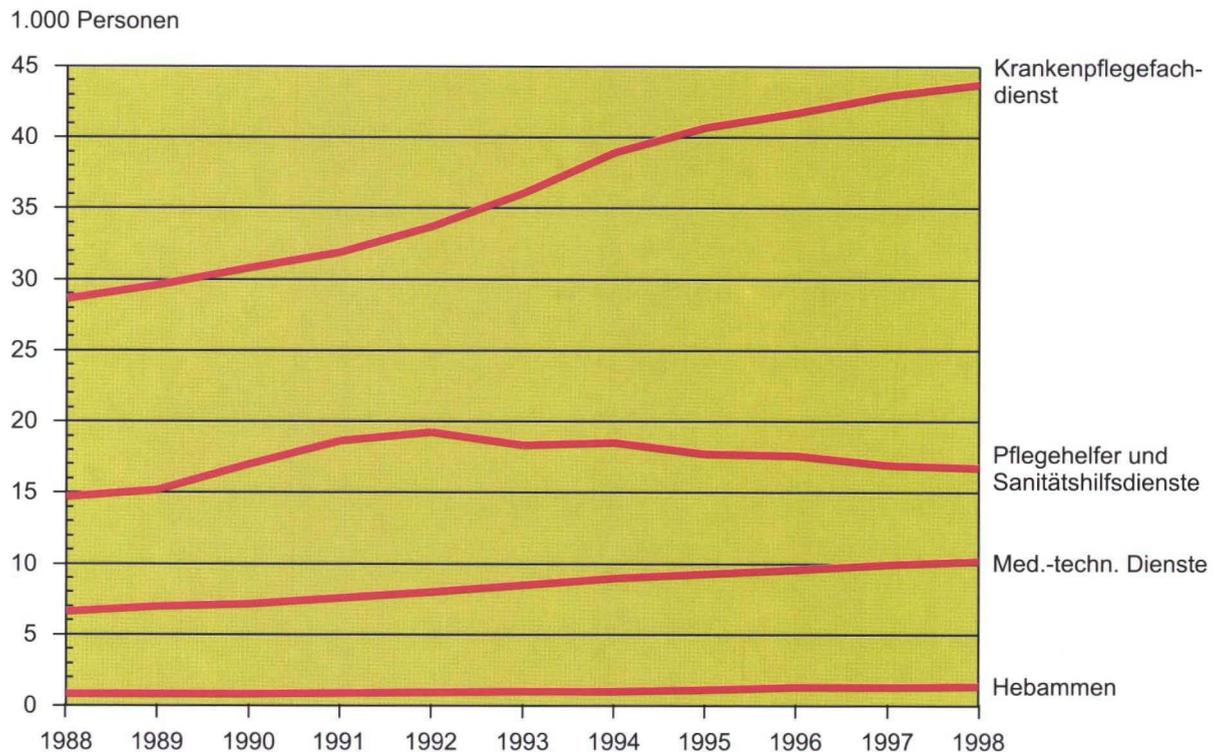
Die Einschränkung der Berichterstattung auf die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen (das sind insbesondere die Fondskrankenanstalten mit Akutversorgungsauftrag, weiters Sanatorien, Rehabilitationszentren, Genesungs- und Erholungsheime sowie Alten- und Pflegeheime, die als Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen typisiert sind) ist dadurch begründet, dass nur für diesen Bereich verlässliche Statistiken vorliegen (Dokumentation der am 31. Dezember des jeweiligen Jahres beschäftigten Personen; die letztverfügbaren Daten beziehen sich auf den Stichtag 31. Dezember 1998). Die Dokumentation von Beschäftigten in stationären Einrichtungen, die nicht Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen im Sinne des Krankenanstaltengesetzes sind, sowie im extramuralen Bereich unterliegt derzeit - mit Ausnahme der Hebammen - keinem standardisierten Berichtswesen. Auf eine Gesamtdarstellung muss daher verzichtet werden. Aus den Ergebnissen einer 1995 im Auftrag des Gesundheitsressorts abgeschlossenen Studie¹ kann als Orientierungshilfe abgeleitet werden, dass die in den nachstehenden Tabellen ausgewiesenen Beschäftigtenzahlen beim diplomierten Krankenpflegepersonal an die 90 Prozent, bei den Gehobenen medizinisch-technischen Diensten etwa zwei Drittel, beim Medizinisch-technischen Fachdienst rund die Hälfte und bei den Sanitätshilfsdiensten ca. drei Viertel des jeweiligen Gesamtstandes ausmachen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedenfalls, dass seit Mitte der neunziger Jahre eine erhebliche Personalaufstockung im extramuralen Bereich stattgefunden hat, die jedoch mangels einschlägiger Dokumentation derzeit nicht näher quantifizierbar ist.

Abbildung 7.3 bietet einen Überblick über die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsobergruppen von 1988 bis 1998.

¹ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Personalangebot in ausgewählten Gesundheitsberufen. Angebotsprognose in Szenarios 1993 - 2010. Wien 1995

Versorgungsbereiche

Abbildung 7.2: Entwicklung der nichtärztlichen Berufsgruppen in den österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen 1988 - 1998



Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich bzw. Gesundheitsstatistische Jahrbücher 1988 bis 1998

Grafik: ÖBIG

7.2.1 Krankenpflegefachdienst

Im Krankenpflegefachdienst ist diplomiertes Pflegepersonal der drei Sparten Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkranken- und Säuglingspflege sowie Psychiatrische Krankenpflege zusammengefasst. Dokumentiert wird das in österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen beschäftigte Personal.

Im Jahre 1998 waren in den Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen insgesamt 43.766 Angehörige des Krankenpflegefachdienstes beschäftigt, wobei mit 37.007 Personen der überwiegende Teil (84,6 Prozent) auf die Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege entfiel. 3.620 diplomierte Pflegekräfte waren in der Kinderkranken- und Säuglingspflege tätig (8,2 Prozent), 3.139 in der Psychiatrischen Krankenpflege (7,2 Prozent).

Die Beschäftigtenzahlen des Krankenpflegefachdienstes nach Sparten und Geschlecht sind für die Jahre 1988 bis 1998 in Tabelle 7.2 dargestellt.

Im Zeitraum von 1988 bis 1998 erhöhte sich beim diplomierten Pflegepersonal der Beschäftigtenstand um 52,9 Prozent. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass als Folge der

Krankenpflegefachdienst
Medizinisch-technische Dienste

Weiterentwicklung des Berufsbildes des Krankenpflegefachdienstes sowohl die Aufgabenstellung als auch die Art und Weise der Berufsausübung eine Ausweitung bzw. Intensivierung erfahren hat (vgl. Kapitel 8.2).

Im Krankenpflegefachdienst sank der Anteil der weiblichen Personen an den insgesamt Beschäftigten im angegebenen Zeitraum von 91,7 Prozent auf 88,5 Prozent. In der Allgemeinen Krankenpflege stieg der Männeranteil von 5,4 Prozent auf 9,8 Prozent. In der Psychiatrischen Krankenpflege stieg der Frauenanteil von 52,6 Prozent auf 56,2 Prozent. In der Kinderkranken- und Säuglingspflege sind traditionellerweise beinahe ausschließlich Frauen beschäftigt (99,4 Prozent im Jahre 1998).

Tabelle 7.2: Entwicklung des Krankenpflegefachdienstes in den österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Sparten, Geschlecht und insgesamt 1988 - 1998

Jahr	AKP			KKP			PKP			KPFD		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
1988	1.285	22.345	23.630	3	2.675	2.678	1.102	1.221	2.323	2.390	26.241	28.631
1989	1.376	23.100	24.476	3	2.759	2.762	1.099	1.293	2.392	2.478	27.152	29.630
1990	1.515	24.145	25.660	4	2.796	2.800	1.118	1.264	2.382	2.637	28.205	30.842
1991	1.694	24.890	26.584	6	2.878	2.884	1.134	1.318	2.452	2.834	29.086	31.920
1992	1.884	26.317	28.201	7	3.027	3.034	1.140	1.358	2.498	3.031	30.702	33.733
1993	2.166	28.265	30.431	9	3.152	3.161	1.101	1.404	2.505	3.276	32.821	36.097
1994	2.507	30.378	32.885	18	3.348	3.366	1.183	1.541	2.724	3.708	35.267	38.975
1995	2.847	31.674	34.521	18	3.364	3.382	1.235	1.618	2.853	4.100	36.656	40.756
1996	3.143	32.403	35.546	17	3.337	3.354	1.267	1.628	2.895	4.427	37.368	41.795
1997	3.394	32.831	36.225	20	3.576	3.596	1.317	1.834	3.151	4.731	38.241	42.972
1998	3.631	33.376	37.007	23	3.597	3.620	1.374	1.765	3.139	5.028	38.738	43.766

AKP Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege

KKP Kinderkranken- und Säuglingspflege

PKP Psychiatrische Krankenpflege

KPFD Krankenpflegefachdienst = AKP + KKP + PKP

m männlich

w weiblich

zus. zusammen

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich bzw. Gesundheitsstatistische Jahrbücher 1988 bis 1998

7.2.2 Medizinisch-technische Dienste

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

- Physiotherapeutischer Dienst
- Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst

Versorgungsbereiche

76

Tabelle 7.3: Entwicklung der Medizinisch-technischen Dienste in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsgruppen, Geschlecht und insgesamt 1988 - 1998

Jahr	PD			MTA			RTA			DD			ED			LD			OD			MTF			MTD		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
1988	93	1.029	1.122	119	1.958	2.077	238	1.250	1.488	7	273	280	31	203	234	9	121	130	2	51	53	111	1.146	1.257	610	6.031	6.641
1989	110	1.053	1.163	128	2.082	2.210	243	1.324	1.567	8	300	308	26	221	247	8	137	145	5	55	60	108	1.177	1.285	636	6.349	6.985
1990	112	1.124	1.236	119	2.155	2.274	249	1.368	1.617	2	309	311	29	234	263	8	132	140	5	50	55	110	1.150	1.260	634	6.522	7.156
1991	131	1.186	1.317	131	2.356	2.487	267	1.405	1.672	3	322	325	33	237	270	7	146	153	5	58	63	125	1.205	1.330	702	6.915	7.617
1992	142	1.304	1.446	146	2.387	2.533	291	1.502	1.793	3	346	349	36	266	302	8	153	161	6	60	66	118	1.270	1.388	750	7.288	8.038
1993	184	1.394	1.578	150	2.400	2.550	312	1.565	1.877	4	356	360	39	287	326	8	181	189	6	51	57	166	1.385	1.551	869	7.619	8.488
1994	210	1.501	1.711	160	2.484	2.644	345	1.702	2.047	6	376	382	39	301	340	12	190	202	14	54	68	151	1.427	1.578	937	8.035	8.972
1995	237	1.566	1.803	156	2.560	2.716	357	1.624	1.981	9	378	387	43	341	384	15	202	217	8	67	75	203	1.566	1.769	1.028	8.304	9.332
1996	248	1.657	1.905	159	2.643	2.802	376	1.655	2.031	7	377	384	40	365	405	14	228	242	15	86	101	203	1.553	1.756	1.061	8.562	9.623
1997	277	1.715	1.992	151	2.687	2.838	401	1.740	2.141	7	393	400	38	397	435	14	238	252	15	89	104	204	1.616	1.820	1.107	8.875	9.982
1998	287	1.770	2.057	154	2.773	2.927	422	1.783	2.205	8	395	403	45	429	474	14	238	252	16	81	97	212	1.606	1.818	1.158	9.075	10.233

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

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich bzw. Gesundheitsstatistische Jahrbücher 1988 bis 1998

Pflegehelfer/Sanitätshilfsdienste

- Radiologisch-technischer Dienst
- Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst
- Ergotherapeutischer Dienst
- Logopädisch-phoniatisch-audiologischer Dienst
- Orthoptischer Dienst

Im Jahre 1998 waren in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen insgesamt 10.233 Personen der Medizinisch-technischen Dienste beschäftigt (inklusive Medizinisch-technischer Fachdienst).

Die Beschäftigtenzahlen der Medizinisch-technischen Dienste nach Sparten und Geschlecht sind für die Jahre 1988 bis 1998 in Tabelle 7.3 dargestellt.

Im gesamten Zeitraum stieg die Anzahl der berufsausübenden Personen der Medizinisch-technischen Dienste um 54 Prozent. Am stärksten nahm der Ergotherapeutische Dienst mit 103 Prozent zu, gefolgt vom Logopädisch-phoniatisch-audiologischer Dienst mit 94 Prozent sowie dem Physiotherapeutischen Dienst und dem Orthoptischen Dienst mit jeweils 83 Prozent. Geringere Wachstumsraten verzeichneten der Radiologisch-technischen Dienst mit 48 Prozent, der Medizinisch-technische Fachdienst mit 45 Prozent, der Diätendienst und ernährungsmedizinischen Beratungsdienst mit 44 Prozent und der Medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst mit 41 Prozent.

7.2.3 Pflegehelfer

Der Pflegehelfer wird im Jahr 1998 erstmals ausgewiesen. Ende des Jahres 1998 waren 11.760 Pflegehelfer in Krankenanstalten beschäftigt. Darunter befinden sich 582 Pflegehelfer ohne entsprechenden Ausbildungszeugnis. Die Geschlechteraufteilung beträgt dabei 2.658 männliche und 9.102 weibliche Berufsausübende.

7.2.4 Sanitätshilfsdienste

Die Sanitätshilfsdienste umfassen zehn Berufsgruppen:

- Sanitätsgehilfen
- Stationsgehilfen (bis 1997 inkl. des zu Pflegehelfern aufgeschulten Personals)
- Operationsgehilfen
- Laborgehilfen
- Prosekturgehilfen
- Ordinationsgehilfen
- Heilbadegehilfen

Versorgungsbereiche

Tabelle 7.4: Entwicklung der Sanitätshilfsdienste in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsgruppen, Geschlecht, Ausbildungsstand und insgesamt 1988 - 1998

			1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
SanG	m	m.Z.	343	324	314	341	339	401	562	254	529	375	371	
		o.Z.	33	32	58	81	84	68	116	125	96	96	102	
	w	m.Z.	331	346	413	548	514	701	993	993	351	999	446	435
		o.Z.	63	87	73	130	124	120	262	274	201	181	165	
insges.			770	789	858	1.100	1.061	1.290	1.933	1.004	1.825	1.098	1.073	
SG	m	m.Z.	1.910	1.946	2.088	2.367	2.493	2.490	2.610	2.857	2.502	2.587		
		o.Z.	301	299	597	675	608	603	372	246	240	163		
	w	m.Z.	7.421	7.621	8.113	8.905	9.461	8.479	8.697	9.034	8.332	8.527		
		o.Z.	1.370	1.421	2.066	2.190	1.963	1.726	1.085	398	692	532		
insges.			11.002	11.287	12.864	14.137	14.525	13.298	12.764	12.535	11.766	11.809		
OPG	m	m.Z.	1.035	1.045	1.148	1.206	1.379	1.358	1.488	1.465	1.540	1.514	1.686	
		o.Z.	97	133	159	177	147	202	199	229	189	180	67	
	w	m.Z.	457	471	452	497	489	551	500	552	559	590	575	
		o.Z.	67	110	90	102	109	95	116	89	63	51	32	
insges.			1.656	1.759	1.849	1.982	2.124	2.206	2.303	2.335	2.351	2.335	2.360	
LabG	m	m.Z.	88	78	75	78	83	71	72	53	67	69	56	
		o.Z.	8	14	10	6	2	11	10	44	36	31	12	
	w	m.Z.	243	241	257	271	286	268	260	186	227	245	245	
		o.Z.	25	24	17	25	35	45	29	93	84	83	11	
insges.			364	357	359	380	406	395	371	376	414	428	324	
ProsG	m	m.Z.	103	80	109	122	129	121	126	117	112	117	124	
		o.Z.	14	19	15	6	9	16	11	21	21	23	11	
	w	m.Z.	1	22	1	-	-	1	1	1	8	2	3	
		o.Z.	1	3	2	1	1	2	1	0	0	0	0	
insges.			119	124	127	129	139	140	139	139	141	142	138	
OrdG	m	m.Z.	21	23	27	23	28	22	20	19	19	27	17	
		o.Z.	9	5	4	2	5	6	2	1	17	4	1	
	w	m.Z.	125	133	166	162	166	187	163	154	161	186	198	
		o.Z.	8	18	17	25	24	24	26	36	27	30	15	
insges.			163	179	214	212	223	239	211	210	224	247	231	
HeilG	m	m.Z.	11	20	10	7	9	10	18	10	14	19	18	
		o.Z.	1	2	-	1	2	-	1	2	1	1	0	
	w	m.Z.	5	14	11	8	11	15	10	24	24	28	28	
		o.Z.	7	10	11	11	14	13	12	11	6	4	3	
insges.			24	46	32	27	36	38	41	47	45	52	49	
HeilBM	m	m.Z.	240	236	253	258	272	268	279	294	292	292	288	
		o.Z.	3	1	7	6	4	11	5	13	13	11	8	
	w	m.Z.	246	288	314	320	340	327	333	332	379	379	374	
		o.Z.	3	3	6	2	4	15	11	11	9	12	15	
insges.			492	528	580	586	620	621	628	650	693	694	685	
BuA-G	m	m.Z.	18	16	16	17	13	15	14	19	15	16	19	
		o.Z.	5	7	8	9	13	13	15	10	9	9	7	
	w	m.Z.	15	15	16	15	19	17	21	12	17	23	19	
		o.Z.	7	7	6	8	9	10	12	10	9	7	9	
insges.			45	45	46	49	54	55	62	51	50	55	54	
DesG	m	m.Z.	58	54	47	47	49	48	65	37	41	38	56	
		o.Z.	6	3	3	4	7	9	5	34	35	31	8	
	w	m.Z.	9	10	15	12	14	13	12	17	18	22	28	
		o.Z.	5	8	9	5	3	3	3	6	5	8	1	
insges.			78	75	74	68	73	73	85	94	99	99	93	
alle SHD	m	m.Z.	3.827	3.822	4.087	4.466	4.794	4.804	5.254	5.125	5.130	5.051	2.635	
		o.Z.	477	515	861	967	881	939	736	725	657	549	216	
	w	m.Z.	8.853	9.161	9.758	10.738	11.300	10.559	10.990	10.663	10.724	10.448	1.905	
		o.Z.	1.556	1.691	2.297	2.499	2.286	2.053	1.557	1.228	1.096	908	251	
Insges.			14.713	15.189	17.003	18.670	19.261	18.355	18.537	17.741	17.607	16.956	5.007	

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich bzw. Gesundheitsstatistische Jahrbücher 1988 - 1998

Legende zu Tabelle 7.4 siehe nächste Seite.

Hebammen

- Heilbademeister und Heilmasseure
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapiegehilfen
- Desinfektionsgehilfen

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

Im Jahre 1998 waren in den österreichischen Krankenanstalten insgesamt 5.007 Personen in den Sanitätshilfsdiensten beschäftigt. Der zwischen 1997 und 1998 festzustellende Knick in der Zeitreihe der in den Sanitätshilfsdiensten insgesamt beschäftigten Personen ist auf die Herausnahme der ab 1998 als eigenständige Berufsgruppe geführten Pflegehelfer (siehe oben) zurückzuführen. Fasst man die Sanitätshilfsdienste und Pflegehelfer zusammen, ergibt dies Ende 1998 eine Summe von 16.767 Personen, womit sich der in den letzten Jahren zu beobachtende Trend zur Abnahme der Beschäftigtenzahl insgesamt fortsetzt.

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

7.2.5 Hebammen

Mit dem Hebammengesetz 1994 wurde die strikte Dreiteilung in öffentlich bestellte Hebamme, freipraktizierende Hebamme und Anstaltshebamme aufgehoben sowie die Niederlassungsbewilligung abgeschafft. In Tabelle 7.5 ist die Entwicklung des Berufsstandes der Hebammen für die Jahre 1988 bis 1994 entsprechend der bis dahin geltenden Aufgliederung in die oben angeführten drei Berufsarten festgehalten. Nach Auflassung der Berufsart „öffentlich bestellte Hebamme“ verteilten sich im Jahr 1995 die insgesamt 1.441 Hebammen auf 1.166 Anstaltshebammen und 275 freipraktizierende Hebammen. Die weitere Entwicklung bis zum Jahr 1998 ist Tabelle 7.6 zu entnehmen, die in der Aufgliederung nach Art der Berufsausübung nunmehr den Intentionen des Hebammengesetzes 1994 Rechnung trägt.

Legende zu Tabelle 7.4:

DesG	Desinfektionsgehilfen	SG	Stationsgehilfen (bis 1997 inkl. des zu Pflegehelfern aufgeschulten Personals)
BuA-G	Beschäftigungs- und Arbeitstherapiegehilfen	SHD	Sanitätshilfsdienste insgesamt
HeilBM	Heilbademeister, Heilmasseure	m	männlich
HeilG	Heilbadegehilfen	w	weiblich
LabG	Laborgehilfen	m.Z.	mit Zeugnis
OPG	Operationsgehilfen	o.Z.	ohne Zeugnis
OrdG	Ordinationsgehilfen	insges.	Insgesamt
ProsG	Prosekturgehilfen		
SanG	Sanitätsgehilfen		

Versorgungsbereiche

Tabelle 7.5: Anzahl der Hebammen nach Art der Berufsausübung und insgesamt 1988 - 1994

Jahr	Öffentlich bestellte Hebammen	Freipraktizierende Hebammen	Anstaltshebammen	Hebammen insgesamt
1988	81	158	877	1.116
1989	66	157	876	1.099
1990	62	163	865	1.090
1991	44	194	916	1.154
1992	23	230	951	1.204
1993	39	229	1.041	1.309
1994	21 *)	278	1.041	1.340

*) davon 12 Sprengelhebammen

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1988 bis 1994

Die Durchlässigkeit der Art der Berufsausübung zwischen stationär und ambulant erbrachten Diensten, wie dies das Hebammengesetz beabsichtigt, ist deutlich erkennbar. So ist die Anzahl der Hebammen, die den Beruf sowohl intra- als auch extramural ausüben, binnen zwei Jahren um 53 Prozent gestiegen, obwohl die Gesamtanzahl nur um 5,3 Prozent zunahm.

Tabelle 7.6: Anzahl der Hebammen nach Art der Berufsausübung entsprechend dem Hebammengesetz 1994 und insgesamt 1996 - 1998

Jahr	Art der Berufsausübung			insgesamt	auf 100.000 EW
	ausschließlich freipraktizierend	nur an Krankenanstalten tätig	freipraktizierend und an Krankenanstalten tätig		
1996	147	1.026	284	1.457	18,1
1997	139	1.025	334	1.498	18,6
1998	151	948	435	1.534	19,0

Quelle: Gesundheitstatistische Jahrbücher 1996 bis 1998

7.3 Rehabilitation

7.3.1 Ausgangslage

Generelles Ziel der Rehabilitation ist es, körperlich, geistig oder psychisch beeinträchtigte Personen wieder in die Lage zu versetzen, möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben zu führen, einen Beruf auszuüben oder eine Ausbildung absolvieren zu können.

In den Sozialversicherungsgesetzen werden je nach Sparte (Kranken-, Pensions- oder Unfallversicherung) unterschiedliche leistungsrechtliche Rehabilitationsbegriffe mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, Zielen und Aufgaben definiert: Während in der Krankenversicherung

Rehabilitation

ein umfassender Wiedereingliederungsauftrag besteht, zielen die Leistungen der Pensionsversicherung auf die Vermeidung einer behinderungsbedingten vorzeitigen Pensionierung (Pflichtaufgabe) bzw. einer dauernden Pflegebedürftigkeit (freiwillige Leistung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge) ab. Leistungen in der Unfallversicherung sind auf die Wiederherstellung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bezogen.

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

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

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

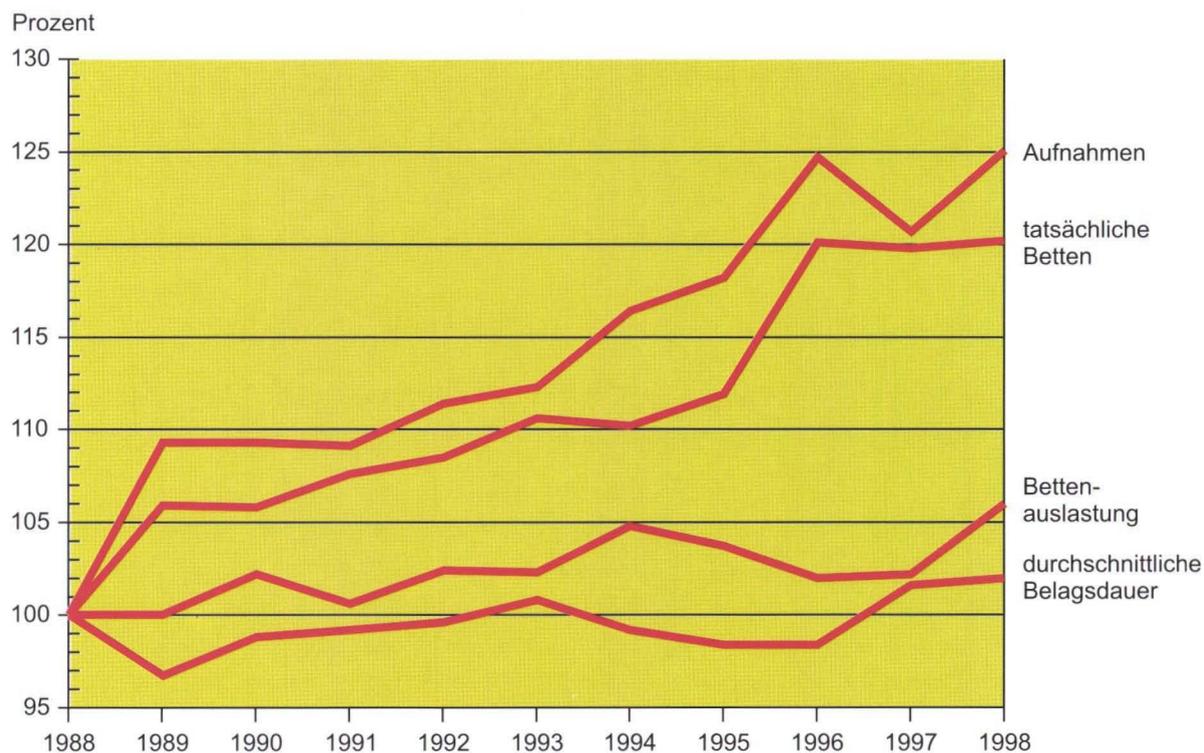
Die Sozialversicherungsträger haben in den letzten Jahrzehnten ein Netz von Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation mit derzeit 30 Sonderkrankenanstalten aufgebaut. Gleichzeitig haben sich Sonderkrankenanstalten in privater Trägerschaft etabliert, die von den Sozialversicherungsträgern insbesondere unter Berücksichtigung regionaler Gesichtspunkte für die medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen werden.

Die in den Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation (Rehabilitationszentren und Genesungsheime) verfügbaren Betten sind zwischen 1990 und 1998 um insgesamt etwa 14 Prozent vermehrt worden, wobei im Jahr 1996 zwei private Einrichtungen mit Krankenanstaltenstatus in Betrieb gingen. Beinahe im gleichen Ausmaß stiegen die Aufnahmen. Sowohl die Bettenauslastung als auch die durchschnittliche Belagsdauer waren im Untersuchungszeitraum Schwankungen unterworfen (vgl. Abbildung 7.3). Entsprechende Aussagen über das Leistungsgeschehen in den Kur- und Erholungsheimen sind derzeit nicht möglich, da diese Einrichtungen nicht zu den vom Bettenbericht erfassten bettenführenden Krankenanstalten im Sinne des KAG zählen.

Die ambulante Rehabilitation ist derzeit in den Sozialversicherungsgesetzen nicht explizit geregelt. Sie wird unter den Titeln „ärztliche Hilfe“ (in der Krankenversicherung) bzw. „Gesundheitsvorsorge“ (in der Pensionsversicherung) subsumiert. Leistungen mit rehabilitativem

Versorgungsbereiche

Abbildung 7.3: Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation 1988 - 1998 (indexiert: 1988 = 100 %)



Quelle: BMSG - Bettenberichte 1988 bis 1998

Grafik: ÖBIG

Tabelle 7.7: Ausgaben der Sozialversicherung für die Rehabilitation 1996 - 1998 (in 1.000 öS bzw. €)

Sozialversicherungssparte	1996	1997	1998	Veränderung 1996 - 1998
Krankenversicherung				
• medizinische Rehabilitation	1.668.133 (€ 121.228)	1.939.922 (€ 140.980)	2.158.915 (€ 156.894)	+29,4 %
• Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung	942.315 (€ 68.481)	880.298 (€ 63.974)	893.050 (€ 64.900)	-5,2 %
Pensionsversicherung				
• Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	3.672.339 (€ 266.879)	3.740.700 (€ 271.847)	4.085.906 (€ 296.934)	+11,3 %
Unfallversicherung				
Rehabilitation	665.918 (€ 48.394)	674.701 (€ 49.032)	715.354 (€ 51.987)	+7,4 %
Summe	6.948.705 (€ 504.982)	7.235.621 (€ 525.833)	7.853.225 (€ 570.716)	+13,0 %

Quelle: HVSV - Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1997 bis 1999

Charakter werden im ambulanten Bereich vorwiegend in Krankenhausambulanzen, selbstständigen Ambulatorien sowie von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten erbracht.

Die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation, die Gesundheitsfestigung und die Gesundheitsvorsorge sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und beliefen sich im Jahr 1998 auf rund 7,8 Mrd. Schilling (vgl. Tabelle 7.7). Ein Einschnitt war im Jahr 1996 zu verzeichnen, wo diese Ausgaben um sechs Prozent gegenüber dem Jahr 1995 zurückgingen. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben der Sozialversicherung ist seit 1992 von 1,6 auf knapp 1,9 Prozent im Jahr 1998 gestiegen.

7.3.2 Aktueller Stand

1996 wurden durch das Strukturanpassungsgesetz und das Sozialrechts-Änderungsgesetz auch Änderungen in den Sozialversicherungsgesetzen vorgenommen. Im Zusammenhang mit der Rehabilitation wurden folgende Punkte neu geregelt:

- Einführung eines allgemeinen Kostenbeitrages in der Kranken- und der Pensionsversicherung bei Rehabilitationsaufenthalten (öS 70,-/€ 5,09 pro Verpflegstag) sowie bei Kur-aufenthalten (mindestens öS 70,-/€ 5,09 und höchstens öS 180,-/€ 13,08 pro Verpflegstag). Die Zuzahlung ist jeweils im Voraus bei Antritt des Aufenthaltes zu leisten, wobei bei Rehabilitationsaufenthalten die Einschränkung auf höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr gilt. In Fällen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit wird von der Zuzahlung abgesehen. Die Höhe der Beiträge wird jährlich aufgewertet.
- Verankerung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pension“. Ein Antrag auf Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit ist gleichzeitig als Antrag auf Rehabilitation zu werten. Eine Invaliditätspension fällt erst dann an, wenn durch die Rehabilitationsmaßnahmen die Wiedereingliederung ins Berufsleben nicht bewirkt werden kann.
- Umwandlung der Übernahme der Reise- und Transportkosten von einer bis dahin als Bestandteil der medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation vorgesehenen Leistung in eine Kann-Leistung (Kranken- und Pensionsversicherung); Aufnahme der bis dahin nicht als Leistung vorgesehenen Übernahme der Reise- und Transportkosten als Kann-Leistung in die Unfallversicherung.

In der im Oktober 1996 zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen „Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ ist die Erstellung eines österreichweiten Gesundheitsplanes vorgesehen, der neben anderen Plänen - wie den Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich Großgeräteplan - auch einen Rehabilitationsplan enthalten soll. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) war bereits im Jänner 1996 vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV) mit der Erarbeitung eines österreichischen Rehabilitationskonzeptes beauftragt worden.

Versorgungsbereiche

Diese Studie hatte sich einerseits mit dem Bestand und dem Bedarf an Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation und den Kosten im Zusammenhang mit den bedarfsnotwendigen Kapazitäten auseinander zu setzen sowie Empfehlungen zur Optimierung der Koordination der einzelnen Sozialversicherungsträger bei der Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu enthalten. Im Zuge dieser Studie konnten Kapazitätsüberhänge im Bereich der Orthopädie/Rheumatologie und demgegenüber massive Defizite im Bereich der Neurorehabilitation festgestellt werden. Ebenso bestehen aufgrund der historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen (Rehabilitationszentren sind überwiegend in Kurorten angesiedelt) regionale Versorgungsunterschiede.

Die Versorgungslücken in der Neurorehabilitation wurden seit 1993 durch die Einrichtung entsprechender Strukturen sowohl in den bestehenden als auch in neu errichteten Einrichtungen reduziert. Des Weiteren befindet sich eine SV-eigene Einrichtung für Neurorehabilitation in Bau. Von einer ausreichenden und flächendeckenden Versorgung ist in diesem Bereich jedoch bis dato noch nicht auszugehen. Bezüglich der Rehabilitation von Erwachsenen nach Krebserkrankungen werden von den Experten diskrepante Meinungen vertreten, so dass eine Beurteilung des Versorgungsangebotes nur schwer möglich ist.

Im Herbst 1998 wurde das ÖBIG vom HVSV ergänzend mit der Erstellung einer Studie zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen beauftragt. Für die Rehabilitation von Kindern existieren in Österreich keine eigenen Versorgungsstrukturen in Form spezieller Rehabilitationseinrichtungen. Kinder und Jugendliche werden einerseits in den Einrichtungen für Erwachsene und andererseits in den Akutkrankenanstalten sowie - vereinzelt - in spezialisierten Rehabilitationszentren im benachbarten Ausland rehabilitiert. Bedarf besteht hier im Bereich der Rehabilitation nach Unfällen bzw. neurologischen Erkrankungen sowie im Bereich der familienorientierten Nachsorge von krebserkrankten Kindern.

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

7.3.3 Ausblick

Im „Reformprogramm der ÖVP-FPÖ-Koalition 2000 - 2003“ ist die grundsatzpolitische Position „Rehabilitation vor Pflege“ verankert sowie eine Stärkung der extramuralen Strukturen „insbesondere im Bereich der extramuralen Rehabilitation“ vorgesehen. Das Kapitel „Nachsorge und Rehabilitation“ enthält folgende Ausführungen:

„Die Rehabilitationsangebote sollten in allen Bereichen wie beispielsweise der Krebs-, Schlaganfall-, Neuro- oder psychiatrischen Rehabilitation bedarfsgerecht ausgebaut werden. Die Neustrukturierung der Rehabilitationsmaßnahmen in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung soll durch die Errichtung einer gemeinsamen Holding, in der die entsprechenden Einrichtungen der einzelnen Sozialversicherungsträger zusammengefasst werden,

eingeleitet werden. Die Gesundheitsvorsorgeprogramme im Rahmen des Kurwesens sind aufzuwerten.“

Bei der Weiterentwicklung des österreichischen Rehabilitationssystems ist überdies im Zusammenhang mit einer optimalen Umsetzung der Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere auf folgende Bereiche zu achten:

- Koordination aller Rehabilitationsmaßnahmen
- Verbesserung administrativer Abläufe
- einheitliche, transparente und rationelle Dokumentation
- legistische Klarstellungen (v. a. im Bereich der ambulanten Rehabilitation sowie der familienorientierten Nachsorge von krebserkrankten Kindern)
- Controlling

7.4 Krankenanstalten

7.4.1 Entwicklung der stationären Akutversorgung

7.4.1.1 Ausgangslage

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

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

Die Anzahl der systemisierten Betten in den insgesamt rund 330 Krankenanstalten im Sinne des KAG sank von rund 80.000 Ende 1992 auf rund 74.800 Ende 1998, jene der systemisierten (Akut-)Betten in den 157 Fonds-Krankenanstalten von rund 59.200 Ende 1992 auf rund 54.200 Ende 1998. Zwischen 1995 und 1998 wurden in allen Krankenanstalten insgesamt rund 1.800 Betten bzw. in den Fonds-Krankenanstalten rund 2.000 Betten absystemisiert, das entspricht einer Bettenreduktion von 2,4 Prozent bzw. von 3,3 Prozent. Die Zahl der stationären Aufnahmen in den Fonds-Krankenanstalten erhöhte sich im selben Zeitraum

Versorgungsbereiche

um über 16 Prozent auf fast 2,3 Mio. im Jahr 1998 und damit etwa doppelt so stark wie im Vergleichszeitraum 1992 bis 1995. Parallel dazu sank die durchschnittliche Belagsdauer um fast 18 Prozent auf 6,4 Tage und damit ebenfalls fast doppelt so stark wie im Vergleichszeitraum 1992 bis 1995 (vgl. Tabelle 7.8).

