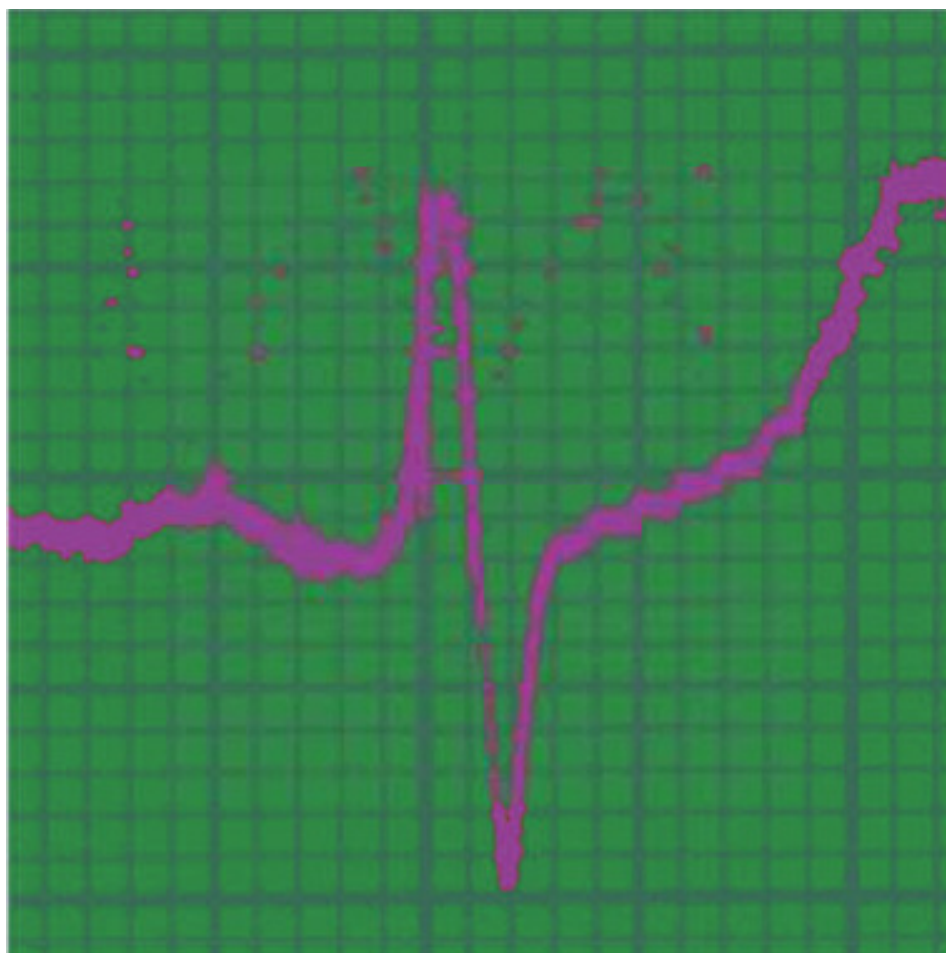


BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN



Gesundheitsbericht 2006

der Bundesministerin
für Gesundheit und Frauen
an den Nationalrat



Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

GESUNDHEITSBERICHT AN DEN NATIONALRAT 2006

Berichtszeitraum 2002–2004

Wien 2006

BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN



Projektteam der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG:

Waltraud Bednar, Andreas Birner, Getrud Bronneberg, Gerhard Fülöp, Sabine Haas, Claudia Habl, Anton Hlava, Christine Hofer, Daniela Kern, Reinhard Kern, Sebastian Kux, Stephan Mildschuh, Claudia Nemeth, Thomas Neruda, Gerhard Patzner, Ingrid Rottenhofer, Gabriele Sax, Johann Seethaler, Heidi Stürzlinger, Johannes M. Treytl, Renate Weidenhofer

Projektkoordination:

Anton Hlava

Redaktionelle Betreuung:

Andreas Vejvar

Projektsekretariat:

Natalie Krystl

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen –
Für den Inhalt verantwortlich: Sektionsleiter Dr. Clemens Martin Auer – Technische
Gestaltung: Hausdruckerei des BMGF – Alle: 1030 Wien, Radetzkystrasse 2



Vorwort

Seit 1994 wird alle drei Jahre dem Ersuchen des Nationalrates entsprechend ein Gesundheitsbericht vorgelegt. Dieser Bericht bietet einen umfassenden Überblick über das österreichische Gesundheitswesen. Die Inhalte reichen von gesundheitspolitischen Leitlinien, Standortbestimmung, Gesundheitszustand der Bevölkerung, über Gesundheitsausgaben, rechtliche Grundlagen, Versorgungsbereiche, Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen bis hin zu Zukunftsperspektiven.

Der nun vorliegende Gesundheitsbericht 2006 umfasst die Jahre 2002–2004. Wie auch bei der Erstellung der bisherigen Gesundheitsberichte wird den Leserinnen und Lesern eine ambitionierte Zusammenfassung des Datenmaterials geboten. Dafür verantwortlich zeichnet das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen), das in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums die vorhandenen Daten gesichtet, aufgearbeitet und zusammengeführt hat.

Ich danke allen Autorinnen und Autoren, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ÖBIG und des Gesundheitsministeriums, die an der Entstehung des Gesundheitsberichts 2006 mitgewirkt haben. Das Ergebnis dieser Arbeit steht nun sowohl in gedruckter als auch in elektronischer Form zur Information den Mitgliedern des österreichischen Nationalrates sowie allen Interessierten zur Verfügung.

Abschließend möchte ich als Gesundheitsministerin daran erinnern, dass jede/r Einzelne durch eine gesunde Lebensweise mit vernünftiger Ernährung, regelmäßiger Bewegung und der jährlichen Gesundenuntersuchung sehr viel zur Erhaltung der eigenen Gesundheit beitragen kann.

A handwritten signature in black ink that reads "Maria Rauch-Kallat". The signature is written in a cursive, flowing style.

Maria Rauch-Kallat
Bundesministerin für
Gesundheit und Frauen

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Gesundheitspolitische Leitlinien	3
3 Zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens 2002–2005 und Zukunftsperspektiven	9
3.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung	9
3.2 Gesundheitsausgaben	10
3.3 Rechtliche Grundlagen.....	10
3.4 Versorgungsbereiche.....	11
3.5 Ausbildung und Ausbildungsreform.....	25
4 Gesundheitszustand der Bevölkerung	29
4.1 Lebenserwartung	29
4.2 Todesursachen	29
4.3 Krankenhausmorbidity	30
4.4 Ambulante Morbidity	31
5 Gesundheitsausgaben	33
5.1 Gesundheitsausgaben gesamt	33
5.2 Ausgaben der Krankenversicherung.....	34
5.3 Präventionsausgaben	35
6 Rechtliche Grundlagen	37
6.1 Vorbemerkung	37
6.2 Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens	38
6.3 Krankenanstaltenwesen.....	39
6.4 Dokumentation im Gesundheitswesen.....	41
6.5 Ärztegesetz 1998.....	42
6.6 Legistische Änderungen bei anderen Gesundheitsberufen	43
6.6.1 Sanitätärgesetz	43
6.6.2 Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz.....	44
6.6.3 Hebammen.....	45
6.6.4 Krankenpflege.....	45
6.6.5 Medizinisch-technische Dienste.....	46
6.7 Rechtliche Fragen des Transplantationswesens	46
6.8 In-vitro-Fertilisation	47
6.9 Arzneimittel, Apotheken	48
6.9.1 Arzneimittel	48
6.9.2 Apotheken.....	49
6.10 Medizinprodukte	50
6.11 Patientenrechte	50

7 Versorgungsbereiche	52
7.1 Ärztliche Versorgung	52
7.1.1 Entwicklung bis 2004	52
7.1.2 Ärztebestand 2004	53
7.1.3 Niedergelassene Ärzteschaft.....	54
7.1.4 Spitalsärzteschaft	55
7.1.5 Ausblick	55
7.2 Nichtärztliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen	56
7.2.1 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.....	57
7.2.2 Gehobene medizinisch-technische Dienste.....	58
7.2.3 Hebammen.....	58
7.2.4 Kardio-technischer Dienst	59
7.2.5 Medizinisch-technischer Fachdienst	59
7.2.6 Sanitätshilfsdienste.....	60
7.2.7 Ausblick	61
7.3 Rehabilitation.....	61
7.3.1 Ausgangslage.....	61
7.3.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum	64
7.3.3 Ausblick	64
7.4 Krankenanstalten	66
7.4.1 Entwicklung der stationären Akutversorgung	66
7.4.1.1 Ausgangslage.....	66
7.4.1.2 Gesundheitspolitische Zielsetzungen.....	68
7.4.1.3 Ausgewählte Aktivitäten im Berichtszeitraum	69
7.4.1.4 Ausblick	71
7.4.2 Krankenanstaltenfinanzierung	72
7.4.2.1 Kostenentwicklung in den Fonds-Krankenanstalten	72
7.4.2.2 Weiterentwicklung des LKF-Systems seit 2001	73
7.4.2.3 Ausblick	74
7.5 Psychosoziale Versorgung	75
7.5.1 Ausgangslage.....	75
7.5.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum	75
7.5.2.1 Psychiatrische Versorgung	75
7.5.2.2 Psychosomatische Versorgung	78
7.5.2.3 Psychotherapie, Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie.....	79
7.5.3 Ausblick	84
7.6 Suchterkrankungen.....	86
7.6.1 Ausgangslage.....	86
7.6.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum	88
7.6.3 Ausblick	93
7.7 Gesundheitsförderung und -vorsorge.....	94
7.7.1 Ausgangslage.....	94
7.7.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum	95
7.7.2.1 Gesundheitsförderung	96
7.7.2.2 Gesundheitsvorsorge.....	100
7.7.3 Ausblick	106

7.8	Transplantationswesen	107
7.8.1	Ausgangssituation	107
7.8.1.1	Organtransplantation	107
7.8.1.2	Gewebetransplantation	109
7.8.1.3	Stammzelltransplantation	110
7.8.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	113
7.8.2.1	Organtransplantation	113
7.8.2.2	Gewebetransplantation	117
7.8.2.3	Stammzelltransplantation	118
7.8.3	Ausblick	120
7.8.3.1	Organtransplantation	120
7.8.3.2	Gewebetransplantation	121
7.8.3.3	Stammzelltransplantation	121
7.9	Onkologische Versorgung.....	122
7.9.1	Ausgangslage.....	122
7.9.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	122
7.9.3	Ausblick	123
7.10	In-vitro-Fertilisation	124
7.10.1	Ausgangslage.....	124
7.10.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	124
7.10.3	Ausblick	125
7.11	Blut und Blutprodukte	125
7.11.1	Ausgangslage.....	125
7.11.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	125
7.11.3	Ausblick	126
7.12	Arzneimittel	127
7.12.1	Ausgangslage.....	127
7.12.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	127
7.12.3	Ausblick	130
7.13	Medizinprodukte	131
7.13.1	Ausgangslage.....	131
7.13.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	131
7.13.3	Ausblick	133
7.14	Öffentlicher Gesundheitsdienst	133
7.14.1	Ausgangslage.....	133
7.14.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	133
7.14.3	Ausblick	134
8	Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen	135
8.1	Ärzeschaft	135
8.1.1	Ausgangslage.....	135
8.1.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	135
8.2	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.....	136
8.2.1	Ausgangslage.....	136
8.2.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	137
8.2.3	Ausblick	139

8.3	Gehobene medizinisch-technische Dienste.....	141
8.3.1	Ausgangslage.....	141
8.3.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	144
	Projekt Curricula MTD.....	144
	Projekt Qualitätssicherung MTD.....	144
	Projekt Richtlinien zur Sicherung der Ausbildungsqualität.....	145
8.3.3	Ausblick	145
8.4	Hebammen.....	145
8.5	Sanitätshilfsdienste.....	146
8.6	Sanitäterin/Sanitäter.....	146
8.7	Medizinische Masseurin/Medizinischer Masseur und Heilmasseurin/Heilmasseur	148

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 5.1:	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Bezug auf das BIP (alte und neue Berechnungsweise im Vergleich) 1999–2004	33
Abbildung 5.2:	Versicherungsleistungen der Krankenversicherung 2004.....	35
Abbildung 5.3:	Gesundheitsausgaben in Bezug auf das BIP im internationalen Vergleich, 2004..	36
Abbildung 7.1:	Entwicklung der Beschäftigten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen 1990–2003 .	57
Abbildung 7.2:	Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation 1994–2004 (indexiert: 1994 = 100 %).....	63
Abbildung 7.3:	Betteninanspruchnahme in Fonds-KA 1991–2004 (indexiert: 1991 = 100 %)	67
Abbildung 7.4:	Versorgungssystem nach dem Konzept der »integrierten Gesundheitsplanung« .	70
Abbildung 7.5:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 1995 bis 2004.....	87
Abbildung 7.6:	Entwicklung der Anzahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erstbehandlung und fortgesetzter Behandlung 1995–2004	92
Abbildung 7.7:	Projekteinreichungen und Projektvergaben des FGÖ 2002–2004.....	97
Abbildung 7.8:	Entwicklung der Anzahl an autologen, allogenen verwandten und allogenen nicht verwandten Stammzellentransplantation bei Erwachsenen und Kindern 1995–2005	112
Abbildung 7.9:	Widerspruchregister gegen Organspende – jährliche Eintragungen und Abfragen 1995 bis 31. Dezember 2005	116
Abbildung 7.10:	Gesamtbedarf an Gewebepreparaten 2002 bis 2004 für die Gewebearten Knochen, Hornhaut, Herzklappen und autologe Chondrozyten	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.1:	Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung für Versicherungsleistungen 2001–2004.....	35
Tabelle 7.1:	Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte 1980–2004	53
Tabelle 7.2:	Berufstätige Ärzteschaft nach Altersgruppen und Geschlecht 2004	54
Tabelle 7.3:	Ausgaben der Sozialversicherung für die Rehabilitation 1998–2004 (in 1.000 €) ..	63
Tabelle 7.4:	Parameter der Betteninanspruchnahme 1991–2004	66
Tabelle 7.5:	Kostensteigerungsraten in den Fonds-Krankenanstalten im Vergleich zum Wachstum des BIP 2001–2004	72
Tabelle 7.6:	Entwicklung der Primärkosten in den Fonds-Krankenanstalten nach Kostenartengruppen 2001–2004.....	72
Tabelle 7.7:	Entwicklung der Endkosten in den Fonds-Krankenanstalten nach Bundesländern 2001–2004	73
Tabelle 7.8:	Entwicklung der Unterbringungshäufigkeiten 1991–2004	78
Tabelle 7.9:	Zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechnete Personen nach Bundesländern, Stand: 31. 12. 2004.....	81
Tabelle 7.10:	Zur selbstständigen psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens berechnete Personen nach Bundesländern und insgesamt, Stand: Dezember 2004.....	83
Tabelle 7.11:	Planstellen und besetzte Stellen für klinisch-psychologische Diagnostik nach Bundesländern und insgesamt, Stand: 1. März 2006	84
Tabelle 7.12:	Entwicklung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen 1995–2004	101
Tabelle 7.13:	Gemeldete Organspender/innen pro Million Einwohner/innen nach Bundesländern 2001–2005	108
Tabelle 7.14:	Transplantationsgeschehen 2005 in Österreich, gegliedert nach Transplantationszentren und Organen.....	109
Tabelle 7.15:	Anzahl der IVF-Versuche und Schwangerschaftsraten in den Jahren 2002 bis 2004	125
Tabelle 8.1:	Entwicklung der medizinisch-technischen Dienste in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsgruppen, Geschlecht und insgesamt 1990–2003	143