Die Zunahme der Krankenhausaufenthalte zwischen 1995 und 1998 lässt sich zu einem Teil (rund 30 Prozent) durch die steigende Zahl an „Nulltagespatienten“ (tagesklinische und halbstationäre Fälle) erklären. Die Ursache dieser Steigerung liegt in der 1996 erfolgten Novellierung des Krankenanstaltengesetzes, seit der auch bestimmte tagesklinische Leistungen, die zuvor teilweise als ambulante Fälle gezählt wurden, als stationäre Fälle zu dokumentieren sind. Darüber hinaus haben Sonderregelungen in der LKF-Abrechnung (z. B. im halbstationären Psychatriebereich) eine getrennte Darstellung einzelner Krankenhausaufenthalte und damit eine (zum Teil rein rechnerische) Vermehrung der stationären Aufenthalte mit sich gebracht. Der Anteil der „Nulltagespatienten“ an allen stationären Fällen ist zwischen 1995 und 1998 von knapp sieben Prozent auf rund zehn Prozent angewachsen, wobei die Steigerungsrate 1998 wesentlich geringer war als jene im Jahr davor.

Tabelle 7.8: Parameter der Betteninanspruchnahme 1988 - 1998

Jahr	Parameter der Betteninanspruchnahme					
	Systemisierte Betten insgesamt	Systemisierte Betten in Fonds-Krankenanstalten	Aufnahmen insgesamt*)	Aufnahmen in Fonds-Krankenanstalten*)	Durchschnittliche Belagsdauer insgesamt (in Tagen)	Durchschnittliche Belagsdauer in Fonds-KA (in Tagen)
1988	81.582	59.696	1.902.747	1.703.927	12,9	10,3
1989	81.480	59.392	1.938.026	1.732.844	12,4	9,9
1990	80.676	58.776	1.970.909	1.760.991	11,9	9,5
1991	80.476	59.823	1.999.465	1.787.061	11,5	9,3
1992	79.924	59.184	2.053.023	1.836.064	11,1	8,9
1993	78.504	58.630	2.092.778	1.872.965	10,6	8,6
1994	77.527	57.193	2.126.982	1.918.643	10,3	8,2
1995	76.634	56.290	2.183.270	1.974.388	9,9	7,8
1996	76.252	55.568	2.226.588	2.014.697	9,6	7,5
1997	75.281	54.729	2.402.746	2.186.587	8,7	6,7
1998	74.810	54.244	2.515.910	2.294.714	8,3	6,4
Veränderung 1995 - 1998 in %	- 2,4	- 3,3	15,2	16,4	- 16,2	- 17,9

*) inkl. krankenanstalteninterne Verlegungen

Quelle: BMSG/KRAZAF bzw. Strukturfonds - Bettenberichte 1988 - 1998; ÖBIG-eigene Berechnungen

Auf die oben dargestellte Entwicklung lässt sich zum Teil auch die weitere deutliche Reduktion der durchschnittlichen Dauer eines Krankenhausaufenthaltes zurückführen. Verblieb ein Patient Anfang der neunziger Jahre noch rund zwölf Tage im Krankenhaus, so lag die durchschnittliche Belagsdauer im Jahr 1995 bei 9,9 Tagen und im Jahr 1998 bei nur mehr 8,3 Tagen

Krankenanstalten

(vgl. Tabelle 7.8). Schließt man die tagesklinischen Patienten sowie die Patienten mit überlanger Belagsdauer aus der Betrachtung aus und schränkt die Betrachtung auf die Fonds-Krankenanstalten ein, so ergibt sich für die verbleibende Patientengruppe (Akutpatienten mit Belagsdauern zwischen einem und 28 Tagen) eine Reduktion der durchschnittlichen Belagsdauer zwischen 1995 und 1998 von rund 7,2 auf rund 6,6 Tage.

Die Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Betteninanspruchnahme im Zeitraum 1995 bis 1998 entspricht der Fortsetzung eines langjährigen Trends im Bereich der Fonds-Krankenanstalten, der auch in anderen EU-Mitgliedsländern feststellbar ist und sich in Österreich mit Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF, vgl. Punkt 7.4.2) per 1. Jänner 1997 noch etwas beschleunigte.

Belagstagedichte 1998:

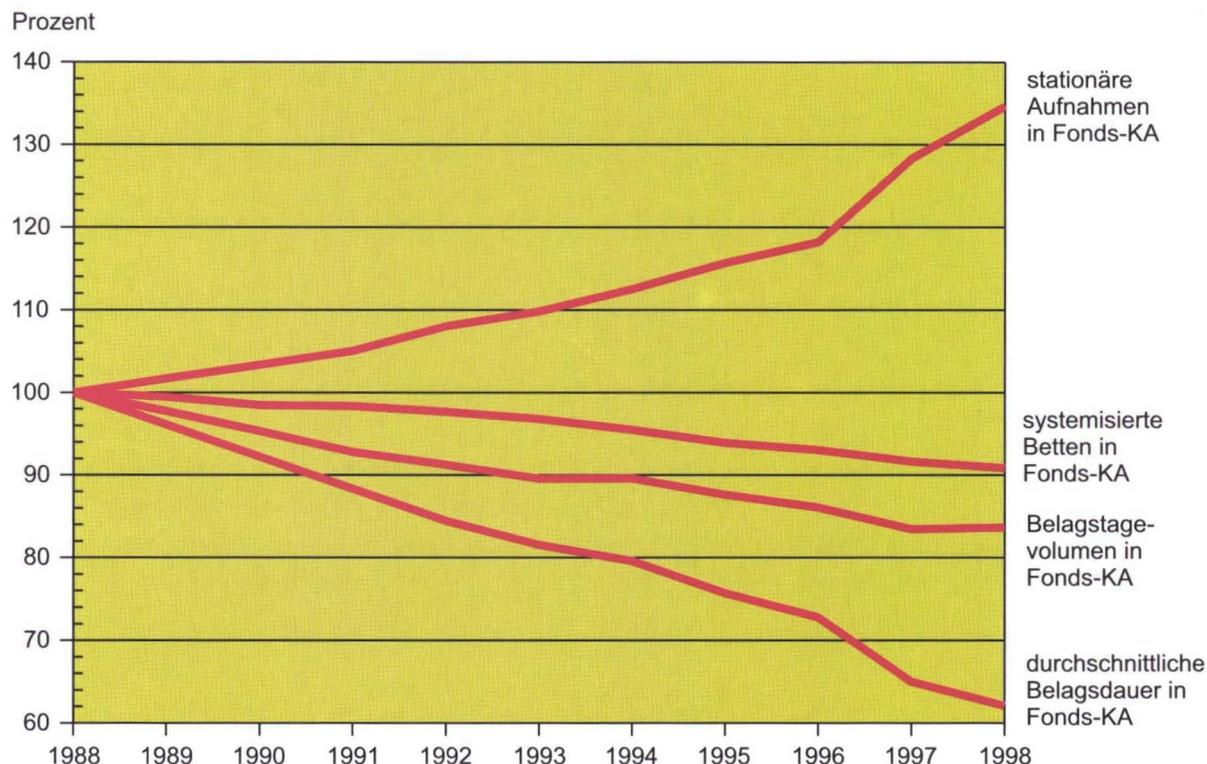
Dieser Trend ist gekennzeichnet von einer kontinuierlich ansteigenden Zahl an Krankenhausaufnahmen, der jedoch eine stärker sinkende Tendenz in der durchschnittlichen Belagsdauer gegenübersteht, sodass aufgrund von rückläufigen Belagstagevolumina insgesamt mit immer weniger Krankenhausbetten das Auslangen gefunden werden kann (vgl. dazu Abb. 7.4). Bemerkenswert erscheint, dass der rückläufige Trend in Bezug auf die Belagstagevolumina zwischen 1997 und 1998 in eine Stagnation mündete - die Zahl der Belagstage in den Fonds-KA war in diesen beiden Jahren etwa gleich hoch. Die Frage, ob dies erste Hinweise auf eine Trendwende sind oder ob es sich hier bloß um eine Zufallsschwankung handelt, kann erst nach Vorliegen der Auswertungsergebnisse für die Jahre 1999 und 2000 beantwortet werden.

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

Mit dem bisher kontinuierlich vollzogenen Akutbettenabbau wurde hauptsächlich das Ziel der Kostendämpfung im stationären Akutbereich verfolgt. Dieses Ziel steht in Zusammenhang mit der bis Mitte der neunziger Jahre stark überproportionalen Kostenentwicklung im Krankenhausbereich, die vor allem durch die deutlich verbesserte Personalausstattung, aber auch durch die Kostenentwicklung im Bereich der medizinisch-technischen Ausstattung begründet war. Die Reduktion der Kostensteigerungsraten im Bereich der Fonds-Krankenanstalten (von rund neun Prozent im Jahr 1994 auf rund zwei Prozent im Jahr 1997 bzw. auf rund drei Prozent im Jahr 1998) kann als Erfolg im Sinne des Kostendämpfungs-Ziels gewertet werden.

Versorgungsbereiche

Abbildung 7.4: Trendentwicklung in der Betteninanspruchnahme in Fondskrankenanstalten 1988 - 1998 (indexiert: 1988 = 100 %)



Quellen: BMSG/KRAZAF bzw. Strukturfonds - Bettenberichte 1988 bis 1998; ÖBIG-eigene Berechnungen

7.4.1.2 Gesundheitspolitische Zielsetzungen

In den Arbeitsübereinkommen zwischen den Regierungsparteien der späten neunziger Jahre waren mehrere Zielvorstellungen mit Relevanz für die Entwicklung des Krankenhausbereiches einschließlich der Kostenentwicklung enthalten. Eine für den Krankenanstaltenbereich grundlegende gesundheitspolitische Zielvorstellung, die auch mehrere andere Versorgungsbereiche tangiert, wurde mit dem Schlagwort „ambulant vor stationär“ formuliert. Die ambulante Betreuung sollte Vorrang vor der stationären Versorgung haben, und eine Vernetzung zwischen ambulanter, semistationärer und stationärer Versorgung sollte hergestellt werden. Die Länder sollten zum Ausbau der ambulanten Versorgung motiviert werden.

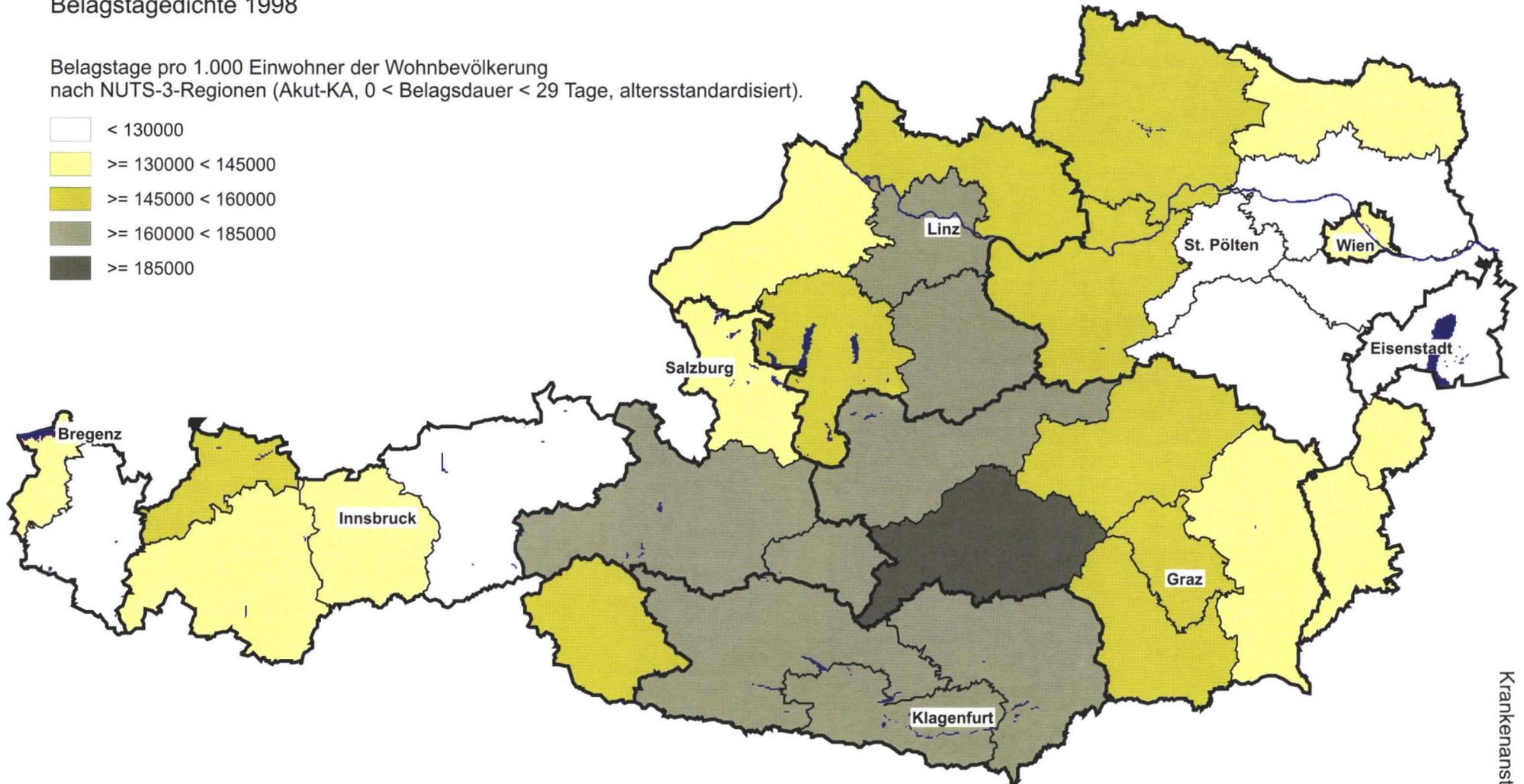
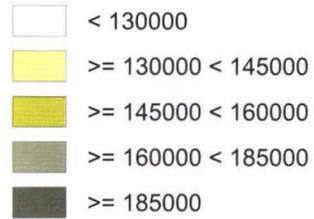
Die wichtigsten für den Beobachtungszeitraum 1996 bis 1998 relevanten Ziele und Maßnahmen sind in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wie folgt festgelegt worden:

- Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung; Auflösung des KRAZAF und Einrichtung von neun Landesfonds sowie einer Strukturkommission des Bundes und von neun Landeskommisionen;

Karte 7.1

Belagstagedichte 1998

Belagstage pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung nach NUTS-3-Regionen (Akut-KA, 0 < Belagsdauer < 29 Tage, altersstandardisiert).



Versorgungsbereiche

- Erstellung und einvernehmliche Festlegung eines österreichweiten Gesundheitsplanes, bestehend aus einem Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes, einem Spitalsambulanplan, einem Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte, einem Pflegebereichsplan und einem Rehabilitationsplan;
- Sicherstellung der bestehenden Dokumentation und der Erfassung weiterer Daten (insbesondere im Bereich der Krankenhausambulanzen);
- Einrichtung eines Konsultationsmechanismus zwischen der Sozialversicherung und den Ländern zur Bewältigung der finanziellen Folgen von Strukturveränderungen und zur Regelung von Veränderungen der Leistungsangebote im stationären, halbstationären, tagesklinischen, ambulanten und niedergelassenen Bereich;
- Einrichtung eines Sanktionsmechanismus - Zurückhaltung des entsprechenden Länderanteils aus den 1,750 Milliarden Schilling (127 Mio. €) Bundesmitteln bei maßgeblichen Verstößen gegen die einvernehmlich festzulegenden Pläne so lange, bis der Landesfonds bzw. das Land geeignete Maßnahmen zur Herstellung des plankonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat.

Zur gesetzlichen Umsetzung der genannten Vereinbarung wurden eine Änderung des Krankenanstaltengesetzes (KAG-Novelle 1996), eine Änderung des Ärztegesetzes (im Zusammenhang mit der Neuregelung der ärztlichen Anwesenheit in Krankenanstalten) sowie ein Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen beschlossen. Auf Basis des letztgenannten Gesetzes wurden vom Gesundheitsressort weitere Verordnungen über die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich sowie über die Dokumentation von Kosten- und von Statistikdaten in Krankenanstalten erlassen.

Im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan 1997, der als integraler Bestandteil der genannten Vereinbarung mit Anfang 1997 in Kraft gesetzt wurde, wurden spezielle Ziele zur weiteren Entwicklung der Akut-(Fonds-)Krankenanstalten wie folgt definiert:

- Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.
- Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten.
- Die vom ÖKAP umfassten Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten, teilstationären und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden.
- Die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Akutsektor soll durch den Ausbau extramuraler und teilstationärer Einrichtungen ermöglicht werden. Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen der betreffenden Fachrichtung eingerichtet werden.

Krankenanstalten

- Ziel- und Planungshorizont des ÖKAP ist das Jahr 2005. Spätestens bis dahin sollen die Ziele und Inhalte des ÖKAP in der jeweils adaptierten Fassung im Wege des Landeskrankenanstaltenplanes verwirklicht werden.
- Im Bereich der öffentlichen und der privat-gemeinnützigen Krankenanstalten ist die Errichtung und Vorhaltung isolierter Fachabteilungen in dislozierter Lage zu vermeiden. Von dieser Regelung kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden.
- Bei der Errichtung und Vorhaltung von Fachabteilungen sind die im ÖKAP definierten Mindestabteilungsgrößen zu berücksichtigen. Von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden. Die abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztstätigkeit, die auf die Einrichtung von Kleinst-Abteilungen hinauslaufen kann, unterlaufen werden.
- Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher mittelfristig eine Beschränkung der Konsiliararztstätigkeit auf die Intentionen des § 2a KAG (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies ohne Eingriff in bestehende Rechte möglich ist. Die Neuerrichtung sogenannter „Konsiliarabteilungen“ ist zu vermeiden.
- Die im ÖKAP enthaltenen Standort- und Fächerstrukturen sowie die Bettenzahlen je Fachrichtung stellen nicht zu überschreitende Obergrenzen dar und sollen bei zukünftigen Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverfahren berücksichtigt werden.
- Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderungen benötigen (Strukturqualitätskriterium).
- Die Versorgung der Bevölkerung soll durch optimale Standortwahl für Großgeräte regional möglichst gleichmäßig und bestmöglich erreichbar (Kriterium der Versorgungsgechtigkeit), aber auch wirtschaftlich erfolgen (Wirtschaftlichkeitskriterium).

7.4.1.3 Aktivitäten im Berichtszeitraum - Krankenanstaltenplanung

Mit der Anfang 1997 in Kraft gesetzten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung eingeführt und außerdem die Erstellung eines Österreichischen Gesundheitsplanes festgelegt. Der erste Teilplan dazu - der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP 1997) - wurde als integraler Bestandteil der genannten Vereinbarung ebenfalls mit Anfang 1997 in Kraft gesetzt.

Wie in der Vereinbarung festgelegt, wurde der ÖKAP/GGP nach zwei Jahren einer Revision unterzogen und - nach Abstimmung zwischen Bund und Ländern - in modifizierter Form als „ÖKAP/GGP '99“ mit Jänner 1999 rechtswirksam. Folgende Aspekte fanden bei der laufenden Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP besondere Beachtung:

Versorgungsbereiche

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

Qualitätssicherung

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

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

Das Projekt „Qualität im Krankenhaus“ tritt nach einer weitreichenden Erhebungs- und Analysearbeit, die im Rahmen von vier Modellprojekten in insgesamt elf Modellkrankenhäusern durchgeführt wurde, in die entscheidende Phase der konkreten Planung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen an den Modellabteilungen. Die Evaluierung der Ergebnisse der Verbesserungsmaßnahmen basiert auf einem Benchmarkingkonzept.

Bei der Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes zu einer Leistungsangebotsplanung nimmt der Bereich Qualitätssicherung eine wichtige Rolle ein. Im Gegensatz zum internen Qualitätsmanagement steht bei der Leistungsangebotsplanung die externe Qualitätssicherung in Form von überregionalen Leitlinien im Vordergrund. Durch die Auswahl und Definition von Kriterien für die Qualität der Indikationsstellung und die Strukturqualität werden überregionale Standards für die Ermittlung des Bedarfs an bestimmten Leistungen und die qualitative Ausstattung der versorgungsnotwendigen Leistungsstandorte

vorgegeben. Die zukünftige Miteinbeziehung der Ergebnisqualität in die Planungsarbeiten ermöglicht Rückkoppelungsprozesse für die Qualität der Indikationsstellung und die Strukturqualität.

7.4.1.4 Künftige Maßnahmen

Für die nächste Revision im Jahr 2001 sind die unten angeführte Schritte zur Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP vorgesehen. Die diesbezüglichen Grundlagenarbeiten wurden im Berichtszeitraum begonnen:

- Weiterführung des Akutbettenabbaus unter Berücksichtigung von Auslagerungsmöglichkeiten in den außerstationären Bereich sowie Entwicklung von „neuen Organisationsformen“ in der intramuralen Gesundheitsversorgung (z. B. Tageskliniken, Fachschwerpunkte, Verbünde von Krankenanstalten), die zu einer Entlastung der Kostensituation bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des hohen Versorgungsstandards beitragen sollen.
- Entsprechend der Bestimmung in der genannten Vereinbarung nach Art. 15a B-VG, dass der ÖKAP/GGP im Einvernehmen mit den Ländern zu einem Leistungsangebotsplan weiterzuentwickeln ist, soll eine Integration einer Leistungsangebotsplanung in den ÖKAP/GGP ergänzend zur traditionellen Bettenangebotsplanung erfolgen. Dabei werden konkrete Leistungsaufträge zu Krankenanstalten zugeordnet und insbesondere auch Mindeststandards für die infrastrukturelle Ausstattung der versorgungsnotwendigen Leistungsstandorte als Mittel zur bundesweit einheitlichen Qualitätssicherung im ÖKAP/GGP festgelegt.

Im aktuellen Reformprogramm der Regierungskoalition zwischen ÖVP und FPÖ werden zum Krankenanstaltenwesen insbesondere folgende Zielsetzungen festgelegt:

- Unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten ... soll durch ein Stufenprinzip „Vorsorge vor Behandlung“, „ambulant vor stationär“, „Rehabilitation vor Pflege“ die Rolle der niedergelassenen Ärzte gestärkt werden. ... Die im internationalen Vergleich hohe Spitalshäufigkeit soll durch eine Stärkung der extramuralen Strukturen gesenkt werden. Dies betrifft insbesondere niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen, Tageskliniken, extramurale Rehabilitation und die Hauskrankenpflege.
- Da der Qualitätssicherung eine bundesweit besondere Bedeutung zukommt, ist anzustreben, dass das Qualitätssicherungssystem (zu erstellen unter maßgeblicher Beteiligung der Länderfonds und mit klar definierten Qualitätsstandards auszustatten) bundeseinheitlich ein zu definierendes Mindestausmaß aufweist, das den Datenvergleich über die Bundesländer im niedergelassenen und im stationären Bereich zulässt.
- Jeder Schritt in Richtung Sterbehilfe wird entschieden abgelehnt. Vielmehr soll ein Plan für den Ausbau des Hospizwesens und der Palliativmedizin entwickelt werden.
- Die Rehabilitationsangebote sollen in allen Bereichen wie beispielsweise der Krebs-, Schlaganfall-, Neuro- oder psychiatrischen Rehabilitation bedarfsgerecht ausgebaut werden.

Versorgungsbereiche

7.4.2 Krankenanstaltenfinanzierung

7.4.2.1 Kostenentwicklung in den Fonds-Krankenanstalten

Die jährlichen Kostensteigerungsraten im Bereich der stationären Versorgung bedingen in den öffentlichen Haushalten und im Budget der Sozialversicherungsträger eine überdurchschnittliche Zunahme des Finanzmittelbedarfs für Krankenanstalten. Diese Entwicklung kann anhand der Kostensteigerungsraten in den Fonds-Krankenanstalten im Vergleich zum Wachstum des österreichischen Bruttoinlandsproduktes (BIP) dargestellt werden (vgl. Tabelle 7.9).

Der Anteil der dargestellten Krankenhauskosten am BIP hat sich von 1993 bis 1997 um 0,21 Prozent erhöht. Diese Zunahme, die zwischen 1990 und 1993 bereits rund 0,5 Prozent betragen hatte, war mit ein Grund für die angestrebten und vereinbarten Reformen im Gesundheitswesen allgemein - insbesondere aber im Bereich der Krankenanstalten. Durch die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 1997 soll dieser Kostenentwicklung entgegengesteuert werden.

Tabelle 7.9: *Kostensteigerungsraten in den Fonds-Krankenanstalten im Vergleich zum Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) 1993 - 1997*

Jahr	BIP			Kosten Fonds-Krankenanstalten			
	in Mrd. öS	in Mrd. €	jährliches Wachstum in %	in Mrd. öS	in Mrd. €	jährliche Steigerung in %	Anteil am BIP in %
1993	2.125	155	-	78,30	5,69	-	3,68
1994	2.238	163	5,32	85,80	6,24	9,5	3,83
1995	2.329	169	4,07	90,36	6,57	5,3	3,88
1996	2.415	176	3,69	92,40	6,72	2,3	3,83
1997	2.514	183	4,10	97,88	7,11	5,9	3,89

Quellen: Österreichisches Statistisches Zentralamt 1999, Überregionale Kostenrechnungsauswertungen des KRAZAF 1993 - 1997

Eine genauere Analyse der Kostensteigerungsraten bei den Fonds-Krankenanstalten zeigt, dass die für den Zeitraum 1993 bis 1997 ausgewiesene Gesamtsteigerungsrate in der Höhe von 24,9 Prozent (stationärer Bereich 19,5 Prozent, ambulanter Bereich 22,5 Prozent und Nebenkostenstellen 16,8 Prozent) nur zu einem geringen Anteil durch die Zunahme der Patientenanzahl bedingt ist. Die jährlich zu versorgende Patientenanzahl hat in diesem Zeitraum im stationären Bereich um 13,8 Prozent zugenommen, die Anzahl der ambulanten Fälle um 9,6 Prozent.

Tabelle 7.10 zeigt, dass im Betrachtungszeitraum 1993 bis 1997 die Höhe der nominellen Gesamtsteigerungsrate der Kosten bei den meisten Kostenarten - mit Ausnahme der Kostenartengruppen 3 bis 7 - nur geringen Schwankungen unterliegt und zwischen 18 bis 24 Prozent beträgt.

Krankenanstaltenfinanzierung

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

Die zusammengefassten Kostenartengruppen (KOAGR) 3 - 7 setzen sich aus den Kostenarten „nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter“, „medizinische und nichtmedizinische Fremdleistungen“, „Energiekosten“ sowie der Kostenartengruppe „Abgaben, Gebühren und sonstige Kosten“ zusammen. Der überdurchschnittliche Kostenanstieg ist hier vor allem auf die Kostenartengruppe „Abgaben, Gebühren und sonstige Kosten“ zurückzuführen, die eine Steigerung von über 115 Prozent aufweist.

Tabelle 7.10: Analyse der Gesamtkostensteigerung in den Fonds-Krankenanstalten nach (teilweise zusammengefassten) Kostenarten 1993 - 1997

	Kostensteigerung 1993 – 1997		Steigerungs- anteil in Prozent	Anteil an Ge- samtkosten 1997 in Prozent	Steigerung 1993 - 1997 in Prozent
	in Mio. öS	In Mio. €			
Personalkosten	7.861	571,3	40,3	52,3	18,1
Med. Ge- und Ver- brauchsgüter	2.134	155,1	10,9	13,0	20,2
Kostenartengruppen (KOAGR) 3 – 7	7.834	569,3	40,1	25,7	45,1
Abschreibungen	1.705	123,9	8,7	9,0	24,0
Gesamtkosten- steigerung	19.533	1.419,5	100,0	100,0	24,9

Quelle: Überregionale Kostenrechnungsauswertungen des KRAZAF 1993 - 1997

Grundsätzlich ist zur Gesamtkostenentwicklung in den Fonds-Krankenanstalten anzumerken, dass einzelne Kostensteigerungsraten im Bundesländervergleich grosse Schwankungen aufweisen. Ein deutlicher Unterschied bei den Kosten und der Kostenentwicklung besteht zwischen Wien und allen anderen Bundesländern, wobei diese Unterschiede nicht durch die Anzahl der versorgten Patienten begründet ist (Wien 1997: Kostenanteil stationärer Bereich 30,8 Prozent - Anteil stationäre Patienten 23,1 Prozent; Kostenanteil ambulanter Bereich 37,8 Prozent - Anteil ambulante Fälle 25,1 Prozent), sondern in einem bestimmten Ausmaß durch das konzentrierte Angebot an spitzenmedizinischen Leistungen, aber vor allem durch einen intensiveren und aufwendigeren Ressourceneinsatz verursacht wird.

Versorgungsbereiche

7.4.2.2 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Grundlegende Ziele der LKF

In den letzten Jahrzehnten zeigte sich eine tiefgreifende Veränderung im Leistungsgeschehen der Krankenanstalten etwa durch die intensivere Betreuung der Patienten in kürzerer Zeit verbunden mit höherer Personalintensität, durch die verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie durch den vermehrten Einsatz teurer medizinisch-technischer Großgeräte und Behandlungsverfahren. Im Zusammenhang damit stehen die Kostenunterschiede bei der Behandlung verschiedener Patientengruppen.

Aufgrund dieser Entwicklung entsprach die bis 1996 praktizierte Finanzierung der Krankenanstalten in Form von undifferenzierten Tagespauschalen und der Zuschuss- und Abgangsdeckungsfinanzierung durch den ehemaligen Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) aufgrund der fehlenden Leistungsorientierung nicht mehr den Anforderungen an ein zeitgemäßes Finanzierungssystem.

Daher wurde ab 1. Jänner 1997 das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) österreichweit eingeführt. Das LKF-System erlaubt aufgrund der leistungsorientierten Diagnosenfallpauschalen eine das tatsächliche Leistungsgeschehen berücksichtigende Abrechnung der Krankenanstalten. Darüber hinaus können Unterschiede bei strukturspezifischen Kriterien (z. B. unterschiedliche personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalten) in der Finanzierung Berücksichtigung finden.

Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung bei gleichzeitiger Budgetierung der Landesfonds und mit der österreichweit akkordierten Planung einer optimalen Kapazitäts- und Leistungsangebotsstruktur sind die Voraussetzungen für notwendige Strukturveränderungen, für eine Optimierung des Ressourceneinsatzes und somit für eine langfristige Eindämmung der bis 1995 jährlich zehnpromzentigen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich geschaffen worden. Für die Jahre 1996 und 1997 konnte die Kostensteigerung auf 2,3 bzw. 5,9 Prozent reduziert werden. Durch eine nur den medizinischen Erfordernissen entsprechende kürzere Belagsdauer im Krankenhaus, durch vermehrte Leistungserbringung im spitalsambulanten und extramuralen Bereich sowie im rehabilitativen Nachsorgebereich und durch eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen soll eine nachhaltige Entlastung des stationären Krankenanstaltenbereichs bei gleichzeitiger Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus erreicht werden.

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

Darüber hinaus wird es dem Krankenhausmanagement und dem Krankenhauserhalter durch die im Finanzierungssystem geschaffene höhere Kosten- und Leistungstransparenz ermög-

licht, die Betriebsführung nach betriebswirtschaftlichen Aspekten auszurichten und Entscheidungen über notwendige Maßnahmen zur Umstrukturierung im Krankenanstaltenbereich auf fundierten Datengrundlagen basierend zu treffen.

Weiterentwicklung des LKF-Systems seit 1997

In der „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ ist festgehalten, dass das LKF-System laufend zu warten und so den strukturellen, medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklungen anzupassen ist. Dazu ist die laufende Beobachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen als eine wesentliche Aufgabe der Strukturkommission definiert worden. Mit der kontinuierlichen Wartung sollen auch Schwächen oder Unplausibilitäten im System bereinigt werden.

Der von der Strukturkommission eingesetzte Arbeitskreis zur Weiterentwicklung des LKF-Systems und der LKF-Grundlagen legt die Schwerpunkte und Prioritäten der Wartung jährlich fest.

Die Überarbeitungen basieren auf den Erfahrungen aus den jeweils aktuell vorliegenden Daten sowie auf den Stellungnahmen und Anregungen der Landesfonds und der Krankenanstalten. Weiters werden Ergänzungen im Leistungskatalog durchgeführt, um die Dokumentation und Abrechenbarkeit von Leistungen auf dem Stand der medizinischen Entwicklung zu halten.

Neben der routinemäßigen LKF-Wartung enthielten die jährlichen Revisionen des LKF-Systems folgende wesentlichen Schwerpunkte:

Durch Einführung neuer leistungsorientierter Diagnosenfallgruppen (LDF) und der damit verbundenen neuen Zuordnungen und Zusammenfassung von Hauptdiagnosen und medizinischen Einzelleistungen oder Änderungen in den Splitbedingungen haben sich auch Verschiebungen in den zugeordneten Grundmengen aus den Referenzkrankenhäusern ergeben und so teilweise auch zu geringfügigen Änderungen in der nach einem Punktesystem erfolgenden finanziellen Bewertung einzelner LDF-Gruppen geführt.

Weiters wird darauf hingewiesen, dass die Punkte auf den Kalkulationen der Referenzkrankenhäuser des Jahres 1993 beruhen. Bei Vorliegen von aktuelleren Kalkulationen wurden diese auf das Basisjahr 1993 abgezinst, um die Homogenität der Punkterelationen zu gewährleisten.

Im Jahr 1998 wurden die Belagsdauer Mittelwerte und Intervalle aller LDF-Pauschalen mit den Daten 1995 aktualisiert.

Im Bereich der Psychiatrie wurde die spezielle Bepunktungsregel für Belagsdauerausreißer nach oben auf bestimmte Abteilungen/Stationen eingeschränkt.

Versorgungsbereiche

Im Bereich der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie wurde durch die Festlegung von Funktionseinheiten bzw. die Definition spezieller Leistungen das Leistungsbild dieses Fachbereiches adäquat dargestellt und bepunktet.

Im Jahr 1999 wurde das LKF-Intensiveinstufungsmodell auf Grundlage des mit 1. März 1998 österreichweit eingeführten Intensivdokumentationssystems ausgestaltet. Weiters wurde eine verbesserte Bepunktungsregelung im Bereich der Psychiatrie umgesetzt. Gemeinsam mit medizinischen Experten wurde in umfassender Weise eine Leistungsbeschreibung und geänderte Bepunktungsregelung für den Bereich der onkologischen Therapie ausgearbeitet.

Dokumentation und Datenqualität

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

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

Seit 1. Jänner 1997 sind alle Krankenanstalten Österreichs zur Erfassung und Meldung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage des vom Gesundheitsressort herausgegebenen Leistungskataloges verpflichtet.

Für die Anwendung ab 1. Jänner 2000 stehen den Krankenanstalten beide Klassifikationssysteme in einer aktuell gewarteten Version zur Verfügung:

- Diagnosenerfassung nach dem Diagnosenschlüssel ICD-9 BMAGS 1998,
- Leistungserfassung nach dem Leistungskatalog BMAGS 2000.

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

Die gesetzliche Grundlage für die Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Österreichs Krankenanstalten bildet seit 1. Jänner 1997 das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen. Konkretisierung von Form und Inhalt der zu erstellenden Diagnosen- und Leistungsberichte erfolgte durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Zur Sicherstellung der bundeseinheitlichen Durchführung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation gibt das Gesundheitsressort weiters Richtlinien in Form von zwei Handbüchern heraus. Das Handbuch „Organisation und Datenverarbeitung“ enthält u. a. die Bestimmungen der obgenannten Verordnung, weitere Festlegungen (z. B. Plausibilitätsprüfverfahren) und Hinweise zur organisatorischen und EDV-technischen Umsetzung dieser Do-

kumentation. Das Handbuch „Medizinische Dokumentation“ richtet sich an das mit der Diagnosen- und Leistungserfassung und -verschlüsselung primär befasste Krankenhauspersonal und umfasst eine Reihe von Regelungen zum richtigen Gebrauch der zur Codierung vorgeschriebenen Kataloge und Hinweise zur organisatorischen Gestaltung der medizinischen Dokumentation.

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

Dieser Diagnosen- und Leistungsbericht basiert auf einem genau definierten Basisdatensatz, der pro stationärem Krankenhausaufenthalt anzulegen ist und die in der nachstehenden Übersicht enthaltenen Angaben zu umfassen hat.

Datenqualitätssicherung

Das Ziel der Dokumentation ist es, den richtigen Personen die richtigen Daten über die richtige Person zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu Verfügung zu stellen.

Die Medizinische Dokumentation unterstützt die Organisation von Versorgungsmaßnahmen. Sie dient als Kommunikations- und Organisationshilfe und ist auch für die Erfüllung von gesetzlichen Erfordernissen notwendig. Die Dokumentation sowohl der medizinischen als auch der administrativen und organisationsbezogenen Daten ist kein Selbstzweck, sondern erfolgt in der Absicht einer späteren Nutzung der Daten. Dazu ist eine Strukturierung des Datensatzes erforderlich: Je stärker die Daten strukturiert sind, desto mehr Möglichkeiten bestehen für eine systematische Auswertung dieser Daten. Zur Strukturierung gehört auch die Verschlüsselung der Daten, wie z. B. der Diagnosen und medizinischen Einzelleistungen.

Der im Diagnosen- und Leistungsbericht zu meldende Basisdatensatz „Minimum Basic Data Set“ (MBDS) ist ein vollständig strukturierter Datensatz: alle Elemente dieses Datensatzes sind entweder als numerische Größen (z. B. Aufnahme- und Entlassungsdatum) oder als verschlüsselte nominale Größen (z. B. Diagnosen, medizinische Einzelleistungen, Geschlecht usw.) dargestellt. Das Codieren erfordert eine besonders hohe Qualität im Hinblick auf die Richtigkeit der Daten. Obwohl durch die Strukturierung bereits eine gewisse Vollständigkeit, wie z. B. die Dokumentation der Hauptdiagnose, gegeben ist, muss weiters darauf geachtet werden, dass auch alle relevanten Zusatzdiagnosen und alle erbrachten medizinischen Einzelleistungen vollständig dokumentiert werden.

Dieser Basisdatensatz enthält administrative und medizinische Daten. Davon ausgehend, dass die Dokumentation der administrativen Daten einen in Organisation und Ablauf relativ einfachen und somit nahezu fehlerfreien Prozess darstellt, ist die Dokumentation der medizinischen Daten aufgrund der Vielschichtigkeit des Erfassungs- und Übermittlungsprozesses fehleranfällig. Daher ist es unbedingt erforderlich, diese Daten vor ihrer Weiterverwendung als Grundlage für die leistungsorientierte Finanzierung oder für statistische Auswertungen

Versorgungsbereiche

auf ihre Qualität zu überprüfen. Dies soll einerseits mittels händischer Überprüfung der Dokumentation durch Fachleute, andererseits durch Anwendung von automatisierten Prüfroutinen geschehen.

Diagnosen- und Leistungsbericht - Basisdatensatz pro stationärem Krankenhausaufenthalt

Administrative Daten	Aufenthaltsbezogene Daten: <ul style="list-style-type: none"> - Krankenanstaltennummer - Aufnahmezahl und Aufnahmedatum - Aufnahmeart - aufnehmende Abteilung, Verlegungen - Entlassungsdatum und Entlassungsart 	Patientenbezogene Daten: <ul style="list-style-type: none"> - Geburtsdatum - Geschlecht - Staatsbürgerschaft - Hauptwohnsitz - Kostenträger
Medizinische Daten	<ul style="list-style-type: none"> - Hauptdiagnose (nach ICD-9 BMAGS 1998, vierstellig) - bis zu 9 Zusatzdiagnosen (nach ICD-9 BMAGS 1998, vierstellig) - bis zu 9 ausgewählte medizinische Einzelleistungen (nach Leistungskatalog BMAGS 2000) 	
LKF-Daten	<p>Diese Daten sind in den Diagnosen- und Leistungsbericht an den Landesfonds nur dann aufzunehmen, wenn die entsprechende Landesregelung dies ausdrücklich vorsieht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppe/Knoten der LDF (= leistungsorientierte Diagnosenfallgruppe) - Punkte LDF-Pauschale - Punkte für Belagsdauerausreißer nach unten - Zusatzpunkte für Belagsdauerausreißer nach oben - Zusatzpunkte für Intensivbetreuung - Zusatzpunkte bei Mehrfachleistungen - Punkte spezieller Bereiche (z. B. halbstationärer Psychiatrie-Bereich) - Punkte total 	

7.4.2.3 Zukunftsperspektiven der LKF

Das mit 1. Jänner 1997 bundesweit eingeführte und seither jährlich weiterentwickelte leistungsorientierte Finanzierungssystem für den stationären Krankenanstaltenbereich stellt einen ersten Schritt der Reform der Krankenanstaltenfinanzierung dar und baut auf den zur Zeit zur Verfügung stehenden Datengrundlagen auf. Das Finanzierungssystem und seine leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) werden aufgrund der regelmäßig gewonnenen praktischen Erfahrungen weiterhin jährlich einer Revision unterzogen und in den verschiedenen medizinischen Leistungsbereichen verfeinert und kontinuierlich verbessert. Zur Aktualisierung der Punkterelationen im LKF-Modell wurden im Jahr 1999 gemeinsam mit Referenzkrankenanstalten LKF-Nachkalkulationen durchgeführt.

Darüber hinaus wird die Einführung des Diagnoseschlüssels ICD-10 und die Einführung eines international in Anwendung befindlichen Klassifikationsschlüssels für medizinische Pro-

Versorgungsbereiche

7.5 Psychosoziale Versorgung

7.5.1 Ausgangslage

Der Bereich der psychosozialen Versorgung befindet sich in einem langjährigen Reformprozess, der bis in die siebziger Jahre zurückgeht. Ausgangspunkt dafür war die Kritik an der traditionellen Anstaltspsychiatrie mit ihrer oft lebenslangen Verwahrung psychisch kranker Personen in Großkrankenanstalten. Zielsetzung einer modernen psychosozialen Versorgung ist die Sicherung einer wohnort- und lebenskontextnahen Betreuung, die die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der sozialen Integration psychisch kranker Menschen ermöglicht. Erforderlich dafür ist ein bedarfsgerechtes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen und Diensten, die eng miteinander vernetzt und in die allgemeinmedizinische und soziale Versorgung integriert sind.

Bislang durchgeführte Maßnahmen führten unter anderem zu einer Verbesserung der Rechtsstellung psychisch Kranker im Zuge des Unterbringungsgesetzes sowie zu einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Dazu gehört die stärkere interne Differenzierung psychiatrischer Krankenhäuser, die laufende Reduktion der psychiatrischen Betten und die beginnende Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenanstalten. Darüber hinaus wurden mit der Einführung der Heil- und Gesundheitsberufe des Psychotherapeuten, des klinischen Psychologen und des Gesundheitspsychologen mit 1. Jänner 1991 weitere wesentliche Komponenten einer qualitätsvollen psychosozialen Versorgung geschaffen.

7.5.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Psychiatrische Versorgung

Die extramurale psychiatrische Versorgung umfasst psychosoziale und sozialpsychiatrische Dienste sowie komplementäre Einrichtungen und Dienstleistungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur. Diese decken ein breites Spektrum an Betreuungsbedürfnissen, das von der Beratung von Personen mit psychosozialen Problemen über die psychotherapeutische Behandlung und Krisenintervention bis hin zur ambulanten und nachgehenden sozialpsychiatrischen Behandlung und Betreuung im interdisziplinären Team reicht.

Der Aufbau der extramuralen psychiatrischen Dienste und Einrichtungen liegt in der Kompetenz der Länder. Im Berichtszeitraum hat sich die bereits seit 1993 zu beobachtende kontinuierliche Zunahme von psychosozialen Diensten und komplementären Einrichtungen weiter fortgesetzt. Während im Jahr 1992 250 und 1994 knapp 300 Einrichtungen gezählt wurden, gab es 1997 bereits 366 (BMAGS 1997, ÖBIG 1999a).

Trotz dieser Zunahme kann noch nicht von einer bedarfsgerechten Versorgung gesprochen werden (Meise u. a. 1998). Dafür verantwortlich sind neben der noch zu geringen Anzahl an Einrichtungen und Diensten die bedeutenden regionalen Unterschiede zwischen und innerhalb

Psychosoziale Versorgung

der Bundesländer. So gibt es beispielsweise in Oberösterreich (mit 1,3 Millionen Einwohnern) über 100 psychosoziale Dienste und komplementäre Einrichtungen, in der von der Bevölkerungszahl her ähnlich großen Steiermark aber nur 38. Die Versorgungssituation ist das Ergebnis gewachsener Strukturen und - wenn es auch mittlerweile in einigen Bundesländern Pläne zur psychiatrischen Versorgung gibt - einer bislang eher ungeplant verlaufenen Entwicklung.

Im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung setzten sich die bereits langjährig zu beobachtenden Tendenzen fort. Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten hat sich von Beginn 1996 bis Ende 1998 um 1.134 Betten oder um 17 Prozent reduziert; im Berichtszeitraum davor - 1993 bis 1995 - waren es zehn Prozent. Seit 1988 hat sich die Bettenzahl um 35 Prozent verringert (siehe Abbildung 7.5). Auch die laufende Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer hält an: Lag diese 1988 noch bei knapp 49 Tagen, waren es 1998 nur noch 20,3 Tage und damit weniger als die Hälfte als noch vor zehn Jahren. Im Berichtszeitraum verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer um mehr als elf Tage.

Die Anzahl der Aufnahmen steigt dagegen weiterhin kontinuierlich an: Zwischen 1988 und 1998 haben sich die Aufnahmen um knapp 31.600 bzw. um 58 Prozent erhöht. Auch hier fiel der Zuwachs im Berichtszeitraum deutlicher aus als in den Vorjahren. Gegenüber 1995 mit damals 62.761 Aufnahmen gab es 1998 knapp über 85.800 Aufnahmen; dies entspricht einer Steigerung von knapp 37 Prozent.

Ziel der Aktivitäten im Berichtszeitraum war vorrangig die Schaffung der Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in die Richtung eines bedarfsgerechten, integrierten, regionalisierten und vernetzten Angebotes. Dafür wurden folgende Schritte gesetzt:

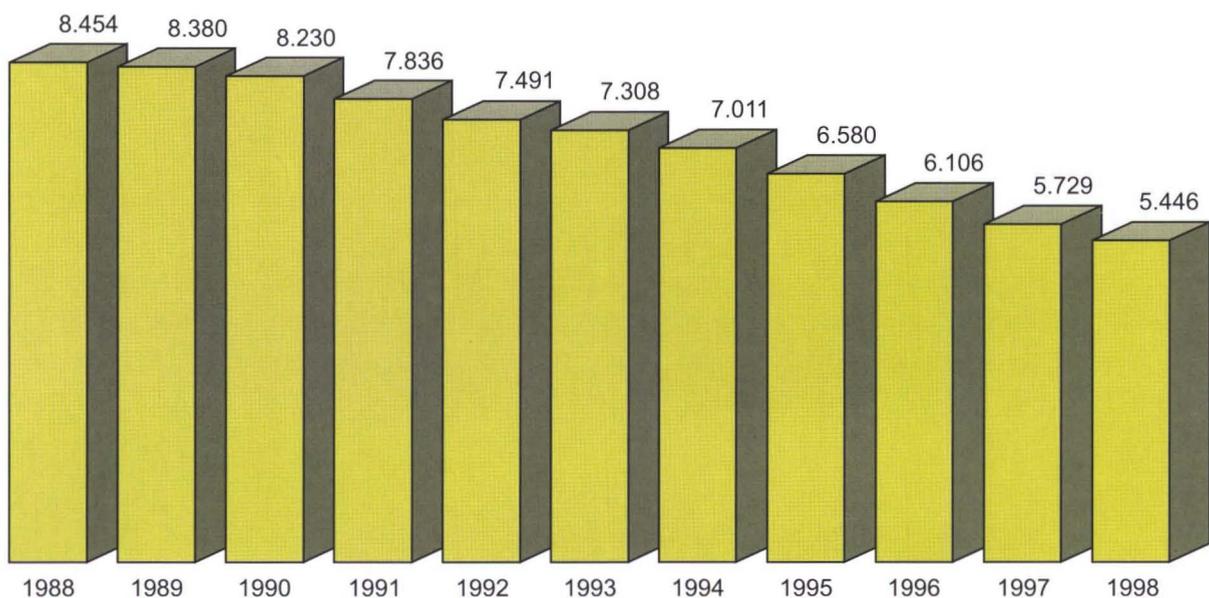
- Im Rahmen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP) 1999 wurde ein Psychiatrieplan erstellt (BMAGS/ÖBIG 1999). Dieser sieht vor, dass im Jahr 2005 insgesamt 4.311 psychiatrische Betten, verteilt auf 37 Standorte, vorhanden sein sollen. 1.556 Betten sind an insgesamt 26 psychiatrischen Fachabteilungen in allgemeinen Krankenanstalten vorgesehen und entsprechen damit den Grundsätzen eines regionalisierten und in die allgemeinmedizinische Versorgung integrierten Angebotes. Sechs dieser Fachabteilungen sind bereits verwirklicht. In den kommenden Jahren wird somit eine bedeutende Strukturentwicklung in der psychiatrischen Versorgung erfolgen. Diese betrifft nicht nur den stationären, sondern auch den ambulanten Bereich, da die Planung im ÖKAP/GGP mit der Vorgabe verknüpft ist, parallel ein flächendeckendes Angebot ambulanter Dienste und Einrichtungen aufzubauen. Dies ist erforderlich, da die vorgesehene weitere Reduktion der Betten - gegenüber 1998 soll sich das Angebot bis zum Jahr 2005 um weitere 1.135 Betten bzw. um 20 Prozent verringern - nur unter der Voraussetzung einer funktionsfähigen ambulanten Versorgung verwirklicht werden kann.
- Die Psychiatrieplanung wird laufend weiterentwickelt und vertieft. Eine wesentliche Aktivität in diesem Zusammenhang war die Erstellung einer systematischen Dokumentation des intra- und extramuralen Versorgungsstandes (ÖBIG 1999a). Damit wurde nicht nur

Versorgungsbereiche

die bereits 1992 und 1994 vom Ressort vorgelegte Dokumentation der extramuralen Einrichtungen aktualisiert und damit eine Einschätzung der Entwicklung des ambulanten Angebotes ermöglicht, sondern diese auch um das stationäre Angebot ergänzt. Die Dokumentation bietet damit die Basis für den Vergleich der geplanten mit der tatsächlich umgesetzten Strukturentwicklung.

- Nicht zuletzt wurde auf Basis eines Leistungsverzeichnisses Psychiatrie, das Tätigkeitsfelder, psychiatrische Leistungsbereiche und psychiatrische Einzelleistungen definiert, die Finanzierung psychiatrischer Leistungen im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung geregelt und damit ein weiterer Grundstein für eine qualitätsgerechte stationäre psychiatrische Versorgung gelegt (ÖBIG 1997b).

Abbildung 7.5: Anzahl der tatsächlichen Betten* in psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen 1988 - 1998



* in psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen sowie gemischt neurologisch/psychiatrischen Abteilungen gemäß Krankenanstaltenstatistik tatsächlich aufgestellte Betten

Quelle: Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten 1999

Grafik: ÖBIG

Psychotherapie, klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie

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

Psychosoziale Versorgung

psychologische Diagnostik bezieht - der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen.

Nachfolgegesetzgebung:

Wie bereits in den Jahren davor sind auch im Berichtszeitraum relevante Regelungen für die psychotherapeutische und psychologische Tätigkeit geschaffen worden. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die Absicherung der Berufspflicht der Verschwiegenheit, auf die Verbesserung der Situation von Patienten sowie auf Qualitätssicherung:

- Die Verschwiegenheit von Psychotherapeuten und klinischen Psychologen sowie Gesundheitspsychologen ist als unabdingbare Voraussetzung der Berufsausübung anzusehen. In einschlägigen Formulierungen in den Novellen zur Strafprozessordnung (BGBl. Nr. 526/1993), zum Familienberatungsförderungsgesetz (BGBl. I Nr. 130/1999) sowie zum Jugendwohlfahrtsgesetz (BGBl. I Nr. 53/1999) wurde die Einhaltung der Verschwiegenheit gesichert.
- In dem mit 1. Jänner 1998 in Kraft getretenen Suchtmittelgesetz (BGBl. I Nr. 112/1997) wurde die psychotherapeutische Behandlung in die im Rahmen des Instruments „Therapie statt Strafe“ gesetzlich vorgeschlagenen gesundheitsbezogenen Maßnahmen aufgenommen und damit der Psychotherapie als eigenständiger Heilbehandlung Rechnung getragen.
- Mit der Novelle zum Verbrechensofergesetz (BGBl. I Nr. 11/1999) wurde ein Schritt zur Verbesserung der Situation von Personen gesetzt, die an den psychosozialen Folgen eines Verbrechens leiden: Diese können zukünftig - unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen - kostenlos psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen.
- Mit dem Inkrafttreten der beiden EWR-Anpassungsgesetze (EWR-Psychotherapiegesetz, BGBl. I Nr. 114/1999, und EWR-Psychologengesetz, BGBl. I Nr. 113/1999) sowie der dazugehörigen Verordnungen hat Österreich die Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Hochschuldiplomen in den Mitgliedsstaaten des EWR (RL 89/48/EWG) legislativ umgesetzt. Die Richtlinie sieht vor, dass in EWR-Staaten erworbene Qualifikationen im Bereich der Psychotherapie, der klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie in Österreich anzuerkennen sind, sofern diese Berufe im Herkunftsland reglementiert sind. Die österreichischen Behörden haben im Einzelfall die Gleichwertigkeit der Ausbildung zu prüfen und können, falls diese nicht gegeben ist, entsprechende Ergänzungen verlangen.

Als Grundlage dafür wurde im Auftrag des BMSG im Jahr 1998 eine Dokumentation der Berufsregelungen der drei Berufsgruppen in den Mitgliedsstaaten des EWR erstellt und 1999 erstmals aktualisiert (ÖBIG 1999b). Diese bildet einerseits eine Grundlage für die Anerkennung von EWR-Bürgern, die in Österreich arbeiten wollen, sowie andererseits für die Information von in Österreich ausgebildeten Personen über die Arbeitsmöglichkeiten in einem anderen EWR-Staat.

Versorgungsbereiche

- Nach wie vor nicht vollständig umgesetzt ist die Regelung der psychotherapeutischen und psychologischen Tätigkeit in Krankenanstalten, die im Rahmen von Ausführungsgesetzen der Länder erfolgen sollte. So wurde im Burgenland und in Vorarlberg noch kein entsprechendes Gesetz beschlossen. Die übrigen Bundesländer haben die Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes des Bundes in die Landeskrankenanstaltengesetze aufgenommen. In Wien wurden diese auch hinsichtlich der zu betreuenden Patientengruppen und der erforderlichen Personalausstattung konkretisiert.

Qualitätssicherung:

Der Bereich der Qualitätssicherung war auch im Berichtszeitraum ein Schwerpunkt der Aktivitäten des Ressorts, wobei sich diese sowohl auf die Ausbildung als auch auf die Ausübung der Berufe richteten. Zwischen 1996 und 1998 wurde die Tätigkeit der praktischen Ausbildungseinrichtungen der drei Berufsgruppen und damit die Voraussetzungen für ihre Anerkennung durch das BMSG überprüft. Zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung wurde die Erarbeitung von Richtlinien fortgesetzt. Nach der Erstellung von Ethikrichtlinien für klinische Psychologinnen und Psychologen sowie für Gesundheitspsychologinnen und -psychologen im letzten Berichtszeitraum wurde im Jahr 1996 der „Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ herausgegeben, in dem Grundsätze für die Arbeit mit Patientinnen und Patienten, aber auch für Forschung, Weiterbildung und Kooperation mit anderen Berufsgruppen festgehalten werden. In den Supervisionsrichtlinien wurden Kriterien für die Ausübung psychotherapeutischer Supervision festgelegt. Im Jahr 1999 wurden schließlich Fort- und Weiterbildungsrichtlinien für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, für klinische Psychologinnen und Psychologen sowie für Gesundheitspsychologinnen und -psychologen erstellt, die im Jahr 2000 vom Psychotherapie- bzw. vom Psychologenbeirat beschlossen werden sollten. Diese Richtlinien konkretisieren die im Psychotherapiegesetz sowie im Psychologengesetz enthaltene Berufspflicht zur laufenden Fortbildung und bilden auch eine Basis für die Überprüfung dieser Vorgabe. Ebenfalls im Jahr 2000 ist vom Psychotherapiebeirat die Lehrpersonen-Richtlinie für das Fachspezifikum, die sich auf Kriterien bei der Bestellung von Lehrpersonen für das psychotherapeutische Fachspezifikum bezieht, beschlossen worden.

Personalangebot im Bereich der Psychotherapie:

Mit 31. Dezember 1999 gab es in Österreich 5.269 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (siehe Tabelle 7.11). Die Anzahl der Berufsberechtigten ist zwischen 1996 und 1999 um 1.564 Personen bzw. um 42 Prozent gestiegen. Der Großteil dieser Zunahme - 37 Prozent - fiel in den Berichtszeitraum. Ursache dafür ist das Auslaufen der zweiten Übergangsregelung nach dem Psychotherapiegesetz mit 31. Dezember 1997, die eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste ohne den Ausbildungsteil Propädeutikum ermöglichte, sofern eine dem Psychotherapiegesetz gleichzuhaltende Ausbildung vor dem 1. Jänner 1992 begonnen und vor dem 31. Dezember 1997 abgeschlossen wurde. Zukünftig ist mit einem flacheren Wachstum der Zahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu rechnen.

Psychosoziale Versorgung

Trotz der starken Zunahme der Zahl der Berufsberechtigten ist die bereits langjährig zu beobachtende regionale Ungleichverteilung des Angebotes aufrecht geblieben. Nach wie vor gibt es bedeutende Unterschiede in der Psychotherapeutendichte zwischen Bundesländern sowie zwischen Stadt und Land. Wien liegt mit 14,15 berufsberechtigten Personen pro zehntausend Einwohnern an der Spitze und verfügt über ein sieben- bzw. fünffach höheres Angebot als das Burgenland und Niederösterreich, die am unteren Ende der Rangreihe liegen (siehe Tabelle 7.11).

Eine ähnliche Situation zeigt sich bei der Betrachtung von Stadt und Land. Obwohl die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ländlichen Bereich etwas stärker gestiegen ist als im städtischen, ist der Großteil in der Bundeshauptstadt bzw. in den Landeshauptstädten konzentriert. Während für zehntausend in Städten lebende Menschen 15,2 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung stehen, sind es in den Bezirken nur 2,5. Auch die enormen Unterschiede zwischen den Bezirken sind trotz der Zunahme der Zahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufrecht geblieben. Eine Verschiebung des Personalangebotes von sehr gut in weniger gut versorgte Regionen zeigte sich bislang, bis auf wenige Ausnahmen, nicht. Teile der Bevölkerung finden daher nach wie vor noch kein oder erst ein sehr geringes Angebot in örtlicher Nähe vor.

Tabelle 7.11: Zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechnete Personen nach Bundesländern und insgesamt, Stand 31. Dezember 1999

Bundesland	Anzahl	
	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner
Burgenland	56	2,04
Kärnten	251	4,47
Niederösterreich	430	2,79
Oberösterreich	512	3,70
Salzburg	554	10,74
Steiermark	538	4,48
Tirol	429	6,42
Vorarlberg	261	7,43
Wien	2.238	14,15
Österreich	5.269	6,52

Quelle: BMSG

Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung:

Um die Bekanntheit dieses Heilberufes und den Zugang der Bevölkerung dazu zu verbessern, hat das BMAGS im Jahr 1998 in Kooperation mit dem ÖBIG eine Informationsbroschüre erstellt. Die Broschüre ist 1999 in einer Auflage von 40.000 Exemplaren erschienen und kann kostenlos über das BMAGS bezogen werden (BMAGS 1999). Zielgruppe ist die Bevöl-

Versorgungsbereiche

kerung, die in einer knappen, übersichtlichen und leicht verständlichen Form die wichtigsten Informationen zu Themen wie Ziele und Arbeitsweise von Psychotherapie, Indikation zur Psychotherapie, gesetzliche Grundlagen, Berufspflichten, anerkannte Methoden sowie Kosten und Finanzierung von Psychotherapie erhält.

Neben den geographischen Barrieren aufrecht geblieben sind soziale Hürden, da die seit der 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle vorgesehene Inanspruchnahme von Psychotherapie als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung nach wie vor erst in Ansätzen umgesetzt ist. Psychotherapie auf Krankenschein kann derzeit in eigenen Einrichtungen sowie bei Vertragspartnern der Kassen in Anspruch genommen werden. Der im Laufe des Jahres 1999 ausgehandelte Gesamtvertrag zwischen dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger fand in der Verbandskonferenz der Sozialversicherungsträger nicht die erforderliche Mehrheit. Sofern kein Gesamtvertrag zustande kommt, sind nach den Bestimmungen des ASVG von den Sozialversicherungsträgern Einzelverträge nach einheitlichen Grundsätzen zu schließen.

Personalangebot im Bereich der psychologischen Tätigkeit:

Mit 31. Dezember 1999 gab es in Österreich 2.697 klinische Psychologinnen und Psychologen und 2.688 Gesundheitspsychologinnen und -psychologen (siehe Tabelle 7.12). Die Berufsgruppen überschneiden sich weitgehend: Jeweils über 90 Prozent der Personen haben beide Berufsberechtigungen.

Tabelle 7.12: Zur selbständigen psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens berechnete Personen nach Bundesländern und insgesamt, Stand 31. Dezember 1999

Bundesland	Anzahl klinische Psychologen		Anzahl Gesundheitspsychologen	
	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner
Burgenland	35	1,28	39	1,42
Kärnten	170	3,03	162	2,89
Niederösterreich	235	1,52	232	1,50
Oberösterreich	236	1,71	236	1,71
Salzburg	334	6,48	335	6,49
Steiermark	301	2,51	301	2,51
Tirol	237	3,55	239	3,58
Vorarlberg	109	3,10	108	3,07
Wien	1.040	6,57	1.036	6,55
Österreich	2.697	3,34	2.688	3,33

Quelle: BMSG

Psychosoziale Versorgung

Die Zahl der berufsberechtigten Personen hat sich 1991 um das Siebeneinhalbfache erhöht, wobei der größte Teil des Zuwachses in die Zeit der Übergangsregelung nach dem Psychologengesetz bis Ende des Jahres 1993 fiel. Seit 1996 ist die Zahl der klinischen Psychologinnen und Psychologen um 675 bzw. um 33 Prozent, die der Gesundheitspsychologinnen und -psychologen um 656 bzw. um 32 Prozent gestiegen. Nach einer geringen Zunahme in den Jahren nach Ablauf der Übergangsregelung sind mittlerweile wieder jährlich steigende Zuwachsraten zu beobachten.

Auch bei diesen Berufsgruppen bestehen deutliche regionale Unterschiede im Personalangebot, wenn diese auch nicht so massiv sind wie im Bereich der Psychotherapie. Die Dichte an berufsberechtigten Personen schwankt zwischen 1,3 bzw. 1,4 Personen pro zehntausend Einwohnern im Burgenland und je 6,6 Personen in Wien. Die Rangfolge der Bundesländer nach dem Versorgungsgrad ist bei allen drei Berufsgruppen - Psychotherapie, klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie - ident: Burgenland und Niederösterreich sind am schlechtesten, Salzburg und Wien am besten ausgestattet.

Tabelle 7.13: Planstellen und besetzte Stellen für klinisch-psychologische Diagnostik nach Bundesländern und insgesamt, Stand 1. Juli 1999

Bundesland	Vorgesehene Stellen	Besetzte Stellen
Burgenland	3	3
Kärnten	10	6
Niederösterreich	18	10
Oberösterreich	15	2
Salzburg	6	3
Steiermark	14	8
Tirol	7	2
Vorarlberg	-	-
Wien	32	31
Österreich	105	65

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Zugang zur psychologischen Tätigkeit:

Klinisch-psychologische Diagnostik kann durch den Abschluss eines Gesamtvertrages zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen seit dem 1. Jänner 1995 auf Krankenschein in Anspruch genommen werden. Der Stellenplan von österreichweit 105 Vertragspsychologen ist nach wie vor nicht ausgeschöpft: Bislang wurden mit 65 klinischen Psychologen Kassenverträge abgeschlossen. Dabei gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern: In Wien sind nahezu alle Stellen besetzt, in Oberösterreich und in Tirol steht dagegen erst ein geringer Teil der vorgesehenen Vertragspsychologen zur Verfügung (siehe Tabelle 7.13). Zusätzlich zu den Vertragspsychologen können allerdings ös-

Versorgungsbereiche

terreichweit 97 Wahlpsychologen für klinisch-psychologische Diagnostik in Anspruch genommen werden.

7.5.3 Ausblick

Gesundheitspolitische Maßnahmen im Bereich der psychosozialen Versorgung werden sich weiterhin am Ziel der Sicherung eines bedarfsgerechten, gemeindenahen und vernetzten Angebotes orientieren. Neben der Weiterführung von Maßnahmen zur Professionalisierung der Berufsgruppen erscheinen im wesentlichen folgende Aktivitäten erforderlich:

- Weiterentwicklung und Vertiefung der Psychiatrieplanung in Abstimmung mit den Bundesländern sowie weitere Beobachtung und Evaluierung der Versorgungssituation. Darunter fallen vor allem
 - die Erhebung und Bewertung der im Krankenanstaltengesetz vorgesehenen psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung in Krankenanstalten,
 - die laufende Beobachtung der Entwicklung des Personalangebotes sowie der Berufsausübung im Bereich Psychotherapie, klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie,
 - die regelmäßige Aktualisierung der Bestandsaufnahme psychiatrischer Dienste und Einrichtungen, und damit nicht zuletzt
 - die Evaluierung der Umsetzung der Psychiatrieplanung.
- Darüber hinaus wird der Bereich der Qualitätssicherung weiterhin ein Schwerpunkt der Tätigkeit des Ressorts sein. Bereits geplante und teilweise in Ausarbeitung befindliche Aktivitäten sind die systematische Aufbereitung der Ausbildungstätigkeit im Bereich der Psychotherapie, die Formulierung von Richtlinien für die Erstellung von psychotherapeutischen und psychologischen Gutachten sowie Richtlinien zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlung.

Quellen:

BMAGS - Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Gesundheitsbericht der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales an den Nationalrat. Wien 1997

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

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

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

Meise, Ulrich, u. a. (Hrsg.): Gemeindepsychiatrie in Österreich. Innsbruck 1998

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

ÖBIG 1997b - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Leistungsverzeichnis Psychiatrie. Wien 1997

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

ÖBIG 1999b - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Regelungen der Berufsgruppen Psychotherapeuten, klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen in den Mitgliedsstaaten des EWR. Wien 1999

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Psychotherapeuten, klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen. Entwicklungsstatistik 1991 bis 1999. Wien 2000

7.6 Gesundheitsförderung und -vorsorge

7.6.1 Problemstellung und Zielsetzung

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

Gesundheitsförderung ist ein moderner Ansatz, der zwar an die Konzepte der Prävention anschließt, aber über die individuumsbezogenen Maßnahmen hinausgeht. Gesundheitsförderung bezeichnet „zusammenfassend die vorbeugenden, präventiven Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen beeinflussen, wobei hygienische, medizinische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale und ökologische Aspekte vertreten sein können und verhältnisbezogene ebenso wie verhaltensbezogene Dimensionen berücksichtigt werden. Vielfach wird dieser Begriff weitergehend gebraucht: nicht nur Schutz vor Risiko und Krankheit, also Bewahrung von Gesundheit, sondern Verbesserung und Steigerung von nie ganz vollkommener Gesundheit. In diesem Sinne greift Gesundheitsförderung auch über den klassischen Begriff der Primärprävention hinaus“ (Laaser et al. 1993, S. 176 f.).

Die Umsetzung von Gesundheitsförderung kann in verschiedenen Ansätzen erfolgen. Gesundheitsförderungsprogramme beziehen sich entweder auf ein inhaltliches Thema, wie

* Die Literatur zu diesem und den folgenden Abschnitten findet sich im Quellenverzeichnis am Ende von Kapitel 7.6.

Versorgungsbereiche

Rauchen oder Alkohol, oder auf bestimmte Lebenswelten (sogenannte Settings), wie z. B. Schule, Arbeitsplatz oder Krankenhaus. Die in Österreich durchgeführten Gesundheitsförderungsprogramme sind auf einer Matrix aus Themen und Settings einzuordnen, wobei der Setting-Ansatz den sozialen Kontext als einflussgebend für das Verhalten herausstellt.

Im Februar 1998 wurde das Gesundheitsförderungsgesetz beschlossen und damit die Basis dafür geschaffen, dass Prävention und Gesundheitsförderung mit einem Jahresbudget von öS 100 Mio. (€ 7,27 Mio.) massiv verstärkt und verbreitert wird. Die langfristige sowie die jährliche Programmplanung zur Umsetzung der Initiative erfolgt durch den Fonds „Gesundes Österreich“. Die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen sollen in koordinierter Weise und unter Einbindung aller maßgeblicher Stellen und Initiativen dazu dienen, den Wissensstand der Bevölkerung über Gesundheitsgefahren und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erweitern. Dabei sollen auch Rahmenbedingungen entwickelt und Strukturen für die Gesundheitsförderung geschaffen werden, die eine Umsetzung effizient möglich machen. Das Ziel dieses Gesetzes ist die langfristige, integrierte Entwicklung der Gesundheitsförderung. Grundsätzlich ist im Gesundheitsförderungsgesetz festgehalten, dass die öS 100 Mio. (€ 7,27 Mio.) nicht dazu dienen, Kosten für bestehende Programme zu übernehmen, sondern es sollen mit diesen Mitteln bereits etablierte Maßnahmen ausgebaut und weiterentwickelt werden.

Weiters heißt es in der Regierungserklärung „Österreich neu regieren“ vom Februar 2000:

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

Bezug zu WHO- und EU-Programmen

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

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

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

Es wurden 21 Ziele zur „Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert“ vorgegeben, die den spezifischen Handlungsbedarf in der gesamten europäischen Region beschreiben und die

Gesundheitsförderung und -vorsorge

zur Verbesserung der Situation erforderlichen Maßnahmen vorschlagen (vgl. Kapitel 2: Gesundheitspolitische Leitlinien).

Auch die EU räumt der Gesundheitsförderung und Prävention erhöhten Stellenwert ein. Im Vertrag von Maastricht wird betont, dass die Gemeinschaft durch Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten einen Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsniveaus leisten soll, wobei sich die Tätigkeit der Gemeinschaft auf die Verhütung von Krankheiten, auf die Erforschung von Ursachen und Übertragung von Krankheiten sowie auf die Gesundheitsinformation und -erziehung richten soll (Artikel 129 des Vertrages von Maastricht bzw. Artikel 152 des Vertrages von Amsterdam, zitiert in Kapitel 2: Gesundheitspolitische Leitlinien).