Abkürzungsverzeichnis

AGES	Agentur für Ernährungssicherheit
AKH	Allgemeines Krankenhaus
AKIS	Alkoholkoordinations- und Informationsstelle am Anton-Proksch-Institut (API)
AMG	Arzneimittelgesetz
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASCTR	Österreichisches Stammzelltransplantationsregister
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
Art	Artikel
AÜG	Arbeitskräfteüberlassungsgesetz
AZM	Arzneimittel
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BAV	Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung
BGBI	Bundesgesetzblatt, ab 1997 mit der Kennzeichnung »I« für Gesetze und »II« für Verordnungen
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMAGS	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1997–2000), nun BMSG
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (4. 2. 2000 bis 24. 10. 2000), seit 24. 10. 2000 erweitert um die Agenda Konsumentenschutz
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
CECDO	Councils of European Chief Dental Officers
DFP	Diplom-Fortbildungsprogramm
DoKuG	Gesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EBMT	European Group for Blood and Marrow Transplantation
EDMS	European Diagnostic Market Statistics
EG	Europäische Gemeinschaft
EKO	Erstattungskodex
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ET	Eurotransplant
ETN	European Transplantation Network
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FAP	Fabriksabgabepreis(e)
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
FKA	Fonds-Krankenanstalt
GESG	Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes
GIVE	Gesundheitsbildung, Information, Vernetzung und Entwicklung (Servicestelle im Jugendrotkreuz)
GMDN	Global Medical Devices Nomenclature
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuK-AV	Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung
GuK-BAV	Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung
GuK-SV	Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HEK	Heilmittel-Evaluierungs-Kommission
HLA	Humane Leukozyten-Antigene
HMV	Heilmittelverzeichnis
ICD	International Classification of diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFF	Interuniversitäres Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
IHR	International Health Regulations
IOC	International Olympic Committee
IRVP	Integrative Regionale Versorgungsplanung
iSCH	Innerer Schweinehund (Gesundheitsförderungsinitiative)
ISCT	International Society for Cellular Therapy
ISHAGE	International Society for Hemotherapy and Graft Engineering
IVD	In-vitro-Diagnostika
IVF	In-vitro-Fertilisation
JACIE	Joint Accreditation Committee of ISHAGE and EBMT
KA	Krankenanstalten
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Krankenanstalten- und Kurgesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie

KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
LBI	Ludwig-Boltzmann-Institut
LDF	Leistungs- und Diagnosefallgruppen
LGBI	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
MBDS	Minimum Basic Data Set
MHG	Medizinische Einzelleistungs- (MEL)/Hauptdiagnosengruppen (HD) im Sinne des LKF-Modells
Mio.	Millionen
MPR	Österreichisches Medizinprodukteregister
MTD	Medizinisch-technische Dienste
MTF	Medizinisch-technischer Fachdienst
NSM	Nahtstellenmanagement
NUTS III	Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques [gemeinsame Klassifikation der Gebietseinheiten für die Statistik in der EU; rechtsverbindlich abgesichert seit 26. 5. 2003, geregelt in der Verordnung (EG) 1059/2003]
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖJRK	Österreichisches Jugendrotkreuz
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalt und Großgeräteplan
ÖNGK	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
ÖNGS	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen
ONKF	Internistische Fachabteilung mit Onkologie
ONKS	Onkologischer Schwerpunkt
ONKZ	Onkologisches Zentrum
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OSR	Oberster Sanitätsrat
PBSZ	Periphere Blutstammzellen
PCO	Polyzystische Ovarien
PMMA	Polymethylmethacrylat
REITOX	Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Drogenabhängigkeit
RIC	Reduced Intensity Conditioning
RL	Richtlinie
SHD	Sanitätshilfsdienste
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SIGIS	Service und Information für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen
StVO	Straßenverkehrsordnung
SVA	Sozialversicherungsanstalt
SZT	Stammzelltransplantation
TPM	Transplant Procurement Management
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UMDNS	Universal Medical Device Nomenclature System
USt	Umsatzsteuer
VA	Versicherungsanstalt
VIZ	Vergiftungsinformationszentrale
VO-EKO	Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex
VU Neu	Vorsorgeuntersuchung Neu
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WTR	Wachstumsrate

1 Einleitung

Mit dem »Gesundheitsbericht 2006« wird zum fünften Mal dem Ersuchen des Nationalrats vom 16. Dezember 1988 entsprochen, alle drei Jahre eine Darstellung der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens vorzulegen. Mit der Erstellung des vorliegenden Gesundheitsberichts war die GÖG/ÖBIG, vormals ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, seit 1. 8. 2006 Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH; vgl. BGBl I 2006/132), betraut, das eng mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen zusammenarbeitete.

Gesichtspunkte der Berichterstattung

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

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

Erfasste Tätigkeitsbereiche

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

Berichtszeitraum

Der Berichtszeitraum des »Gesundheitsberichts 2006« erstreckt sich auf die Jahre 2002 bis 2004 und schließt damit an die im »Gesundheitsbericht 2003« referierten Jahre 1999 bis 2001 an. Der Abstand des Berichtszeitraumes zum Erscheinungsjahr ist durch den Zeitbedarf für die Zusammenführung und Aufarbeitung des benötigten Datenmaterials bedingt. Bei Verfügbarkeit neuerer Daten und bei datenunabhängigen Aussagen, insbesondere bei wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen, wurde auch die Entwicklung in den Jahren nach 2004 berücksichtigt. Mit dieser Vorgehensweise soll dem Aktualitätsanspruch des Gesundheitsberichts Rechnung getragen werden.

Zum Aufbau des Berichts

In Kapitel 2 werden die für den Berichtszeitraum verbindlichen gesundheitspolitischen Aussagen aus den Regierungserklärungen, die gesundheitspolitischen Zielsetzungen der

Europäischen Union und die von der Weltgesundheitsorganisation für die europäische Region formulierten Ziele kurz dargestellt.

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

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

Kapitel 5 beschäftigt sich mit den Gesundheitsausgaben auf Basis einer Neuberechnung für das Jahr 2004.

Kapitel 6 fasst unter dem Titel »Rechtliche Grundlagen« die wichtigsten gesetzgeberischen Leistungen mit Bezug zum Gesundheitswesen ab dem Jahr 2002 zusammen.

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

Die Darstellung der einzelnen Themen folgt weitgehend folgender Gliederung:

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

2 Gesundheitspolitische Leitlinien

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

- die gesundheitspolitischen Aussagen in den für den Berichtszeitraum 2002–2004 relevanten Regierungserklärungen,
- die für Österreich als Mitgliedsstaat verbindlichen gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Europäischen Union sowie
- die von der Weltgesundheitsorganisation für die europäische Region formulierten Ziele zum Rahmenkonzept »Gesundheit für alle«.

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

Gesundheitspolitische Aussagen in den Regierungserklärungen

In direktem Bezug zum Berichtszeitraum 2002–2004 stehen die Regierungserklärungen der Bundesregierung Schüssel I vom 9. Februar 2000 und der Bundesregierung Schüssel II vom 6. März 2003.

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

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

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

Damit Österreichs Patienten optimal versorgt werden, 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 Vorsorge- und Präventivmedizin 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.«

In der Regierungserklärung vom 6. März 2003 sind dem Gesundheitswesen folgende Passagen gewidmet:

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

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

Die Generationengerechtigkeit ist **das** große Schlüsselthema einer nachhaltigen Gesellschaftspolitik.

Die Menschen bei uns wissen sehr genau:

- Ein Staat kann auf Dauer nicht mehr ausgeben, als er einnimmt.
- Heute schon ist im Interesse künftiger Generationen mit dem Umbau der Pensions- und Gesundheitssicherung zu beginnen.
- Nur eine leistungsstarke Wirtschaft bringt soziale Sicherheit.

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

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

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

Unsere konkreten Reformpläne:

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

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

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

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

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

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

Wir sehen in der Telemedizin ein absolutes Zukunftsprojekt zum Wohle der Patienten: Daten von Untersuchungen werden sowohl für Krankenhäuser als auch für Ärzte schneller zugänglich. Dem Patienten werden unnötige Doppeluntersuchungen erspart. Bessere, umfassendere Diagnosen werden möglich. Krankenhäuser und praktische Ärzte erhalten einen dauerhaften und direkten Zugriff zu den neuesten Entwicklungen der Medizin bei Diagnosen, Medikation und Operationstechniken.

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

Gesundheitspolitische Zielsetzungen der Europäischen Union

Hinsichtlich der rechtlichen Grundlagen für Aktivitäten der Europäischen Union im Gesundheitswesen wird auf die ausführliche Darstellung in den Vorberichten verwiesen.

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 weit verbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert. Gemäß Artikel 152 wird jedoch bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Gesundheitsbereich die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.

Die gesundheitspolitische Strategie der EU orientierte sich im Berichtszeitraum im Wesentlichen an folgenden drei Zielen:

- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Information und Kenntnisse auf allen gesellschaftlichen Ebenen,

- Verbesserung der Fähigkeit zur schnellen und koordinierten Reaktion auf Gesundheitsgefahren,
- Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren, insbesondere der mit der Lebensführung verbundenen gesundheitsschädlichen Faktoren.

Von zentraler Bedeutung bei der Umsetzung dieser Strategie ist das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008).

Es baut auf die früheren acht vertikalen Programme auf und verfolgt deren Ziele und Maßnahmen als Teil der Gesamtstrategie weiter. Der nunmehr gewählte horizontale Ansatz mit nur einem Gesamtprogramm und jährlicher Prioritätensetzung bietet größeren Spielraum, um auf aktuelle Entwicklungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit flexibel reagieren zu können.

WHO

Die Gesundheitspolitik orientiert sich seit Jahren an dem für die europäische Region der WHO erarbeiteten Rahmenkonzept »Gesundheit für alle«.

IHR (International Health Regulations)

Die IHR aus dem Jahre 1969, welche die Zusammenarbeit der WHO-Mitgliedstaaten beim Auftreten von grenzüberschreitenden Epidemien regeln, wurden seit Jänner 2004 in mehreren langwierigen internationalen Verhandlungsrunden einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen.

In den IHR sind im Wesentlichen folgende Verpflichtungen für die WHO-Mitgliedstaaten festgelegt:

- Es müssen adäquate personelle und organisatorische Ressourcen für eine effektive Überwachung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten bereitgestellt werden.
- Bei der Beurteilung eines Ereignisses als Krisenfall (= Public Health Emergency) muss nach den Prinzipien der Risikobewertung – unter Verwendung des IHR-Entscheidungsinstruments – gearbeitet werden.
- Im Krisenfall muss mit der WHO aktiv kooperiert werden.

Die Revision der IHRS bedeutet somit einen ersten Schritt in Richtung verbesserter weltweiter Seuchenkontrolle, welche alle wesentlichen Bereiche umfasst (Risk Assessment, Risk Management, Risk Communication). Es wurde ein ausreichend langer Zeitraum von mindestens fünf Jahren eingeräumt, um die Strukturen der nationalen Gesundheitsstrukturen zu adaptieren.

Ziel der Revision der IHR war es daher, ein weltweit wirksames und schlagkräftiges Rechtsinstrument zu schaffen, welches die rasche Bekämpfung von Gefahren für die öffentliche Gesundheit ermöglicht.

Strengthening Pandemic-Influenza Preparedness and Response/ Application of the IHR (2005)

Beim Meeting über Vogelgrippe und menschliche Pandemie-Influenza in Genf vom 7. bis 11. November 2005 diskutierten Delegierte die Möglichkeit der freiwilligen vorzeitigen Erfüllung der relevanten Vorschriften der IHR. Die Resolution über die vorzeitige freiwillige

lige Inkraftsetzung einzelner IHR-Bestimmungen wurde vom Exekutivrat im Jänner 2006 verabschiedet und nun von der 59. WHA angenommen. Es handelt sich hierbei insbesondere um die Bestimmungen betreffend Frühwarnsystem, die Unterstützung bei Untersuchungen und Bekämpfungsmaßnahmen für Länder, die dies wünschen, sowie um die Zurverfügungstellung wesentlicher Informationen einschließlich Empfehlungen für Bekämpfungsmaßnahmen. Dies sind:

- Annex 2, insoweit, als es die sofortige Benachrichtigung der WHO über den Ausbruch menschlicher Influenza, welche durch einen neuen Virus-Subtyp verursacht wird, erfordert,
- Artikel 4, Einrichtung eines National IHR Focal Point und Benennung von WHO IHR Contact Points,
- Artikel in Teil II, betreffend Informationsaustausch und Konsultation,
- Artikel 23 und 30–32 im Teil betreffend Gesundheitsmaßnahmen für Reisende,
- Artikel 45 und 46 in Teil VIII.

Staatenkonferenz zur Tabakrahmenkonvention

Vom 6. bis 17. Februar 2006 fand in Genf die 1. Staatenkonferenz zur Rahmenkonvention der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Tabakrahmenkonvention) statt, an der 113 Vertragsparteien teilnahmen, welche 74 % der Weltbevölkerung repräsentieren.

So sterben jährlich – nach Schätzungen der WHO – bis zu fünf Millionen Menschen an den Folgen tabakbedingter Krankheiten, eine Zahl, die sich bis 2020 verdoppeln wird, sofern dieser Entwicklung nicht gegengesteuert wird. Von den 1,3 Milliarden Rauchern weltweit werde demnach die Hälfte an den Folgen ihrer Sucht sterben, 325 Millionen im Alter zwischen 35 und 69 Jahren. Ziel der Anti-Tabak-Konvention ist es daher, bis 2050 das Leben von etwa 200 Millionen Menschen zu verlängern. Es handelt sich bei diesem Vertragswerk um »einen der am weitesten akzeptierten Verträge in der Geschichte der Vereinten Nationen«. Österreich hat die Konvention am 28. August 2003 unterzeichnet und am 15. September 2005 ratifiziert.

Ein permanentes Sekretariat für die Tabakrahmenkonvention wird innerhalb der WHO in Genf errichtet.

Prevention of Avoidable Blindness

Nach jüngsten Schätzungen sind weltweit mehr als 161 Mio. Menschen sehbehindert, wovon 124 Mio. geringes Sehvermögen besitzen und 37 Mio. blind sind; zu 75 %, so die Schätzungen, wäre Blindheit vermeidbar. Zur Erreichung des Ziels, die vermeidbare Blindheit bis zum Jahre 2020 gänzlich zu beseitigen, der prognostizierten Verdoppelung von Sehbeeinträchtigungen Einhalt zu gebieten und eine Trendumkehr zu bewirken, wird die WHO in ihrer Zusammenarbeit mit der International Agency for the Prevention of Blindness als Teil von »VISION 2020 – the Right to Sight« fortfahren.

Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (DPAS)

Die 59. WHA diskutierte die »Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (DPAS)«, die ungesunde Ernährung und körperliche Untätigkeit als zwei Hauptrisikofaktoren für das Ansteigen chronischer Krankheiten, einschließlich Herzerkrankungen, Schlaganfälle,

Diabetes und Krebs, in den Vordergrund stellt. Der alle zwei Jahre zu erstattende Bericht stellt zwar fest, dass einige Fortschritte bei der Implementierung der Strategie zu verzeichnen, die Resultate jedoch nicht universal zu sehen sind. Die WHO wird zusätzliche Empfehlungen zur Verstärkung der Strategie entwickeln.

Gesundheitsmaßnahmen bei Krisen und Katastrophen

Die Tsunami-Katastrophe vom Dezember 2004, welche über dreißig Länder betraf und geschätzte 300.000 Todesopfer forderte, war Anlass für die WHO, allgemein an die Mitgliedsländer zu appellieren, weiterhin Hilfsmaßnahmen für im Falle von Krisen und Katastrophen betroffene Länder zu unterstützen. Insbesondere sollen folgende Schwerpunkte gesetzt werden:

- Errichtung von Krankheitsüberwachungssystemen,
- Errichtung von sanitären Anlagen und adäquater Trinkwasserversorgung,
- Etablierung von Gesundheitseinrichtungen einschließlich Kriseninterventionszentren,
- Erstellen von Krisenmanagementstrukturen und -plänen.

Neben der akuten Hilfeleistung muss aber Ziel der internationalen Unterstützungsmaßnahmen sein, die nationalen Strukturen nachhaltig zu stärken. Auch wird darauf hingewiesen, dass bei aller Tsunami-Hilfe andere Krisen und Katastrophen nicht vergessen werden dürfen.

3 Zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens 2002–2005 und Zukunftsperspektiven

3.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Lebenserwartung

Gegenüber dem Berichtszeitraum des letzten Gesundheitsberichts an den Nationalrat ist die Lebenserwartung der österreichischen Männer von 75,2 Jahren auf 75,9 Jahre gestiegen, jene der Frauen von 80,9 Jahren auf 81,4 Jahre. Die »behinderungsfreie Lebenserwartung« stieg im gleichen Zeitraum von 69 Jahren auf 69,5 Jahre bzw. von 73 Jahren auf 73,4 Jahre. Demnach muss ein Teil der gewonnenen Lebensjahre mit erheblichen geistigen oder körperlichen Beeinträchtigungen verbracht werden.

Todesursachen

Die Sterblichkeit ist gegenüber der vorigen Berichtsperiode weiter zurückgegangen. Die häufigsten Todesursachen waren bei beiden Geschlechtern Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Die zweithäufigste Todesursache sowohl bei Männern als auch bei Frauen waren Krebserkrankungen. Während Unfälle bei den Männern die dritthäufigste Todesursache darstellten, lag diese Todesursache bei den Frauen nur an sechster Stelle.

Bei Betrachtung der »verlorenen Lebensjahre« zeigt sich, dass Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen ein höheres Gewicht aufweisen als die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems; Unfälle stehen bei beiden Geschlechtern an dritter Stelle der Lebensjahre kostenden Todesursachen – das Ausmaß der durch Unfälle verlorenen Lebensjahre ist bei den Männern annähernd dreimal so hoch wie bei den Frauen. Auch die Zahl der verlorenen Lebensjahre aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems, Stoffwechselerkrankungen sowie Krankheiten der Atmungsorgane übersteigt bei Männern deutlich jene bei Frauen.

Krankenhausmorbidity

Die Anzahl der stationären Aufnahmen ist im Berichtszeitraum weiterhin angestiegen, um 7,5 Prozent gegenüber der Vorperiode (1999 bis 2001). Krankheiten des Kreislaufsystems und Krebserkrankungen waren die häufigsten Ursachen für stationäre Aufnahmen, wobei bei den Männern Lungen-, Prostata- und Dickdarmkrebs, bei den Frauen Brust-, Eierstock- und ebenfalls Dickdarmkrebs die häufigsten Krebsdiagnosen darstellten. Innerhalb der Gruppe der Kreislaufkrankheiten ist bei Männern die chronische ischämische Herzkrankheit und bei Frauen die essentielle Hypertonie die häufigste Diagnose. Zwar werden im Jahresdurchschnitt rund 2.700 Männer mehr mit akutem Myokardinfarkt in Krankenanstalten aufgenommen als Frauen, allerdings versterben mehr Frauen mit dieser Diagnose als Männer.

3.2 Gesundheitsausgaben

Nach der Neuberechnung durch die Statistik Austria (ST.AT) unter Verwendung der OECD-»Systems of Health Account, SHA«-Methode betragen die gesamten österreichischen Gesundheitsausgaben im Jahr 2004 22,7 Milliarden Euro. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 3,3 Prozent seit dem Jahr 1997. Die Gesundheitsausgabenquote, d. h. der Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), belief sich auf 9,6 Prozent.

Im Vergleich der europäischen OECD-Staaten liegt Österreich mit der neuen Berechnungsmethode nicht mehr wie zuvor unter der durchschnittlichen Gesundheitsausgabenquote (Stand 2004: 8,8 %), sondern darüber im oberen Drittel.

In der Krankenversicherung entfielen im Jahr 2004 30 Prozent der Leistungsausgaben (10,861 Mrd. Euro) auf Krankenanstalten, 26 Prozent auf ärztliche Hilfe und 24 Prozent auf Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel. Auf diese drei Versicherungsleistungen entfällt somit – wie in den letzten 15 Jahren – das Gros (80 Prozent) der Ausgaben der Krankenversicherung. Im Berichtszeitraum 2002 bis 2004 nahmen Prozentuell am stärksten die Ausgaben für Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel zu. Dieser Anstieg führte letztlich zu einer grundsätzlichen Änderung des Arzneimittelersstattungs-systems durch die Einführung des sogenannten »Boxenmodells« (vgl. dazu Abschnitt Arzneimittel).

3.3 Rechtliche Grundlagen

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

- Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens 2002–2004,
- Krankenanstaltenwesen,
- Dokumentation im Gesundheitswesen,
- Ärztegesetz 1998,
- legislative Änderungen bei anderen Gesundheitsberufen,
- rechtliche Fragen des Transplantationswesens,
- In-vitro-Fertilisation,
- Angelegenheiten von Apotheken, Arzneimittelwesen,
- Medizinprodukte und
- Patientenrechte.

Ein Schwerpunkt der legislativen Arbeit lag in der Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens und – damit unmittelbar zusammenhängend – im Krankenanstaltenwesen sowie im Bereich der Dokumentation im Gesundheitswesen. Ziele der Maßnahmen sind die Unterstützung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die Einführung und kontinuierliche Weiterentwicklung eines verbindlichen, der Effizienzsteigerung dienenden Qualitätssystems für das österreichische Gesundheitswesen, die Schaffung der Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, die Gewährleistung einer integrierten, aufeinander abgestimmten

Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen sowie die Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen.

3.4 Versorgungsbereiche

Ärztliche Versorgung

(Abschnitt 7.1, Seite 52 ff.)

Die Gesamtanzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte ist in Österreich zwischen 1980 und 2004 um rund 20.400 auf fast 39.000 angestiegen; das ist ein Anstieg um etwa 111 Prozent. Die Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hat sich in diesem Zeitraum um rund 92 Prozent erhöht, jene der angestellten Ärztinnen und Ärzte (ohne Turnusärztinnen/-ärzte) hat sich mehr als verdreifacht. Der Anteil der Turnusärztinnen und -ärzte lag 15 Jahre lang konstant bei etwa 23 Prozent, ist aber in den Jahren 1995 bis 2000 auf etwa 16 Prozent gesunken und seither bei diesem Anteil stabil. Daraus wird deutlich, dass in den letzten 25 Jahren zunächst zunehmend mehr Ärztinnen und Ärzte nach Absolvierung der Turnusausbildung im Krankenhaus verblieben. Der Nachholbedarf an Fachärztinnen und -ärzten in den Krankenanstalten wurde dabei in den Jahren ab 1995 zunehmend auch durch die Umwandlung von Turnusarzt-Dienstposten in Facharzt-Dienstposten abgedeckt. Seit dem Jahr 2000 scheint diese Entwicklung abgeschlossen zu sein, da eine gleichmäßigere Verteilung der seit 2000 neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte auf diese beiden Sektoren und insgesamt eine Stabilisierung der Entwicklungstendenzen zu beobachten ist.

Unter den rund 38.700 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten befanden sich im Jahr 2004 rund 6.200 Turnusärztinnen und -ärzte, ca. 11.600 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und rund 20.900 Fachärztinnen und -ärzte. Letztere verteilen sich auf mehr als vierzig Sonderfächer, wobei die Zahnärztinnen und -ärzte die größte Gruppe bilden, gefolgt von den Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin, Anästhesiologie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Chirurgie. Rund zwei Drittel aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte waren 2004 zwischen 30 und 50 Jahre alt. In der Gruppe der unter 40-Jährigen überstieg die Anzahl der Frauen bereits jene der Männer, in der Gruppe der unter 30-Jährigen sogar deutlich.

Nichtärztliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen

(Abschnitt 7.2, Seite 56 ff.)

Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe umfassten zu Beginn des Berichtszeitraums die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, die gehobenen medizinisch-technischen Dienste, die Hebammen, die diplomierten Kardiotechnikerinnen und -techniker, den medizinisch-technischen Fachdienst sowie die Sanitätshilfsdienste. In den Jahren 2002 und 2003 wurden die Sanitätshilfsdienste »Heilbademeister und Heilmasseur«, »Heilbadegehilfe« und »Sanitätsgehilfe« neu geregelt bzw. liefen aus. Neu geschaffen wurde der Beruf des Sanitäters (Rettungssanitäter/in und Notfallsanitäter/in) sowie der Medizinischen Masseurinnen/Masseure und Heilmasseurinnen/-masseure. Neben der Reformierung der Ausbildung und des Tätigkeitsbereiches war die Schaffung der Durchlässigkeit für gewerbliche Masseure/innen zentrales Anliegen des MMHmG.

Insgesamt gab es im ersten Ausbildungsjahr 2003 104 Absolventen/innen der Ausbildungen zum Medizinischen Masseur/Heilmasseur und von Spezialqualifikations-Ausbildungen. Bis Ende des Schuljahres 2003/2004 haben 641 Personen die genannten Ausbildungen begonnen.

Der in diesen Berufen von den Krankenhäusern gemeldete Personalstand betrug 2003 insgesamt 76.161 Personen, das ist ein Plus von 2,7 Prozent gegenüber 2001.

Die Personalentwicklung stellt sich in den einzelnen Gesundheitsdiensten unterschiedlich dar. In der Gesundheits- und Krankenpflege stieg die Anzahl der Beschäftigten von 2001 bis 2003 um 2,4 Prozent auf 58.511. Die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind weiblich dominiert (rund 86 Prozent sind Frauen). Der Anteil der männlichen Personen an den insgesamt Beschäftigten hat sich seit dem Jahr 2001 nur geringfügig erhöht und liegt nun bei rund 14 Prozent.

Im Jahr 2003 waren in den Krankenhäusern insgesamt 9.534 Personen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste beschäftigt. Die quantitativ größten Berufsgruppen sind der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst, der radiologisch-technische und der physiotherapeutische Dienst (jeweils rund 2.500 bis 3.000 Personen). Der Beschäftigtenstand in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten hat sich im Zeitraum zwischen 2001 und 2003 um fünf Prozent erhöht. Die Beschäftigten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind zu 88 Prozent weiblich.

Im Jahr 2003 waren 1.134 Hebammen in den Krankenhäusern beschäftigt, das entspricht einem Zuwachs von 3,3 Prozent gegenüber dem Beschäftigtenstand von 2001. Hebammen können außer in Krankenhäusern auch frei praktizierend tätig sein. In dem vom Österreichischen Hebammengremium geführten Hebammenregister werden für 2004 insgesamt 1.658 Hebammen ausgewiesen. Davon waren 47 Prozent ausschließlich in einem Krankenhaus beschäftigt, 39 Prozent in einem Krankenhaus und zusätzlich freiberuflich tätig, und 14 Prozent waren ausschließlich frei praktizierend.

Beim kardiotechnischen Dienst handelt es sich um einen vergleichsweise jungen Beruf, der im Jahre 1998 gesetzlich geregelt wurde. Diese Berufsgruppe, die in den österreichischen Herzzentren tätig ist, wird erst ab 2004 in den routinemäßigen Statistiken der Krankenhäuser erfasst. Gemäß Kardiotechnikerliste waren zum Stichtag 31. 12. 2004 in den Herzzentren insgesamt 43 diplomierte Kardiotechniker/innen beschäftigt, wovon 95 Prozent männlich waren. Der Beschäftigtenzuwachs beträgt zwischen den Jahren 2001 und 2004 rund 13 Prozent.

Im Jahr 2003 waren in den Krankenhäusern insgesamt 1.839 Personen des medizinisch-technischen Fachdienstes beschäftigt. Damit verzeichnet diese Berufsgruppe seit 2001 einen Rückgang um 5,8 Prozent.

Im Jahre 2003 waren in den österreichischen Krankenhäusern insgesamt 5.143 Personen in den Sanitätshilfsdiensten beschäftigt. Im Zeitraum zwischen 2001 und 2003 ist die Zahl der Beschäftigten um 5,7 Prozent gestiegen.

Die Einschränkung der Berichterstattung auf die Entwicklung in Krankenhäusern mit bettenführenden Abteilungen ist dadurch begründet, dass nur für diesen Bereich aufgrund einer verpflichtenden Dokumentation verlässliche Statistiken vorliegen. Das Gesundheitsressort beauftragte daher im April 2002 das ÖBIG mit einer Studie zur Berichterstattung über die nichtärztlichen Gesundheitsberufe, in deren Zuge der

Beschäftigtenstand in den einzelnen Berufsgruppen in den derzeit nicht routinemäßig erfassten Arbeitsfeldern (das sind insbesondere Alten- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Arztordinationen, mobile Dienste) erhoben wird. Angestrebt wird ein standardisiertes Melde- und Berichtswesen für alle relevanten beruflichen Arbeitsfelder dieser Berufsgruppen, um zukünftig umfassende Informationen zur Entwicklung der Beschäftigtenzahlen zu erhalten.

Rehabilitation

(Abschnitt 7.3, Seite 61 ff.)

Die Rehabilitation umfasst medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen und wird – je nach Zuständigkeitsbereich – von der Unfallversicherung, der Pensionsversicherung oder der Krankenversicherung durchgeführt. Für die stationäre medizinische Rehabilitation stehen in Österreich insgesamt 30 Rehabilitationszentren der Sozialversicherung sowie 18 Rehabilitationseinrichtungen in privater Trägerschaft, mit denen die Sozialversicherung einen Vertrag abgeschlossen hat, zur Verfügung.

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist in den Sozialversicherungsgesetzen nicht explizit geregelt. Obwohl in den letzten Jahren einige ambulante Rehabilitationseinrichtungen geschaffen wurden, werden ambulante Leistungen mit rehabilitativem Charakter nach wie vor vorwiegend in Krankenhausambulanzen, in selbstständigen Ambulatorien sowie von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten erbracht.