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

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

Im Jahresprogramm für das Jahr 1997 wurden folgende Schwerpunkte festgelegt:

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

Da die meisten bestehenden Programme im Bereich der öffentlichen Gesundheit im oder um das Jahr 2000 auslaufen werden, bedeutet dies, dass neue Vorschläge rechtzeitig erarbeitet werden müssen. Laut einer Mitteilung der EU-Kommission vom April 1998 ist vorgesehen, dass die zukünftige Politik drei Aktionsschwerpunkte enthalten sollte:

- Verbesserung der Information zur Entwicklung der öffentlichen Gesundheit,
- rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren sowie

Versorgungsbereiche

- die Berücksichtigung der für die Gesundheit bestimmenden Faktoren durch Gesundheitsförderung und Prävention.

Im Vertrag von Amsterdam wird betont, dass die Tätigkeit der Gemeinschaft auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet ist. Dementsprechend sollten Maßnahmen in diesem Aktionsbereich auf die Verbesserung der für die Gesundheit bestimmenden Faktoren durch Gesundheitsförderung sowie wirksame Präventionsmaßnahmen ausgerichtet sein.

Unter anderem werden beispielsweise folgende Fragen von der Kommission geprüft:

- Wie kann stärker auf gesundheitliche Beeinträchtigungen eingegangen werden, die als Folge der alternden Bevölkerung immer mehr an Bedeutung gewinnen, wie Morbus Alzheimer und psychische Erkrankungen?
- Wie kann die Arbeit in den Bereichen Ernährung und Übergewicht gestärkt werden?
- Ist auf die Prävention von Herz- und Gefäßerkrankungen stärkeres Gewicht zu legen?

7.6.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

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

In Punkt 7.6.2.1 wird auf die themenbezogene Gesundheitsförderung und -vorsorge eingegangen, in Punkt 7.6.2.2 zunächst auf den Fonds Gesundes Österreich und anschließend auf die settingbezogene Gesundheitsförderung. Der Darstellung liegt eine Systematik zugrunde, die - mit Ausnahme der Netzwerke - die Aktivitäten zu den einzelnen Schwerpunkten jeweils anhand von Problemstellungen, Zielen und Maßnahmen beschreibt und abschließend einen Ausblick vornimmt.

7.6.2.1 Themenbezogene Gesundheitsförderung und -vorsorge

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

Problemstellung

Die Einführung des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes im Jahr 1974 erfolgte in einer Zeit, in der Österreich unter den europäischen Staaten eine vergleichsweise hohe Säuglingssterblichkeit (1974: 23,8 Promille) aufwies. Seitdem ist es gelungen, die Säuglingssterblichkeit kontinuierlich zu senken (1984: 11,9 Promille; 1989: 8,3; 1994: 6,3; 1999: 4,4), der österreichische Wert liegt nunmehr deutlich unter dem Durchschnittswert der Europäischen Union.

Gesundheitsförderung und -vorsorge Mutter-Kind-Pass

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

Ziele

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

Maßnahmen

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

Die Durchführung der obgenannten Untersuchungen war mit Ausnahme der Ultraschalluntersuchungen und der augenfachärztlichen Untersuchung bis 1996 Voraussetzung für den Erhalt von drei Teilbeträgen der erhöhten Geburtenbeihilfe sowie einer Sonderzahlung in der Höhe von insgesamt öS 15.000,- (€ 1.090,-). Auf Grund eines im Rahmen des „Sparpakets“ erforderlich gewordenen Beschlusses der Bundesregierung zur Budgetkonsolidierung wurden erhöhte Geburtenbeihilfe und Sonderzahlung 1996 abgeschafft. Für nach dem 31. Dezember 1996 geborene Kinder wurde ein sozial gestaffelter Mutter-Kind-Pass-Bonus in der Höhe von öS 2.000,- (€ 145,-) vorgesehen, der Anspruchsberechtigten bei Durchführung aller obgenannten Untersuchungen bis Ende des ersten Lebensjahres mit Ausnahme der Ultraschalluntersuchungen gewährt wird.

1998 wurden in einer gemeinsamen Aktion des Gesundheitsressorts, der Österreichischen Ärztekammer und des damaligen Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie der Folder „Ich werde Mutter“ und das Plakat „Mein erster Pass“ herausgegeben, die mithalfen, die Aufmerksamkeit der Schwangeren und Eltern auf die Wichtigkeit der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen zu lenken. Diese Folder und Plakate wurden an alle niedergelassenen All-

Versorgungsbereiche

gemeinmediziner, Kinderärzte und Gynäkologen, geburtshilfliche Abteilungen, Mutter- bzw. Elternberatungsstellen sowie Familienberatungsstellen verteilt.

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

Ausblick

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

Vorsorgeuntersuchungen

Problemstellung und Zielsetzung

Vorsorgeuntersuchungen sind im Wesentlichen Screeninguntersuchungen, die bestimmte Risiko- oder Verdachtsfälle möglichst frühzeitig erfassen sollen. Die Vorsorgeuntersuchung soll dazu beitragen, durch Früherkennung und Frühbehandlung die Heilungs- und Behandlungschancen zu verbessern.

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

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

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

Gesundheitsförderung und -vorsorge
Vorsorgeuntersuchungen

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

Entwicklung der Inanspruchnahme

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

Die Entwicklung der Inanspruchnahme in den Jahren 1988 bis 1998 wird in Tabelle 7.14 dargestellt. Die Steigerung der Inanspruchnahme der gynäkologischen Untersuchungen unterliegt Schwankungen; die Basisuntersuchungen steigen stetig an. Insgesamt wird das Untersuchungsangebot zunehmend wahrgenommen.

*Tabelle 7.14: Entwicklung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen
1988 - 1998*

Jahr	Anzahl Basisuntersuchungen	Änderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl gynäkol. Untersuchungen	Änderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl Untersuchungen insgesamt	Änderung zum Vorjahr in Prozent
1988	247.752	+ 63,3 %	79.987	+ 29,4 %	327.739	+ 53,5 %
1989	323.018	+ 30,4 %	84.267	+ 5,4 %	407.285	+ 24,3 %
1990	347.341	+ 7,5 %	80.276	- 5,9 %	427.617	+ 5,0 %
1991	376.771	+ 8,5 %	82.673	+ 2,9 %	459.444	+ 7,4 %
1992	415.771	+ 10,3 %	85.735	+ 3,7 %	501.506	+ 9,1 %
1993	443.502	+ 6,7 %	80.991	- 5,5 %	524.493	+ 4,6 %
1994	490.302	+ 10,6 %	88.015	+ 8,7 %	578.317	+ 10,3 %
1995	503.483	+ 2,7 %	87.735	- 0,3 %	591.218	+ 2,2 %
1996	552.248	+ 9,7 %	110.475	+ 25,9 %	662.723	+ 12,1 %
1997	584.401	+ 5,8 %	106.437	- 3,6 %	690.838	+ 4,2 %
1998	622.159	+ 6,5 %	113.278	+ 6,4 %	735.437	+ 6,5 %

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ÖBIG

Ausblick

Im Präventions- und Gesundheitsförderungskonzept der Sozialversicherung (1998) wird vorgeschlagen: „Die Vorsorgeuntersuchung sollte zunächst auf Basis des derzeitigen Systems beibehalten werden. Ähnlich wie bei der bereits durchgeführten Reform der Jugendlichenuntersuchung könnten Schwerpunktaktionen (spezielle Fahndungsziele, Zielgruppen) in die Vorsorgeuntersuchung miteinbezogen werden. Darüber hinaus könnten verstärkt Gesundheitsförderungsgedanken in der Vorsorgeuntersuchung verankert werden.“

Versorgungsbereiche

Kariesprophylaxe

Problemstellung und Zielsetzung

Karies ist noch immer die am weitesten verbreitete Zivilisationskrankheit, für die aber medizinisch wirksame und kostengünstige Vorbeugungsmaßnahmen verfügbar sind.

Die WHO legte im Rahmen ihres Programmes „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ fünf Ziele für die Zahngesundheit der Bevölkerung fest:

- Kariesfreiheit bei 50 Prozent der Kinder im Alter von fünf bis sechs Jahren.
- Der DMFT-Wert (= die durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss) sollte bei den zwölfjährigen Kindern unter 3 liegen.
- 85 Prozent der 18-Jährigen sollten noch alle Zähne haben und bei 90 Prozent sollten mindestens drei Sextanten einen CPITN = 0 aufweisen (CPITN = Community Periodontal Index of Treatment Need).
- Senkung des Standes der Zahnlosigkeit von 1981 um 50 Prozent in der Altersgruppe 35 bis 44 Jahre.
- Senkung des Standes der Zahnlosigkeit von 1981 um 25 Prozent in der Altersgruppe 65 Jahre und darüber. Maximal zehn Prozent sollten einen oder mehrere Sextanten mit CPITN > 4 haben.

Maßnahmen

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

Mittlerweile wurde der Zahnstatus in den ersten drei Altersgruppen erhoben. In der Altersgruppe der Fünf- bis Sechsjährigen wurde 1996 das WHO-Ziel knapp nicht erreicht. 47 Prozent der untersuchten Kinder waren kariesfrei.

In der Zahnstuserhebungen 1997 bei Zwölfjährigen wurde ein DMFT von 1,7 erhoben. Dies erfüllte sogar das für Europa definierte strengere Ziel von maximal zwei durch Karies geschädigten Zähnen.

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

Gesundheitsförderung und -vorsorge
Kariesprophylaxe/Rauchen

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

In diesem Sinne war die Veranstaltung der Koordinationsstelle gemeinsam mit dem Gesundheitsressort im Jahr 1998 dem Thema „Riskogruppenbetreuung im Rahmen der Kariesprophylaxe“ gewidmet.

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

Ausblick

1999 und 2000 wird die Zahnstuserhebung in den beiden Erwachsenen-Altersgruppen (35 bis 44 Jahre und 65 bis 74 Jahre) durchgeführt. Um eine Verlaufskontrolle zu gewährleisten, wird im Jahr 2001 das Zahnmonitoring bei den Fünf- bis Sechsjährigen wiederholt und damit ein neuer Erhebungszyklus eingeleitet.

Rauchen

Problemstellung

Im Rahmen des WHO-Projektes „Health Behaviour in School-aged Children“ führt das Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesundheits- und Medizinsoziologie kontinuierlich Erhebungen in Österreich durch. Dabei wird auch das Rauchverhalten der Jugendlichen untersucht. Als relevante Messgröße für das Rauchverhalten der Jugendlichen wurde „Täglicher Zigarettenkonsum“ gewählt.

Im internationalen Vergleich zeigt sich bei den Knaben in allen europäischen Ländern außer Norwegen eine deutliche Zunahme im Zigarettenkonsum. In Österreich verlief diese Entwicklung zwischen 1990 und 1994 noch steiler als in den anderen Ländern, konnte aber zwischen 1994 und 1998 gestoppt werden. Das hat zur Folge, dass Österreich bei den Knaben im internationalen Vergleich des Zigarettenkonsums nicht mehr die Spitzenposition einnimmt.

Versorgungsbereiche

Bei den Mädchen zeigt sich der starke Aufwärtstrend im Rauchen in allen Ländern, ist aber in Österreich besonders krass. Die österreichischen Mädchen haben nunmehr in Bezug auf den Zigarettenkonsum die internationale Spitzenposition inne.

Ziele

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

Maßnahmen

Im Berichtszeitraum wurden folgende präventive Maßnahmen gesetzt bzw. Kampagnen und Erhebungen durchgeführt:

- Anti-Rauch-Kampagne „Smoke sucks“ des Gesundheitsressorts, durchgeführt vom - auf Initiative des Gesundheitsressorts ins Leben gerufenen - Verein „Young and Healthy“.
- Im Rahmen des Gesundheitsförderungsgesetzes wurden seit 1998 vom Fonds Gesundes Österreich laufend praxisrelevante Aktivitäten und Forschungsprojekte auch zum Thema „Rauchen“ gefördert, darunter insbesondere die Präventionsstudie „Stationäre Raucherentwöhnung“.
- Erhebung der Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung durch das Österreichische Statistische Zentralamt, nunmehr Statistik Österreich, im Rahmen des Mikrozensus im Dezember 1997.

Das Ziel dieser Erhebung war es einerseits, die aktuellen Rauchgewohnheiten der Bevölkerung zu erfassen, und andererseits, die Veränderungen im Hinblick auf das 1995 erlassene Tabakgesetz und auf die intensiven „Anti-Rauch-Initiativen“ im letzten Jahrzehnt aufzuzeigen.

Die wichtigsten Ergebnisse waren: 36 Prozent der Männer rauchen. Bei den männlichen Jugendlichen ist der Anteil der Raucher in den letzten elf Jahren wieder gestiegen. Der höchste Raucheranteil ist bei den 20- bis 25-Jährigen zu finden. 23 Prozent der Frauen rauchen. Nur bei den 20- bis 35-Jährigen ist es gegenüber den Daten von 1986 zu einem Rückgang des Raucheranteils gekommen. Der Anteil an Rauchern ist in Wien bei beiden Geschlechtern am höchsten, in Kärnten, Salzburg und im Burgenland am niedrigsten.

- Erhebung des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Gesundheits- und Medizinsoziologie im Rahmen des oben erwähnten WHO-Projektes „Health Behaviour in School-aged Children“.

Ausblick

Geplant ist eine Zusammenstellung der aktuellen Zahlen, Daten, Fakten und Trends zum Thema Rauchen in Österreich, analog dem „Handbuch Alkohol - Österreich“.

Außerdem ist im Hinblick auf das Ergebnis der Erhebung des Ludwig-Boltzmann-Instituts (siehe oben) eine Initiative betreffend Motivforschung/Jugendforschung zum Rauchverhalten Jugendlicher, insbesondere der Mädchen, geplant.

Wichtige Impulse für künftige Maßnahmen präventiver sowie politisch-rechtlicher Natur können von einer im Rahmen des EU-Programms Biomed II durchgeführten Studie „Die Rolle der nationalen Politik zur Kontrolle des Rauchens bei Jugendlichen und der Einfluss der Schule und des Elternhauses“, welche im Jahr 2000 fertiggestellt wird, erwartet werden.

Schließlich befindet sich der Entwurf einer Novelle zum Tabakgesetz (zur Umsetzung der EU-Werbeverbotsrichtlinie) in Ausarbeitung.

Alkohol

Problemstellung

Im Rahmen der bereits oben erwähnten Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ wird auch der Alkoholkonsum der Jugendlichen untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Jugendlichen nicht öfter als früher oder regelmässiger Alkohol konsumieren, aber unmäßiger, also mehr! Daher ist ein signifikanter Trend bezüglich Zunahme der durchschnittlichen Zahl an erlebten Rauschen gegeben. Auch hier ziehen die Mädchen nach.

In Österreich war die Datenlage zum Themenbereich Alkohol bis dato äußerst bruchstückhaft und sehr zersplittert. Auch die internationale Vergleichbarkeit der Daten war vielfach nicht gegeben. Vor diesem Hintergrund wurde im Auftrag des Gesundheitsressorts das „Handbuch Alkohol - Österreich“ erstellt.

Rund 40 Prozent der erwachsenen Österreicherinnen und Österreicher (in diesem Prozentsatz sind 18 Prozent Alkoholmissbraucher enthalten) trinken mehr Alkohol, als die WHO für unbedenklich erachtet; und zwar ca. 15 Prozent der Frauen und ca. 55 Prozent der Männer. Als unbedenklich gilt hier ein Tagesschnitt jener Menge Alkohols, die in einem Viertel Wein oder einem Krügel Bier enthalten ist. Rund 18 Prozent der Erwachsenen (in diesem Prozentsatz sind fünf Prozent Alkoholiker enthalten) sind als Alkoholmissbraucher zu bezeichnen, und zwar ca. neun Prozent der Frauen und ca. 29 Prozent der Männer. Als gesundheitsbedrohlich gilt nach wissenschaftlicher Erkenntnis ein längerfristiger Durchschnittskonsum von jener Menge Alkohol, der - bei Frauen - in zwei Viertel Wein oder zwei Krügel Bier bzw. - bei Männern - in drei Viertel Wein oder drei Krügel Bier enthalten ist.

Rund zehn Prozent der erwachsenen Österreicher (ca. vier Prozent der Frauen und ca. 16 Prozent der Männer) erkranken im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus.

Ziele

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

Versorgungsbereiche

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

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

1998 führte die WHO eine Evaluierung des ersten „Europäischen Alkohol-Aktionsplans“ durch. Ende 1999 wurde schließlich der zweite europäische Aktionsplan beschlossen, worin eine Schwerpunktverlagerung weg vom Alkoholkonsum im Allgemeinen hin zum problematischen Alkoholkonsum im Besonderen vorgenommen wurde.

Maßnahmen

- Handbuch Alkohol - Österreich 1999

Das 1999 erschienene Handbuch (siehe oben) stellt das bis dato umfassendste Übersichts- und Nachschlagewerk zum Themenbereich Alkohol in Österreich dar und bildet die Basis für weitere, aufbauende Aktivitäten im Präventionsbereich. Es stellt zudem einen wesentlichen Schritt systematischer Maßnahmen zur Erfassung und Eindämmung alkoholverursachter Probleme dar und entspricht damit einer zentralen WHO-Zielsetzung für Europa. Anspruch dieses Handbuches ist es, als Nachschlagewerk über alle in Österreich verfügbaren alkoholrelevanten Daten zu fungieren. Das Werk bringt Forschungsergebnisse, offizielle Statistiken, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen übersichtlich zur Darstellung. Dieses neue Printmedium ist eine wichtige Hilfestellung für Personen, die mit Öffentlichkeitsarbeit, Prävention und Therapie im Alkoholbereich betraut sind.

- Alkoholkoordinations- und Informationsstelle (AKIS)

Anfang 2000 (über den Berichtszeitraum bereits hinausgehend) wurde vom Gesundheitsressort die „Alkoholkoordinations und Informationsstelle (AKIS)“ am Anton-Proksch-Institut (API) in Kooperation mit dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) ins Leben gerufen. Diese Stelle soll zentrale Drehscheibe für suchtpreventive Aktivitäten im Alkoholbereich werden. Der AKIS kommen dabei mehrere zentrale Aufgaben zu, nämlich:

- Systematische Sammlung, Aufbereitung, Aktualisierung von allen alkoholrelevanten Informationen
- Aufbau einer eigenen Alkoholdatenbank
- Fundierte Beratung bei Fragen neuer Präventionsmuster, der Öffentlichkeitsarbeit und von Grundsatzstrategien
- Kontaktstelle für Internationale Organisationen (WHO, EU, etc.)

Ausblick

Im Sinne der Förderung des Problembewusstseins der Bevölkerung gegenüber Alkohol wurden bereits 1994 zwei Informationsbroschüren zum „normalen Alkoholkonsum“ herausgegeben. Diese Informationsbroschüre wird nach Überarbeitung und Aktualisierung neu herausgegeben.

Darüber hinaus sind eine Enquete zum Thema „Alkohol am Arbeitsplatz“ sowie ein Suchtpräventionskonzept geplant bzw. bereits in Vorbereitung. Das Suchtpräventionsprojekt bezieht sich auch auf den Konsum von Alkohol.

Drogen

Ausgangslage

Die illegalen Drogen verursachen in Bezug auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung verglichen mit legalen Substanzen wie Alkohol und Tabak quantitativ vergleichsweise geringe Probleme. Die Zahl der sogenannten problematischen Konsumenten wird schon seit einigen Jahren als stabil eingeschätzt, wobei die Zahl der Opiatabhängigen laut Expertenschätzungen bei etwa 15.000 Personen für Gesamtösterreich liegt. Zu beobachten ist allerdings eine langsame „Nivellierung“ der regionalen Unterschiede, die dazu führt, dass die Drogenproblematik nicht mehr nur in wenigen Zentren, sondern generell in Ballungsräumen sichtbar wird (vgl. ÖBIG 1999a).

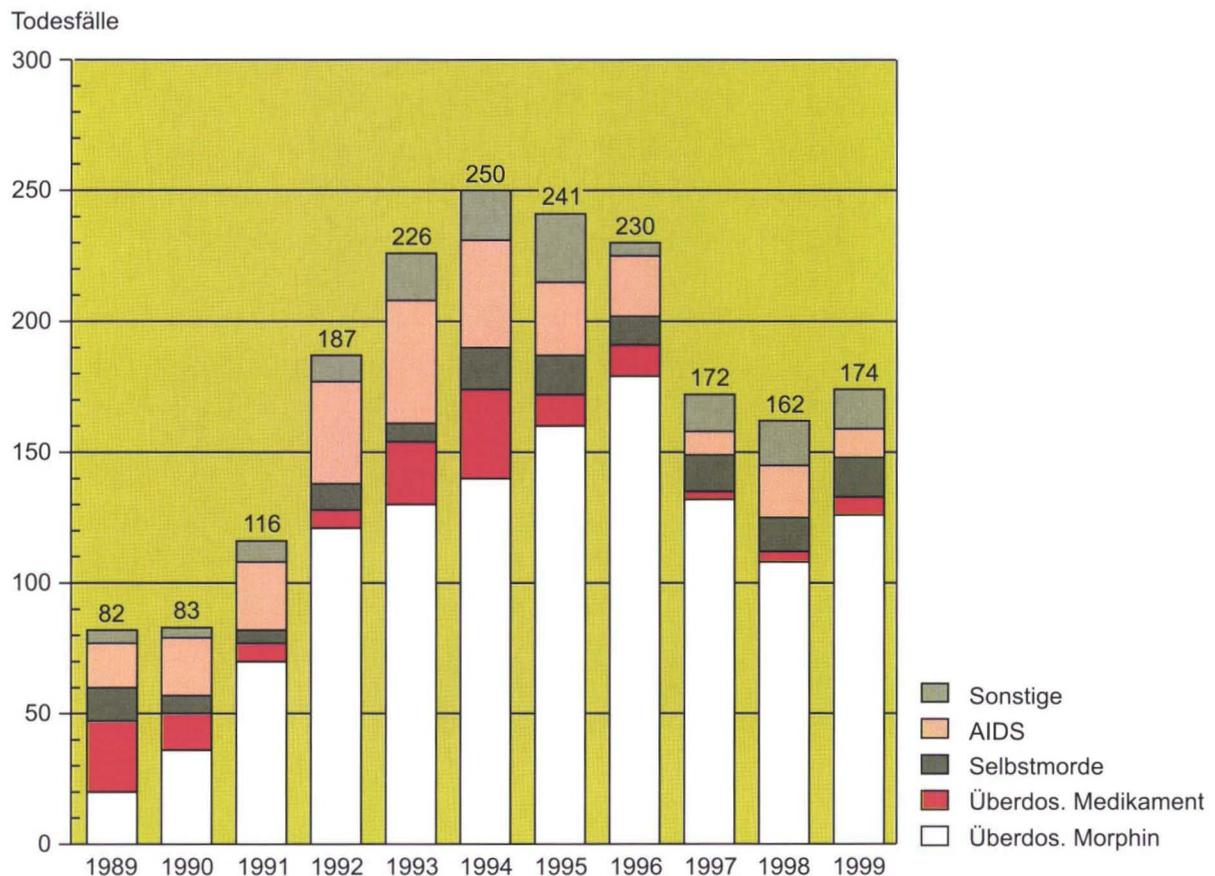
Illegale Drogen haben aber dennoch eine große gesundheitspolitische Relevanz, da Drogenmissbrauch häufig mit erheblichen gesundheitlichen und sozialen Problemen und Folgen einhergeht. Einerseits gelten sowohl soziale Problemlagen (z. B. Arbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung, etc.) als auch gesundheitliche Probleme (z. B. psychiatrische „Ko-Morbidität“) als Mitverursacher für Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. Andererseits zeigen sich vor allem bei über längere Zeit Abhängigen eine Reihe von diesbezüglichen Folgen und Schäden, die sich aus epidemiologischer Sicht während der letzten Jahre widersprüchlich entwickelt haben:

Positiv zu vermerken ist, dass sowohl die Gesamtzahl der drogenbezogenen Todesfälle als auch die Zahl der tödlich verlaufenden Überdosierungen seit Mitte der neunziger Jahre deutlich gesunken sind. Im Jahr 1999 gab es wohl wieder einen Anstieg, der aber sehr gering ausgefallen ist und daher am generellen Trend nichts ändert (vgl. Abbildung 7.6). Aus Wien, wo entsprechende Daten vorliegen, wird auch ein - seit einigen Jahren fortgesetzter - Rückgang der nicht tödlich verlaufenen Überdosierungen berichtet. Weiters liegt die HIV-Prävalenz bei intravenösen Drogenkonsumenten stabil auf geringem Niveau von deutlich unter fünf Prozent. Hohe Infektionsraten finden sich aber weiterhin für Hepatitis: Etwa die Hälfte der intravenösen Drogengebraucher ist mit Hepatitis B infiziert, bezüglich Hepatitis C liegen die Werte sogar bei etwa siebenzig bis achtzig Prozent. Zudem sind laut Experteninforma-

Versorgungsbereiche

tionen Drogenabhängige im steigenden Ausmaß von Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit betroffen.

Abbildung 7.6: Anzahl der „Drogenopfer“ in Österreich nach Todesursache 1989 - 1999



Quelle: BMAGS, Abt. VIII/B/12

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen finden sich in einem weit höheren Ausmaß als problematischer Konsum, führen aber meist nicht zu regelmäßigem Konsum über längere Zeit. Zehn bis zwanzig Prozent der Jugendlichen und bis zu dreißig Prozent der jungen Erwachsenen geben in Befragungen an, dass sie bereits Cannabis konsumiert haben. Erfahrungen mit „harten“ Drogen (Heroin, Kokain, LSD) finden sich hingegen nur bei einem sehr geringen Prozentsatz (rund ein bis zwei Prozent) der Bevölkerung. Weiters berichten in Studien etwa drei bis vier Prozent der Jugendlichen über Erfahrungen mit dem Konsum von Ecstasy, wobei es laut Experteneinschätzung - entgegen früheren Erwartungen - in diesem Bereich keine größeren Zuwächse mehr gibt. Vereinzelt Erhebungen in der „Rave-Szene“ zeigen aber, dass Jugendliche, die sich dieser spezifischen Jugendkultur zugehörig fühlen, eine große Drogenaffinität aufweisen.

Gesundheitsförderung und -vorsorge Drogen

Zentrale gesundheitspolitische Ziele in Bezug auf illegale Drogen sind eine möglichst suchtfreie Gesellschaft und die Verhinderung von gesundheitlichen Schäden durch den Konsum von Drogen. Die Aktivitäten der letzten Jahren folgten dem Motto „Vorbeugen vor Behandeln, Helfen statt Strafen“. Entsprechend wird Maßnahmen der Primärprävention, die auf die Verhinderung des Konsums von Drogen und der Entstehung von Sucht abzielen, Priorität beigemessen. Bei bereits bestehendem problematischem Konsum bzw. Drogenabhängigkeit soll durch ein differenziertes und bedürfnisorientiertes Angebot der Drogenhilfe eine Verbesserung des gesundheitlichen und psycho-sozialen Zustandes der Betroffenen erreicht werden. Dies umfasst abstinenzorientierte, substituierende, risikominimierende und suchtbegleitende Angebote gleichermaßen. Diese gesundheitspolitischen Zielsetzungen stehen im Einklang mit dem sich auf europäischer wie internationaler Ebene immer stärker durchsetzenden Grundsatz einer multidisziplinären, integrierten und ausgewogenen Strategie im Bereich der Drogenpolitik (siehe auch Ausblick).

Aktivitäten des Gesundheitsressorts im Berichtszeitraum

Rechtliche Rahmenbedingungen:

Am 1. Jänner 1998 trat das vom Gesundheitsressort in Zusammenarbeit mit dem Justizressort vorbereitete und am 16. April 1997 im Nationalrat beschlossene Suchtmittelgesetz (SMG) in Kraft. Gesundheitspolitisch von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang vor allem die Erweiterung des Bereichs der ausgewogenen Anwendung von strafrechtlichen und gesundheitspolitischen Instrumenten (v. a. durch den Ausbau der Möglichkeiten der Anwendung des Modells „Therapie statt Strafe“, das bereits in dem - nunmehr durch das SMG abgelöste - Suchtgiftgesetz verankert worden war), die verbesserte rechtliche Stellung der Substitutionsbehandlung von Suchtkranken und der Schmerztherapie sowie die Erweiterung der im Gesetz vorgesehenen gesundheitlichen Maßnahmen. Die „gesundheitsbezogenen Maßnahmen“ schließen nunmehr neben ärztlicher Behandlung und Überwachung explizit auch die Substitutionsbehandlung sowie die Psychotherapie, die klinisch psychologische und die psychosoziale Beratung und Betreuung mit ein. Das SMG wurde im Rahmen von Veranstaltungen mit thematischem Bezug - regionale Suchtmittelkonferenzen, Amtsärztetagen - einem weiten Kreis von Fachleuten vorgestellt.

Das Inkrafttreten des SMG zog weitere rechtliche Veränderungen nach sich. So trat Österreich den einschlägigen UNO-Konventionen - Psychotropenkonvention 1971 und Konvention von 1988 - bei. Weiters wurden eine Reihe von Verordnungen und Erlässen adaptiert. Gesundheitspolitisch relevant ist dabei vor allem die - auf den gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnissen basierende - Neugestaltung des Erlasses zur oralen Substitutionsbehandlung von Suchtkranken.

Prävention und Maßnahmen der Drogenhilfe:

Im Bereich der Primärprävention kooperiert das Gesundheitsressort vor allem mit den regionalen Fachstellen für Suchtprävention und weiteren einschlägig befassten Ressorts (v. a.

Versorgungsbereiche

Unterricht, Jugend). Im Rahmen des Präventionsprogramms „Zum Thema Sucht“ erhielten die Fachstellen für Suchtprävention seitens des Gesundheitsressorts seit 1998 jährlich eine Förderung von einer Million Schilling (rund € 73.000,-) zur Durchführung gemeinsamer überregionaler Projekte, wobei die jeweilige Schwerpunktsetzung in Abstimmung von Gesundheitsressort, Fachstellen und Länderdrogenkoordinatoren vorgenommen wurde. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem die Erarbeitung bzw. Produktion mehrerer Broschüren ermöglicht. Das Gesundheitsressort übernahm weiters die nationale Kofinanzierung der österreichischen Aktivitäten im Rahmen der EU-weit durchgeführten „Europäischen Woche der Suchtprävention 1998“ (vgl. ÖBIG 1999b) und gab eine „Delphi-Studie“ zur Analyse und Entwicklung der theoretischen Basis und Struktur von Primärprävention in Österreich in Auftrag, deren Ergebnisse im Herbst 2000 vorliegen sollen.

Im Bereich der zielgruppenspezifischen Sekundärprävention wurde das Wiener Projekt „Check it!“, das im Rahmen eines wissenschaftlichen Pilotprojektes auf Rave-Parties On-Site-Tests von „Ecstasy-Tabletten“ mit sekundärpräventiven Aktivitäten verbindet, finanziell unterstützt. Damit wurde die Ausweitung des Projektes auf andere Bundesländer und die verstärkte Produktion von Präventionsmaterialien ermöglicht. Weiters wurde eine Studie zur Bedeutung und zum Konsum von Designerdrogen unter österreichischen Jugendlichen in Auftrag gegeben (vgl. auch Ausblick).

Im Bereich der Drogenhilfe standen dem Gesundheitsressort jährlich Subventionsmittel im Umfang von etwa 22 bis 23 Millionen Schilling (rund 1,6 bis 1,7 Millionen €) zur Förderung von Einrichtungen mit Betreuungsangeboten für Personen mit Drogenproblemen zur Verfügung. Um der zunehmenden Bedeutung der Qualitätssicherung in diesem Bereich gerecht zu werden, hat das Gesundheitsressort weiters ein Projekt zur Erstellung von Richtlinien zur Kundmachung von Einrichtungen der Drogenhilfe nach § 15 SMG in Auftrag gegeben. Das Projekt zielt auf eine Objektivierung des Kundmachungsverfahrens und auf die Etablierung und Sicherung von Qualitätsstandards in der Drogenhilfe ab und soll im Laufe des Jahres 2000 abgeschlossen werden.

Monitoring:

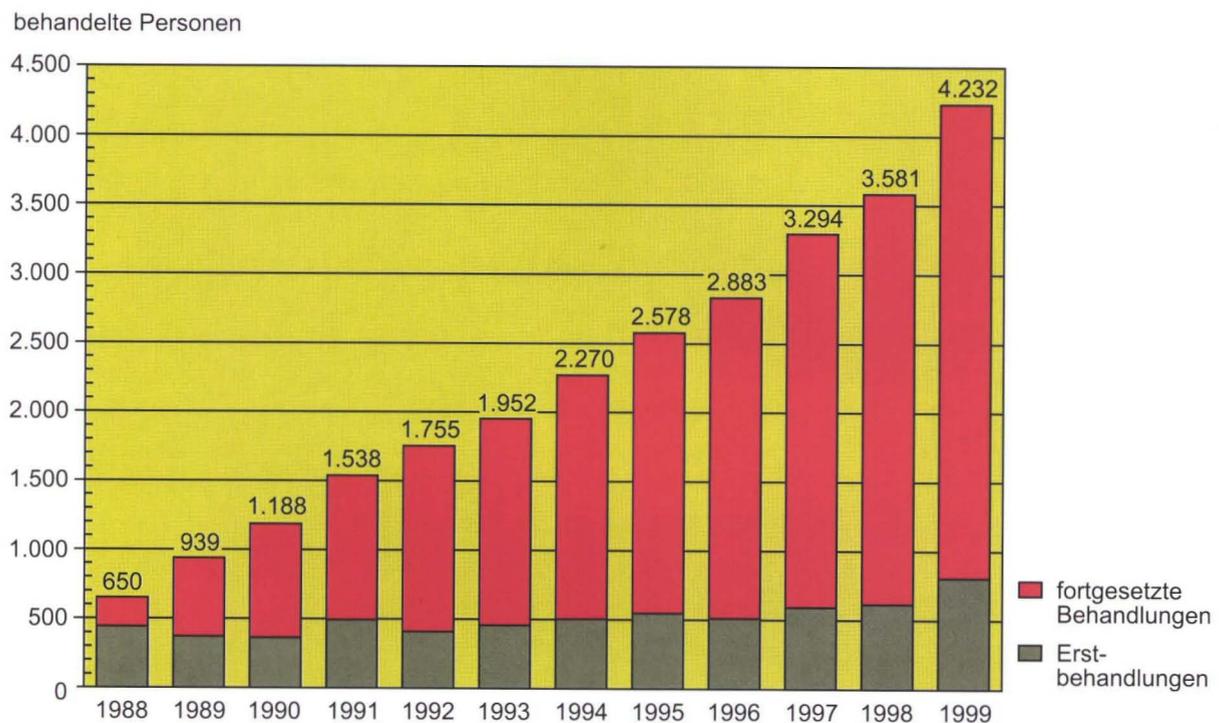
Das Gesundheitsressort ist für das Monitoring der Drogensituation in Bezug auf eine Reihe von (vor allem gesundheitsrelevanten) Daten verantwortlich. Dies umfasst die Dokumentation und Auswertung der drogenbezogenen Todesfälle in der „Drogenopfer-Statistik“, das zentrale Monitoring hinsichtlich der Substitutionsbehandlungen (vgl. Abbildung 7.7) und die Führung eines Datenregisters, in dem auf Basis des SMG zentral Daten insbesondere über alle im Zusammenhang mit Suchtmitteldelikten auffällig gewordene Personen erfasst und diesbezügliche Auskünfte an bestimmte gesetzlich definierte Institutionen (vor allem Justiz- und Sicherheitsbehörden) weitergegeben werden. In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Maßnahmen zur Qualitätssicherung der erhobenen Daten vorgenommen. So wurde zum Beispiel das Register auf eine neue technische Basis gestellt.

Ein besonderer Schwerpunkt im Bereich Monitoring liegt derzeit auf Aktivitäten zur Schaffung eines aktuellen Anforderungen entsprechenden Berichts- und Dokumentationswesens

Gesundheitsförderung und -vorsorge
Drogen

bezüglich Behandlung und Betreuung von Drogenabhängigen. Im Zuge einer seitens des Gesundheitsressorts eingesetzten Arbeitsgruppe werden unter Einbindung von Länderdrogenkoordinatoren und Vertretern von Drogeneinrichtungen entsprechende Maßnahmen diskutiert (vgl. auch Ausblick). Mit diesen Aktivitäten wird auch den Verpflichtungen entsprochen, die aus der Kooperation mit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) resultieren (siehe unten).

Abbildung 7.7: Entwicklung der Anzahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erstbehandlung und fortgesetzter Behandlung 1988 - 1999



Quelle: BMAGS/Abt. VIII/B/12

Koordination auf nationaler Ebene:

Im Sommer 1997 wurde auf Initiative des Gesundheitsressorts vom Ministerrat die Schaffung der „Bundesdrogenkoordination“ beschlossen. Das dreiköpfige Gremium besteht aus Vertretern des Gesundheits-, Innen- und Justizressorts und soll eine funktionierende Kooperation und Abstimmung unter Einbindung der nominierten Vertreter anderer befasster Ministerien sicherstellen. Die Federführung der nationalen Koordination liegt beim Gesundheitsressort, das auch für die Abstimmung mit den Ländern zuständig ist. Zu diesem Zweck wurde das „Drogenforum“ geschaffen, dem die Drogenkoordinatoren und -beauftragten der Länder sowie Vertreter der einschlägig befassenden Bundesministerien, des Städte- und Gemeindebundes und des REITOX Focal Point (siehe unten) angehören. Die etwa vierteljährlichen Sitzungen dienen zur Diskussion und Beratung aktueller Themen. Daneben werden

Versorgungsbereiche

spezifische Fragestellungen in Arbeitsgruppen behandelt, deren Ergebnisse wieder in das Drogenforum einfließen.

Weiters liegt auch die Verantwortung für die nationale Umsetzung und Koordination der „Gemeinsamen Maßnahme betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen synthetischen Drogen“ (EU-Ratsbeschluss vom 12. Juni 1997) beim Gesundheitsressort. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls eine Arbeitsgruppe mit Fachleuten eingesetzt.

Europäische und internationale Kooperation:

Das Gesundheitsressort kooperiert auf europäischer wie internationaler Ebene mit den einschlägig befassten Institutionen, darunter das in Wien ansässige Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP), die Pompidou-Gruppe des Europarats und verschiedenste Gremien und Institutionen der EU. Hier ist vor allem die Vertretung des Ressorts in der „Horizontalen Drogengruppe“ (bereichsübergreifendes Koordinationsgremium der EU), im Programmausschuss des Aktionsprogramms für Suchtprävention und im Verwaltungsrat der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zu nennen.

Die Funktion des österreichischen Focal Point im REITOX-Netz der EBDD wird im Auftrag und mit finanzieller Unterstützung des Gesundheitsressort seit 1995 vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wahrgenommen. Besondere Bedeutung hat dabei die Beobachtung von fünf Schlüsselindikatoren (Surveys, Prävalenzschätzungen, Behandlungen, drogenbezogene Todesfälle, Infektionskrankheiten) gewonnen. Damit soll längerfristig eine verbesserte Vergleichbarkeit der Drogensituation in der EU ermöglicht werden. Im Zuge der Arbeiten als REITOX Focal Point wird auch jährlich ein Bericht zur Drogensituation in Österreich veröffentlicht (vgl. ÖBIG 1996, ÖBIG 1997, ÖBIG 1998, ÖBIG 1999a).

Ausblick

In den letzten Jahren wurde international der Stellenwert von gesundheitspolitischen Maßnahmen im Rahmen der Drogenpolitik stark aufgewertet. Im Juni 1998 beschloss die Generalversammlung der Vereinten Nationen die „Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction“, die in der Folge noch um einen Aktionsplan zur Umsetzung der beschlossenen Grundsätze ergänzt wurde. Auf EU-Ebene wurden im Dezember 1999 die EU-Drogenstrategie für die Jahre 2000 bis 2004 und im Juni 2000 der dazugehörige Aktionsplan verabschiedet. Diese internationalen Vereinbarungen wurden auch von Österreich mitbeschlossen und stellen damit einen zukünftigen drogenpolitischen Bezugsrahmen dar. Beide betonen die Bedeutung einer multidisziplinären, integrierten und ausgewogenen Strategie im Bereich der Drogenpolitik und stehen damit im Einklang mit den bisher in Österreich formulierten drogenpolitischen Zielsetzungen im Drogenbereich (siehe Ausgangslage).

Darüber hinaus sollen seitens des Gesundheitsressorts die bewährten Maßnahmen in den

Gesundheitsförderung und -vorsorge Prävention von Infektionskrankheiten

Bereichen Prävention, Drogenhilfe, Monitoring, nationale Koordination und internationale Kooperation weitergeführt werden. Allerdings stehen im Jahr 2000 aufgrund von Budgetkürzungen deutlich weniger Fördermittel (etwa 19 Millionen Schilling/rund 1,4 Millionen €) für Einrichtungen der Drogenhilfe sowie für Prävention zur Verfügung. An besonderen Aktivitäten ist eine für Herbst 2000 geplante Enquete zu nennen, bei der die Ergebnisse der Studie zur Bedeutung und zum Konsum von Designerdrogen unter österreichischen Jugendlichen (siehe weiter oben) vorgestellt und - insbesondere in Hinblick auf die Relevanz für präventive Maßnahmen - diskutiert werden sollen. In Bezug auf den Ausbau des Monitoring-systems wurde ein Pilotprojekt zur Einführung von Einrichtungsfragebögen, die einen verbesserten Überblick über die Struktur der Drogenhilfe ermöglichen sollen, in Auftrag gegeben. Gleichzeitig wird in der Arbeitsgruppe die Diskussion bezüglich einer österreichweit vereinheitlichten Klientendokumentation weitergeführt.

Prävention von Infektionskrankheiten

Ausgangslage

Die Prävention von Infektionskrankheiten hat traditionell einen hohen Stellenwert im Bereich „Öffentliche Gesundheit“ sowie Gesundheitsförderung. Ab Mitte der achtziger Jahre wurde dabei besonderes Augenmerk auf die Verhinderung von HIV-Infektionen gelegt, da es sich bei AIDS im Unterschied zu vielen anderen übertragbaren Krankheiten um eine epidemisch auftretende Krankheit mit tödlichem Verlauf handelte. Diese Situation hat sich in den letzten Jahren etwas entspannt, da die Zahl der AIDS-Erkrankungen seit Mitte der neunziger Jahre deutlich rückgängig war und gleichzeitig verbesserte Therapiemöglichkeiten dazu führten, dass sich AIDS dem Charakter nach einer chronischen Krankheit annäherte. Die Prävention von HIV-Infektionen stellt aber weiterhin eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe dar. Ergänzend wurde in den letzten Jahren der Verhinderung von Hepatitis-Infektionen verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet (vgl. auch den Abschnitt „Drogen“).

Aktivitäten im Berichtszeitraum

Eine wichtige Aufgabe des Gesundheitsressorts in Bezug auf die Prävention von Infektionskrankheiten besteht im Monitoring der übertragbaren Krankheiten. Das Ressort führt die laufende Statistik über alle meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten (vgl. Kapitel 4: Gesundheitszustand der Bevölkerung). Für AIDS und Tuberkulose wird eine Einzelfallerfassung durchgeführt, wobei für Tuberkulose auch Informationen zur Resistenzbildung in Hinblick auf eine mögliche Zunahme von NDR-TB enthalten sind.

Bei den direkten Präventionsmaßnahmen lag der Schwerpunkt im Berichtszeitraum weiterhin auf der HIV-Prävention. Allerdings wurden dabei die Strategien etwas abgeändert: zum einen zielten die Maßnahmen stärker auf eine Berücksichtigung von allen sexuell übertragbaren Krankheiten, wobei neben AIDS auch Hepatitis besondere Berücksichtigung fand; zum anderen findet sich eine Tendenz weg von breiten Öffentlichkeitskampagnen und hin zu

Versorgungsbereiche

zielgruppenorientierten Einzelmaßnahmen, die in Kooperation mit den regionalen AIDS-Hilfen geplant und umgesetzt wurden.

Die großangelegten Medienaktionen wurden im Jahr 1996 mit der Kampagne „Wir haben AIDS“, die auf einer Vielzahl von Testimonials von Prominenten basierte, abgeschlossen. Die videoclipartig gestalteten Spots wurden im gesamten Programmspektrum des ORF als Programmteile plazierte. Ergänzend wurden Kinoverionen und Printsujets geschaltet sowie Zielgruppenprogramme für den Hörfunk produziert. Die Informationsmaßnahmen zielten auf die Vermeidung von Neuinfektionen, die Verhinderung von Diskriminierung von HIV-positiven und AIDS-kranken Personen und die Veränderung der öffentlichen Wahrnehmung von „Risikogruppen“ ab. Letzteres versuchte der Tatsache Rechnung zu tragen, dass bei den neuen AIDS-Erkrankungen der Anteil der heterosexuellen Risikogruppe im Steigen begriffen war (vgl. Abbildung 7.8).

Im Jahr 1997 wurden in enger Kooperation mit den AIDS-Hilfen eine Reihe von Präventionsmaterialien produziert. Zum Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember 1997 wurde in vielen Zeitungen eine eigens erstellte Zeitschrift beigelegt. Im Jahr 1998 wurde der Schwerpunkt auf die Zielgruppe der 14- bis 15-Jährigen gelegt. Unter dem Übertitel „Kondome - na sicher“ wurde ein Folder und für weiterführende Informationen eine Broschüre produziert. Der Folder, dem ein Kondom beigelegt war, und ein Poster wurden in Kooperation mit den AIDS-Hilfen an alle österreichischen Schulen verteilt. Die AIDS-Hilfen hatten dadurch auch die Möglichkeit, an den Schulen weitere Aktivitäten anzubieten (siehe auch weiter unten). Die Informationsmaterialien wurden überdies über Inserate bekannt gemacht und auf Anforderung versendet. Es wurde ein auf die Zielgruppe abgestimmter Kino-Spot („Just use it!“) produziert und österreichweit eingesetzt. Der Spot wurde im Jahr 1999 in einem zweiten Durchgang nochmals in den Kinos gezeigt.

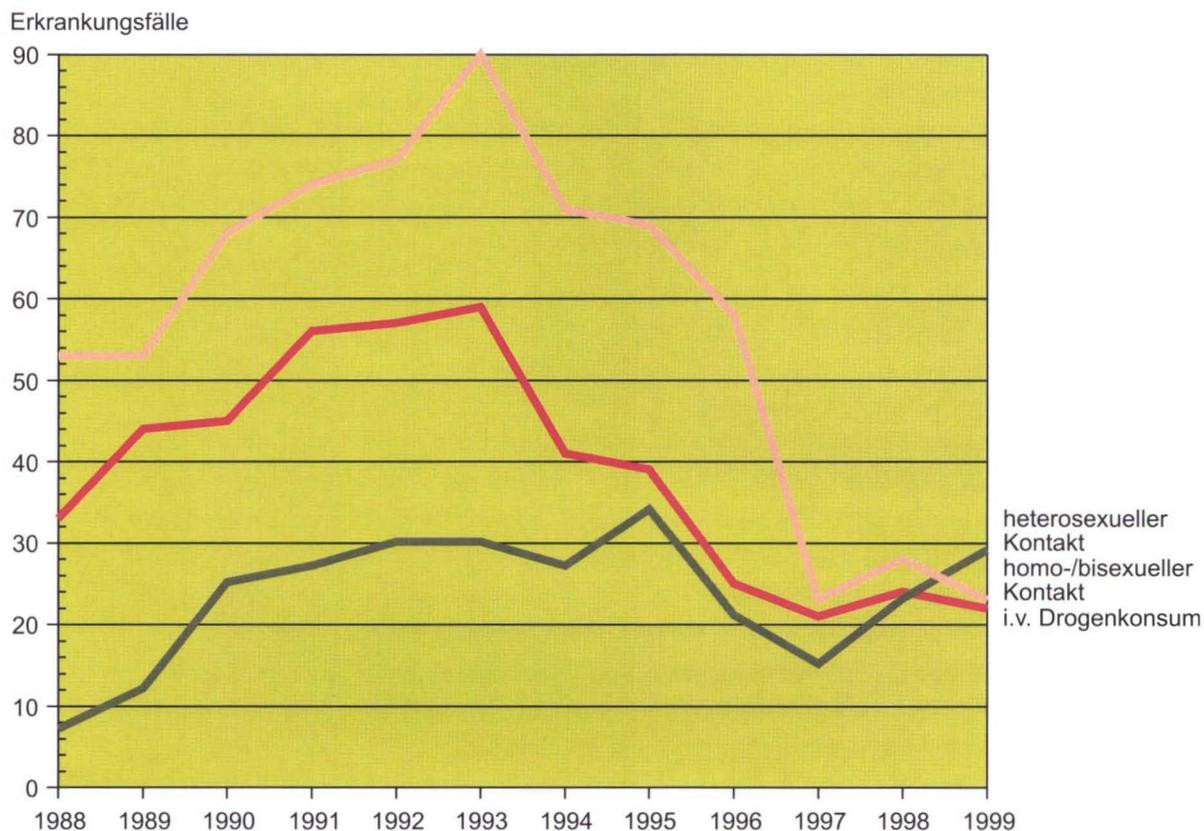
Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wurden im Berichtszeitraum weiters zwei Broschüren zu Hepatitis erstellt. Eine Broschüre richtet sich an die Allgemeinbevölkerung und informiert über die verschiedenen Hepatitis-Formen und die jeweiligen Übertragungs-, Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten. Die zweite - ausführlichere - Broschüre richtet sich an Ärzte und informiert über die Epidemiologie und Pathogenese sowie über diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte. Vor dem Hintergrund des seit 1. Jänner 1998 geltenden neuen Impfkonzpts (vgl. Kapitel 7.12: Öffentlicher Gesundheitsdienst) wurde auch die Impfbroschüre überarbeitet und neu aufgelegt.

Darüber hinaus förderte das Gesundheitsressort in den Berichtsjahren die Arbeit der regionalen AIDS-Hilfen (vgl. <http://www.aidshilfen.at>) mit jährlich rund 34 Millionen Schilling (rund 2,5 Millionen €), wobei seitens des Ressorts spezifische Schwerpunkte bezüglich der Verwendung der Fördermittel gesetzt wurden: Durchführung von anonymen HIV-Tests für Testwillige sowie für die Beratung über die Übertragungswege von HIV, wobei - um möglichst viele Personen erreichen zu können - besonderer Wert auf die Niederschwelligkeit der Einrichtungen bzw. Angebote gelegt wurde; Präventionsveranstaltungen insbesondere an Schulen und damit in Zusammenhang stehend die Ausbildung von Peers (Aufklärung von

Gesundheitsförderung und -vorsorge
Prävention von Infektionskrankheiten

Jugendlichen für Jugendliche) und von Multiplikatoren (z. B. Lehrer); spezifische niederschwellige Präventionsarbeit (street work, Vor-Ort-Prävention) für schwerer erreichbare Gruppen (z. B. homo- und bisexuelle Männer, Migranten, Drogenkonsumenten); Beratung und Information von HIV-Infizierten sowie deren Angehörigen.

Abbildung 7.8: Entwicklung der AIDS-Erkrankungsfälle in Österreich nach ausgewählten Risikosituationen 1988 - 1999



Quelle: BMSG, Abt. VIII/D/2

Ausblick

Neben der Weiterführung der Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich wird in Zukunft dem Ausbau des Monitorings der Infektionskrankheiten erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet werden. Im Jahr 1998 wurde auf Ebene der Europäischen Union eine Vereinbarung über die Schaffung eines Netzwerkes zur epidemiologischen Beobachtung und Kontrolle von übertragbaren Krankheiten getroffen (Decision No 2119/98/EC). Im Dezember 1999 wurde weiters entschieden, dass in diesem Zusammenhang auch ein europaweites Frühwarnsystem zu Infektionskrankheiten implementiert werden soll. In den nächsten Jahren werden daher seitens des Gesundheitsressorts in Hinblick auf die Umsetzung dieser Vereinbarung verstärkt Aktivitäten zur Schaffung eines Datennetzes zur laufenden epidemiologischen Beobachtung und zur Verwirklichung eines Frühwarnsystems (vgl. Strauss/Halbich-Zankl 2000) auf österreichischer Ebene erfolgen.

Versorgungsbereiche

7.6.2.2 Fonds Gesundes Österreich

Der Bund hat 1998 mit dem Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung zusätzliche jährliche Mittel von 100 Millionen Schilling (rund 7,3 Millionen €) zur Verfügung gestellt. Mit der administrativen und inhaltlichen Abwicklung von Maßnahmen im Sinn dieses Bundesgesetzes wurde 1998 der Fonds „Gesundes Österreich“ betraut.

1999 stand im Zeichen der Neustrukturierung des Fonds „Gesundes Österreich“. Seine Hauptaufgabe besteht darin, innovative Projekte zu fördern sowie ein projektbegleitendes Service und Informationen für Projektbetreiber anzubieten.

Als eine dieser Serviceleistungen wird seit mehreren Jahren auf Initiative des Gesundheitsressorts eine Datenbank über Projekte im Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereich geführt. Diese Datenbank, die seit 1996 besteht, umfasst derzeit Informationen und Ansprechpartner zu etwa 600 Projekten und ist online auf der Homepage des Fonds abrufbar (<http://www.fgoe.org>).

Projektvergabe:

Insgesamt wurden im Jahr 1999 auf der Grundlage der Einreichkriterien des Fonds „Gesundes Österreich“ 237 Projekte eingereicht. Alle Projekte wurden einem standardisierten Bewertungsverfahren unterzogen, 130 Projekte konnten genehmigt bzw. dem Kuratorium empfohlen werden. Die Themen der einzelnen Projekte reichen von einer umfassenden Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge bis hin zu Suchtprävention, Ernährung und der Vorsorge bei speziellen Erkrankungen. Es handelt sich meist um konkrete zielgruppen- oder settingorientierte Projekte, die sowohl praxisorientiert als auch bevölkerungsnah und kontextbezogen sind.

Die Projektbetreuung umfasste Gespräche und Telefonate mit den Projektbetreiber oder Besuche vor Ort. Sie soll Antragstellern Unterstützung bei ihren Vorhaben bieten.

Zusätzlich zu der Abwicklung der Projektvergaben wurden im Arbeitsprogramm 1999 Zielgruppenschwerpunkte im Bereich „Menschen am Arbeitsplatz“ sowie „Frauen in spezifischen Lebenssituationen“ gesetzt. Diese Schwerpunkte sollen zusätzlich zu den Projektvergaben Impulse für bestimmte Themenbereiche setzen. Sie wurden einerseits durch die inhaltliche Gestaltung der beiden Tagungen (1. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz in Salzburg, 1. Österreichische Präventionstagung in Wien), aber auch durch intensivierete Kontakte mit Experten in diesem Bereich betreut. Aus diesen Initiativen sind mehrere Projekte entstanden, die 1999 und 2000 durchgeführt werden.

Unter dem Titel „Bewusst lebt besser“ wurden im Herbst 1999 und im Frühjahr 2000 die ersten beiden von drei Modulen einer breiten Medienkampagne zur Förderung und Propagierung eines gesunden Lebensstils durchgeführt. Zielsetzung dieser Kampagne war einerseits die allgemeine Förderung des Bewusstseins hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen Le-

bensstils, andererseits wurden in Medienkooperationen vom Fonds „Gesundes Österreich“ geförderte Modellprojekte vorgestellt. Im Rahmen des Schwerpunkts Lebensstil wurde im Oktober 1999 die Ernährungs-Hotline vom Fonds „Gesundes Österreich“ in Kooperation mit dem Verein für Konsumenteninformation eingerichtet und bietet Anruferinnen und Anrufern wissenschaftlich fundierte, industrieunabhängige und praxisnahe Informationen zu verschiedenen Fragen der Ernährung. Die Ernährungs-Hotline ist vorerst bis Oktober 2000 vorgesehen und wird im Rahmen der Lebensstil-Medienkampagne beworben.

Fort- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheitsförderung:

Zur Professionalisierung und zur Vernetzung der in der Gesundheitsförderung und -vorsorge sowie der im Selbsthilfebereich Tätigen veranstaltete und organisierte der Fonds „Gesundes Österreich“ zusätzlich zu den beiden Fachtagungen (siehe oben) offene und geschlossene Fortbildungsveranstaltungen. Konkrete Aktivitäten waren unter anderem:

- Lehrgang „Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung“, ein vierteiliger Kurs, der aus drei Blöcken und einer Einzelsupervision/Projektberatung aufgebaut ist. Er verfolgt einen möglichst anwendungsorientierten Zugang und versucht, auf den Praxiserfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufzubauen.
- Seminarprogramm Gesundheitsförderung - „Bildungsnetzwerk“: Mit Bezug auf das 1998 entwickelte Konzept „Fortbildung in der Gesundheitsförderung“ wurde 1999 das Pilotprojekt „Bildungsnetzwerk“ in drei Bundesländern (Oberösterreich, Vorarlberg, Wien) im Rahmen eines mehrteiligen Seminarprogrammes gestartet. Das „Bildungsnetzwerk“ umfasst neben gesundheitspezifischen Themen die Bereiche Projekt- und Qualitätsmanagement, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit sowie Kompetenzentwicklung. Es wird im Jahr 2000 ausgebaut und auf alle Bundesländer erweitert.

Ein weiterer Schwerpunkt des Fonds „Gesundes Österreich“ umfasst Angebote für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen. Das „SIGIS-Servicetelefon 01/895 04 01“ betreut Einzelanfragen zu Selbsthilfegruppen und -organisationen. Darüber hinaus unterstützen die vom Fonds „Gesundes Österreich - SIGIS“ publizierten Arbeitsmaterialien zum Thema Selbsthilfe maßgeblich die Weiterentwicklung und Vernetzung der Selbsthilfedachverbände und -kontaktstellen in Österreich.

7.6.2.3 Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung

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

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

Versorgungsbereiche

Gesundheitsförderung im städtischen Bereich - Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“

Das 1992 gegründete Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“ umfasst mittlerweile 30 Mitgliedsstädte, deren Ziel es ist, durch die aktive Beteiligung der Bevölkerung das Leben in den Städten gesünder zu gestalten. Die Themen reichen dabei von kommunaler Drogenpolitik über Gesundheitsförderung für Frauen bis hin zur Unfallverhütung.

1996 wurde der formale Rahmen des Netzwerkes mit der Gründung des Vereins „Gesunde Städte Österreichs - Verein zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins in österreichischen Städten“ geschaffen. Das Netzwerk steht in ständigem Informations- und Erfahrungsaustausch mit dem WHO-Projekt „Gesunde Städte“.

Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Das internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser wurde 1990 auf Initiative der WHO (Regionalbüro für Europa) und des österreichischen Gesundheitsressorts gegründet. Hauptziel ist es, Krankenhäuser darin zu unterstützen, sich mittels Organisationsentwicklung auf den Weg zum „gesundheitsfördernden Krankenhaus“ zu machen. Mit der internationalen Kooperation ist das Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie als WHO-Collaborating Center betraut.

1995 beauftragte das Gesundheitsressort dieses Ludwig Boltzmann-Institut mit dem Aufbau und der Weiterentwicklung eines „Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“. Dieses Netzwerk mit derzeit acht Partnerkrankenhäusern bietet Unterstützung und notwendige Instrumente für die Forcierung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern, wobei der Vernetzungsaspekt im Mittelpunkt steht. Ziele sind die Förderung und Unterstützung von Erfahrungsaustausch, gemeinsamen Lernprozessen und des Transfers erprobter Modelle.

Gesundheitsförderung in der Schule

Auf Initiative des Gesundheitsressorts wurde 1993 in Zusammenarbeit mit dem Unterrichtsressort das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ mit einer Pilotphase von drei Jahren gegründet. Ziel dieses Netzwerkes ist es, die persönliche Kompetenz der Schülerinnen und Schüler zu gesundheitsbewusstem Handeln zu unterstützen und zu fördern, aber auch die Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer zu thematisieren und Schulen zu einem gesunden Lebensraum zu entwickeln. Die Projekte werden dabei von einem Schulteam unter Mitwirkung von Vertretern der gesamten Schulgemeinschaft (Lehrerinnen und Lehrer, Eltern, Schülerinnen und Schüler) getragen.

Mit Anfang Juni 1999 wurde ein technisches Netzwerksekretariat zur Unterstützung der Weiterentwicklung des Netzwerkes eingerichtet.

Gesundheitsförderung und -vorsorge
Städtischer Bereich/Krankenhaus/Schule/Betrieb

Im Dezember 1998 wurde auf Initiative des Gesundheitsressorts, des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur und des Österreichischen Jugendrotkreuzes die GIVE (**G**esundheitsbildung, **I**nformation, **V**ernetzung und **E**ntwicklung) als Servicestelle für Gesundheitsbildung eingerichtet.

Ziel dieser Servicestelle ist es, Lehrerinnen und Lehrern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen bei der Umsetzung und Realisierung von Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsbildung in Schulen nachhaltig zu unterstützen.

Gesundheitsförderung im Betrieb

Zur Unterstützung der Arbeitgeber bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung wurde auf Initiative des Gesundheitsressorts mit Förderung durch die EU die Österreichische Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung installiert. Träger dieser Koordinationsstelle ist die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Ihre Aufgabe besteht darin, die in den Mitgliedstaaten der EU zu den einschlägigen Themen verfügbaren Informationen zu sammeln und allen Interessierten in Österreich zugänglich zu machen.

Quellen:

Bellach B. M., Stein H.: The new Public Health Policy of the European Union. Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union. München 1999

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

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Expertenmeeting „Rauchen und Alkohol bei Jugendlichen“ (unveröffentlichtes Kurzprotokoll). Wien 1999

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Erfolgreiche Sozial- und Gesundheitspolitik 1996 bis 1999. Wien 1999

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Handbuch Alkohol - Österreich 1999 - Zahlen, Daten, Fakten Trends. Wien 1999

Commission decision of 22 December 1999 on the early warning and response system for prevention and control of communicable diseases under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and the Council. Official Journal of the European Communities, 1/2000, L 21: 32 - 35

Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and the Council of 24 September 1998 setting up a network for the epidemiological surveillance and control of communicable diseases in the Community. Official Journal of the European Communities, 10/1998, L 268: 1 - 7

Versorgungsbereiche

Fonds Gesundes Österreich: Jahresbericht 1999 des Fonds Gesundes Österreich. Wien 2000

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

Langgaßner J.: Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung - Ergebnisse des
Mikrozensus Dezember 1997. In: Statistische Nachrichten 5 (1999), S. 319 ff.

Newsletter Gesundheitsförderung. Informationsaussendung des Bundesministeriums für Ar-
beit, Gesundheit und Soziales. Wien 1997

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 1996. Wien, November 1996

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 1997. Wien, November 1997

ÖBIG: Bericht zur Drogensituation 1998. Wien, November 1998

ÖBIG 1999a: Bericht zur Drogensituation 1999. Wien, Oktober 1999

ÖBIG 1999b: Europäische Woche der Suchtprävention 1998. Aktivitäten und Erfahrungen in
Österreich. Wien, November 1999

Strauss R., Halbich-Zankl H.: (2000): Early Warning Austria. In: Mitteilungen der Sanitäts-
verwaltung 5/2000: 3 - 5

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

7.7 Transplantationswesen

7.7.1 Ausgangslage

Die Organtransplantation ist heute ein medizinisch etabliertes und gesellschaftlich akzeptier-
tes Therapieverfahren zur Behandlung eines terminalen Organversagens. Durch die Trans-
plantation von Herz, Leber oder Lunge kann bislang tödlich verlaufenden Erkrankungen er-
folgversprechend begegnet werden. Die Nierentransplantation und in ausgewählten Fällen
die kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation eröffnen einer Vielzahl von Dialysepatien-
ten die Chance, eine bessere Lebensqualität zu erreichen. Weiters gewann in den vergan-
genen Jahren die Anwendung menschlichen allogenen Gewebes im Rahmen der medizini-
schen Versorgung zunehmend an Bedeutung.

Eine soziale Medizin schließt den Anspruch mit ein, den medizinischen Fortschritt auch im
Bereich der Spitzenmedizin wie etwa der Organ- und Gewebetransplantation rasch der All-

gemeinheit zugänglich zu machen. Diesem Anspruch stehen oft hohe Kosten und knappe Ressourcen entgegen. Die Antwort kann nun nicht darin bestehen, auf Transplantationen als Therapieform nach dem Stand der Wissenschaft zu verzichten bzw. ihren Anwendungsbe- reich wesentlich einzuschränken, sondern es gilt vielmehr, die Nutzung dieses Leistungsan- gebots durch eine fundierte medizinische Indikationsstellung, ein effektives Organisations- konzept und einen effizienten Mitteleinsatz österreichweit abzusichern. Dieses Ziel wird des- to eher erreichbar sein, je besser sich die spezifischen Beiträge und Interessen der am Transplantationsgeschehen Beteiligten koordinieren lassen.

Das Gesundheitsressort hat in Verfolgung dieses Ansatzes im November 1991 das Öster- reichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) mit der Führung des „Koordinati- onsbüros für das Transplantationswesen - ÖBIG-Transplant“ beauftragt. Die Festlegung des Arbeitsprogramms und fachliche Unterstützung erfolgt durch den Transplantationsbeirat, dem Expertinnen und Experten des Transplantationswesens, Vertreter der Gesundheitsver- waltung sowie Interessensvertreter (Sozialversicherung, Patientenvertreter) angehören.

Im Jahr 1999 beauftragte das Gesundheitsressort das ÖBIG mit der Durchführung eines Projektes zur Sicherstellung einer ausreichenden und qualitativ hochstehenden Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Leistungen im Bereich der Transplantation von allogene- nem Gewebe. Im Zuge dieses Projektes wurde am ÖBIG eine Koordinationsstelle für Gewe- betransplantationen eingerichtet.

7.7.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Nachstehend wird ein nach thematischen Schwerpunkten gegliederter Überblick über die im Auftrag des Gesundheitsressorts von ÖBIG-Transplant geleistete Projektarbeit gegeben. Weiters wird über die ersten Aktivitäten der Koordinationsstelle für Gewebetransplantationen berichtet.

Förderung des Organ- und Gewebeaufkommens:

Die von der Transplantationsmedizin erreichte hohe Ergebnisqualität kann nur dann in vol- lem Umfang zum Wohl der Allgemeinheit genutzt und auch gehalten werden, wenn es ge- lingt, ein entsprechend hohes Organ- und Gewebeaufkommen sicherzustellen. Daher ist die Förderung des Organ- und Gewebeaufkommens eine zentrale Aufgabenstellung von ÖBIG- Transplant. Wie eine Analyse des Meldeverhaltens in österreichischen Krankenanstalten er- geben hat, sind zur Steigerung der Bereitschaft, potentielle Organspender an Transplantati- onszentren zu melden, insbesondere finanzielle Hindernisse zu beseitigen, rechtliche Aspek- te zu klären sowie Kommunikations- und Motivationsprobleme zu lösen.

- **Finanzielle Förderung des Organaufkommens und der Knochenmarkspendertypisierungen**

In Österreich existierte bereits seit dem Jahre 1993 eine finanzielle Förderung des Trans- plantationswesens, die durch den damaligen Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

Versorgungsbereiche

(KRAZAF) auf Basis einer von ÖBIG-Transplant geführten Abrechnung laufend an die Fonds-Krankenanstalten ausbezahlt wurde.

Im Rahmen der Reform des Gesundheitswesens wurde diese Förderungsmaßnahme in die zwischen Bund und Ländern getroffene „Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ aufgenommen (6. Abschnitt/Artikel 16 „Förderung des Transplantationswesens“) und bei der Novellierung des Krankenanstaltengesetzes (§ 59e KAG-Novelle, BGBl. Nr. 751/1996) berücksichtigt. Die Kostenersätze für Aufwendungen bei der Organ Gewinnung und Knochenmarkspendertypisierung werden auch weiterhin von ÖBIG-Transplant abgerechnet und nunmehr von der Geschäftsstelle der Strukturkommission (als Nachfolgeinstitution des KRAZAF) ausbezahlt. Die Verrechnung dieser Leistungen erfolgt allerdings nicht - wie seit 1. Jänner 1997 im stationären Akutversorgungsbereich üblich - über Punktwerte, sondern durch Direktbezahlung der errechneten Kostenersätze.

- Richtlinien zur Durchführung der Hirntoddiagnostik

Auf Beschluss des Transplantationsbeirates wurden im Jahre 1997 durch ein am ÖBIG eingerichtetes ärztliche Expertengremium „Richtlinien zur Durchführung der Hirntoddiagnostik“ erarbeitet. Dem genannten Gremium gehörten einschlägig befaste Ärzte, die von mehreren wissenschaftlichen Fachgesellschaften nominiert worden sind, an. Noch im selben Jahr wurden diese Richtlinien vom Obersten Sanitätsrat beschlossen.

- Tagungen der Transplantationsbeauftragten

In den Jahren 1996 und 1997 wurde jeweils eine Tagung für die von den Krankenanstalten nominierten Transplantationsbeauftragten abgehalten. Im Rahmen dieser Veranstaltungen konnten wertvolle Informationen hinsichtlich erforderlicher Maßnahmen zur Förderung der Meldebereitschaft der Krankenanstalten bezüglich potentieller Organspender gewonnen werden.

- Etablierung von „Landes-Transplantationsbeauftragten“ sowie mobilen Hirntoddiagnostik-Teams

Im Bundesländervergleich weist die Bereitschaft, potentielle Organspender an die Transplantationszentren zu melden, massive Unterschiede auf (siehe Abbildung 7.9). Dieser Umstand veranlasste den Transplantationsbeirat zu dem Vorschlag, die bundesweiten Maßnahmen zur Förderung des Spenderorganaufkommens um regionalspezifische Förderungsprogramme, insbesondere für Bundesländer mit stark unterdurchschnittlichen Spendermeldefrequenzen, zu ergänzen. Diese Vorgangsweise soll gewährleisten, dass Förderungsmaßnahmen bedarfsgerecht und unter Bedachtnahme auf die regionalen Rahmenbedingungen ergriffen werden.

Der Transplantationsbeirat fasste in seiner Sitzung am 30. April 1998 den Beschluss, in einem ersten Schritt ein regionales Spenderförderungsprogramm für Oberösterreich zu entwickeln. In diesem Zusammenhang wurde ein regionales (oberösterreichisches) Expertengremium unter Einbindung der Transplantationsbeauftragten gebildet, das sich An-

Transplantationswesen

fang Dezember 1998 in Linz konstituierte. In diesem Gremium wurden einvernehmlich die Einrichtung einer Planstelle für einen „Landes-Transplantationsbeauftragten“ sowie eines mobilen Hirntoddiagnostik-Teams als wesentliche Maßnahmen zur nachhaltigen Steigerung der Organspendermeldungen durch die oberösterreichischen Krankenanstalten festgelegt.

Der zentrale Aufgabenbereich des „Landes-Transplantationsbeauftragten“ umfasst die Motivierung der Krankenanstalten zur Meldung von Organspendern. Dies soll durch engen persönlichen Kontakt mit den Krankenanstalten vor Ort sowie einen unmittelbaren und intensiven Informationsaustausch ermöglicht werden. Um diese Aufgabe effizient erfüllen zu können, bedarf es einer entsprechenden Qualifikation des Landes-Transplantationsbeauftragten sowie der Schaffung professioneller Strukturen, respektive der Einrichtung einer Planstelle (vgl. auch den Abschnitt „Ausblick“).