Die Ausgaben der Sozialversicherung für Rehabilitation sowie Gesundheitsfestigung und -vorsorge betragen im Jahr 2004 rund 799 Mio. Euro.

Im Berichtszeitraum wurden im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger bzw. des Strukturfonds ein umfassender Rehabilitationsplan sowie eine Studie zur Neurorehabilitation in Österreich erstellt.

Krankenanstalten

(Abschnitt 7.4, Seite 66 ff.)

Krankenhausleistungen der Akutversorgung sind in hohem Maße in jenen Spitälern konzentriert, für die der KRAZAF bis Ende 1996 Zuschüsse leistete und die seit 1997 über die Landesfonds finanziert werden (**»Fonds-Krankenanstalten«**). Die Gesamtanzahl der **systemisierten Betten** in Österreich sank von knapp 80.000 Anfang der 1990er Jahre auf rund 65.000 im Jahr 2004, jene der systemisierten (Akut-)Betten in den Fonds-Krankenanstalten von rund 59.000 im Jahr 1991 auf rund 51.000 im Jahr 2004. Zwischen 2000 und 2004 wurden die systemisierten Betten insgesamt um rund 7.100 (rund 10 %) bzw. in den Fonds-Krankenanstalten um rund 1.500 Betten (rund 3 %) reduziert. Die Zahl der **stationären Aufenthalte** in den Fonds-Krankenanstalten erhöhte sich im selben Zeitraum um rund neun Prozent auf über 2,3 Mio. im Jahr 2004. Parallel dazu sank die durchschnittliche **Aufenthaltsdauer** in den Fonds-Krankenanstalten seit 2000 um rund neun Prozent auf 6,1 Tage im Jahr 2004. Diese Entwicklungen im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2004 entsprechen der Fortsetzung eines langjährigen Trends im Bereich der Fonds-Krankenanstalten.

Mit dem kontinuierlich vollzogenen Akutbettenabbau wurde hauptsächlich das Ziel der Kostendämpfung im stationären Akutbereich verfolgt. Dieses Ziel steht in Zusammenhang mit der bis Mitte der 1990er Jahre stark überproportionalen Kostenentwicklung im

Krankenhausbereich, die vor allem durch die deutlich verbesserte Personalausstattung, steigende Medikamentenkosten, aber auch durch die jährliche Kostenentwicklung im Bereich der medizinisch-technischen Ausstattung begründet war. Die Reduktion der jährlichen Kostensteigerungsraten im Bereich der Fonds-Krankenanstalten (von über neun Prozent Anfang der 1990er Jahre auf rund vier Prozent im Zeitraum 2001–2004) kann als **Erfolg** im Sinne des **Kostendämpfungs-Ziels** gewertet werden.

Im **Regierungsprogramm** der österreichischen Bundesregierung für die **XXII. Regierungsperiode** werden zum Krankenanstaltenwesen bzw. zur Gesundheitsplanung eine Reihe von Zielsetzungen definiert (u. a. Umwidmung von 10.000 Akutbetten und Abbau von 6.000 Akutbetten bis 2006; bundesländerübergreifende Leistungsangebotsplanung für den niedergelassenen und stationären Bereich; Schaffung von Landesgesundheitsfonds zur gesamthaften regionalen Planung, Steuerung und Finanzierung; Regelung der Qualitätssicherung). In Zusammenhang mit diesen Aussagen zur Gesundheitsplanung steht die Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der als vollständiger Leistungsangebotsplan bzw. als Rahmen für die »Integrative Regionale Versorgungsplanung« mit Planungshorizont 2010 konzipiert ist und mit Beschluss der Bundesgesundheitskommission (BGK) am 16. Dezember 2005 den ÖKAP/GGP ersetzt hat.

Im Berichtszeitraum wurde insbesondere die **Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG** über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Laufzeit 2005–2008, nachfolgend als »Artikel-15a-Vereinbarung« bezeichnet) vorbereitet und schließlich mit Anfang 2005 in Kraft gesetzt. Entsprechend dieser Vereinbarung sind das gesamte Gesundheitswesen und dessen Teilbereiche überregional und sektorenübergreifend ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln. Insbesondere sind eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen sicherzustellen und das Nahtstellenmanagement (NSM) zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern.

Gemäß Artikel 3 (3) hat die integrierte Gesundheitsstrukturplanung die Beziehungen zwischen den genannten Ebenen und Teilbereichen sowie den angrenzenden Versorgungsbereichen zu berücksichtigen. Aus diesem Grund wurden bei der Entwicklung des **Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG)** auch die regionale Versorgung im extramuralen Bereich, im Rehabilitationsbereich, im Pflegebereich sowie das Nahtstellenmanagement (NSM) berücksichtigt, wodurch nicht allein eine Umstellung auf Leistungsangebotsplanung, sondern vielmehr eine grundlegende Umgestaltung hin zu einer »integrierten Gesundheitsplanung« erfolgte. Über den ÖSG werden auf Bundesebene nur noch grundsätzliche Planungsaussagen festgelegt, sodass Länder, Krankenanstalenträger und soziale Krankenversicherungsträger im Rahmen der Detailplanung auf regionaler Ebene wesentlich mehr Gestaltungsmöglichkeiten als bisher erhalten. Der integrative Ansatz ist eine Weichenstellung für Verlagerungen zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens. Damit ist der ÖSG auch eine Basis für die Umsetzung und für weitere Schritte der Gesundheitsreform.

Der ÖSG beinhaltet für den Bereich der Krankenanstalten Zielvorgaben und qualitätssichernde Maßnahmen, deren laufende Evaluation, Revision und Weiterentwicklung unverzichtbar ist. Da der ÖSG außerdem für alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung weiterentwickelt werden soll, sollen künftig auch eine Leistungsangebotsplanung sowie Qualitätskriterien für Versorgungsbereiche außerhalb der Akutkrankenanstalten in den ÖSG integriert werden (z. B. Qualitätsstandards für die ambulante ärztliche

Versorgung sowie für stationäre und ambulante Rehabilitation). Für die nächste Zukunft sind im Rahmen des ÖSG für den Krankenanstaltenbereich weitere Entwicklungsschritte vorgesehen (z. B. Entwicklung weiterer Konzept zur abgestuften Versorgung; »Zonenkonferenzen« in den vier Versorgungszonen zur Abstimmung überregionaler, länderübergreifender Planungen; »Koordinationsstellen« zur Sicherstellung einer raschen und effizienten überregionalen Versorgung im spitzenmedizinischen Bereich; Weiterentwicklung der Qualitätskriterien).

Psychosoziale Versorgung

(siehe Abschnitt 7.5, Seite 75 ff.)

Im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) wurden die planerischen Grundlagen eines bedarfsgerechten, integrierten, regionalisierten, dezentralen und vernetzten Angebots weiterentwickelt. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Aspekt zu, dass hier sowohl Empfehlungen für die akutstationäre als auch für den außerstationären Versorgungssektor enthalten sind. Im Berichtszeitraum wurde der Schwerpunkt dieser Arbeiten auf die Versorgung der Zielgruppen Kinder und Jugendliche sowie betagte und chronisch kranke Menschen gelegt.

Die Beobachtung der Dezentralisierung der akutstationären psychiatrischen Versorgung ist ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt der Arbeiten des Ressorts. Während 1974 zehn psychiatrische Großkrankenanstalten noch rund 11.763 Betten vorhielten, wird 2004 die stationäre Versorgung von 28 Einrichtungen, zehn davon in Form von psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, gewährleistet. Diese Einrichtungen verfügen 2004 über 4.716 Betten. Parallel dazu ist die Anzahl der Aufnahmen und die der behandelten Patientinnen und Patienten gestiegen. Die Reduktion großer Bettenumfänge an den Standorten psychiatrischer Krankenhäuser zugunsten des Ausbaus wohnortnaher, dezentraler psychiatrischer Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern ist ein wesentlicher Indikator der kontinuierlich und erfolgreich laufenden Psychiatriereform. Gemäß den Vorgaben des ÖKAP/GGP wurden mittlerweile in sämtlichen Bundesländern Psychiatriepläne entwickelt und zum Teil bereits evaluiert. Zudem wurde durch die Schaffung von Abrechnungsmöglichkeiten der tagesklinischen und tagesstrukturierenden Behandlung durch das Modell 2002 der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) eine weitere Qualitätsverbesserung im Sinne der Stärkung einer lebensfeldzentrierten und wohnortnahen Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeit geschaffen.

Die psychosomatische Behandlung innerhalb von Krankenanstalten wurde verbindlich im ÖKAP/GGP 2003 verankert. Hauptaugenmerk im stationären Akutbereich ist die niederschwellige frühzeitige Erfassung und Behandlung von Patienten mit psychosomatischem Behandlungsbedarf sowie die Integration psychosomatischer Expertise in die somatische ärztliche Diagnostik und Therapie sowie in die Pflege.

Zur Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung wurden im Berichtszeitraum mehrere richtungsweisende Richtlinien bezüglich der Erstellung von Gutachten und Befunden, des Abschlusses von Ausbildungsverträgen sowie Leitlinien für die Diagnostik erlassen. Im Zusammenhang mit der Erfordernis der gegenseitigen Anerkennung beruflicher Qualifikationen im EWR (RL 89/48/EWG) wurde eine Dokumentation der Berufsregelungen bezüglich Psychotherapie, Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie in den Mitgliedstaaten des EWR sowie der Schweizerischen Eidgenossenschaft erstellt und in der Folge aktualisiert.

Mit Stand 31. 12. 2004 gab es in Österreich 5.788 Psychotherapeutinnen und -therapeuten, 4.184 klinische Psychologinnen und Psychologen sowie 4.164 Gesundheitspsychologinnen und -psychologen. Die Berufsgruppen überschneiden sich weitgehend: 96 Prozent der klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie der Gesundheitspsychologinnen und -psychologen haben beide Berufsberechtigungen. Rund 39 Prozent sind auch in die Psychotherapeutenliste eingetragen. Die Zugänglichkeit des psychotherapeutischen Angebots hat sich durch die Schaffung der sogenannten Vereinslösungen verbessert, sie ist jedoch weiterhin eingeschränkt.

Zukünftige Schwerpunkte der gesundheitspolitischen Aktivitäten im Bereich der psychosozialen Versorgung werden die systematische Abstimmung der Planungsgrundlagen der akutstationären psychiatrischen Versorgung mit denen des außerstationären psychosozialen Sektors und die entsprechende Integration in den ÖSG sowie die weitere Verbesserung der Zugänglichkeit des psychotherapeutischen und psychologischen Versorgungsangebots sein. Die mittlerweile weit gediehenen Arbeiten zur Schaffung einer gesetzlichen Berufsvertretung im Sinne einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten stehen kurz vor dem Abschluss.

Suchterkrankungen

(Abschnitt 7.6, Seite 86 ff.)

Suchterkrankungen stellen eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung dar. Es gibt in Österreich etwa 330.000 Alkoholranke und weitere 870.000 Personen mit Alkoholmissbrauch. Zirka sechs Prozent aller Todesfälle in Österreich werden durch Krankheiten oder Unfälle infolge des Alkoholkonsums verursacht. Rund 14.000 Personen sterben in Österreich jährlich an den Folgen von Tabakkonsum. Etwa 20.000 bis 30.000 Personen weisen einen problematischen Opiatkonsum bzw. Mehrfachkonsum von illegalen Drogen auf. Die Zahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle lag in den letzten Jahren bei rund 140 bis 185 Personen pro Jahr.

Der Wissensstand zum Konsum psychoaktiver Substanzen hat sich im Berichtszeitraum wesentlich verbessert, da das Gesundheitsressort die Durchführung eines Konsumsurveys in der Allgemeinbevölkerung sowie die österreichische Beteiligung an der europäischen ESPAD-Schulstudie – beide zum Konsum von legalen wie illegalen Substanzen – sicherstellte.

Suchtpräventive Maßnahmen stellen einen wichtigen Schwerpunkt dar, um der Suchtproblematik adäquat zu begegnen. Das Gesundheitsressort kooperiert im Bereich der Primärprävention vor allem mit den regionalen Fachstellen für Suchtprävention und auf Bundesebene mit den anderen mit Suchtprävention befassten Ministerien. Darüber hinaus werden suchtpräventive Projekte und Maßnahmen auch vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) finanziell unterstützt.

Die Alkoholkoordinations- und Informationsstelle (AKIS) spielt weiterhin eine wichtige Rolle als zentrale Drehscheibe für Datensammlung und -aufbereitung und Wissensmanagement im Alkoholbereich. Das »Handbuch Alkohol – Österreich« wurde im Berichtszeitraum in einer angepassten und erweiterten Internetfassung zur Verfügung gestellt. Weiters wurde in Kooperation von AKIS und Gesundheitsressort eine weitere Fachtagung zu diesem Thema organisiert und auf Basis der Ergebnisse die Erstellung des Entwurfs für ein Präventionskonzept »Jugend und Alkohol« in Auftrag gegeben. Die Umsetzung des Präventionskonzepts wird in den nächsten Jahren einen wichtigen Schwerpunkt darstellen.

Der Schwerpunkt im Tabakbereich lag auf der Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Umsetzung der EU-Richtlinie bezüglich Werbe-/Sponsoring-Verboten sowie zur Verbesserung und Ausweitung der Nichtraucherschutzbestimmungen. Eine entsprechende Novelle des Tabakgesetzes ist mit 1. Jänner 2005 in Kraft getreten. Bereits ab 1. Jänner 2004 wurden der Kondensat-/Teer- und Kohlenmonoxidgehalt (max. 10 mg/Zigarette) sowie der Nikotingehalt (max. 1 mg/Zigarette) begrenzt. Im Bereich Prävention startete im Jahr 2004 das Projekt »Die rauchfreie Schule« und wurde ein spezieller Schwerpunkt auf Rauchen im Rahmen der Gesundheitsförderungskampagne iSCH gelegt. Im Jahr 2002 wurden weiters Medienkampagnen zum Thema Nichtrauchen durchgeführt. Für die nächsten Jahre sind weitere rechtliche Maßnahmen (z. B. Einführung von Mindestpreisen für Zigaretten) sowie ein Maßnahmenpaket zur Eindämmung des Tabakkonsums vorgesehen.

Ein Schwerpunkt des Gesundheitsressorts im Bereich illegale Drogen lag in den letzten Jahren auf der Weiterentwicklung des Monitoringsystems. Besondere Bedeutung kam dabei den Schritten zur Einführung eines einheitlichen Dokumentations- und Berichtssystems zu den Klientinnen und Klienten von Drogeneinrichtungen zu, womit auch Anforderungen der EU entsprochen wurde. Das österreichische Netz der Drogenhilfe wird durch jährliche Förderungen unterstützt. In den letzten Jahren wurden weiters Maßnahmen der Qualitätssicherung forciert – unter anderem durch die Beauftragung eines Konzepts für drogenspezifische Weiterbildung sowie Maßnahmen zur Optimierung der Substitutionsbehandlung. In naher Zukunft sollen adaptierte Regelungen zur Substitutionsbehandlung sowie eine verpflichtende Fortbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte durch Verordnungen rechtlich verpflichtend verankert werden. Der Weiterentwicklung des Monitorings und den Maßnahmen der Qualitätssicherung wird weiterhin ein wichtiger Stellenwert zukommen.