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Transplantationsbeirat in Verfolgung des Vorhabens, zukünftig regionalspezifische Förderungsmaßnahmen zu ermöglichen, in der Beiratssitzung am 25. November 1998 festgelegt hat, dass eine Restrukturierung des österreichischen Organspendewesens angestrebt wird. Als eine erste Zielsetzung ist die bundesländerübergreifende Einrichtung regionaler Transplantationsbeauftragter definiert. Unter Berücksichtigung dieser Zielsetzung hat das oberösterreichische Expertengremium im Rahmen der zweiten Sitzung im Februar 1999 die Konzeptualisierung des „Landes-Transplantationsbeauftragten“ verändert und die Bildung einer „Region Nord“ (Oberösterreich und Salzburg) sowie die Schaffung einer Planstelle für einen „Transplantationsbeauftragten Nord“ vorgeschlagen. Durch diese Vorgehensweise wird ein effizienter Mitteleinsatz ermöglicht. In einem ersten Schritt wurde erreicht, dass diese Empfehlung von den befassen gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern der beiden Bundesländer unterstützt wird.

- Koordinationsstelle für Gewebetransplantationen

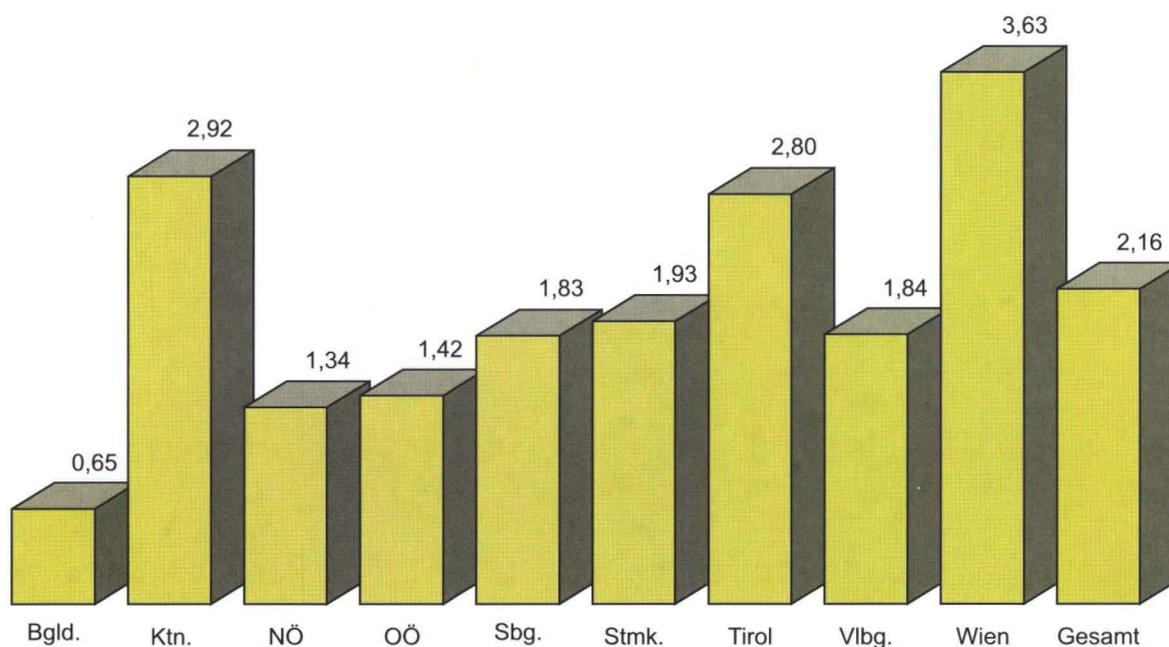
Die Projektarbeit der zentralen Koordinationsstelle konzentriert sich vorerst auf die Gewebearten Knochen, Hornhaut und Herzklappen. Als vorrangige Arbeitsschritte wurden die Erhebung der Leistungsfrequenzen und der für die Gewebetransplantationen in Frage kommenden Indikationsstellungen sowie die Abschätzungen des österreichweiten Bedarfes festgelegt.

Weiters wurde im Jahr 1999 die Erarbeitung bzw. Erstellung von österreichweit einheitlichen Richtlinien (Qualitätsstandards) für Gewebebanken betreffend die Gewinnung, Aufbereitung, Lagerung und Weiterleitung von Gewebepreparaten unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Richtlinien und Gesetze vorangetrieben.

Hinsichtlich einer Abschätzung des zukünftigen Bedarfes an allogenem Gewebe sind sowohl die maximale OP-Kapazität der Krankenanstalten als auch die eingeschränkte Verfügbarkeit der Gewebepreparate als limitierende Faktoren anzusehen. Weiters muss in der Bedarfsberechnung der Abbau der bestehenden Warteliste Berücksichtigung finden. Derzeit ist aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit von allogenem Gewebe jedenfalls ein Ausweichen auf nicht so effektive therapeutische Maßnahmen zu beobachten.

Versorgungsbereiche

Abbildung 7.9: Pro 100.000 Einwohner gemeldete potentielle Organspender nach Bundesländern und insgesamt, Jahresdurchschnitt 1995 - 1999



Quelle: ÖBIG-Transplant

Einrichtung und Führung des Widerspruchregisters gegen Organspende:

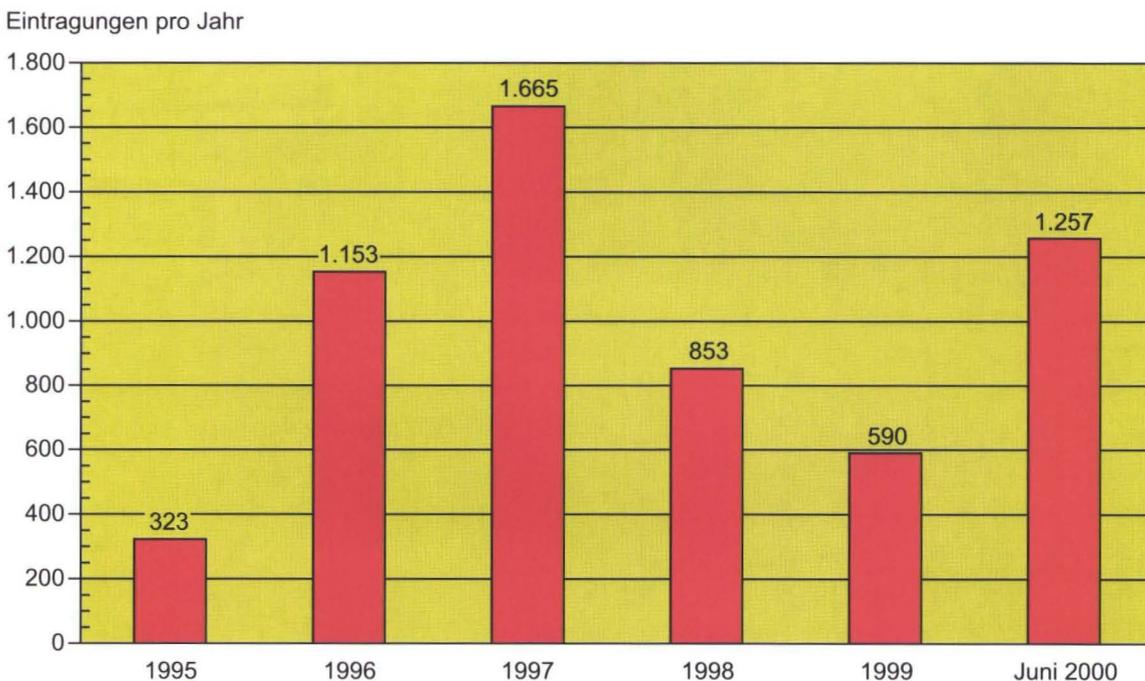
Unter welchen Bedingungen einem Verstorbenen Organe bzw. Gewebe zum Zweck der Transplantation entnommen werden dürfen, ist im § 62 KAG geregelt. Demnach ist in Österreich die Explantation von Organen bzw. Geweben nur dann möglich, wenn sich der Verstorbene zu Lebzeiten nicht gegen eine Organspende ausgesprochen hat. Zur zweifelsfreien Dokumentation einer Ablehnung wurde im Jänner 1995 das Widerspruchregister gegen Organspende eingerichtet. Die Führung des Widerspruchregisters obliegt ÖBIG-Transplant (Administration und Registrierung) bzw. der an das ÖBIG angeschlossenen Vergiftungsinformationszentrale (Abfrageabwicklung rund um die Uhr). Die Krankenanstalten sind dazu verpflichtet, bei jedem potentiellen Organspender das Widerspruchregister zu konsultieren.

Im Jahr 1997 wurde eine Informationskampagne gestartet, um möglichst weite Teile der Bevölkerung über das Leistungspotential des Transplantationswesens, die gesetzliche Situation bei der Organentnahme in Österreich und die Möglichkeit der Eintragung eines Widerspruches gegen Organentnahme in Kenntnis zu setzen. In diesem Zusammenhang wurde unter Einbeziehung des Transplantationsbeirates ein Informationsfolder erstellt, der zu medizinischen und ethischen Aspekten des Transplantationswesens sowie zur österreichischen Rechtslage Auskunft gibt. Dieser Folder wurde auch in Plakatform hergestellt. Diese Informationsmaterialien wurden an alle Bezirks-, Gemeinde- und Gesundheitsämter, an praktische Ärzte sowie an alle Transplantationszentren und -beauftragten in Österreichs Kranken-

anstellen (siehe weiter unten) mit der Bitte um Aushang bzw. Auflage versandt, darüber hinaus sind sie bei ÖBIG-Transplant zu beziehen.

Die Anzahl der in das zentrale Widerspruchregister eingetragenen Personen betrug im Juni 2000 rund 5.850. Der Abbildung 7.10 ist die Entwicklung der jährlichen Eintragungen in das Widerspruchregister in den Jahren 1995 bis 30. Juni 2000 zu entnehmen. Seit 1995 wurde insgesamt bei zwei potentiellen Spendern von einer Organentnahme abgesehen, da eine Eintragung im Widerspruchregister vorlag.

Abbildung 7.10: Widerspruchregister gegen Organspende - jährliche Eintragungen 1995 bis 1. Juni 2000



Quelle: ÖBIG-Transplant

Dokumentation, Informations- und Datenaustausch:

- Die Dokumentation des Transplantationsgeschehens sowie die Sicherstellung des Datenaustausches auf nationaler und internationaler Ebene wird durch die Eurotransplant Foundation mit Sitz in Leiden (Holland) gewährleistet. Die dafür erforderlichen Daten werden von den Transplantationszentren direkt an Eurotransplant übermittelt. Jene Daten, die für das Arbeitsprogramm von ÖBIG-Transplant relevant und notwendig sind, werden seit dem Jahre 1992 gemäß eines Datenüberlassungsabkommens mit allen österreichischen Transplantationszentren via Eurotransplant an ÖBIG-Transplant weitergeleitet.

Versorgungsbereiche

- Weiters existiert in Österreich seit 1993 eine Vereinbarung mit allen Transplantationszentren, dass ÖBIG-Transplant - zusätzlich zu den von Eurotransplant übermittelten Daten - die für die Abwicklung der „Finanzierung des Organaufkommens“ notwendigen Daten direkt von den Transplantationszentren zur Verfügung gestellt bekommt.
- Seit 1994 wird von ÖBIG-Transplant eine eigene, auf den von Eurotransplant übermittelten Rohdaten basierende Datenbank zur Durchführung standardisierter Datenbankabfragen geführt, um im Bedarfsfall (beispielsweise bei Anfragen seitens gesundheitspolitischer Entscheidungsträger oder seitens der Medien) aktuelle Informationen über das gesamtösterreichische Transplantationsgeschehen zur Verfügung stellen zu können.

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

- Seit dem Jahr 1992 wird laufend der Bedarf an Transplantationskoordinatoren ermittelt.
- Weiters werden seit dem Jahr 1993 - als Voraussetzung für die Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z. B. die Projekte „Finanzierung des Spenderorganaufkommens“ und „Regionale Förderung des Spenderorganaufkommens in Oberösterreich“ bzw. „Transplantationsbeauftragter Nord“) - laufend Analysen des Spenderaufkommens durchgeführt.
- Im Zusammenhang mit der vom ÖBIG im Auftrag der Strukturkommission des Bundes erarbeiteten detaillierten Leistungsangebotsplanung wurden in den Jahren 1997 und 1998 erstmals entsprechende Planungsarbeiten für die Bereiche Nieren- und Lebertransplantation, Dialyse sowie Stammzelltransplantation durchgeführt. Es ist vorgesehen, die aktualisierten Planungsergebnisse in den Österreichischen Krankenanstaltenplan/Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) 2001 zu integrieren.

7.7.3 Ausblick

Um zukünftig ein kontinuierlich hohes Versorgungsniveau im Bereich der Transplantationsmedizin erreichen zu können, ist nach Auffassung des eingerichteten Transplantationsbeirats eine Restrukturierung des österreichischen Organspendewesens erforderlich. Diesbezüglich wurde festgelegt, dass die Restrukturierung insbesondere auch unter Bezugnahme auf das „Spanische Modell“ zur Förderung des Spenderorganaufkommens (Spanien verfügt seit mehreren Jahren weltweit über die höchste Anzahl an Organspendern pro Million Einwohner) erfolgen soll.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere das im Auftrag des BMSG im Jahre 2000 durchzuführende Pilotprojekt „Transplantationsbeauftragter Nord“ von Relevanz. Die ursprünglich erhoffte Finanzierung der Planstelle eines Transplantationsbeauftragten aus den Strukturfondsmitteln zur Förderung des Transplantationswesens erwies sich nach eingehender Prüfung durch das BMAGS (nunmehr BMGS) als nicht möglich. Aus diesem Grund beauftragte das BMAGS im Jahre 1999 das ÖBIG mit der Durchführung des Pilotprojektes zur Einrichtung eines „Transplantationsbeauftragten Nord“ zur Förderung der Organspendermeldungen in den

Onkologische Versorgung

Bundesländern Oberösterreich und Salzburg. Primäre Zielsetzung aus Sicht des Auftraggebers ist es, im Rahmen dieses Pilotprojektes Erfahrungen zu sammeln, um im Zusammenhang mit der angestrebten Restrukturierung des Organspendewesens einen effizienten Mitteleinsatz gewährleisten zu können. Als Laufzeit des Pilotprojektes wurde der Zeitraum von 1. Dezember 1999 bis 15. Dezember 2000 vereinbart. Das ÖBIG hat mittlerweile mit diesem Pilotprojekt begonnen. Noch vor Ende des Jahres 1999 konnte ein leitender Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin für diese Aufgabe gewonnen werden. Schließlich kann an dieser Stelle noch berichtet werden, dass im Jahre 2000 die Finanzierung eines mobilen Hirntoddiagnostik-Teams für Oberösterreich durch den Oberösterreichischen Krankenanstaltenfonds erfolgen wird.

Betreffend die Transplantation von allogenen Gewebepreparaten sind Maßnahmen zur Förderung der Gewebeaufkommens zu setzen. In diesem Zusammenhang ist die Ermittlung der erforderlichen Anzahl an Spendern und die Motivierung kooperationsbereiter und den qualitativen Anforderungen für die Entnahme von Gewebepreparaten entsprechender Pathologieinstitute erforderlich. Weiters ist zur Vervollständigung der Dokumentation des österreichischen Transplantationsgeschehens eine exakte Dokumentation der gewonnenen, aufbereiteten, gelagerten und transplantierten Gewebepreparate seitens der transplantierten Krankenanstalten bzw. der österreichischen Gewebebanken umzusetzen.

7.8 Onkologische Versorgung

7.8.1 Ausgangslage

Wie die epidemiologische Entwicklung zeigt, sind bösartige Neubildungen oder Krebs in den letzten Jahrzehnten zu einer Volkskrankheit geworden. Es ist auch weiterhin mit steigenden Neuerkrankungsraten zu rechnen. Dies ist vor allem ein Problem von Bevölkerungen mit zunehmendem Altenanteil. Demgegenüber ist festzustellen, dass die Sterblichkeit an Krebs in Österreich in den letzten Jahren gesunken ist, doch sind noch immer etwa 24 Prozent der Todesfälle auf die Todesursache Krebs zurückzuführen.

Als Konsequenz aus der angesprochenen Verschiebung im Altersaufbau der Bevölkerung ist ein weiterer Anstieg der Nachfrage nach krebspezifischen diagnostischen und therapeutischen Leistungen vorhersehbar.

Weiters ist in den nächsten Jahren ein echter Durchbruch im Sinne einer vollständigen Heilungschance trotz der medizinischen Fortschritte nur bei einem Teil dieser Krankheitsgruppe zu erwarten.

Um die Versorgung von Krebspatienten auf ein hohes Niveau zu stellen, werden daher neben den Anstrengungen auf dem Gebiet der Krebsbiologie, Epidemiologie und klinischen Onkologie auch organisatorische Bemühungen zur Verbesserung der Versorgung nötig sein.

Versorgungsbereiche

Dies vor allem aus folgenden Gründen:

- Der Krebspatient durchläuft während seiner meist langdauernden Krankheit eine Reihe von Einrichtungen der Diagnostik, Therapie und Nachsorge, die sowohl in ambulanter als auch in stationärer Form die Betreuung mit unterschiedlicher Intensität wahrnehmen. Dies stellt hohe Anforderungen an den organisatorischen Ablauf und die rationelle Steuerung des Patientenweges.
- Bei der Behandlung von Krebskranken können dort die besten Erfolge erzielt werden, wo die Therapie durch die Fachrichtungen operative Onkologie, Radioonkologie und internistische (medikamentöse) Onkologie in einem engen und kooperativen Verbundsystem gewährleistet ist. Es zeichnet sich ab, dass durch multimodale Therapiekonzepte und die Anwendung zuverlässiger Nachsorgestrategien eine Verbesserung der Prognose erreicht werden kann.
- Für die Versorgung von Krebskranken ist nicht nur eine Kooperation der medizinischen Fachdisziplinen nötig, sondern es sind auch unterschiedliche Berufsgruppen an ihr beteiligt. Diese Kooperation erstreckt sich auf niedergelassene praktische Ärzte und Fachärzte, onkologisch ausgebildete Ärzte in ambulanten, semistationären und stationären Versorgungsstrukturen sowie auf Berufe der allgemeinen und spezialisierten onkologischen Krankenpflege, der psychosozialen Betreuung und andere spezialisierte Berufsgruppen.
- Gerade die Onkologie ist auf qualitätssichernde Maßnahmen angewiesen, da in diesem Feld der Medizin höchst aggressive Mittel mit erheblichen Nebenwirkungen zur Anwendung kommen. Dies bedeutet, dass eine ständige Kontrolle, Überwachung und Prüfung etabliert sein muss. Qualitätssicherung sollte eine Aufgabe aller beteiligten Berufsgruppen, die im onkologischen Team zusammenwirken, sein. Darüber hinaus liefert Qualitätssicherung objektive Grundlagen, um den Einsatz finanzieller Mittel zur Erreichung des Versorgungszieles zu bewerten.

7.8.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Um die Situation der onkologischen Versorgung in Österreich zu analysieren und Perspektiven für eine Verbesserung zu entwickeln, wurde 1996 vom damaligen Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales eine Studie „Versorgungskonzept Onkologie“ an das ÖBIG in Auftrag gegeben. Diese Studie enthält eine Bestandsaufnahme, eine Darstellung der diesbezüglichen Reformvorhaben in anderen europäischen Ländern, eine Analyse der Versorgungssituation einschließlich einer Darstellung der bestehenden Probleme und schließlich ein Konzept mit Vorschlägen zur weiteren Entwicklung.

Das Konzept zur weiteren Entwicklung trifft Aussagen zur Verbesserung der Versorgung in folgenden als problematisch identifizierten Bereichen:

- Behebung von Defiziten in der interdisziplinären Kooperation, Koordination und Information,

Onkologische Versorgung

- Regionalisierung der stationären Versorgung und Vernetzung der beteiligten Betreuungseinrichtungen (stationär und ambulant),
- die Versorgung nicht mehr heilbarer Krebskranker durch Ausbau der palliativen und supportiven Krebsversorgung,
- Auf- und Ausbau einer psychosozialen onkologischen Versorgungsstruktur,
- die Einführung einer professionellen Schmerzkontrolle,
- die Sicherung der rehabilitationsorientierten Nachsorge.

In weiteren Arbeitsschritten wurden vertiefende Analysen vorgenommen, die sich vor allem mit speziellen Leistungen und Leistungsbereichen in der Krebsversorgung befassten. Für diese wurden Bestandsaufnahmen durchgeführt, die Bedarfsentwicklung errechnet, Strukturqualitätskriterien entwickelt und schließlich Planungsempfehlungen formuliert. Dies betraf in den Jahren 1996 bis 1999 folgende detaillierte Leistungen und Leistungsgruppen der Onkologie bzw. von Fächern, die auch für die Krebsbehandlung von Relevanz sind:

- Strukturierung der onkologischen Leistungsbereiche
- Stammzelltransplantation
- Therapie mit Radionukliden
- Palliativmedizin

Strukturierung der onkologischen Leistungsbereiche:

Für die Weiterentwicklung der stationären onkologischen Versorgung wurde mit Unterstützung eines Expertengremiums ein dreistufiges Modell entwickelt:

Stufe 1: Onkologisches Zentrum

Stufe 2: Onkologische Schwerpunkte

Stufe 3: Internistische Fachabteilungen mit Onkologie

Mit Hilfe dieses dreistufigen Modells soll erreicht werden, dass

- die Qualität der onkologischen Versorgung laufend den Ergebnissen der Forschung angepasst und gesichert wird,
- die Kooperation aller an der Versorgung von Krebskranken beteiligten Institutionen und Berufsgruppen bestmöglich unterstützt wird sowie
- die Informationsflüsse innerhalb und zwischen den Beteiligten gesichert werden können.

Wo onkologische Versorgung und in welcher Stufe durchgeführt werden soll, ist Gegenstand weiterer Planungsschritte.

Versorgungsbereiche

Stammzelltransplantation:

Die akute und chronische Toxizität einer Stammzelltransplantation (SZT) stellt hohe Ansprüche vor allem an die personelle und apparative Ausstattung der Leistungsstandorte. Diesbezügliche Qualitätsrichtlinien, die gemeinsam von der Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie und der Gesellschaft für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin erarbeitet wurden und die sich an internationalen Richtlinien orientieren, werden in Kürze vom Gesundheitsressort als Erlass herausgegeben und sind Grundlage für die Erstellung der Planungsempfehlungen. Zentraler Planungsparameter im Bereich der SZT ist daher die Isoliereinheit. Durch die im ersten Halbjahr 2000 zu definierende und im ÖKAP 2001 vorzusehende Anzahl an Isoliereinheiten wird die jährlich erreichbare Leistungsquantität bestimmt (vgl. Abschnitt 7.9).

Therapie mit Radionukliden:

In Österreich gibt es derzeit elf Standorte mit nuklearmedizinischen Therapiebetten, an denen rund 2.000 Therapien mit Radionukliden pro Jahr durchgeführt werden. Die Anzahl der unter den vorhandenen Kapazitäten leistbaren Therapien beträgt über 3.000. Durch neue Therapieformen und die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur ist generell ein Anstieg der Therapiezahlen zu erwarten.

Es wurden zwei Planungsvarianten erstellt, die einerseits auf Zentralisierung, andererseits auf der Sicherung der regionalen Versorgung beruhen. Eine weiterführende Analyse der Planungsvarianten aus medizinisch-qualitativer und ökonomischer Hinsicht soll noch im Jahr 2000 erfolgen.

Palliativmedizin:

Ein spezifisches Versorgungsangebot für unheilbar Kranke und sterbende Patienten ist in Österreich erst in Aufbau begriffen. Solche Schwerstkranke haben spezifische Bedürfnisse, denen die regulären - auf Heilung und Reduktion der Verweildauer ausgerichteten - Krankenhausstrukturen oft nicht gerecht werden. Aus diesem Grund wurden in der österreichischen Krankenanstaltenplanung bereits 1993 erste Schritte gesetzt, um palliativmedizinische Leistungsbereiche zu etablieren. In der Revision des ÖKAP/GGP 1999 wurde die Palliativmedizin als Teil der stationären Akutversorgung vorgesehen. Um einen bedarfsgerechten Aufbau von palliativmedizinischen Einrichtungen planen zu können, waren jedoch eine Reihe von Vorarbeiten nötig. Das ÖBIG wurde 1998 vom Gesundheitsressort mit einer diesbezüglichen Expertise beauftragt, die 1999 vorgelegt wurde.

Inhalt der Expertise „Palliativmedizinische Versorgung im stationären Bereich“ ist:

- Festlegung der Aufgaben und Ziele palliativmedizinischer Versorgung
- Abgrenzung zu anderen verwandten Bereichen wie Hospize
- Charakterisierung der Zielgruppe für diese Versorgung

Stammzellspendewesen

- Inhalt und Leistungen palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen
- Darstellung der Ist-Situation in Österreich
- Planungsempfehlungen bezüglich
 - Versorgungsstrukturen
 - Mindeststandards der Strukturqualität
 - Bettenbedarf und Standorte
 - Kosten und Finanzierung

Die Ergebnisse dieser Arbeit fanden anschließend Eingang in den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP), Stand 1999.

7.8.3 Ausblick

Als nächster Arbeitsschritt soll die Umsetzung der für die onkologische Versorgung definierten Versorgungsstufen und die Anforderung an deren Strukturqualität in den dafür vorgesehenen Krankenanstalten vollzogen werden. Damit zusammenhängend wird es notwendig sein, die Kooperation und Koordination der Krebsversorgung durch geeignete Organisationsformen weiter zu fördern. Eines der Instrumente dafür wird das onkologische Register sein, in dem Krebspatienten einheitlich erfasst und der Verlauf der Krankheit dokumentiert werden. Die nunmehr definierten Strukturqualitätskriterien werden laufend überprüft und dem Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst.

7.9 Stammzellspendewesen

7.9.1 Ausgangslage

Bei Patienten, deren Knochenmark durch benigne oder maligne Erkrankungen bzw. durch deren Therapie in seiner Funktion beeinträchtigt ist und für die innerhalb der Familie kein Stammzellspender identifiziert werden konnte, ist eine allogene (= nicht verwandte) Stammzellspendersuche und -transplantation angezeigt. Die Suche nach einem gewebeidenten Stammzellspender erfolgt im Rahmen einer die Staatsgrenzen überschreitenden Zusammenarbeit mit internationalen Spenderregistern, die eine wesentlich höhere Erfolgchance für das Auffinden von gewebeidenten Spendern bietet.

Als Voraussetzung für die erfolgreiche Stammzellspendersuche muss jedes abfrageberechtigte Land eine in Relation zu seiner Bevölkerungszahl entsprechende Anzahl an potentiellen Stammzellspendern in den nationalen Spenderzentren gespeichert haben. Damit Österreich diese Bedingungen erfüllen kann, werden im Rahmen des finanziellen Förderungsprogrammes für das Transplantationswesen jährlich 2.000 Typisierungen mit einem Kostenbeitrag in der Höhe von öS 2.500,- pro durchgeführter Typisierung gefördert.

Versorgungsbereiche

Die für die Durchführung der Spendersuche erforderlichen Daten der als potentielle Spender gewonnenen Personen werden durch die österreichischen Spenderzentren anonymisiert an ein zentrales Spenderregister übermittelt, das die nationale und internationale Stammzellspendersuche für österreichische Patienten durchführt und weiters für Anfragen ausländischer Register zur Verfügung steht. Das österreichische zentrale Spenderregister umfasste per Dezember 1999 ca. 41.800 potentielle Stammzellspender.

Die Funktion des zentralen Spenderregisters wird derzeit durch den Verein „Geben für Leben - Knochenmarkspender Österreich“ wahrgenommen, der für dessen Tätigkeiten ebenfalls Mittel aus der Förderung des Transplantationswesens in der Höhe von jährlich öS 500.000,-/€ 36.336,- erhält. Die Verwendung dieser Förderungsmittel ist seit dem Jahre 1999 Gegenstand eines Vertrages zwischen dem Gesundheitsressort und dem Verein, der den Förderungszweck spezifiziert, die Auszahlungsmodalitäten konkretisiert und die Kontrolle der Verwendung der Förderungsmittel zum Inhalt hat.

7.9.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

In den letzten Jahren war das Gesundheitsressort wiederholt mit der Klärung von Fragen im Zusammenhang mit dem Stammzellspendewesen in Österreich befasst. Insbesondere gaben die Art und Weise der Spenderanwerbung, der Betreuung (Information) der gewonnenen potentiellen Spender sowie des Datentransfers immer wieder Anlass zu Diskussionen zwischen den am Stammzellspendewesen beteiligten Institutionen und dem Gesundheitsressort. Verstärkt wurde auch die Frage der Effektivität der Organisationsstruktur des Stammzellspendewesens sowie deren Adäquatheit im Hinblick auf internationale Richtlinien aufgeworfen.

Aufgrund dieser Entwicklungen wurden im Jahr 1997 durch die beim Gesundheitsressort eingerichtete Bundesstrukturkommission eine Finanzexpertengruppe sowie eine medizinische Expertenrunde zum Thema „Knochenmarkspendertypisierung in Österreich“ installiert. In beiden Expertengruppen, die in unregelmäßigen Abständen tagten, wurden vor allem organisatorische, qualitative und finanzielle Aspekte der Stammzellspendersuche erörtert und Mängel in diesem Bereich aufgezeigt.

Weiters kam man im Juli 1998 im Rahmen einer Sitzung der medizinischen Expertenrunde der Bundesstrukturkommission überein, eine Institution ins Leben zu rufen, die einerseits die fachliche Unterstützung des Gesundheitsressorts und die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern im Bereich der Stammzelltransplantation gewährleisten und andererseits als Anlauf- und Auskunftsstelle für private Knochenmarkspendeinitiativen und die Medien fungieren soll. Im Zuge der weiteren Diskussion innerhalb des Gesundheitsressort sowie mit den Leistungserbringern wurde beschlossen, eine Kommission zur Beratung der Bundesministerin laut § 8 Bundesministeriengesetz einzurichten, die sich aus je fünf Mitgliedern der österreichischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie sowie der österreichischen Gesellschaft für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin zusammensetzen soll. Am 30. Mai 1999 wurde die konstituierende Sitzung der „Kommission für die Weiterentwicklung

des Österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens“ mit der Überreichung der offiziellen Bestellsdekrete durch die Kommissionsvorsitzende Frau Bundesministerin Hostasch eingeleitet.

Als vordringliche Arbeitsschwerpunkte der Kommission wurden nachstehende Bereiche definiert:

- Mitwirkung bei der Klärung kommunikativer, organisatorischer und fachlicher Fragestellungen des Stammzellspendewesens sowie bei der Erarbeitung von Empfehlungen hinsichtlich der im Stammzellspendewesen zu verwaltenden, zu verarbeitenden und weiterzugebenden Daten.
- Entwicklung und Überprüfung von Standards im Bereich des Stammzellspendewesens sowie Entwicklung von entsprechenden Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren.
- Unterstützung bei der Erstellung von Informationsmaterialien für Patienten, potentielle Spender und das betreuende medizinische Fachpersonal.

Im Jahr 1999 fanden insgesamt vier Sitzungen der Kommission statt. Im Rahmen dieser Kommissionssitzungen konnte die Erstellung von „Informationsmaterial für Patientinnen und Patienten, die einen Knochenmark- bzw. Stammzellspender benötigen, und für deren Angehörige“ vorangetrieben werden, das nunmehr über die Homepage des Ministeriums verfügbar ist.

Weiters fasste die Kommission einen grundsätzlichen Beschluss darüber, dass die derzeitige Organisation des Stammzellspendewesens einer grundlegenden Reform zu unterziehen ist.

7.9.3 Ausblick

Aufbauend auf nationale und internationale Richtlinien soll in Zukunft die Umorganisation des österreichischen Stammzellspendewesens vorangetrieben werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere eine Festlegung der Aufgabenbereiche der am Stammzellspendewesen beteiligten Institutionen erforderlich, weiters wird die Entwicklung entsprechender Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren angestrebt.

Neben organisatorischer Umstrukturierung steht zukünftig auch die Erstellung von Informationsmaterial für Spender und medizinisches Fachpersonal im Vordergrund.

7.10 Arzneimittel

7.10.1 Aufgabenstellung

Aufgabe des Gesundheitsressorts ist die Sicherstellung der Versorgung der österreichischen

Versorgungsbereiche

Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen, unbedenklichen und therapeutisch wirksamen Arzneimitteln. Darüber hinaus sollen Arzneimittel kostengünstig zur Verfügung stehen.

7.10.2 Regelungen und Eckdaten

Die Herstellung, das Inverkehrbringen und der Einsatz von Arzneimitteln unterliegen besonderen gesetzlichen Regelungen, die gesundheitspolitisch und konsumentenschützerisch motiviert sind. Zentrale Gesetze sind das Arzneimittelgesetz, das Arzneibuchgesetz, das Apothekengesetz sowie das Rezeptpflichtgesetz. Die Europäische Union sieht das Arzneimittelrecht auch als eine Angelegenheit des Binnenmarktes an und erlässt europarechtliche Vorgaben zur Harmonisierung der unterschiedlichen Standards in den Mitgliedsstaaten. Österreich hat seine Vorschriften daher an die diesbezüglichen EU-Richtlinien angepasst.

Zulassung von Arzneimitteln:

Das Vorliegen einer behördlichen Zulassung ist die Voraussetzung dafür, dass ein Arzneimittel auf den Markt gebracht werden darf. In der Europäischen Union gibt es nunmehr drei Möglichkeiten für die Zulassung von Arzneimitteln:

- das zentrale Zulassungsverfahren,
- das dezentrale bzw. gegenseitige Anerkennungsverfahren sowie
- das rein nationale Verfahren.

Das zentrale Zulassungsverfahren ist für „technologisch hochwertige“ bzw. innovative Arzneimittel von Relevanz. Alle Arzneimittel, die mit Hilfe bestimmter biotechnologischer Verfahren hergestellt werden, sind auf Liste A der einschlägigen EU-Verordnung (EWG, Nr. 2309/93 vom 22. Juli 1993) angeführt. Diese Arzneimittel müssen seit 1995 zentral zugelassen werden. Weitere innovative Arzneimittel, die auf Liste B der EU-Verordnung spezifiziert sind, können - müssen aber nicht - das zentrale Zulassungsverfahren in Anspruch nehmen.

Ein Antrag auf Zulassung ist direkt bei der Europäischen Arzneimittelagentur in London (EMA) einzubringen. Nach einem Bewertungs- und Verwaltungsverfahren, bei dem auch die Vertreter der Mitgliedsstaaten eingebunden sind, ist das Arzneimittel nach Veröffentlichung im EU-Amtsblatt in allen EU-Staaten automatisch zugelassen.

Das dezentrale bzw. gegenseitige Anerkennungsverfahren gilt für Arzneimittel, die in mehr als einem Mitgliedsstaat der EU auf den Markt gebracht werden. Dieses Verfahren ist seit 1. Jänner 1998 verpflichtend vorgeschrieben und baut auf der Anerkennung einer Erstzulassung in einem Mitgliedsstaat, dem sogenannten „Reference-Member-State“, auf. Wenn ein Arzneimittel bereits in einem anderen EU-Staat zugelassen ist und nunmehr z. B. auch in Österreich auf den Markt kommen soll, besteht die Möglichkeit, dieses Produkt auf der Basis der bereits erteilten Erstzulassung beschleunigt in Österreich zuzulassen. Bei allfälligen Auffassungsunterschieden kommt es zu einem Schiedsverfahren auf EU-Ebene.

Arzneimittel

Die dritte Möglichkeit, ein Arzneimittel zuzulassen, ist das rein nationale Verfahren, das im Falle einer ausschließlichen Vermarktung in einem Mitgliedsstaat in Anspruch zu nehmen ist.