In allen drei Bereichen kommt weiters – derzeit wie zukünftig – der internationalen Kooperation und der Umsetzung von internationalen Vereinbarungen und Strategien eine wichtige Bedeutung zu.

Gesundheitsförderung und -vorsorge

(Abschnitt 7.7, Seite 94 ff.)

Die österreichischen Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention orientieren sich am Konzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach Gesundheitsförderung auf einen Prozess abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit (Empowerment) zu befähigen. Darüber hinaus wird auch der Vorsorge bzw. Sekundärprävention von spezifischen Krankheiten Bedeutung beigemessen. Der Stellenwert von Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Diese Entwicklung hat sich auch im Berichtszeitraum fortgesetzt.

Im Regierungsprogramm 2003 wurden für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung die Bewerbung der Vorsorgeuntersuchung mit dem Ziel einer erheblichen Erhöhung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen, die Entwicklung eines Vorsorgepasses analog zum Mutter-Kind-Pass und die Einführung von sogenannten grünen Rezepten, mit denen gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Sport oder Ernährungstipps »verordnet« werden können, als zentrale Ziele genannt.

Eine Studie zu den von der öffentlichen Hand getätigten Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich zeigt, dass die Ausgaben im Jahr 2001 (€ 1,027 Milliarden) im Vergleich zum Jahr 1996 um fast 31 Prozent gestiegen sind. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung für jede in Österreich wohnhafte Person betragen im Jahr 2001 damit etwa € 127,-.

Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Vorsorge im Gesundheitssystem wurde auch durch die Berücksichtigung in der Gesundheitsreform 2005, die im Berichtszeitraum vorbereitet wurde, betont. Die Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung ist als Aufgabe der Bundesgesundheitsagentur ebenso wie der Ländergesundheitsplattformen definiert. Weiters wurde festgelegt, dass Gesundheitsleistungen in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht und unter Berücksichtigung der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung entwickelt werden müssen. Laut der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 bis 2008 stehen in den nächsten Jahren jährlich 3,5 Mio. Euro für die Förderung von Vorsorgeprogrammen und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung zur Verfügung.

Gesundheitsförderung und Vorsorge werden auch in Zukunft einen hohen Stellenwert haben, wobei in den nächsten Jahren die Umsetzung der Gesundheitsreform 2005 und die damit einhergehende verstärkte Verankerung von Gesundheitsförderung und Vorsorge im österreichischen Gesundheitswesen eine wichtige Rolle spielen werden.

Gesundheitsförderung

Ein wichtiger Schwerpunkt zur Gesundheitsförderung lag im Berichtszeitraum auf der Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitsförderungsinitiative iSCH (Innerer Schweinehund), die im September 2003 vom Gesundheitsressort gestartet wurde. Zentrale Elemente des iSCH sind unter anderem Gesundheitspässe für alle Altersgruppen sowie die Kooperation mit Partnern bei der Umsetzung der Initiative. Inhaltliche Schwerpunkte sind Ernährung, Bewegung, Stressvermeidung, Unfallprävention, Vorsorge und Rauchen. Fokussiert wurden weiters auch die Frauengesundheit, die schulische Gesundheitsförderung sowie die Vorsorgeuntersuchung Neu. Der iSCH soll auch zukünftig ein wesentliches Element einer breiten Gesundheitsförderungsstrategie darstellen.

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) legte im Berichtszeitraum das Dreijahresprogramm 2003 bis 2005 vor, für das drei themenspezifische Schwerpunkte – Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit – und drei Schwerpunkte bei Zielgruppen – Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich, Erwerbstätige in Klein- und Mittelbetrieben, ältere Menschen im ländlichen und städtischen Raum – gewählt wurden. Im Berichtszeitraum wurden beim FGÖ 521 Projekte eingereicht und 335 Projekte – das heißt rund zwei Drittel – genehmigt oder dem Kuratorium zur Genehmigung empfohlen. Die mit insgesamt 140 Projekten am häufigsten geförderte Thematik betraf wie in früheren Jahren »Umfassende Gesundheitsförderung«. Für die nächsten Jahre ist geplant, den FGÖ – bei gleichbleibender Aufgabenstellung – in eine neue organisatorische Struktur überzuführen.

Der Setting-Ansatz spielt bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen weiterhin eine wichtige Rolle. Besondere Bedeutung kommt dabei den Gesundheitsförderungsnetzwerken zu, die im Berichtszeitraum teilweise weiterentwickelt wurden. Im Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen wurde das neue Konzept

»Gesundheitsförderung und Schulentwicklung« umgesetzt, das einen weiteren Ausbau des Schulnetzwerks sowie die Etablierung regionaler Unterstützungsstrukturen in fünf Bundesländern beinhaltet. Das Österreichische Netzwerk »Betriebliche Gesundheitsförderung« (BGF) konzentrierte sich in den letzten Jahren vor allem darauf, Instrumente zur Verfügung zu stellen, die auf die Qualität von gesundheitsförderlichen Aktivitäten ausgerichtet sind. Das Netzwerk führt weiters das im Jahr 2003 gestartete Modellprojekt »WEG – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit« des FGÖ zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben durch.

Das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (ÖNGK) war weiterhin sehr aktiv. Im Auftrag der WHO wurden im Rahmen einer vom Koordinationszentrum des ÖNGK betreuten Arbeitsgruppe zum Thema »Putting Health Promotion Hospital Policies into Action« 18 Strategien in den Bereichen Qualitätsentwicklung und strategische Reorientierung festgelegt, die den beteiligten Krankenhäusern als Orientierung für zukünftige Maßnahmen dienen sollen. In Übereinstimmung mit der Gesundheitsreform 2005 soll in nächster Zukunft eine Ausdehnung des Netzwerks auf andere Dienstleister im Gesundheitswesen erfolgen.

Zur zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung finden sich ebenfalls einige Aktivitäten und relevante Entwicklungen: Frauengesundheit hat sich in den letzten Jahren als relevantes Thema der Gesundheitspolitik etabliert. Die Gender-Perspektive fand zunehmend Berücksichtigung im Gesundheitswesen und in der Medizin und vor allem auch im Bereich Gesundheitsförderung und Vorsorge. Im Berichtszeitraum fand ein Gesundheitsdialog über »Geschlechtersensible Gesundheitspolitik« statt, und es wurde der Frauengesundheitsbericht 2005 erstellt. Die darin erfassten Daten zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Österreich sind als Ausgangspunkt für die weitere Strategieentwicklung zur Erlangung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems zu sehen.

Eine Studie zum Thema »Soziale Ungleichheit und Gesundheit« analysierte erstmals für Österreich den Zusammenhang zwischen der sozialen Situation und der Gesundheit einer Person. Weiters wurden Studien zum Thema armutsbetroffene Frauen durchgeführt und publiziert. In die Verantwortung des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fällt die Erstellung des 1. Österreichischen Männergesundheitsberichts, der erstmals für Gesamtösterreich die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gesundheitsbereich mit präzisen Daten belegt.

Die zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung wird in Zukunft noch forciert werden. Frauengesundheit wurde als eines der gesundheitspolitischen Schwerpunktthemen im Rahmen der österreichischen EU-Ratspräsidentschaft im Frühjahr 2006 festgelegt. Generell ist eine Entwicklung in Richtung Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen zu vermerken, die sich in Zukunft vermutlich noch verstärken wird. Defizite gibt es noch bezüglich der Befassung mit sozialer Ungleichheit und Gesundheit.

Gesundheitsvorsorge

Im Berichtszeitraum gab es keine Änderungen des Untersuchungsprogramms zum Mutter-Kind-Pass. Es wurde aber die Auszahlung des im Jahr 2002 eingeführten Kinderbetreuungsgelds in voller Höhe ab dem 21. Lebensmonat des Kindes an die zeitgerechte Absolvierung bestimmter Untersuchungen gekoppelt.

Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung ist auch im Berichtszeitraum weiter gestiegen. Zentral ist in diesem Bereich aber vor allem, dass die Vorsorgeuntersuchung Neu (VU NEU) konzeptioniert wurde, die eine Weiterentwicklung der alten im Einklang mit dem aktuellen internationalen Stand der Wissenschaft darstellt. In Zukunft wird der Erhebung von Lebensstilfaktoren (wie Übergewicht, Alkoholkonsum, Rauchen) sowie dem Follow-up verstärkte Bedeutung beigemessen. Durch die Etablierung eines Einlade- und Recall-Systems soll die Inanspruchnahme weiter gesteigert werden. Der Umsetzung der VU NEU – inklusive Schulungen, Qualitätssicherung und Evaluation – wird in den nächsten Jahren große Bedeutung zukommen.

Bezüglich der Implementierung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screening-Programms im Einklang mit den EU-Leitlinien wurden im Berichtszeitraum die konkreten Implementierungsschritte geplant. Die Umsetzung soll schrittweise erfolgen, sodass auf Basis von Pilotprojekten Erfahrungen für die flächendeckende Bereitstellung gesammelt werden können.

Ende der 1970er Jahre wurde in Österreich mit Kariesprophylaxeaktivitäten begonnen, und nunmehr gibt es diese fast flächendeckend für alle Kinder. Die Erfolge dieser Aktivitäten lassen sich an den Ergebnissen der Zahnstatuserhebungen ablesen. Es wurden somit wichtige Schritte in Richtung orale Prävention gesetzt. Für die Zukunft wird es bedeutsam sein, die Aktivitäten im Bereich der Individualprophylaxe und einer mehr präventionsorientierten Zahnmedizin fortzusetzen.

Eine wichtige Aufgabe des Gesundheitsressorts in Bezug auf die Prävention von Infektionskrankheiten besteht im Monitoring der meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten. Für AIDS, Masern, Malaria und Tuberkulose wird eine Einzelfallerfassung durchgeführt. 2003 wurde SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) und 2004 wurde Tuberkulose, hervorgerufen durch *Mycobacterium bovis* sowie Hunde- und Fuchsbandwurm, in die Liste der anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten aufgenommen.

Im Jahr 2002 wurde die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) gegründet, deren alleiniger Eigentümer der Bund, vertreten durch den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen (nunmehr Bundesministerin für Gesundheit und Frauen) und den Bundesminister für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, ist. Die AGES unterstützt die für die Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zuständigen Behörden bei der Vollziehung der entsprechenden Rechtsvorschriften.

Als Folge der weltweiten Bedrohung durch Bioterrorismus wurde ein Krisenstab im Gesundheitsressort eingerichtet und eine rund um die Uhr erreichbare Kontaktstelle in Österreich sowie ein Anthrax-Laborplan mit 24-Stunden-Bereitschaft installiert, der Pockenalarmplan erstellt und für die Verfügbarkeit ausreichender Mengen an Impfstoffen Sorge getragen.

In Hinblick auf die Gefahr einer Grippe-Pandemie konstituierte das BMGF im Herbst 2002 ein Experten- und Expertinnengremium. Im September 2005 erschien die erste vom Büro der Frau Bundesministerin autorisierte Version des Pandemieplans. Ziel dieses Planes ist es, einen klaren Handlungsablauf mit eindeutig definierten Kompetenzen festzulegen, um im Anlassfall effizient und ohne Verzögerung reagieren zu können.

Das BMGF hat im Berichtszeitraum ein Frühwarnsystem für Ausbrüche von Infektionskrankheiten eingerichtet. Dabei handelt es sich um einen E-Mail-Verteiler, welcher alle Landessanitätsdirektionen, Referenzzentralen und andere relevanten Organisationen umfasst. Die Generaldirektion Öffentliche Gesundheit übermittelt nach Evaluation der einlangenden Meldungen relevante Informationen an das EU-Frühwarnsystem.

Die Bekämpfung der Zoonosen wurde mittels einer eigenen EU-Richtlinie gesondert geregelt. Mittels BMGF-Erlass wurde die Einrichtung von Koordinationsstellen in den Landessanitätsdirektionen angeregt.

Um die EU-weite Situation betreffend Infektionskrankheiten realistisch darzustellen, ist es notwendig, vergleichbare Daten zu sammeln. Daher wurden Falldefinitionen entwickelt und im Rahmen einer Entscheidung der Kommission verbindlich festgelegt.

Die wesentlichen künftigen Schwerpunkte der Generaldirektion Öffentliche Gesundheit Infektionskrankheiten betreffend liegen einerseits im Erstellen von Aktions- bzw. Alarmplänen und andererseits in der Verbesserung der Infektionsüberwachung und Ausbruchsbekämpfung sowie in der Verbesserung der Datenqualität.

Transplantationswesen

(siehe Abschnitt 7.8, Seite 107 ff.)

Der Versorgungsgrad der österreichischen Bevölkerung mit Organtransplantationen lag im vergangenen Jahrzehnt weiterhin 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. Seit dem Jahre 1998 werden regionalspezifische Programme zur Förderung der Meldebereitschaft präsumtiver Organspender durch die Krankenanstalten durchgeführt, die unter anderem in der Einrichtung sogenannter regionaler Transplantationsreferenten resultierten. Als zentrales Vorhaben gilt die Entwicklung und Durchführung weiterer Fördermaßnahmen zum Organspendewesen. Das auf Initiative des Gesundheitsressorts im Jahre 1991 am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) eingerichtete Koordinationsbüro für das Transplantationswesen ist mit der Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen betraut.

Neben der Organtransplantation hat in den letzten Jahren die Transplantation von menschlichen Geweben und Zellen zunehmend an Bedeutung gewonnen. In diesem Bereich liegen große Chancen für Patientinnen und Patienten, die an schweren Erkrankungen leiden. Gleichzeitig zeigen Erfahrungen, dass diese neuen Therapien auch mit Risiken (insbesondere im Hinblick auf Krankheitsübertragungen von Spenderinnen und Spendern auf Empfängerinnen und Empfänger) behaftet sind. Wie auch bei der Organtransplantation besteht bei einigen Gewebearten ein Mangel an Spendergewebe. Zur Umsetzung von Maßnahmen, die der Sicherung einer ausreichenden und qualitativ hochstehenden Versorgung der Bevölkerung mit Gewebe- und Zelltransplantaten dienen, wurde im Jahr 1999 am ÖBIG eine eigene Koordinationsstelle für Gewebetransplantationen eingerichtet. Die Projektarbeiten der Koordinationsstelle umfassen die Erstellung von Richtlinien für Gewebebanken sowie die fortlaufende Dokumentation des Transplantationsgeschehens und erfolgen in enger Abstimmung mit medizinischen Expertinnen und Experten.