1998 waren in Österreich rund 11.700 Humanarzneimittel zugelassen. Gegenüber 1992 entspricht das einer Zunahme von fast 80 Prozent (vgl. auch Tabelle 7.15).

Arzneimittelpreise:

Basis für die Regelung der Arzneimittelpreise war bislang das Preisgesetz aus dem Jahr 1992. Nach einer Vereinbarung der Sozialpartner hat sich die Handhabung des Preisgesetzes mit 1. September 1999 geändert. Die Pharma-Unternehmen müssen nunmehr von sich aus keinen Antrag auf Preisfestsetzung bzw. Genehmigung einer Preiserhöhung stellen. Anstelle dessen wurde eine Meldeverpflichtung vereinbart. Das heißt, der Höchstpreis eines neuen Arzneimittels bzw. eine allfällige Preisänderung muss dem Ressort bekannt gegeben werden. Das Ressort kann im Anlassfall - z. B. wenn ein Preis überhöht erscheint - ein amtswegiges Verfahren zur Preisfestsetzung einleiten.

Die Großhandelsaufschläge sind in der Verordnung über die Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel festgelegt. Die Apothekenspannen werden in der „Österreichischen Arzneिताxe“ festgelegt. Als beratendes Organ steht dem Ressort die Preiskommission zur Verfügung („Sozialpartnergremium“).

Rezeptpflicht von Arzneimitteln:

Arzneimittel mit potentiell gefährlichen Eigenschaften sind rezeptpflichtig, das heißt, sie dürfen nur auf Grund einer ärztlichen Verordnung abgegeben werden. Eine beim Ressort angesiedelte Rezeptpflichtkommission entscheidet über die Klassifizierung der Arzneimittel. Auf EU-Ebene beschränkt sich die Richtlinie 92/26/EWG des Rates vom 31. März 1992 zur Einstufung bei der Abgabe der Humanarzneimittel auf die Etablierung grundsätzlicher Vorgaben. Die tatsächliche Einstufung eines Arzneimittels hinsichtlich seines Rezeptpflichtstatus obliegt jedoch nach wie vor den nationalen Behörden.

Arzneimittelvertrieb:

Grundsätzlich dürfen nur Apotheken Arzneimittel an die Verbraucher abgeben. Lediglich einige wenige Arzneimittel, wie z. B. bestimmte Vitaminpräparate, dürfen auch in Drogerien verkauft werden. Der Betrieb einer Apotheke ist durch ein staatliches Genehmigungsverfahren und eine Bedarfsprüfung reglementiert. Als Standort für eine Apotheke kommt nur eine Gemeinde in Frage, in der ein Arzt seinen ständigen Berufssitz hat. Nach dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 2. März 1998 wurde die Neueröffnung einer Apotheke erleichtert. Ein Bedarf an einer neuen Apotheke ist dann gegeben, wenn der Abstand zwischen der neuen Apotheke und einer bestehenden Apotheke mehr als 500 Meter beträgt oder das Versorgungspotenzial einer bestehender Apotheken infolge der Neuerrichtung auf

Versorgungsbereiche

nicht weniger als auf 5.500 Personen absinkt. Apotheken sind verpflichtet, detaillierte Vorschriften betreffend Ausbildung des Personals, Ausstattung der Räumlichkeiten, Lagerhaltung, etc. einzuhalten und Nacht- und Wochenenddienste zu versehen.

Das System der Arzneimitteldistribution beruht auf dem Grundsatz der Trennung von verschreibendem Arzt und verabreichender Apotheke. Dieser Grundsatz wird durch das Spezifikum der „ärztlichen Hausapotheke“ durchbrochen: In einer Gemeinde ohne Apotheke kann ein in ihr niedergelassener Arzt auf Antrag das Recht zur Abgabe von Arzneimitteln erlangen. Nach der Erleichterung von Apothekenneugründungen als Folge der Teilaufhebung der Bedarfsprüfung durch das Erkenntnis des VfGH vom 2. März 1998 wurde durch eine Novelle zum Apothekengesetz eine Übergangsfrist von bis zu zehn Jahren für die Rücknahme bestehender ärztlicher Hausapotheken verankert. Hausapotheken, die nach dem 1. Juni 1998 entstehen, müssen jedenfalls schließen, wenn im Umkreis von vier Kilometer eine Apotheke errichtet wird. Der Verfassungsgerichtshof überprüft nunmehr anlässlich einer Beschwerde wegen der langen Übergangsfrist, ob ärztliche Hausapotheken nicht zu großzügig gegen neue öffentliche Apotheken geschützt seien.

Ende 1998 gab es 1.083 öffentliche Apotheken (inklusive 18 Filialapotheken), 51 Anstaltsapotheken, das sind für den Eigenbedarf betriebene Apotheken der Krankenhäuser, und 1.002 Hausapotheken. In den letzten Jahren ist die Zahl der Apotheken angestiegen, so sind zwischen 1996 und 1998 31 Apotheken neu eröffnet worden.

Die Belieferung der Apotheken mit Arzneimittel erfolgt durch die Großhändler. Ende 1998 gab es zehn Großhandelsunternehmen mit 27 Betriebsstätten, die weitgehend ein volles Sortiment lagern, um jederzeit notwendige Arzneimittel liefern zu können.

Arzneimittel und Sozialversicherung:

Etwa ein Drittel aller zugelassenen bzw. mehr als 50 Prozent aller am österreichischen Markt befindlichen Arzneimittel können von den Ärzten frei verschrieben werden. Diese Arzneimittel sind im sogenannten „Heilmittelverzeichnis“ der Sozialversicherungsträger aufgenommen. Die Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherung für jene Arzneimittel, die nicht im Heilmittelverzeichnis angeführt sind, bedarf zusätzlich noch einer chefärztlichen Bewilligung.

Der Patient erhält das vom Arzt verordnete Arzneimittel in der Apotheke gegen Vorlage des Rezepts und nach Erlag der Rezeptgebühr von öS 45,-/€ 3,27 (Stand 2000) ausgehändigt. Aus sozialen Gründen gibt es die Möglichkeit einer Befreiung von der Rezeptgebühr.

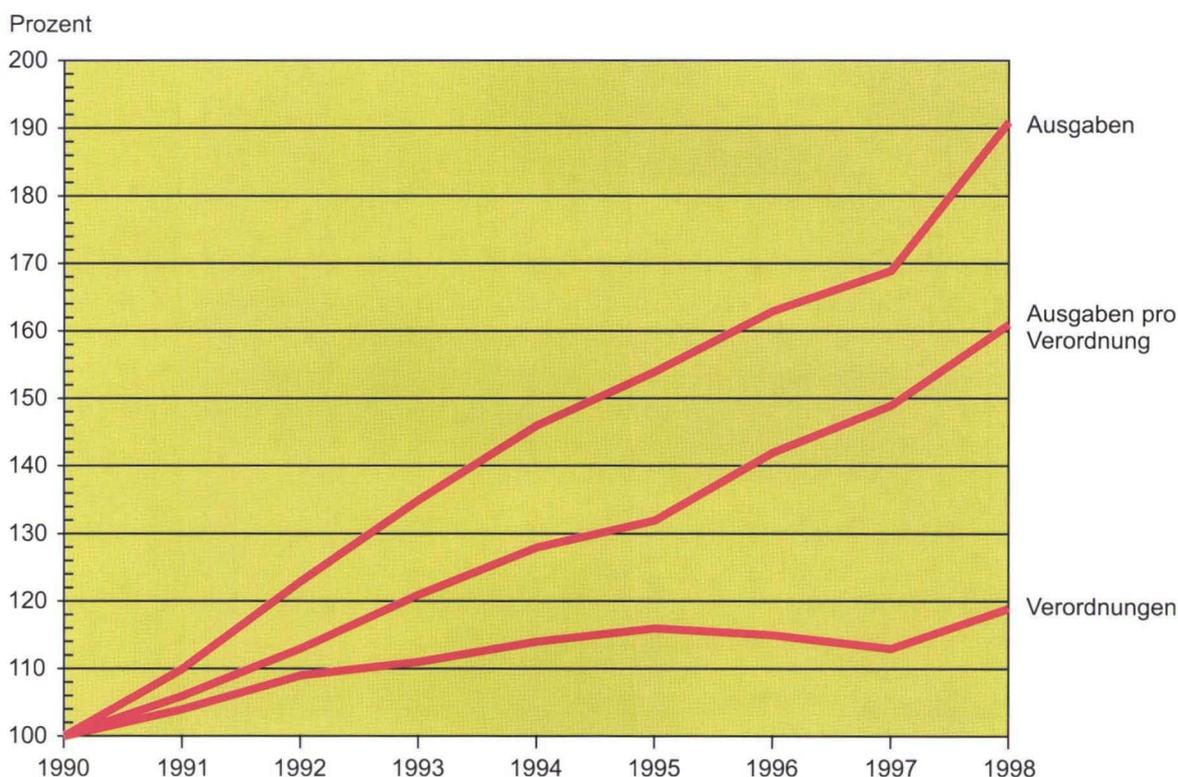
Die Rezeptgebühr wird von der Apotheke an die Sozialversicherung abgeführt. Im Gegenzug erhält sie den listenmäßigen „Kassenpreis“ des Arzneimittels, der regelmäßig zwischen pharmazeutischer Industrie und Sozialversicherung ausverhandelt wird. Die Apotheke erhält den „Kassenpreis“ nach Vorlage des Rezepts von der Sozialversicherung rückerstattet. Von

Arzneimittel

diesem Kassenpreis ist der Sozialversicherung noch ein gesetzlich vorgeschriebener Rabatt - der abhängig vom Umsatz der jeweiligen Apotheke ist - zu gewähren.

Im Sommer 1996 wurde aufgrund von drohenden Defiziten bei den Krankenkassen ein Sparpaket beschlossen. Vom Ressort wurde eine Spannensenkung bei den Großhändlern und Apotheken verordnet. Die Sozialversicherung und die pharmazeutische Industrie einigten sich auf eine Preissenkung. Durch Kooperationsprojekte zwischen Pharmaindustrie, Ärzteschaft, Apothekerkammern, Patienten und Sozialversicherung bezüglich eines vernünftigen Umganges mit Arzneimitteln („Arznei und Vernunft“) sollten weitere Einsparungen erzielt werden. Im Rahmen des Sparpaketes wurde auch die Rezeptgebühr mit 1. August 1996 von öS 35,-/€ 2,54 auf öS 42,-/€ 3,05 angehoben.

Abbildung 7.11: Entwicklung der Ausgaben und der Verordnungen auf dem Arzneimittel-sektor 1990 - 1998 (indexiert: 1990 = 100 %)



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung 1991 bis 1999

Im Sommer 1998 wurde ein Rahmenvertrag zwischen der Pharma-Industrie und der Sozialversicherung geschlossen. Dieser Vertrag regelt Abrechnungsmodelle und das Aufnahmeverfahren von Arzneimitteln in das Heilmittelverzeichnis.

Versorgungsbereiche

Abbildung 7.11 zeigt die Entwicklung der Ausgaben und der Verordnungen der Sozialversicherung für Arzneimittel zwischen 1990 und 1998. In diesem Zeitraum haben sich die Ausgaben für Arzneimittel fast verdoppelt; die Anzahl der Arzneimittel-Verordnungen ist hingegen im gleichen Zeitraum nur knapp 20 Prozent gestiegen. Eine Ursache für die steigenden Ausgaben der Sozialversicherung für Arzneimittel sind die neuen und teuren Arzneimittel, die verstärkt auf den Markt kommen.

Arzneimittel gegen Herzerkrankungen waren im Jahr 1998 die ausgabenintensivste Indikationsgruppe der Krankenversicherung, es folgten die Gruppe der Gefäßtherapeutika und an dritter Stelle die Psychopharmaka.

1999 und auch im Jahr 2000 ist die Finanzsituation der Krankenkassen wiederum prekär geworden. Ein Defizit von öS 3,4 Mrd./€ 247 Mio. im Jahr 1999 wurde durch Rücklagen abgedeckt. Für das Jahr 2000 wird ein weiteres Defizit erwartet. Vor allem die Arzneimittelausgaben sind überproportional gestiegen. Es wurden neuerlich Sparmaßnahmen eingeleitet, die zum einen die pharmazeutische Industrie (Senkung der Herstellerpreise), zum anderen die Apotheker („Verzicht auf Umsatzzuwächse“) und den Großhandel (gesetzliche verordnete Spannensenkung) betreffen.

7.10.3 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Im Folgenden werden wichtige, den Berichtszeitraum betreffende Aktivitäten des Ressorts dargestellt. Darüber hinaus wird auch über Maßnahmen berichtet, die bis Mitte des Jahres 2000 getroffen wurden:

- Arzneimittelgesetznovelle 1996 (BGBl. Nr. 379/1996): Mit dieser Novelle wurde das neue EU-Gemeinschaftszulassungsverfahren im österreichischen Recht etabliert. Dieses Verfahren wurden bereits unter Punkt 7.10.2 erläutert. Weiters wurden mit dieser Novelle die Regelungen betreffend die Arzneimittelüberwachung an das EU-Pharmakovigilanzsystem und die Sonderregelungen für radioaktive Arzneimittel an die einschlägige EU-Richtlinie angepasst. Das Apothekengesetz erfährt durch die Arzneimittelgesetznovelle 1996 insofern eine Änderung, als hausapothekenführende Ärzte Arzneimittel auch aus öffentlichen Apotheken des EWR-Raumes beziehen können.
- Mit 1. Februar 1997 wurden die Spannen des Großhandels und der Apotheken abgesenkt. Hintergrund dieser Maßnahme war der im Jahr 1993 beschlossene „Konjunkturbelebungs- und Stabilitätspakt“ des Bundes, der Länder, der Gemeinden, der Sozialpartner sowie der Österreichischen Notenbank. Mit diesem Konjunkturbelebungs- und Stabilitätspakt wurde unter anderem vereinbart, dass die Regierung und die verantwortlichen Bundesminister auf die Entwicklung der Preise dämpfend einwirken sollen.
- Änderung des Apothekengesetzes (BGBl. I Nr. 120/1998) im Jahr 1998: Im Apothekengesetz wurde eine Übergangsregelung für bestehende Hausapotheken verankert. Ärztliche Hausapotheken, die vor Juni 1998 in Betrieb waren, können trotz Neueröffnung einer

Arzneimittel

Tabelle 7.15: Arzneimittelversorgung im Überblick 1996 - 1998

Arzneimittel	1996	1997	1998	Entwicklung	
				1996 - 1998 indexiert: 1996 = 100 %	1992 - 1998 indexiert: 1992 = 100 %
Zulassungen					
Anzahl zugelassene Humanarzneimittel ¹	10.357	10.040	11.688	113	176
<i>Davon:</i>					
<i>rezeptpflichtige Arzneimittel</i>	6.589	6.095	7.534	114	135
<i>freiverkäufliche Arzneimittel</i>	3.768	3.945	4.154	110	391
Krankenversicherung					
Versicherte in Prozent der Bevölkerung	99 %	99 %	99 %	-	-
Ausgaben für Arzneimittel in Mrd. öS	16,1	16,6	18,8	117	156
Anzahl Arzneimittel-Verordnungen in Mio.	93,2	91,9	96,4	103	109
Ausgaben pro Verordnung in öS	172,-	181,-	195,-	113	143
Rezeptgebühr in öS	bis 31.7.: öS 35,-; ab 1.8.: öS 42,-	42,-	43,-	123	154
Industrie					
Anzahl pharmazeutische Unternehmen	34	31	27	79	-
Anzahl Beschäftigte	7.436	7.415	7.993	107	-
Umsatz in Mrd. öS	21,7	23,5	25,3	117	-
Großhandel					
Anzahl pharmazeutischer Großhändler	10	10	10	100	-
Anzahl Betriebsstätten	27	31	27	100	-
Apotheken					
Anzahl Apotheken insgesamt	2.095	2.111	2.136	102	105
<i>Davon:</i>					
<i>Öffentliche Apotheken²</i>	1.051	1.067	1.083	103	108
<i>Anstaltsapotheken</i>	51	51	51	100	102
<i>Hausapotheken bei Ärzten</i>	993	993	1.002	101	103
Einwohner pro Abgabestelle (= öffentliche Apotheken und Hausapotheken)	3.943	9.918	3.874	98	97

¹ inklusive apothekeneigene Arzneimittel² inklusive Filialapotheken

- = Daten nicht vergleichbar

Quellen: Pharmazeutisches Informationssystem des BMSG; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung 1997 bis 1999; Auskunft Statistik Österreich (Konjunkturstatistik); Auskunft Herba-Chemosan; ÖSTAT 1999; Statistisches Jahrbuch 1999; Österreichische Apothekerkammer (Hrsg.): Die österreichische Apotheke in Zahlen 1997 bis 1999

Versorgungsbereiche

öffentlichen Apotheke unter bestimmten Voraussetzungen bis zu zehn Jahre lang weitergeführt werden. Begründet wurde diese Maßnahme mit dem Grundsatz des Vertrauensschutzes. Ansonsten sind Hausapotheken grundsätzlich aufzulassen, wenn in der Nähe eine öffentliche Apotheke in Betrieb geht.

- Die für das Ressort bei der Vollziehung der arzneimittelrechtlichen Vorschriften tätigen drei bundesstaatlichen Untersuchungsanstalten (die Bundesanstalt für chemische und pharmazeutische Untersuchungen, die Bundesstaatliche Anstalt für experimentelle pharmakologische und balneologische Untersuchungen, das Bundesstaatliche Serumprüfungsinstitut) wurden im Juli 1998 in ein Bundesinstitut für Arzneimittel zusammengeführt. Ziel dieser Zusammenführung war die Erreichung von Synergieeffekten, die optimale Nutzung von Ressourcen sowie die Steigerung der Produktivität bei gleichzeitiger Einsparung von Personal.
- Zur Erlangung von Entscheidungshilfen gab das Gesundheitsressort im Berichtszeitraum eine Reihe von Untersuchungen zum Arzneimittelwesen in Auftrag (siehe auch das Quellenverzeichnis am Ende dieses Abschnitts):
 - Studie zur Bedeutung der Biotechnologie im medizinisch-pharmazeutischen Bereich (ÖBIG 1998a);
 - Analyse der Sparmaßnahmen bei Arzneimitteln in neun europäischen Ländern (ÖBIG 1998b) - die Ergebnisse dieser Studie wurden im Rahmen der Tagung des EU-Gesundheitsministerrates Ende 1998 in Brüssel präsentiert;
 - Untersuchung der Vertriebsstrukturen im Arzneimittelwesen in den EU-Mitgliedsstaaten und in der Schweiz (ÖBIG 1998c).

Anzuführen sind weiters zwei Studien, die nach Ende des Berichtszeitraumes abgeschlossen wurden:

- Untersuchung über Generika (ÖBIG 1999) - Generika sind Nachahme-Arzneimittel ehemals patentgeschützter Originalpräparate, die zumeist preislich günstiger sind und damit die Frage aufwerfen, inwieweit durch den verstärkten Einsatz von Generika Einsparungen zu erzielen sind;
- Studie über die Gefahren bzw. Chancen des Vertriebs von Arzneimitteln im Internet (ÖBIG 2000).

Weitere Maßnahmen nach Ende des Berichts-Zeitraumes:

- Änderung der Handhabung des Preisgesetzes: Mit 1. September 1999 ist anstelle des Preisfestsetzungsverfahrens über Antrag ein Preismeldeverfahren etabliert worden. Der Preis eines neuen Arzneimittels oder eine allfällige Preisänderung muss dem Ressort nur mehr mitgeteilt werden. Bei erhöhten Preisen besteht nach wie vor die Möglichkeit eines amtswegigen Preisverfahrens.
- Mit 20. April 2000 trat ein neuer Gebührentarif für die Zulassung von Arzneimitteln in Kraft (Verordnung über den Gebührentarif gemäß dem Arzneimittelgesetz). Mit dieser Verordnung sind die Tarife für die Zulassung von Arzneimitteln gegenüber der letztmaligen

Erhöhung im Jahr 1996 deutlich angehoben worden.

- Mit 1. Juni 2000 wurden die Spannen im pharmazeutischen Großhandel amtlich gesenkt. Zuvor sind Verhandlungen zwischen pharmazeutischen Großhandel und Sozialversicherung zwecks Einsparungen ergebnislos abgebrochen worden.

7.10.4 Ausblick

Im Berichtszeitraum wurde eine große Novelle des Arzneimittelgesetzes vorgenommen. Damit wurden auch einschlägige EU-Richtlinien und Verordnungen in das österreichische Rechtssystem etabliert. Durch das nunmehr beschleunigte Zulassungsverfahren sind neue Arzneimittel rascher am Markt verfügbar. Auch der Bereich der inhaltlich seit langem internationalen Standards entsprechenden Arzneimittelüberwachung wurde an die Formalerfordernisse des EU-Pharmakovigilanzsystems angepasst, um eine Teilnahme an dem neuen europäischen Sicherheitsnetz zu gewährleisten.

Mit der Einführung des Preismeldeverfahrens im Herbst 1999 wurden für die pharmazeutische Industrie wesentliche Erleichterungen sowie eine Verkürzung des Verfahrens bei der Preisfestsetzung für Arzneimittel geschaffen.

Maßnahmen zur Eindämmung der dynamischen Entwicklung der Arzneimittelausgaben wurden ebenfalls gesetzt (z. B. Spannensenkungen 1997 und 2000, europaweite Untersuchungen über Sparmaßnahmen am Arzneimittelsektor). Auch wurde eine Studie zu Einsparpotenzialen durch Generika erstellt.

Demnächst wird eine Novelle zum Arzneimittelgesetz in Begutachtung gehen. Mit dieser Novelle sollen die gesetzlichen Voraussetzungen für die weitere Umsetzung der von Österreich ratifizierten Anti-Doping-Konvention (BGBl. Nr. 451/1991) geschaffen und in einem umfassenden Ansatz Maßnahmen zur Verhinderung des missbräuchlichen Einsatzes von Arzneimitteln zu Dopingzwecken getroffen werden. Darüber hinaus soll die Vorgangsweise hinsichtlich des Parallelimportes von Arzneimitteln explizit in das Arzneimittelgesetz übernommen werden. Neue Regelungsinhalte werden des Weiteren zur Umsetzung der Richtlinie 98/27/EG vom 19. Mai 1998 über Unterlassungsklagen zum Schutz von Verbraucherinteressen sein. Damit soll eine Klagsmöglichkeit für Verbraucherschutzverbände bei Verstößen gegen arzneimittelrechtliche Werbebestimmungen gegeben werden.

In Vorbereitung ist darüber hinaus auch eine Novelle zum Arzneibuchgesetz. Damit werden unter anderem die Voraussetzungen für die Anerkennung der Arzneibücher anderer Vertragsparteien des Europäischen Wirtschaftsraumes etabliert.

Quellen:

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998): Gesundheitsbericht der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales an den Nationalrat 1997. Wien 1997

Versorgungsbereiche

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998): Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien, Juli 1998

Die Presse vom 18.2.2000: Apotheken: Neue Runde vor dem Höchstgericht.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Bände der Jahre 1996 bis 1999

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Heilmittelverzeichnis. Wien, Oktober 1999

Herba-Chemosan (Hrsg.): Geschäftsberichte 1997, 1998, 1999

ÖBIG 1998a - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Biotechnologie. Pharmazeutische Industrie und Forschung in Österreich. Wien, Mai 1998

ÖBIG 1998b - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Arzneimittel. Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern/Pharmaceuticals. Market Control in Nine European Countries. Wien/Vienna, November 1998

ÖBIG 1998c - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Arzneimittel. Vertrieb in Europa. Wien, Dezember 1998

ÖBIG 1999 - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Generika. Publikation in Vorbereitung

ÖBIG 2000 - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Arzneimittel. Vertrieb im Internet. Publikation in Vorbereitung

ÖSTAT (1999): Statistisches Jahrbuch für die Republik Österreich. Wien, Dezember 1999

Österreichische Apothekerkammer (Hrsg.): Die österreichische Apotheke in Zahlen. 1997, 1998, 1999, 2000.

Wiener Zeitung vom 20. April 2000: Kundmachungen des Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Gebührentarif gemäß dem Arzneimittelgesetz

7.11 Medizinprodukte

7.11.1 Ausgangslage

Unter die Kategorie „Medizinprodukte“ fallen hauptsächlich medizinische Geräte und Instrumente, Hilfsmittel für Behinderte, medizinische Bedarfsartikel, Laborapparate und Implantate; im Unterschied zu Arzneimitteln wird die bestimmungsgemäße Hauptwirkung der Medizinprodukte überwiegend auf physikalischem Weg erreicht. Der Begriff „Medizinprodukte“ ist sehr vielfältig und reicht von hochtechnologischen Erzeugnissen wie z. B. Kernspintomograph und Laserchirurgiegeräten bis zu Alltagsprodukten, z. B. Rollstühle, Kondome, Verbandsmaterial.

Medizinprodukte müssen die vom Hersteller angebotenen Leistungen erreichen und in höchstem Maß Schutz und Sicherheit für Anwender, Patienten und Dritte bieten. Von dieser Zielsetzung ausgehend geben die Richtlinien für Medizinprodukte der Europäischen Union für alle Mitgliedsstaaten einheitliche Mindeststandards in Bezug auf Qualität, Sicherheit, Herstellung und Inverkehrbringung von Medizinprodukten vor.

7.11.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Zur Implementierung der Inhalte dieser Richtlinien wurde nach umfangreichen Vorarbeiten das Medizinproduktegesetz - MPG (BGBl. 657/1996) mit Rechtskraftwirkung ab dem Jahr 1997 erlassen. Durch dieses Gesetz wurde in Österreich ein umfassendes Regelungssystem betreffend Sicherheits-, Leistungs- und Qualitätsanforderungen für Medizinprodukte geschaffen, ein Sicherheitssystem für klinische Prüfungen und das europäische Zulassungssystem für Medizinprodukte etabliert (siehe dazu die Ausführung unter Punkt 6.10).

Mit der Richtlinie 98/79/EG über In-Vitro-Diagnostika wurde der zunehmenden Bedeutung von medizinischen Labordiagnostika und -geräten zur Erlangung verlässlicherer Diagnose sowie Therapieüberwachungsinformationen Rechnung getragen. Die in dieser Richtlinie für eine bessere Marktüberwachung vorgesehene Einrichtung eines Beobachtungs- und Meldeverfahrens sowie eines europäischen Datenverbundes für Medizinprodukte wurde in der Folge mit der Novelle BGBl. I Nr.117/1999 zum Medizinproduktegesetz in Österreich adäquat umgesetzt.

7.11.3 Ausblick

Zur Realisierung der in dieser Novelle für Hersteller, Vertreiber, Prüfstellen und Anwender von Medizinprodukten und In-vitro-Diagnostika normierten Registrierungspflicht ist die Etablierung eines automatisierten Meldeverfahrens und die Einrichtung des österreichischen Registers für Medizinprodukte vorgesehen und bereits in Planung.

7.12 Öffentlicher Gesundheitsdienst

7.12.1 Ausgangslage

Begriffsbestimmung:

Das Gesundheitswesen allgemein umfasst alle Einrichtungen und Personen, die die Gesundheit der Bevölkerung fördern, erhalten und wiederherstellen sollen. Das öffentliche Gesundheitswesen ist jener Teil des Gesundheitswesens, der von unmittelbaren oder mittelbaren Trägern der Staatsverwaltung oder durch Einrichtungen wahrgenommen wird, die vom Staat errichtet oder getragen werden. Innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens ist der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) jener Teil, der die Wahrnehmung der öffentlich-

Versorgungsbereiche

rechtlichen Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens inklusive der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeit innehat.

Diese Definition des öffentlichen Gesundheitsdienstes macht auch deutlich, dass es sich hierbei um einen dritten Sektor des Gesundheitswesens - neben intra- und extramuralem Bereich - handelt, der eigenständige Aufgaben zu erfüllen hat. Diese umfassen alle Massnahmen, die der Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen dienen.

Rechtliche Situation:

Nach § 41 Ärztegesetz 1998 sind Amtsärztinnen und Amtsärzte hauptberuflich bei einer Sanitätsbehörde tätige Ärztinnen und Ärzte, die behördliche Tätigkeiten zu vollziehen haben. Der öffentliche Gesundheitsdienst umfasst aber auch andere Berufsgruppen; der größte Teil des Personals und der größte Teil der Aufgaben betreffen allerdings den amtsärztlichen Dienst, sodass in der Folge hauptsächlich von diesem berichtet wird.

Zahl der Amtsärztinnen und Amtsärzte:

Die meisten Amtsärztinnen und Amtsärzte sind bei den Bezirksverwaltungsbehörden, den städtischen Magistraten und den Landesbehörden beschäftigt. Nur ein geringer Teil steht im bundesstaatlichen Dienst. Die Gesamtzahl der Amtsärztinnen und Amtsärzte betrug 1996 302 und stieg 1997 auf 316. Für das Jahr 1998 lagen bei Berichterstellung noch keine Daten vor. Die Zahlen verdeutlichen, dass nur knapp ein Prozent aller Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig ist. Die vor Ort - meist auf Bezirksebene - tätigen Amtsärztinnen und Amtsärzte betreuen durchschnittlich zwischen 30.000 und 60.000 Einwohner. Sie werden meist von ein bis zwei nicht-akademische Fachpersonen (in den meisten Fällen Gesundheitsaufseher bzw. Desinfektoren) unterstützt.

Ausbildung:

Voraussetzung für eine hauptberufliche Anstellung bei einer Sanitätsbehörde als Amtsarzt oder Amtsärztin sind das „ius practicandi“ (Recht zur selbständigen Berufsausübung) sowie die Absolvierung des Physikatskurses mit abschließender Physikatsprüfung. Der Physikatskurs wird an den Standorten der medizinischen Fakultäten Graz, Innsbruck und Wien angeboten und von den entsprechenden Landessanitätsdirektionen organisiert. In Wien und Graz dauert er zwei Semester, in Innsbruck wird er geblockt angeboten.

Folgende Fachgebiete werden unterrichtet (mit gewissen Unterschieden zwischen den Ausbildungsstandorten): Allgemeine Hygiene und Umwelthygiene, Sanitätsgesetzeskunde, Gerichtliche Medizin, Forensische Psychiatrie, Toxikologie und Sozialmedizin.

Aufgabenbereich:

Der amtsärztliche Aufgabenbereich umfasst alle Maßnahmen, die der Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen dienen. Dabei können folgende sechs Bereiche definiert werden:

Öffentlicher Gesundheitsdienst

- Fachaufsicht und sanitäre Aufsicht über Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Gesundheitsaufsicht und Hygieneüberwachung
- Gesundheitlicher Umweltschutz und Umweltmedizin
- Amtsärztlicher Dienst
- Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung
- Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung

Es kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst also die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Gesamtgesellschaft oder spezieller Bevölkerungsgruppen zu, während die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im individualmedizinischen Bereich und in der Individualvorsorge tätig werden.

Bundesstaatliche Untersuchungsanstalten:

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst stehen im Rahmen der Bundesverwaltung sechs Bundesstaatliche Untersuchungsanstalten in Wien, Linz, Graz, Salzburg, Innsbruck und Klagenfurt zur Verfügung. Zu deren Pflichtaufgaben gehören Untersuchungen aufgrund des Epidemiegesetzes, des Bazillenausscheidergesetzes und des Tuberkulosegesetzes. Im Interesse der Gesundheitsverwaltung führen sie insbesondere Untersuchungen aufgrund des Mutter-Kind-Passes, hygienische Trinkwasseruntersuchungen und spitalhygienische Untersuchungen durch. Ein breites Spektrum sonstiger bakteriologisch-serologischer und klinisch-chemischer Untersuchungen wird aufgrund einschlägiger Verträge mit den örtlichen Sozialversicherungsträgern vorgenommen.

7.12.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Aufgrund der dezentralen Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden die meisten Aufgaben von den Bezirks- und Landesbehörden im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung für den Bund durchgeführt. Über ihre Aktivitäten geben sie in den Landessanitätsberichten Auskunft. Diese werden zunehmend zu Gesundheitsberichten umgestaltet. In Verfolgung seiner Koordinationsfunktion beauftragte das Gesundheitsressort das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) mit der Erstellung eines Konzeptvorschlages für die Gestaltung von Länder-Gesundheitsberichten. Ziel der Studie war es, die Vergleichbarkeit der Länder-Gesundheitsberichte zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten die einschlägigen Vorgaben der EU berücksichtigt werden. Das Konzept wurde 1999 fertiggestellt und wird derzeit im Rahmen der Landessanitätsdirektorenkonferenz diskutiert.

Ergebnisse und Statistiken in Hinblick auf Aktivitäten im Bereich „Gesundheitsförderung“ können dem Abschnitt 7.6, Zahlen zum Thema „übertragbare Krankheiten“ dem Kapitel 4 entnommen werden.

Versorgungsbereiche

Ein wichtiger Aufgabenbereich im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von übertragbaren Krankheiten sind die Impfungen. Mit 1. Jänner 1998 wurde ein neues Impfkonzept eingeführt. Seitens des Bundes werden zwei Drittel der Impfstoffkosten öffentlicher empfohlener Impfungen von Geburt bis zum 15. Lebensjahr übernommen, je ein sechstel der Kosten werden von der sozialen Krankenversicherung und den Ländern getragen. Die im Impfkonzept vorgesehenen Impfungen werden kostenlos angeboten, allfällige von (niedergelassenen) Ärzten in Rechnung gestellte Impfhonorare werden von den Ländern übernommen.

Tabelle 7.16: Anzahl der durchgeführten öffentlichen Impfungen 1996 - 1998

Impfung gegen	1996	1997	1998
Diphtherie-Tetanus			
- dT-Auffrischungsimpfungen bei Schulanfängern	83.603 ¹⁾	90.336 ¹⁾	63.745 ³⁾
- dT-Auffrischungsimpfung bei Schulabgängern	69.280	70.214	54.141 ⁴⁾
- 1. Teilimpfung	1.911 (9.773) ²⁾		
- 2. Teilimpfung	1.716		
Diphtherie-Tetanus-Pertussis (ab 1998: DITEPEHib)			
- 1. Teilimpfung	14.136 (11.587) ²⁾		73.530
- 2. Teilimpfung	14.591		44.142
- 3. Teilimpfung	13.891		40.615
- Auffrischung			35.536
Röteln			
- bei Mädchen	39.092	22.191	4.791 ⁵⁾
- bei Wöchnerinnen	7.710	7.021	6.509
Masern-Mumps-Röteln			
- ab 14. Lebensmonat	64.523	56.863	
- Schulanfänger	67.113	69.832	
- 1. Impfung, Geb.Jg 1982 - 1997			79.097
- 2. Impfung, Geb.Jg. 1982 - 1997			61.426
Poliomyelitis			
- Grundimmunisierungen	59.479	56.444	47.569
- Auffrischungen bei Schulanfängern	80.748	78.644	78.266
- Auffrischungen bei Schulabgängern	78.389	66.524	71.594
- Auffrischungen außerhalb der Schulimpfungen bei Personen unter 21 Jahren	102.184	91.215	82.955
Hepatitis B			
- 1. Teilimpfung			111.954 ⁶⁾
- 2. Teilimpfung			68.119 ⁶⁾
- 3. Teilimpfung			9.037 ⁶⁾
- Auffrischung			576 ⁶⁾

¹⁾ davon außerhalb der Schule: 1996: 8.127, 1997: 11.226

²⁾ Zahlen in runden Klammern: Auffrischungsimpfung 2. Lebensjahr

³⁾ Geburtsjahrgänge 1989 - 1993

⁴⁾ Geburtsjahrgänge 1982 - 1986

⁵⁾ Geburtsjahrgänge 1982 - 1988

⁶⁾ Geburtsjahrgänge 1982 - 1998

Quelle: BMSG/VIII/D

Vom Bund werden speziell die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten (seit 1998 auch die Vierfachimpfung Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Hämophilus), gegen Röteln, Masern-Mumps-Röteln sowie gegen Poliomyelitis dokumentiert. Mit dem neuen Impfkonzept

1998 erfolgte eine Umstellung der Datenerhebung, da die Impfungen nicht nur insgesamt, sondern unterteilt nach Geburtsjahrgängen und Teilimpfungen von den Ländern erfasst und an den Bund weitergeleitet werden sollen. Dies führte in manchen Ländern zu EDV-Problemen, sodass die Daten für 1998 möglicherweise nicht ganz korrekt und damit nur eingeschränkt aussagekräftig sind (vgl. Tabelle 7.16).

Fortbildungsveranstaltungen:

Ein wichtiger Aufgabenbereich des Gesundheitsressorts besteht in der Durchführung der Fortbildungskurse für Amtsärztinnen und Amtsärzte. Diese dreitägigen Veranstaltungen finden zweimal pro Jahr statt. Dabei wird die Frühjahrsveranstaltung von einer Landessanitätsdirektion, die Herbstveranstaltung vom Gesundheitsressort organisiert. Entsprechend dem umfangreichen Aufgabengebiet sind auch die Inhalte der Fortbildungsveranstaltungen sehr vielfältig. Durchschnittlich nehmen 80 Amtsärztinnen und Amtsärzte an den jeweiligen Veranstaltungen teil.

7.12.3 Ausblick

So wie auch der kurative Sektor des Gesundheitswesens eine ständige Modernisierung in seinen Möglichkeiten erfährt und eine strukturelle Anpassung erfordert, benötigt auch der ÖGD eine inhaltliche und strukturelle Neuorientierung.

Das Aufgabenspektrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der in wesentlichen Teilen auch im Aufgabenbereich der Länder und Gemeinden liegt, muss überprüft und - falls erforderlich - an die geänderten Lebensverhältnisse und Bedürfnisse der Menschen angepasst werden. Als Grundlage dafür wurde das ÖBIG mit der Studie zur „Neu-Positionierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ beauftragt. Deren Ergebnisse werden derzeit mit den Ländern diskutiert und weitere Schritte beschlossen.

Leitbild für Reformen muss jedenfalls der Konsens sein, dass der öffentliche Gesundheitsdienst unersetzbare Funktionen als „medizinischer Anwalt und Sachwalter der Bevölkerung“ und als unabhängiger Gutachter für den Staat und die Gesellschaft hat, und dass die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht hinter der Entwicklung des restlichen Gesundheitswesens zurückbleiben darf.

8 Ausbildung und Ausbildungsreform

8.1 Ärzte

8.1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Gesundheitspolitisches Ziel im Bereich der Ärzteausbildung ist es, die Qualität der Ärzteausbildung entsprechend dem Stand sowohl der medizinischen als auch der pädagogischen Wissenschaft sicherzustellen und entsprechende Anpassungen der Ausbildungskapazitäten vorzunehmen.

Einschlägige europarechtliche Vorgaben machten es notwendig, die bisher im Rahmen eines postpromotionellen Lehrganges vorgesehene Zahnarztausbildung einer Neuregelung zu unterziehen. In Erfüllung dieser Vorgaben wurde durch das Universitäts-Studiengesetz - UniStG (BGBl. I Nr. 48/1997) ein EU-konformes Zahnarztstudium eingeführt, das mit der Promotion zum Doktor bzw. zur Doktorin der Zahnmedizin, lateinisch „Doctor medicinae dentalis (Dr. med. dent.)“ abgeschlossen wird.

Die Vornahme berufsrechtlicher Adaptierungen bezüglich der neu geregelten Zahnarztausbildung sowie die Umsetzung der damit im Zusammenhang stehenden Richtlinie 78/686/EWG erforderten umfangreiche Änderungen der entsprechenden Rechtsgrundlagen. Aus gesetzestechnischen Gründen konnte diesem umfangreichen Regelungsbedarf nicht durch Novellierung sondern durch Schaffung des Ärztegesetzes 1998 - ÄrzteG 1998 (BGBl. I Nr. 169/1998) und Außerkraftsetzung des Ärztegesetzes 1984 entsprechend Rechnung getragen werden.

8.1.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Ärztegesetz 1998:

Das Ärztegesetz 1998 enthält einerseits Neuregelungen, andererseits auch Bestimmungen, die aus den im Berichtszeitraum erfolgten Novellierungen zum Ärztegesetz 1984 inhaltlich übernommen wurden. Von den inhaltlich übernommenen Regelungen sind hinsichtlich der Ärzteausbildung im Wesentlichen jene Bereiche anzuführen, die mit BGBl. Nr. 378/1996 neu geschaffen wurden und zwar:

- Anerkennung auch solcher Lehrpraxen als Ausbildungsstätte, deren Inhaber nicht zugleich Konsiliarfacharzt ist,
- Anerkennung arbeitsmedizinischer Zentren für die Ausbildung zum Facharzt,
- Änderung der Regelung, wonach Ärzte aus Nicht-EU-Staaten ärztliche Tätigkeiten nur in unselbständiger Stellung zu Studienzwecken auf Grund einer besonderen Bewilligung bis zu einem Jahr in ärztlichen Ausbildungsstätten ausüben können,

Ärzte

- Beseitigung einer vergleichweisen Schlechterstellung von Österreichern, die ihr Medizinstudium in einem Land abgeschlossen haben, in dem der Erwerb des Doktorgrades für die ärztliche Berufsberechtigung nicht erforderlich ist,
- im Sinne einer EU-konformen Regelung Vorrang der postpromotionellen Ausbildung sowohl von österreichischen Turnusärzten als auch solchen, welche die Staatsbürgerschaft eines der EU-Mitgliedsstaates besitzen,
- Adaptierungen im Zusammenhang mit Ausbildungsnachweisen aus der EU.

Die für die Ärzteausbildung relevanten Neuregelungen des Ärztegesetzes 1998 betreffen im Wesentlichen die Schaffung berufsrechtlicher Grundlagen für die im Rahmen des Universitäts-Studiengesetzes - UniStG (BGBl. I Nr. 48/1997) eingeführte Studienrichtung Zahnmedizin, und zwar des Sonderfaches „Mund-Kiefer-und Gesichtschirurgie“. Aus gesetzessystematischen Gründen ist der zweite Abschnitt des Ärztegesetzes 1998 dem zahnärztlichen Bereich vorbehalten und enthält die entsprechende Berufsumschreibung und Berufsordnung sowie weitere Vorschriften insbesondere betreffend die Erfordernisse zur Berufsausübung.

Reform des Medizinstudiums:

Die Ausbildung zum Arzt erfolgt in Österreich in einem dualen System; zunächst ist ein Studium an einer medizinischen Fakultät abzuschließen und anschließend eine postpromotionelle Ausbildung (Turnus) zu absolvieren. Erst der erfolgreiche Abschluss beider Ausbildungsstapen berechtigt einen Arzt zur selbständigen Berufsausübung („ius practicandi“).

Die gesetzliche Regelung des Medizinstudiums erfolgt durch das Bundesgesetz über die Studienrichtung Medizin (BGBl. Nr. 123/1973, letzte Änderung BGBl. Nr. 427/1988) in Verbindung mit der Ärzte-Ausbildungsordnung (BGBl. Nr. 152/1994, in der Fassung BGBl. II Nr. 228/1998), dem Ärztegesetz (BGBl. I Nr. 169/1998) und den Bestimmungen des Universitäts-Studiengesetzes (BGBl. I Nr. 48/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 77/2000). Die postpromotionelle Ärzteausbildung ist im Ärztegesetz (BGBl. I Nr. 169/1998) und in der Ärzte-Ausbildungsordnung (BGBl. Nr. 152/1994, in der Fassung BGBl. II Nr. 228/1998) geregelt.

Durch das Universitäts-Studiengesetz 1997 (laut Anlage 1 Z. 4 bzw. Anlage 2 Z. 2.3 UniStG) wurde das Medizinstudium in ein Diplomstudium, auf das anschließend ein Doktoratsstudium folgen kann, umgewandelt. Durch diese Veränderung ist eine Differenzierung in „wissenschaftliche Berufsvorbereitung“ und „wissenschaftliche Qualifikation“ möglich.

Die gesetzlich vorgeschriebene Mindeststudiendauer beträgt zwölf Semester (1. Studienabschnitt: vier Semester, 2. Studienabschnitt: drei Semester, 3. Studienabschnitt: fünf Semester), die tatsächliche Studiendauer beläuft sich auf durchschnittlich ca. 17 Semester.

Die postpromotionelle Ausbildung (Turnus) erstreckt sich - im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses - bezüglich der Ausbildung zum Allgemeinmediziner (praktischer Arzt) auf zumindest drei

Ausbildung und Ausbildungsreform

Jahre, bezüglich der Ausbildung zum Facharzt auf zumindest sechs Jahre. Als Ausbildungsverantwortliche bestellte bzw. zugelassene Personen haben für eine qualifizierte Ausbildung der Turnusärzte zu sorgen und deren Kenntnisse und Erfahrungen zu überprüfen und zu beurteilen.

Der Turnus zum Arzt für Allgemeinmedizin muss jedenfalls die Gebiete der Allgemeinmedizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendlichenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie umfassen und darf nur in den dafür vorgesehenen Ausbildungsstätten durchlaufen werden. Ein Teil des Turnus in der Dauer von zumindest sechs Monaten ist in Einrichtungen abzulegen, die der medizinischen Erstversorgung dienen (anerkannte Lehrpraxen, Lehrambulatorien, in geeigneten Ambulanzen von als Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannten Krankenanstalten oder in vergleichbaren Einrichtungen). Weitere sechs Monate können in den oben genannten Einrichtungen sowie in Lehrpraxen freiberuflich tätiger Fachärzte oder in für die Ausbildung zum Facharzt anerkannten Lehrambulatorien (welche nicht der medizinischen Erstversorgung dienen) verbracht werden. Die Gesamtdauer von zwölf Monaten darf nicht überschritten werden.

Beim Turnus zum Facharzt kann laut Ärzte-Ausbildungsverordnung zwischen 44 Sonderfächern gewählt werden. Die Ausbildung im gewählten Sonderfach (= Hauptfach) hat auf einer genehmigten Ausbildungsstelle zu erfolgen, außerdem sind weitere Sonderfächer als Pflicht- bzw. Wahlnebenfächer an hierfür anerkannten Ausbildungsstätten zu absolvieren. Ein Teil der Facharztausbildung, höchstens jedoch zwölf Monate, kann in einer anerkannten Lehrpraxis freiberuflich tätiger Fachärzte in für die Ausbildung zum Facharzt anerkannten Lehrambulatorien und nunmehr auch in arbeitsmedizinischen Zentren erfolgen. Die abschließende Facharztprüfung obliegt der Österreichischen Ärztekammer im Zusammenwirken mit inländischen Fachgesellschaften.

Bezüglich des gänzlich reformierten Studiums der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde siehe die Ausführung weiter oben.

Tabelle 8.1 bietet einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl der Erstinskribenten (getrennt nach den drei medizinischen Fakultäten Österreichs, jeweils Wintersemester) und Promoventen (insgesamt) der Studienrichtung Medizin (inklusive Zahnmedizin) in den Jahren 1995 bis 1999.

Alle drei medizinischen Fakultäten (Wien, Graz und Innsbruck) haben Curricula für eine Studienreform ausgearbeitet, um das Qualifikationsprofil zu verbessern. Per 19. Juni 1998 wurde das Wiener Curriculum-Modell für Absolventen des Studiums der Humanmedizin durch die Studienkommission der medizinischen Fakultät Wien beschlossen. Die Studienkommission der medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck hat am 15. September 1999 ebenfalls die Reform des Medizinstudiums in Innsbruck beschlossen. Am 15. Juni 1999 erfolgte in Graz ein Grundsatzbeschluss der Studienkommission Medizin zur Reform des Curriculums für Humanmedizin.

Tabelle 8.1: Erstinskribenten und Promoventen der medizinischen Fakultäten in Österreich 1995 - 1999

Jahr	Erstinskribenten Wien	Erstinskribenten Graz	Erstinskribenten Innsbruck	Promoventen insgesamt
1995	1.887	631	521	1.111
1996	1.551	573	546	1.058
1997	1.426	482	486	1.077
1998	1.996	502	482	1.077
1999	1.904	518	575	1.181

Quelle: Universität Wien, Universität Graz, Universität Innsbruck, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Alle drei medizinischen Fakultäten haben folgende Kritikpunkte bezüglich Struktur und Aufbau des derzeitigen Medizinstudiums genannt:

- Es fehlt an einer Fächerintegration in horizontaler und vertikaler Sicht, das heißt an Verknüpfungen der grundlagenwissenschaftlichen mit den klinischen Fachdisziplinen bzw. der klinischen Fächer untereinander.
- Das Prüfungssystem ist zu umfangreich und zu differenziert angelegt, das heißt, 23 Teilrigorosenprüfungen sind bei einem integrativen fächerübergreifenden System nicht mehr sinnvoll.
- Die Art der Wissensvermittlung in Form eines Frontalunterrichts und die Weitergabe von Faktenwissen, ohne dabei den Praxisbezug herzustellen, sind weder zeitgemäß noch zielführend.
- Kommunikative Fähigkeiten vor allem in Bezug auf die Arzt/Patienten-Beziehung bzw. die Interaktionen der Berufsgruppen untereinander und Fertigkeiten wie z. B. Computereinsatz fehlen gänzlich bzw. sind kein fester Bestandteil des derzeitigen Studienplanes.

Zu diesen Kritikpunkten wurden konkrete Verbesserungsvorschläge und neue Studienpläne durch die Studienkommissionen der medizinischen Fakultäten ausgearbeitet, welche sich in allen drei Fakultäten voneinander unterscheiden, wobei aber im Rahmen der Österreichischen Studienkommission Abstimmungs- und Harmonisierungsgespräche zu den drei Curricula geführt wurden.

8.1.3 Ausblick

Eine vom Gesundheitsressort in Auftrag gegebene Studie zur zukünftigen Entwicklung des Ärztebestandes (Fertigstellungstermin Oktober 2000) weist als Zwischenergebnis auf bestehende postpromotionelle Ausbildungskapazitäten hin, die den zu erwartenden Bedarf bei weitem überdecken und auch wegen der prognostizierten Abflachung der Promoventenzahlen keine volle Nutzung erfahren werden. Es wird daher empfohlen, die postpromotionellen Ausbildungskapazitäten in einem kontinuierlich verlaufenden Anpassungsprozess so zu di-

Ausbildung und Ausbildungsreform

mensionieren, dass bis zum Jahr 2020 Angebot und Bedarf einander entsprechen. In einigen wenigen Fächern müssen aber auch Kapazitätserhöhungen vorgenommen werden, um den prognostizierten Bedarf zu decken (insbesondere bezüglich der Fächer Plastische Chirurgie und Urologie). Mit der Umsetzung dieser Empfehlungen sollte umgehend begonnen werden, um den zeitlichen Spielraum für nicht abrupte Adjustierungen an die tatsächliche Entwicklung möglichst groß zu halten.

8.2 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

8.2.1 Ausgangslage

Die zentrale Stellung der Pflege im Rahmen des Gesundheitswesens sowie die Orientierung Österreichs an den Zielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und den einschlägigen Empfehlungen der EG bzw. EU erforderte vor allem in den letzten Jahren eine umfassende Reform der Pflegeberufe. Die wichtigsten Motive dieses im Jahr 1993 einsetzenden Reformprozesses, die 1997 zur Neuformulierung des Bundesgesetzes über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (BGBl. I Nr. 108/1997) führten, waren:

- die demographische Entwicklung und der enorme Fortschritt medizinischer Behandlungsmöglichkeiten, die die Problematik chronischer Erkrankungen und den damit verknüpften erhöhten Pflegebedarf zu einer vordringlichen Problemstellung der Gesundheitsversorgung werden ließen,
- die Forderung der WHO, die Ausbildungsprogramme dahingehend zu reformieren, dass Pflegepersonen sowohl im Krankenhaus als auch auf Gemeindeebene zielführend eingesetzt werden können, sowie
- die Empfehlung der WHO zur Ausrichtung der Pflegepraxis auf Gesundheitsförderung sowie -erhaltung und Krankheitsverhütung,
- der Beitritt Österreichs zur Europäischen Union sowie deren Betonung von Gesundheit und Gesundheitsförderung im Vertrag von Maastricht (Artikel 129),
- die Empfehlungen des „Beratenden Ausschusses für die Ausbildung in der Krankenpflege“ der Europäischen Kommission und
- massive Reformbestrebungen von Seiten der Berufsgruppe.

Trotz zahlreicher Novellierungen entsprach das alte Krankenpflegegesetz diesen Anforderungen nicht mehr.

Im Rahmen des neuen Gesetzes werden erstmals Berufspflichten wie u. a. Dokumentationspflicht, Verschwiegenheitspflicht, Anzeige- und Meldepflicht, Auskunftspflicht für die Gesundheits- und Krankenpflege explizit festgeschrieben.

Das Gesetz unterscheidet zwischen eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen, interdisziplinären und erweiterten Tätigkeitsbereichen und nimmt eine Abgrenzung zu anderen

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Gesundheitsberufen vor. Dem bei der Berufsausübung notwendigen Teamgedanken wird in diesem Gesetz ebenso Rechnung getragen wie der Qualitätssicherung.

Durch die Definition eines eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches erlangt die Pflege in Österreich Handlungsautonomie, was einerseits den Mitbestimmungs- und Gestaltungsfreiraum der Gesundheits- und Krankenpflege im Gesundheitswesen sichert, und wodurch andererseits eines der wesentlichsten Merkmale einer eigenständigen Profession erfüllt wäre.

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Berufsbild (§ 11)

- (1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.
- (2) Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung von behinderten Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen/ambulanten Bereich.
- (3) Die in Abs. 2 angeführten Tätigkeiten beinhalten auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung (mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich).

Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich (§ 14)

Die Ausübung der Pflege umfasst in diesem Tätigkeitsbereich die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im stationären, ambulanten und mobilen Bereich, die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung und die Durchführung administrativer Aufgaben. Die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung liegt beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege.

Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich (§ 15)

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (Verabreichung von Medikamenten, Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen/Infusionen, Legen von Magensonden, etc.) nach schriftlicher ärztlicher Anordnung. Die Anordnungsverantwortung trägt der Arzt, die Durchführungsverantwortung

Ausbildung und Ausbildungsreform

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Die Durchführung wird durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege schriftlich bestätigt.

Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich (§ 16)

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege wie auch andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen betreffen. Angehörige des gehobenen Dienstes haben das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht und tragen die Verantwortung für die Durchführung der von ihnen in diesem Bereich gesetzten pflegerischen Maßnahmen (Verhütung von Krankheiten und Unfällen, Förderung und Erhaltung von Gesundheit, etc.).

Erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereiche (§ 17)

Zum erweiterten und speziellen Tätigkeitsbereich zählt die Ausübung von:

- Spezialaufgaben wie Kinder und Jugendlichenpflege, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Intensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie, Pflege im Operationsbereich und Krankenhaushygiene;
- Lehraufgaben wie Lehrtätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege, Leitung von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Leitung von Sonderausbildungen, Leitung von Pflegehilfelehrgängen;
- Führungsaufgaben wie Leitung des Pflegedienstes an einer Krankenanstalt und an Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen.

Pflegehilfe

Zur Unterstützung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärzten umfasst der Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe die Durchführung pflegerischer Maßnahmen unter Anordnung und Aufsicht bzw. nach erfolgter schriftlicher ärztlicher Anordnung im Einzelfall und ebenfalls unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

8.2.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Basierend auf den neuen Rechtsgrundlagen für die Gesundheits- und Krankenpflege mussten entsprechende Ausbildungsverordnungen entwickelt werden. Im Rahmen der Ausarbeitung dieser Verordnungen lag das Hauptaugenmerk auf den pflegerischen Fachbereichen, sodass in kohärenter Weise die im Gesetzestext verankerte eigenständige Position der Pflege im Gesundheitswesen wiedergespiegelt wird. Weiters war in diesem Zusammenhang zu prüfen, ob und in welcher Weise vorliegende Curricula für die Pflegeausbildungen modifiziert bzw. adaptiert werden müssen.

Ausbildungsverordnungen

Für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe waren drei Ausbildungsverordnungen zu entwickeln:

1. Verordnung für die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege - GuK-AV (BGBl. II Nr. 179/1999)
2. Verordnung über die Ausbildung in der Pflegehilfe (BGBl. II Nr. 116/1999)
3. Verordnung über Sonderausbildungen und Weiterbildungen im gehobenen Dienst für die Gesundheits- und Krankenpflege (zu dieser Verordnung liegt derzeit erst ein Entwurf vor)

Seit 1. September 1998 sind Österreichs Pflegeschulen verpflichtet, Ausbildungsgänge nach der neuen Ausbildungsverordnung auszurichten, wobei die Ausbildung in einem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege drei Jahre dauert und mindestens 4.600 Stunden in Theorie und Praxis zu umfassen hat.

Die wesentlichsten Neuerungen der Pflegeausbildungen werden im Folgenden am Beispiel der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege erörtert.

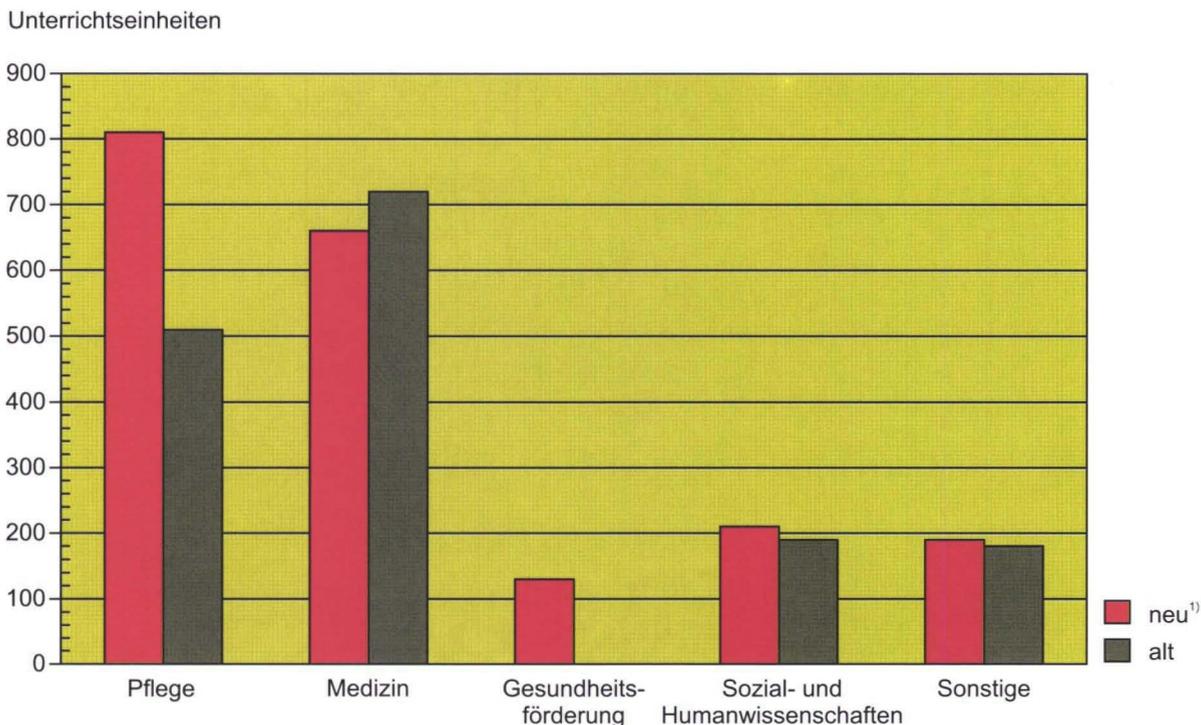
Erstmals ist/sind:

- Ausbildungsziele (§ 2) und didaktische Grundsätze (§ 3) als Grundlage für Bildungsplanung und -ausführung auf Schul- und Unterrichtsebene gesetzlich definiert,
- die Ausrichtung der Pflege nach einer wissenschaftlich anerkannten Pflegetheorie und deren Verwendung als ein analytischer und problemlösender Vorgang vorgegeben,
- Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im Fächerkanon der Ausbildung vorgesehen,
- die Verpflichtung der Pflegelehrerinnen und -lehrer festgehalten, die Schülerinnen und Schüler im Rahmen der praktischen Ausbildung im Ausmaß von mindestens zwei Prozent der gesamten praktischen Ausbildungszeit anzuleiten (das sind in drei Jahren 50 Stunden pro Schülerin bzw. Schüler),
- im Rahmen der Diplomprüfung auch eine praktische Prüfung vorgeschrieben,
- der inhaltliche Schwerpunkt von der „kurativer“ Pflege auf die gesundheitsfördernde und präventive Pflege verlagert sowie
- insgesamt der Ausbildungsschwerpunkt weg von den medizinischen hin auf die pflegerischen Unterrichtsfächer gesetzt (vgl. Abbildung 8.1),
- die Pflegefächer nicht mehr an medizinischen Fachdisziplinen orientiert, sondern eigenständig definiert („Gesundheits- und Krankenpflege“, „Pflege von alten Menschen“, „Palliativpflege“ und „Hauskrankenpflege“ u.s.w. statt z. B. „Pflege bei inneren Erkrankungen“),

Ausbildung und Ausbildungsreform

- die praktische Ausbildung an zukünftigen Erfordernissen der Gesundheits- und Krankenpflege orientiert, indem nun in beträchtlichem Umfang Praktika außerhalb von Krankenanstalten vorgesehen sind.

Abbildung 8.1: Gegenüberstellung „neue“ und „alte“ Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege (Theorie)



1) entsprechend der GuK-AV, BGBl. II Nr. 179/1999

Wie aus Tabelle 8.2 ersichtlich, sind die Dauer der Ausbildung sowie die Zugangsvoraussetzungen unverändert geblieben. Fächer- und Prüfungsplan sind übersichtlicher geworden, der praktische Teil der Ausbildung zugunsten des theoretischen etwas reduziert und die Möglichkeit einer regionalen Schwerpunktsetzung über den schulautonomen Ausbildungsteil vorgesehen.

Nachdem die dreijährige Schule für Gesundheits- und Krankenpflege formal einer mittleren Schule entspricht, besteht - geregelt durch das 68. Bundesgesetz über die Berufsreifeprüfung - für Pflegepersonen in Österreich die Möglichkeit, über die Berufsmatura Zugang zu tertiären Bildungseinrichtungen wie z. B. die Universität zu erlangen.

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Tabelle 8.2 : Gegenüberstellung von Kennzahlen der Ausbildung in Allgemeiner Krankenpflege (ALT) und in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege (NEU)

Kennzahlen der Ausbildung	ALT	NEU
1. Dauer der Ausbildung in Jahren	3	3
2. Zugangsvoraussetzungen ¹ (positiv absolvierte Schulstufen)	10	10
3. Anzahl der Unterrichtsfächer	50	21
4. Anzahl der Theoriestunden (in Unterrichtseinheiten)	1840	2000
5. Schulautonomer Bereich (in Stunden)	nicht vorgesehen	120
6. Anzahl der Praktikumsstunden	2800	2480
7. Anzahl der Prüfungen	40 EP ² und 1DP ³	22 EP und 6 DP ⁴

¹ Neben zehn positiv abgeschlossenen Schulstufen sind die für den Beruf erforderliche körperliche und geistige Eignung, die Vertrauenswürdigkeit und die Absolvierung eines Aufnahmetestes bzw. -gespräches als Zugangsvoraussetzung festgelegt.

² Einzelprüfung

³ Diplomprüfung (setzt sich aus fünf mündlichen und einer schriftlichen Prüfung zusammen)

⁴ Diplomprüfungsinhalt: Fachbereichsarbeit, praktische und mündliche Diplomprüfung

Entwicklung von Curricula für die Ausbildungen

Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege:

Die neue Rechtsgrundlage veranlasste das Gesundheitsressort bereits im Februar 1998, das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) mit der Entwicklung eines offenen Curriculums für die Ausbildung in allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege zu beauftragen.

Als Grundlage für die Curriculumentwicklung dient ein speziell für die Berufsgruppe erstellter Konzeptionsrahmen, in dem das Berufs- und Bildungsverständnis sowie die didaktischen Prinzipien in nachvollziehbarer Weise festgelegt sind.

Parallel zur Entwicklungsarbeit wird Information und Fortbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer in Form von Tagungen, Konferenzen, Workshops, Seminaren und durch die Herausgabe eines Newsletters angeboten, um den Transfer des Curriculums in den Ausbildungsalltag zu sichern.

Die Curriculumentwicklung erfolgt in fünf Phasen, für die insgesamt fünf Jahre anberaumt sind. Die Endfassung soll im Februar 2003 vorliegen.

Ein in der Projektphase I erarbeiteter „Erster Entwurf“ des Curriculums steht den österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegesschulen seit Juli 1998 zur Verfügung. Im September 1999 wurde den Schulen ein auf die Projektphase II bezogener Zwischenbericht übermittelt.

Ausbildung und Ausbildungsreform

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege:

Das vom ÖBIG 1996 fertiggestellte Curriculum für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, wird nach Vorlage des neuen Gesetzes für die Gesundheits- und Krankenpflege sowie der neuen Verordnung für die spezielle Grundausbildung und für die einjährige Sonderausbildung in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege revidiert werden. Die Revision umfasst drei Phasen, von denen die erste nunmehr abgeschlossen wurde. Das Ergebnis dieser ersten Phase ist ein an den neuen Rechtsgrundlagen ausgerichtetes Curriculum für die Grundausbildung in Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege, das nun in Form eines Arbeitsbefehles für die Schulen vorliegt.

Pflegehilfe:

Das 1991 fertiggestellte Curriculum für den Pflegehelfer (neu „Pflegehilfe“) wird ebenfalls in Orientierung an den neuen Rechtsgrundlagen überarbeitet und weiterentwickelt.

8.2.3 Ausblick

Ein Curriculum muss als „work in progress“ verstanden werden, damit Umsetzungserfahrungen ständig in die Weiterentwicklung dieses u. a. auch Qualitätssicherungsinstrumentes einbezogen werden können. Ein gelungener Curriculumprozess bindet Personen, die Bildungsausführung auf Schul- und Unterrichtsebene betreiben, in die Erarbeitung bzw. Überarbeitung von Curricula ein, damit in Theorie und Praxis gewonnene Erkenntnisse und Erfahrungen zielführend verarbeitet werden können. Gleichzeitig dient diese Strategie der Transfersicherung in Kombination mit Informations- und Fortbildungsarbeit.

Die Jahre 1997 bis 2000 waren und sind geprägt durch den Paradigmawechsel der Pflege vom „Assistenzberuf“ zur eigenständigen Profession. Der Fortbildungs- und Informationsbedarf in dieser Zeit war und ist enorm, vor allem was den eigenständigen, selbstverantworteten Tätigkeitsbereich der Pflege betrifft.

Damit Pflege allerdings handlungsautonom, theoriegeleitet und begründet - wie es die Rechtsgrundlagen vorsehen - geleistet werden kann, benötigt sie systematisiertes und wissenschaftlich fundiertes Wissen. Dieses Wissen hat die Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in Theorie und Praxis zur Verfügung zu stellen. Österreichs Pflegepersonen sind derzeit noch gezwungen, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im benachbarten Ausland zu studieren oder müssen ein „Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft“ beantragen, da an Österreichs Universitäten bzw. Fachhochschulen kein diesbezügliches Regelstudium angeboten wird. Einen sogenannten Kompromiss bietet die Universität in Graz in Form eines „Pädagogikstudiums mit einem Fächerbündel in Pflegewissenschaft“ an.

8.3 Kardiotechniker

8.3.1 Ausgangslage

Der Bedarf nach Kardiotechnikern entstand mit der Etablierung der Herzchirurgie Anfang der Sechzigerjahre und dem damit verbundenen Einsatz von Herzlungenmaschinen (HLM) zur Durchführung der extrakorporalen Zirkulation (EKZ). In den Anfängen der Herzchirurgie waren es noch die Ärzte selbst, die die HLM bedienten. 1963 übernahm zum ersten Mal ein Kardiotechniker diese Aufgabe.

Die Ausbildung zum Kardiotechniker war Angelegenheit des jeweiligen herzchirurgischen Zentrums und dauerte bis zwei Jahre. Der Kardiotechniker in Ausbildung erwarb seine berufsspezifischen Kenntnisse einerseits durch learning by doing unter Aufsicht zunächst des Operationsteams und später eines bereits erfahrenen Kollegen, andererseits durch das Selbststudium berufsrelevanter Fachliteratur und durch Praktika in anderen herzchirurgischen Zentren im In- und Ausland.

Die Kardiotechniker der „ersten Stunde“ waren als Operationsgehilfen tätig gewesen und hatten einen einschlägig nutzbaren handwerklichen Beruf erlernt. Mit der Weiterentwicklung und Perfektionierung der HLM und der Wartung der Geräte durch die Herstellerfirmen verlagerte sich auch das Aufgabengebiet des Kardiotechnikers mit einem erhöhten Anspruch an sein medizinisches Wissen. In der Folge rekrutierte man den Nachwuchs vermehrt aus dem Diplombierten Pflegepersonal sowie aus dem Kreis diplomierter radiologisch-technischer Assistenten und diplomierter medizinisch-technischer Fachkräfte.

Um die rechtliche Regelung des Berufs „Kardiotechniker“ voranzutreiben, beauftragte das Gesundheitsressort das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) mit der Erstellung einer Expertise zum Thema „Entwicklung der Ausbildung zum Kardiotechniker“, die im September 1992 vorgelegt wurde.

Mit Stichtag 30. Juni 2000 gab es in Österreich 39 ausgebildete Kardiotechniker - darunter drei Frauen - und eine Kardiotechnikerin in Ausbildung.

8.3.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Am 21. Juli 1998 wurde das Kardiotechnikergesetz, BGBl. I Nr. 96/1998, verabschiedet und trat mit 1. Jänner 1999 in Kraft.

Gemäß Kardiotechnikergesetz umfasst der Beruf des diplomierten Kardiotechnikers die eigenverantwortliche Durchführung der extrakorporalen Zirkulation zur Herz-Kreislaufunterstützung sowie der Perfusion und damit zusammenhängende Tätigkeiten. Voraussetzungen für die Zulassung zur Ausbildung sind neben den üblichen Bestimmungen bei Gesundheitsberufen

- ein Diplom im radiologisch-technischen Dienst oder

Ausbildung und Ausbildungsreform

- ein Diplom im medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst oder
- eine Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und entweder eine erfolgreich absolvierte Sonderausbildung in der Intensivpflege oder in der Anästhesiepflege oder die Ausübung der Intensivpflege oder der Anästhesiepflege durch mindestens zwei Jahre hindurch.

Die Ausbildung zum Kardiotechniker findet in vom zuständigen Ministerium sowie vom Kardiotechnikerbeirat anerkannten Spitälern statt. Sie dauert 18 Monate und besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil. Kardiotechniker in Ausbildung haben sich die theoretischen Kenntnisse überwiegend durch ein vom Ausbildungsverantwortlichen betreutes Selbststudium anzueignen. Die praktische Ausbildung ist an anerkannten Ausbildungsstätten unter Anleitung eines Ausbildungsverantwortlichen durchzuführen. Beendet wird die Ausbildung mit einer kommissionellen Diplomprüfung.

Mit dem Kardiotechnikergesetz wurde die Ausbildung zum Kardiotechniker erstmals gesetzlich geregelt und dadurch die Ausübung des Berufes auch im Ausland sowie die Nostrifizierung ausländischer Ausbildungen erleichtert.

8.3.3 Ausblick

Die Ausbildungsverordnung für die Kardiotechniker ist in Vorbereitung und wird voraussichtlich im Herbst 2000 erlassen. Darüber hinaus hat das Gesundheitsressort das ÖBIG mit der Ausarbeitung eines Curriculums für die theoretische Ausbildung zum Kardiotechniker beauftragt, das im Anschluss an die Bekanntmachung der Ausbildungsverordnung erscheinen soll.