Ein weiterer Bereich auf diesem Gebiet betrifft die Stammzelltransplantation. Hierbei werden frühe blutbildende Stammzellen, die entweder aus dem Knochenmark (Knochenmarktransplantation) oder dem peripheren Blut gewonnen werden, ebenso wie Nabelschnurblut-Einheiten zum Wiederaufbau der Blutbildung übertragen. Das kann notwendig werden, wenn das Knochenmark von Patientinnen und Patienten durch benigne oder maligne Erkrankungen und deren Therapie in seiner Funktion beeinträchtigt ist oder die vom Knochenmark ausgehende Erkrankung nur durch Erneuerung des gesamten Knochenmarks geheilt werden kann. Zur Analyse und Evaluierung des österreichischen Stammzellspende- und -transplantationswesens hinsichtlich organisatorischer Fragestellungen, Datentransfers und Finanzierung wurde das ÖBIG 1999 vom jetzigen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen mit administrativen und organisatorischen Arbeiten betraut. Diese Aufgaben umfassen unter anderem die Erstellung von Richtlinien, die kontinuierliche Dokumentation von Zahlen der Stammzellspende und -transplantation sowie die Zusammenarbeit und Abstimmung mit den jeweiligen Expertinnen und Experten aus der Transfusionsmedizin und der Stammzelltransplantation.

Onkologische Versorgung

(siehe Abschnitt 7.9, Seite 122 f.)

Um die Versorgung von männlichen und weiblichen Krebspatienten auf hohem Niveau zu gewährleisten, wurden Qualitätskriterien hinsichtlich der beruflichen Qualifikation des versorgenden Personals, der Einrichtung und Ausstattung der die Therapien durchführenden Krankenanstalten, der palliativ-onkologischen Versorgung, der Schmerzbehandlung sowie der psychoonkologischen und psychosozialen Versorgung definiert, die wie das dreistufige Versorgungsmodell (Onkologisches Zentrum/ONKZ – Onkologischer Schwerpunkt/ONKS – Internistische Fachabteilung mit Onkologie/ONKF) Eingang in den ÖKAP/GGP fanden.

Das Modell der pädiatrisch-hämatologisch-onkologischen Zentren, das die hohen Anforderungen an die Versorgung krebskranker männlicher und weiblicher Kinder und Jugendlicher abbildet, wurde in den Entwurf zum ÖSG eingebracht. Aus Gründen der Erreichbarkeit und unter Bedachtnahme auf die epidemiologische Lage sowie aus Gründen der Qualitätssicherung werden für Österreich fünf Zentren vorgeschlagen.

In-vitro-Fertilisation

(Abschnitt 7.10, Seite 124 f.)

Seit 1. Jänner 2000 ist das Bundesgesetz, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF-Fonds-Gesetz, BGBl I 1999/180, zuletzt geändert durch die IVF-Fonds-Gesetz-Novelle 2004, BGBl I 2004/42) eingerichtet wird, in Kraft. Darin ist festgelegt, dass beim nunmehrigen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ein Fonds zur Mitfinanzierung der In-vitro-Fertilisation einzurichten ist. In den Jahren 2002 und 2004 wurden mit Unterstützung des IVF-Fonds 14.394 IVF-Versuche von 10.537 Kinderwunschpaaren durchgeführt. Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion lag im Jahr 2002 durchschnittlich bei 27,3 Prozent, stieg im Jahr 2003 auf durchschnittlich 29,5 Prozent und verringerte sich im Jahr 2004 geringfügig auf 28,9 Prozent.

Blut und Blutprodukte

(siehe Abschnitt 7.11, Seite 125 f.)

Die Maßnahmen der letzten Jahre zielten insbesondere auf die Erhöhung der Sicherheit im Transfusionswesen (z. B. durch die Einrichtung des Hämovigilanz-Registers, Inspektionen von Plasmaphereseeinrichtungen oder die Veröffentlichung der Hygienerichtlinie für Plasmapheresestationen) sowie die Implementierung blutsparender Maßnahmen (z. B. durch die Organisation des 1. Kongresses für blutsparende Medizin in Wien im Jahr 2002 oder die Veröffentlichung der »Mindeststandards für Blutdepots«) ab.

Ein besonderer Schwerpunkt wurde im Berichtszeitraum auf den Bereich der Hämovigilanz gelegt. Der Begriff Hämovigilanz wird in Zusammenhang mit unerwünschten Wirkungen und Mängeln von Blut und Blutprodukten verwendet und steht für ein Überwachungssystem, das die gesamte Transfusionskette von der Spende über die Verarbeitung und den Transport bis zur Verabreichung von Blut und Blutprodukten umfasst. Ziel eines Hämovigilanzsystems ist die Minimierung von Risiken und Gefahren im Zusammenhang mit Blutspenden bzw. der Transfusion von Blut und Blutprodukten. Das österreichische Hämovigilanz-Register wurde im Jahr 2003 eingerichtet und wird vom ÖBIG und der dem ÖBIG angeschlossenen VIZ (Vergiftungsinformationszentrale) betrieben.

Arzneimittel

(Abschnitt 7.12, Seite 127 ff.)

Wie in den vorangehenden Jahren auch war der Berichtszeitraum – nach einem ruhigen Jahr 2002 – durch verschiedene Kostendämpfungsmaßnahmen geprägt. Die beiden wichtigsten Änderungen waren das sogenannte Arzneimittelpaket 2003 und die Neugestaltung des Erstattungs- und Berufungssystems für Arzneimittel im Jahre 2004, das durch die Verurteilung Österreichs durch den Europäischen Gerichtshof erforderlich worden war.

Das Arzneimittelpaket 2003 sollte die prognostizierten Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich von rund acht Prozent pro Jahr auf drei bis vier Prozent verringern, wobei die einzelnen Maßnahmen

- die Einführung eines neuen Erstattungskodex (EKO), der das vormalige »Heilmittelverzeichnis« (HMV) ersetzt,
- eine Senkung der Handelsspannen,
- einen Sondernachlass für begünstigte Bezieher wie Sozialversicherungsträger, Länder und nichtgewinnorientierte, öffentliche Krankenanstalten sowie
- ein Finanzierungs-Sicherungsbeitrag der vertriebsberechtigten Unternehmen zugunsten der Sozialversicherung für die Jahre 2004 bis 2006

umfassten.

Eine weitere Änderung war die Einführung des »Europäischen Durchschnittspreissystems« mit der 61. Novelle des ASVG. Die am BMGF angesiedelte Preiskommission ermittelt seither auf Basis von Meldungen der pharmazeutischen Unternehmen und in Kooperation mit dem ÖBIG für Arzneispezialitäten, deren Aufnahme in den Erstattungskodex der Sozialversicherung beantragt wird, einen europäischen Durchschnittspreis. Dieser Durchschnittspreis wird zur Festlegung des Kassenpreises herangezogen. Eine Ausnahme bilden Generika, deren maximal zulässige Preise in § 351c Abs. 10 ASVG geregelt sind.

Im Jahr 2005 wurden die rechtlichen Voraussetzungen für eine Ausgliederung von Aufgaben des BMGF im Bereich der Zulassung, Klassifizierung und Kontrolle von Arzneimitteln an eine neu zu schaffende Arzneimittelagentur, die PharmMed, fixiert. Die PharmMed ist an der seit 1. Juni 2002 bestehenden Agentur für Ernährungssicherheit (AGES) eingerichtet und dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG), das mit 2. Jänner 2006 die Arbeit aufgenommen hat, zugeordnet.

Medizinprodukte

(Abschnitt 7.13, Seite 131 ff.)

Unter der Vielzahl der in Österreich am Markt befindlichen, nach Schätzungen fast 500.000 unterschiedlichen Medizinprodukte haben sich in den vergangenen Jahren speziell bei Medizinprodukten, die stabile Derivate aus menschlichem Blut oder Blutplasma enthalten, bei Produkten, die Gewebe tierischen Ursprungs enthalten, sowie bei der Klassifizierung von Brustimplantaten auf europäischer Ebene regulatorische Änderungen ergeben.

Seit 2. Jänner 2002 können in Österreich ansässige Medizinproduktehersteller, -bevollmächtigte, -importeure und -vertreiber ihrer Meldepflicht laut § 67 Medizinproduktegesetz im am ÖBIG eingerichteten Medizinprodukteregister bequem in elektronischer Form unter der Internetadresse <http://medizinprodukte.oebig.at> nachkommen. Österreich war damit eines der ersten EU-Länder, das den Meldevorgang fast vollständig elektronisch abwickelte.

Weitere Aktivitäten des Ressorts betrafen – neben regelmäßigen Aufgaben, wie der Bearbeitung von Vigilanzfällen, der Registrierung von klinischen Prüfungen, der Marktüberwachung, etc. – eine Änderung des Medizinproduktegesetzes und die Erstellung von Verordnungen zum Medizinproduktegesetz.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

(Abschnitt 7.14, Seite 133 f.)

Innerhalb des Gesundheitswesens ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) jener Teil, der die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben und Interessen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens innehat. Seine Hauptfunktion ist die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der gesamten Bevölkerung und bestimmter Bevölkerungsgruppen.

Der ÖGD hat unersetzbare Funktionen als »gesundheitlicher Anwalt der Bevölkerung« und unabhängiger Gutachter für den Staat und die Gesellschaft. Seine Entwicklung darf nicht hinter der Entwicklung des restlichen Gesundheitswesens zurückbleiben. Dem BMGF ist es daher ein Anliegen, gemeinsam mit den Bundesländern an der Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu arbeiten und die notwendigen Rahmenbedingungen für einen modernen ÖGD zu schaffen.

3.5 Ausbildung und Ausbildungsreform

Ärzeschaft

(Abschnitt 8.1, Seite 135)

Im Jahr 2002 wurden neue Studienpläne für Human- und Zahnmedizin gemäß Universitäts-Studiengesetz (UniStG) 1997 eingerichtet. Mit 1. Jänner 2004 erfolgte die im UniStG 2002 geregelte Herausnahme der medizinischen Fakultäten aus dem Bereich der Universitäten Wien, Graz und Innsbruck und die Schaffung eigener medizinischer Universitäten an diesen Standorten. Bereits außerhalb des Berichtszeitraums, am 8. Juli 2005, wurde infolge des EuGH-Urteils vom 7. Juli 2005 eine Novelle des Universitätsgesetzes 2002 beschlossen, die bei allen vom deutschen Numerus clausus betroffenen Fächern die Möglichkeit von Zulassungsbeschränkungen eröffnet. 2006 folgte der Beschluss einer Quotenregelung für die Studienplätze. Hinsichtlich der postpromotionellen Ausbildung sind mit der 5. Ärztegesetznovelle (BGBl I 2003/140) einige Änderungen eingetreten, darunter die Ermöglichung der Teilzeit für Turnusärztinnen/-ärzte; des Weiteren wurde es in die Kompetenz der Österreichischen Ärztekammer übertragen, die näheren Inhalte für die Ausbildung durch Verordnung festzulegen. Seit dem Jahr 2002 fällt außerdem die Anerkennung, Überprüfung und Aberkennung von postpromotionellen Ausbildungsstätten in die Zuständigkeit der Österreichischen Ärztekammer.

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

(Abschnitt 8.2, Seite 136 ff.)

Seit 1. September 1998 sind Österreichs Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und Pflegehilfelehrgänge verpflichtet, Ausbildungen auf Basis des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) und der darauf aufbauenden Ausbildungsverordnungen zu beginnen.

Die im Berichtszeitraum bearbeiteten Sonderausbildungsverordnungen für Spezialaufgaben sowie für Lehr- und Führungsaufgaben konnten 2005 fertiggestellt werden. Die Weiterbildungsverordnung liegt in Entwurfsform vor und wird in Kürze erlassen.

Im Zuge der vertieften Auseinandersetzung mit den Regelungen und Inhalten dieser Verordnungen unter Bedachtnahme auf die Umsetzungserfahrungen mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997) sowie vehemente Forderungen aus Fachkreisen nach präziseren Regelungen von Detailfragen musste das GuKG zweimal (2003 und 2005) novelliert werden.

Zur Bearbeitung von Gleichhaltungsanträgen – nach GuKG §§ 65a und 65b – wurde von der Bundesministerin der erste Akkreditierungsbeirat (§ 65c) für den Zeitraum vom 1. November 2004 bis 31. Oktober 2009 bestellt. Die Koordination des Akkreditierungsbeirates obliegt der Stabstelle für Rechtsangelegenheiten in Zusammenarbeit mit der Fachabteilung für nichtärztliche Gesundheitsberufe des BMGF. Dieser Akkreditierungsbeirat nahm im Februar 2005 seine Tätigkeit auf und bearbeitete bis Ende 2005 rund dreißig Gleichhaltungsanträge.

Parallel zu den Aktivitäten in Bezug auf GuKG und die Sonderausbildungsverordnungen wurden vom ÖBIG im Auftrag des BMGF Curricula für zwei Ausbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege,

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege) und für die Ausbildung in der Pflegehilfe erarbeitet bzw. revidiert. Mit der Entwicklung von Curricula für die Kinder- und Jugendlichenpflege wurde im November 2003 begonnen.

Gehobene medizinisch-technische Berufe

(Abschnitt 8.3, Seite 141 ff.)

Projekt Curricula MTD

Das Gesundheitsressort beauftragte das ÖBIG, Curricula für die Ausbildung in den sieben gehobenen medizinisch-technischen Diensten (MTD) zu entwickeln. Die Projektarbeit wurde in fünf einjährigen Projektphasen mit den einzelnen Diensten arbeitsteilig vorangetrieben und mit Dezember 2004 abgeschlossen. Die vorliegenden Curricula umfassen spartenübergreifende pädagogisch-didaktische Leitlinien sowie – jeweils spartenspezifisch – die Ausbildungsziele, ein Semesterkonzept sowie die Charakterisierung der Unterrichtsfächer.

Projekt Qualitätssicherung MTD

U. a. als Grundlage für die Curriculumentwicklung wurden im Rahmen des Projekts »MTD-Qualitätssicherung« Istzustanderhebungen zu den Berufsprofilen durchgeführt, diagnosebezogene Leistungskataloge für den physiotherapeutischen Dienst, für den Diätendienst und den ernährungsmedizinischen Beratungsdienst, den ergotherapeutischen und den orthoptischen Dienst erarbeitet sowie Schnittstellen innerhalb der MTD identifiziert.

Projekt Richtlinien zur Sicherung der Ausbildungsqualität

Für eine allfällige Ausbildung von gehobenen medizinisch-technischen Diensten an Fachhochschulen galt es Kompetenzen zu definieren und Qualitätsstandards zu entwickeln. Im Zuge des Bologna-Prozesses war es notwendig geworden, die bestehende postsekundäre Ausbildung an Akademien in eine Ausbildung auf tertiärer Ebene umzuwandeln. Die am ÖBIG erarbeiteten Richtlinien sollten in der Folge in die zu erlassende MTD-FH-AV Eingang finden.

Hebammen

(Abschnitt 8.4, Seite 145 f.)

Bei den neuen gesetzlichen Regelungen im Hebammenwesen handelt es sich meist um Anpassungen, die im Zuge anderer Gesetze durchzuführen bzw. infolge der EU-Erweiterungen erforderlich waren. Die Novellierungen des Hebammengesetzes und der Ausbildungsverordnung hingegen führten zu einigen entscheidenden Änderungen:

- Die Erteilung der Zulassung für EWR-Staatsangehörige zur Berufsausübung als Hebamme in Österreich ist seit dem 1. Jänner 2003 dem Österreichischen Hebammengremium übertragen.
- Der Zugang zu Arzneimitteln, die Hebammen ausschließlich für ihre Berufsausübung benötigen, wurde erleichtert. Sie sind jetzt berechtigt, rezeptpflichtige Arzneimittel gegen Vorlage ihres Hebammenausweises zu beziehen.

Im Jahre 2003 wurde das ÖBIG neuerlich mit der Erstellung eines Hebammenberichts beauftragt. Der Berichtszeitraum war April 1997 bis Dezember 2004.

Zu einer einschneidenden Änderung bezüglich der Hebammenausbildung führte die Novellierung des MTD-Gesetzes und des Hebammengesetzes (BGBl I 2005/70) vom 5. Juli 2005. Der Text des Hebammengesetzes BGBl 1994/310 in der geltenden Fassung wurde unter anderem bezüglich der zukünftigen Hebammenausbildung an Fachhochschulen angepasst. Das Diplom einer Hebammenakademie nach geltendem Recht und das Diplom eines FH-Bachelorstudienganges gemäß Fachhochschul-Studiengesetz – FHStG (BGBl 1993/340) werden gleichgehalten.

Nähere Bestimmungen für die Ausbildung sind vom Gesundheitsressort noch zu erlassen. Die Akkreditierung von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen hat in Kooperation mit vom Gesundheitsressort nominierten Sachverständigen zu erfolgen. Alle Entscheidungen bezüglich Akkreditierung, deren Verlängerung oder Widerruf sind dem Gesundheitsressort zu übermitteln. Darüber hinaus hat der Fachhochschulrat jährlich Bericht über den Stand der Entwicklungen an das Ressort zu erstatten.

Sanitätshilfsdienste

(Abschnitt 8.5, Seite 146)

Von den verbliebenen neun im MTF-SHD-Gesetz geregelten Sanitätshilfsdiensten wurden im Berichtszeitraum die Tätigkeitsbereiche und die Ausbildungsrichtlinien der Sanitätshelfinnen und Sanitätsgehilfen sowie der Heilbademeisterinnen/Heilbademeister und Heilmasseurinnen/Heilmasseure in eigenen Gesetzen neu geregelt.

Am 1. Juli 2002 trat das Sanitätergesetz in Kraft. Aus der einstigen Sanitätsgehilfin/dem einstigen Sanitätsgehilfen wurde ein qualifizierter Beruf mit Aufstiegschancen im Rahmen der Notfallkompetenzen. Die Sanitäter-Ausbildungsverordnung wurde am 12. September 2003 erlassen. Neben der Ausbildung zur Rettungssanitäterin/zum Rettungssanitäter und zur Notfallsanitäterin/zum Notfallsanitäter mit allgemeinen und besonderen Notfallkompetenzen regelt sie auch die verkürzte Ausbildung für Medizinerinnen/Mediziner, Pflegehelferinnen/Pflegehelfer und Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Ebenfalls am 12. September 2003 wurde eine Verordnung über Form und Inhalt des Berufs- bzw. Tätigkeitsausweises und des Fortbildungspasses für Sanitäterinnen/Sanitäter erlassen.

Sanitäterin/Sanitäter

(Abschnitt 8.6, Seite 146 ff.)

Mit Erlass eines eigenen Gesetzes wurden die Sanitätsgehilfen am 18. Jänner 2002 aus dem MTF-SHD-Gesetz ausgegliedert und neu geregelt. Die neue Berufsbezeichnung lautet »Rettungssanitäter« bzw. »Notfallsanitäter«, wobei der Tätigkeitsbereich des Notfallsanitäters/der Notfallsanitäterin über jene des Rettungssanitäters und der Rettungssanitäterin hinausgeht, etwa durch Verabreichung von Arzneimitteln, die eigenverantwortliche Betreuung der berufsspezifischen Geräte oder durch Mitarbeit in der Forschung. Die Sanitäter-Ausbildungsverordnung trat im September 2003 in Kraft.

Die Ausbildung zum Sanitätsgehilfen betrug 135 Stunden Theorie, bezüglich der praktischen Ausbildung gab es keine Regelung. Die Ausbildung zum Sanitäter/zur Sanitäterin erfolgt in insgesamt sechs Modulen (Modul 1: 260 Stunden für Rettungssanitäter und

Rettungsanwärtinnen). Für Notfallsanwärtinnen und Notfallsanwärtinnen gibt es darüber hinausgehend eine Ausbildung im Bereich der Arzneimittellehre, der Infusionen, Beatmung und Intubation. Die Mindestanzahl von Praxisstunden ist bei jedem Modul ebenfalls vorgegeben.

Ebenfalls im September 2003 wurde eine Verordnung über Form und Inhalt des Berufs- bzw. Tätigkeitsausweises und des Fortbildungspasses für Sanitäter erlassen. Dieser Fortbildungspass dient auch dem Nachweis über den Erwerb bzw. die Rezertifizierung von Notfallkompetenzen.

Medizinische Masseurin/Medizinischer Masseur und Heilmasseurin/Heilmasseur

(Abschnitt 8.7, Seite 148 ff.)

Seit dem 1. März 2003 regelt das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz den Beruf und die Ausbildung der Medizinischen Masseurinnen/Medizinischen Masseure und Heilmasseurinnen/Heilmasseure. Durch die Erweiterung des Tätigkeitsspektrums und damit verbunden eine längere und qualifiziertere Ausbildung wurde aus dem einstigen Hilfsdienst ein interessanter Beruf. Die Ausbildungsverordnung folgte am 20. Mai 2003. So wie bei der Rettungsanwärtin/beim Rettungsanwärtner können zusätzlich zur Grundqualifikation weitere Kompetenzen erworben werden. Darüber hinaus kann die Heilmasseurin/der Heilmasseur auch freiberuflich tätig sein.

Mit dem Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz wurde auch die Ausbildung zur Heilbadegehilfin/zum Heilbadegehilfen mit 31. Dezember 2003 aufgelassen.

Das Gesundheitsressort plant eine umfassende Reform des medizinisch-technischen Fachdienstes und der verbliebenen Sanitätshilfsdienste (Operations-, Labor-, Prosektur-, Ordinations-, Ergotherapie- und Desinfektionsgehilfinnen/-gehilfen). Mit entsprechenden Vorarbeiten wurde das ÖBIG beauftragt.

Die derzeit nur in einem Kollektivvertrag geregelten Helferinnen/Helfer bei Fachärztinnen/-ärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Dentisten sollen einer gesetzlichen Regelung zugeführt werden und die Berufsbezeichnung »Zahnärztliche Assistentin« bzw. »Zahnärztlicher Assistent« (ZAss) erhalten.

4 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Zielsetzung dieses Kapitels ist eine knappe Darstellung des Gesundheitszustandes der österreichischen Wohnbevölkerung anhand ausgewählter Kennzahlen und Statistiken. Auf eine ins Detail gehende Beschreibung wird verzichtet, da sie Gegenstand des vom Gesundheitsressort in Zusammenarbeit mit Statistik Österreich herausgegebenen »Gesundheitsstatistischen Jahrbuchs« ist. Gesundheitsrelevante Daten, insbesondere aus der Arbeitswelt, finden sich in dem ebenfalls jährlich herausgegebenen »Bericht über die soziale Lage« des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (dem nunmehrigen Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz). Des Weiteren wurde im Auftrag des Gesundheitsressorts am ÖBIG ein epidemiologischer österreichischer Gesundheitsbericht (»Gesundheit und Krankheit in Österreich«, BMGF 2004) erstellt. Dieser Bericht bezieht sich auf den Zeitraum 1992 bis 2001 und enthält Analysen der gesundheitlichen Rahmenbedingungen, des Gesundheitszustandes und der Einrichtungen des Gesundheitssystems sowie zu deren Inanspruchnahme. Die regionale Differenzierung erfolgte auf der Ebene der NUTS-III-Regionen und der Bundesländer, wobei geschlechts- und altersgruppenspezifische Aspekte berücksichtigt wurden (<http://www.gesundheitsministerium.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0083&doc=CMS1091709051535>). Des Weiteren sei auf den vom BMGF herausgegebenen Bericht »Das Gesundheitswesen in Österreich« verwiesen. Dieser Bericht (vgl. <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0083&doc=CMS1051011595227>) enthält ebenfalls Informationen zum Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung.

4.1 Lebenserwartung

Gegenüber dem Berichtszeitraum des letzten Gesundheitsberichts an den Nationalrat (1999–2001) ist die Lebenserwartung (bei der Geburt) der österreichischen Männer im Zeitraum 2002 bis 2004 von 75,2 Jahren auf 75,9 Jahre gestiegen, jene der Frauen von 80,9 Jahren auf 81,4 Jahre. Der Unterschied der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern hat sich zwischen den beiden Betrachtungszeiträumen um 0,2 Jahre verringert. Die »behinderungsfreie Lebenserwartung« (bei der Geburt) – das ist die Zahl an Lebensjahren, die frei von erheblichen körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen erwartet werden können – stieg im gleichen Zeitraum bei den Männern von 69 Jahren auf 69,5 Jahre und bei den Frauen von 73 Jahren auf 73,4 Jahre. Das heißt, dass ein Teil der gewonnenen Lebensjahre mit erheblichen geistigen oder körperlichen Beeinträchtigungen verbracht wird (Männer 0,2 Jahre, Frauen 0,1 Jahre). Die »fernere Lebenserwartung« im Alter von 60 Jahren ist zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen von 19,8 Jahren auf 20,2 Jahre bei den Männern und von 23,6 Jahren auf 23,9 Jahre bei den Frauen gestiegen.

4.2 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.

Im Durchschnitt der Jahre 2002 bis 2004 verstarben in Österreich jährlich rund 35.100 Männer und rund 40.800 Frauen, das sind im Vergleich zum Zeitraum 1999 bis 2001 rund 100 Männer und 600 Frauen weniger. Die häufigsten Todesursachen waren bei beiden Geschlechtern Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems: Bei den Männern wurden rund 39 Prozent und bei den Frauen rund 51 Prozent der Todesfälle auf diese Ursache zurückgeführt. Die zweithäufigste Todesursache sowohl bei Männern als auch bei Frauen waren mit 29 Prozent bzw. 23 Prozent Neubildungen (Krebserkrankungen). Während Unfälle bei den Männern (mit 8 %) die dritthäufigste Todesursache darstellten, lag diese Todesursache bei den Frauen nur an sechster Stelle (3,5 %), nach Krankheiten der Atmungsorgane (5,5 %), Stoffwechselerkrankungen (4,6 %) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (3,9 %). Diese drei letztgenannten Todesursachen wurden auch bei den Männern häufig diagnostiziert (in Summe bei 16,4 % aller Verstorbenen).

Die geschlechts- und altersgruppenspezifische Betrachtung der Todesursachenstatistik zeigt, dass der hohe Anteil der Herz-Kreislauf-Todesursachen auf den großen Anteil dieser Diagnose in den zahlenmäßig deutlich überwiegenden Todesfällen in den höheren Altersgruppen, namentlich bei den Frauen, zurückzuführen ist. Bei den in jüngeren Jahren verstorbenen Personen überwiegen andere Todesursachen. Bei Betrachtung der »verlorenen Lebensjahre«¹ zeigt sich, dass die Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen ein höheres Gewicht aufweisen als die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems: Im Jahresdurchschnitt der Periode 2002 bis 2004 standen rund 141.500 verlorene Lebensjahre aufgrund von krebsbedingten Todesfällen rund 138.200 verlorenen Lebensjahren aufgrund von Herz-Kreislauf-Todesfällen gegenüber. Während bei den Frauen rund zwei Drittel der verlorenen Lebensjahre auf die beiden Haupttodesursachen zurückzuführen sind, sind es bei den Männern nur rund 56 Prozent. Unfälle stehen bei beiden Geschlechtern an dritter Stelle der Lebensjahre kostenden Todesursachen; das Ausmaß der durch Unfälle verlorenen Lebensjahre ist bei den Männern (mit 46.600 im Jahresdurchschnitt) annähernd dreimal so hoch wie bei den Frauen (16.000). Auch die Zahl der verlorenen Lebensjahre bei den weiteren bedeutenden Todesursachen übersteigt bei den Männern deutlich jene bei den Frauen – Krankheiten des Verdauungssystems und Stoffwechselerkrankungen: 30.700 gegenüber 19.600, Krankheiten der Atmungsorgane: 11.200 vs. 8.400.

4.3 Krankenhausmorbidity

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

Die Anzahl der stationären Aufnahmen ist im Berichtszeitraum weiterhin angestiegen, im Durchschnitt der Jahre 2002 bis 2004 wurden jährlich rund 2,5 Mio. Aufnahmen von Personen mit Wohnsitz in Österreich (1,36 Mio. weiblich, 1,12 Mio. männlich) in österreichi-

¹ Die »verlorenen Lebensjahre« werden durch Abzug des Lebensalters von der zum Zeitpunkt des Todes erwartbaren restlichen Lebenserwartung berechnet.

schen Krankenanstalten dokumentiert – das bedeutet eine Zunahme von 7,5 Prozent gegenüber der Vorperiode (1999 bis 2001). Krankheiten des Kreislaufsystems und Krebserkrankungen (jeweils rund 13 %) waren die häufigsten Ursachen für stationäre Aufnahmen, wobei die Anzahl der Aufnahmen wegen Neubildungen bereits jene der Aufnahmen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen übertraf. (In der Vergleichsperiode 1999 bis 2001 übertrafen die jährlichen Aufnahmen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen jene wegen Krebserkrankungen um zirka 12.000.) Weitere häufige Ursachen für stationäre Aufnahmen waren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (11 %), Verletzungen und Vergiftungen (10 %), Krankheiten des Verdauungssystems (9 %) sowie Krankheiten des Atmungssystems (6 %). In Summe waren die angeführten Diagnosengruppen Ursache für mehr als sechzig Prozent der stationären Aufnahmen.

Die häufigsten zu einer stationären Aufnahme führenden Krebserkrankungen waren bei den Männern Lungen-, Prostata- und Dickdarmkrebs, bei den Frauen Brust-, Eierstock- und ebenfalls Dickdarmkrebs. Diese jeweils drei häufigsten Diagnosen führten bei den Männern zu 35 % und bei den Frauen zu 41 % aller stationären Aufenthalte aufgrund von Krebserkrankungen in den Jahren 2002 bis 2004. Innerhalb der Gruppe der Kreislaufkrankungen ist bei Männern die chronische ischämische Herzkrankheit und bei Frauen die essentielle Hypertonie die häufigste Diagnose, gefolgt von Herzinsuffizienz und essentieller Hypertonie (bei Männern) bzw. Varizen der unteren Extremitäten und chronischer ischämischer Herzkrankheit (bei Frauen). Mit 8.250 Aufnahmen im Jahresdurchschnitt ist der akute Myokardinfarkt bei den Männern die vierthäufigste Diagnose innerhalb der Gruppe der Kreislaufkrankungen, dem stehen im Jahresdurchschnitt 5.570 Aufnahmen von Frauen gegenüber. Allerdings versterben mehr Frauen mit der Diagnose akuter Myokardinfarkt in den Krankenanstalten (17,8 %) als Männer (10 %).

Die höchsten Zunahmen gegenüber der Vorperiode wurden bei den Krebserkrankungen (+37.000 im Jahresdurchschnitt) und bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (+35.000) sowie bei Krankheiten des Verdauungssystems (+33.000) verzeichnet. Die Anzahl der Aufnahmen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen überstieg im Jahresdurchschnitt des Betrachtungszeitraums um nahezu 19.000 jene der Periode 1999 bis 2001. Rückgänge an stationären Aufnahmen waren bei den Diagnosegruppen Krankheiten des Atmungssystems, bei Stoffwechselerkrankungen sowie bei Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe zu beobachten.

4.4 Ambulante Morbidität

Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Erkrankungen der Bevölkerung, die nicht zu einem stationären Aufenthalt in einer Krankenanstalt führen, stehen zurzeit nach wie vor nur die Ergebnisse aus den Befragungen im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms »Fragen zur Gesundheit« aus dem Jahr 1999 zur Verfügung. Aktuellere Daten werden nach Abschluss der derzeit stattfindenden österreichweiten Befragung, die die Statistik Austria im Auftrag des BMGF durchführt, ab Sommer 2007 verfügbar sein.

Gemäß den Ergebnissen der Befragung aus dem Jahr 1999 schätzen 73,5 Prozent der Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als »sehr gut« oder »gut« ein, 20,4 Prozent als »mittelmäßig« und 6,1 Prozent als »schlecht« oder »sehr schlecht«. Der eigene Gesundheitszustand wird von Frauen (in geringfügigem Ausmaß) schlechter eingeschätzt als von Männern.

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

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

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

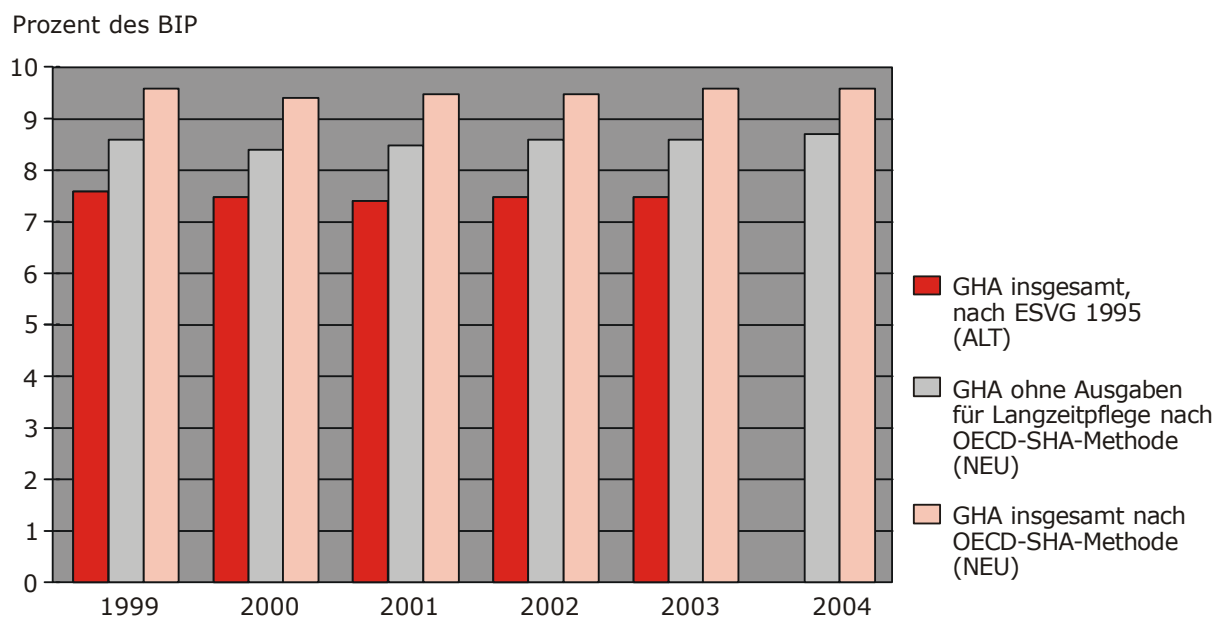
5 Gesundheitsausgaben

5.1 Gesundheitsausgaben gesamt

Die gesamten Ausgaben für Gesundheit beliefen sich in Österreich – nach der Neuberechnung der Statistik Austria (ST.AT) unter Verwendung der OECD-»Systems of Health Account/SHA«-Methode – im Jahr 2004 auf 22,7 Milliarden Euro. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 3,3 Prozent. Die Gesundheitsausgabenquote, d. h. der Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), belief sich somit auf 9,6 Prozent.

Der größte Gegensatz zur früheren Berechnungsmethode (»Europäisches System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung 1995, ESVG 1995«) ist, dass nunmehr Ausgaben für Langzeitpflege in den Gesundheitsausgaben inkludiert sind. Der Anteil der Gesundheitsausgaben ohne Berücksichtigung der Langzeitpflege belief sich im Jahr 2004 auf rund 20,6 Mrd. Euro bzw. 8,7 Prozent des BIP.

Abbildung 5.1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Bezug auf das BIP (alte und neue Berechnungsweise im Vergleich) 1999–2004



BIP = Bruttoinlandsprodukt, ESVG = Europäisches System der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, GHA = Gesundheitsausgaben, OECD = Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, SHA = OECD-»Systems of Health Accounts«-Berechnungsmethode

Quellen: OECD 2005, ST.AT 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 5.1 bietet eine Gegenüberstellung der Anteile der Gesundheitsausgabenquote nach der alten und der neuen Berechnungsweise. Die Änderung der Berechnungsweise erfolgte – wie bereits in Kapitel 5.3. des Gesundheitsberichts 2003 ausführlich erläutert –, um eine internationale Vergleichbarkeit der jeweiligen Gesundheitsausgaben auch weiterhin zu gewährleisten.

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben werden 2004 mit 70,7 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben ausgewiesen, was einem Anstieg von fünf Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

Im Auftrag des Gesundheitsressorts wurden vom ÖBIG zum zweiten Mal nach dem Jahr 1996 die öffentlichen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Abschnitt 7.7) in Österreich für das Jahr 2001 erhoben und im Jahr 2005 publiziert.

Im Vergleich zum Jahr 1996 sind die Ausgaben im Jahr 2001 um fast 31 Prozent gestiegen und betragen 1,027 Milliarden Euro. Dieser Betrag entspricht einer jährlichen Pro-Kopf-Ausgabe für jede in Österreich wohnhafte Person von etwa 127 Euro. Der Anteil der Ausgaben der öffentlichen Körperschaften für Prävention und Gesundheitsförderung an den Gesundheitsausgaben insgesamt belief sich damit auf rund 6,3 Prozent bzw. bezogen auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 9,2 Prozent.

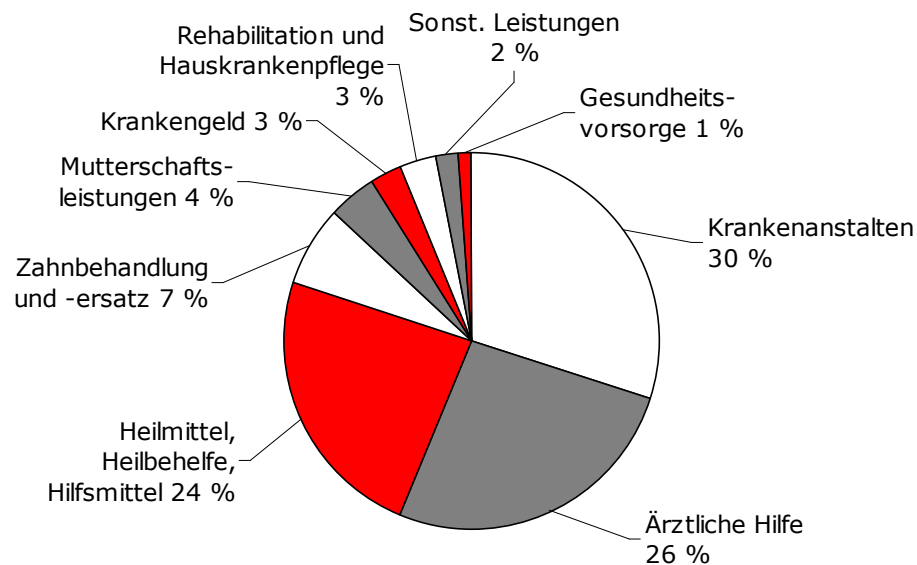
5.2 Ausgaben der Krankenversicherung

Eine im Jahr 2003 erschienene Studie des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung zeigte auf, dass nicht – wie häufig angegeben – rund 99 Prozent der Bevölkerung eine soziale Krankenversicherung aufwiesen, sondern nur 98 Prozent.

Die Ausgaben der Krankenversicherung beliefen sich 2004 auf 11,516 Mrd. Euro, davon entfielen 10,861 Mrd. Euro (94,3 % der Gesamtausgaben) auf Leistungen für Versicherte. Die Aufteilung der Ausgaben nach Art der Leistungen für die Versicherten zeigt Abbildung 5.2 Wie jedes Jahr entfällt der Löwenanteil der Aufwendungen mit dreißig Prozent für Anstaltspflege, gefolgt von Aufwendungen für ärztliche Hilfe.

Tabelle 5.1 veranschaulicht die Entwicklung der einzelnen Ausgabenpositionen. Zwischen 2002 und 2004 stiegen neben den Ausgaben für Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel die Ausgaben für Rehabilitation und Hauskrankenpflege am stärksten an. Einer der Gründe für Letzteres ist, dass durch die 50. ASVG-Novelle Krankenversicherungsträger eine die Unfall- und Pensionsversicherung ergänzende Zuständigkeit im Bereich der medizinischen Rehabilitation erhalten haben.

Der Anstieg bei den Ausgaben für Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel, der nicht zuletzt durch den Anstieg bei Arzneimitteln bedingt war, führte letztlich zu einer grundsätzlichen Änderung des Erstattungssystems durch die Einführung des sogenannten »Boxenmodells« (für Details vgl. Abschnitt 7.12).

Abbildung 5.2: Versicherungsleistungen der Krankenversicherung 2004

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2005; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle 5.1: Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung für Versicherungsleistungen 2001–2004

Versicherungsleistungen	Ausgaben 2002 in Mrd. €	Ausgaben 2004 in Mrd. €	Entwicklung in Prozent 2002–2004
Ärztliche Hilfe	2,65	2,85	7,5 %
Krankengeld	0,36	0,37	3,3 %
Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel	2,42	2,66	9,9 %
Gesundheitsvorsorge	0,08	0,09	7,4 %
Zahnbehandlung u. -ersatz	0,69	0,71	2,8 %
Mutterschaftsleistungen	0,45	0,45	1,3 %
Krankenanstalten	3,03	3,24	7,0 %
Rehabilitation u. Hauskrankenpflege	0,26	0,28	7,8 %
Sonstige Leistungen	0,21	0,21	0,9 %
Gesamt	10,15	10,86	7,1 %

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2004 und 2005; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

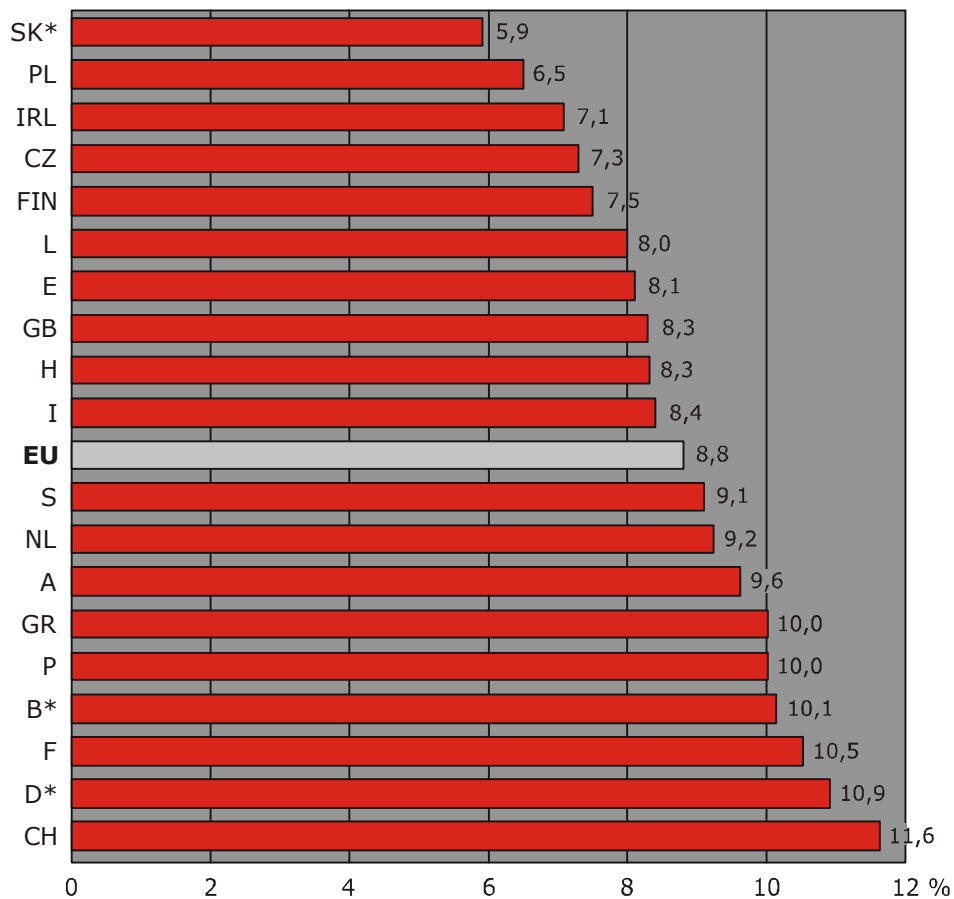
5.3 Präventionsausgaben

Im internationalen Vergleich liegt Österreich mit der Neuberechnung der Gesundheitsausgaben im oberen Drittel der europäischen OECD-Länder (\bar{x} Gesundheitsausgabenquote: 8,8 %), wie die nachstehende Abbildung veranschaulicht. Mit der alten Berech-

nungsweise war Österreich hingegen immer unter dem europäischen Durchschnitt gelegen.

Zu beachten ist, dass es sich bei der Mehrheit der dargestellten Länder um vorläufige Werte handelt.

Abbildung 5.3: Gesundheitsausgaben in Bezug auf das BIP im internationalen Vergleich, 2004



* 2003

Quelle: OECD 2006

6 Rechtliche Grundlagen

6.1 Vorbemerkung

Die drei letzten Gesundheitsberichte beschäftigten sich mit dem Problem der begrifflichen Unschärfe des Ausdruckes »Gesundheitswesen« im allgemeinen Sprachgebrauch und in der Rechtssprache (vgl. BMAGS 1997, Seite 53; BMSG 2000, Seite 54; BMGF 2004a, Seite 56). In diesem Bericht sei darauf sowie auf das grundlegende Judikat des Verfassungsgerichtshofes K II-2/59, VfSlg 3650 verwiesen. Somit wird der Begriff im Sinne des Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG bzw. des zitierten Urteiles – trotz Unschärfen – als gegeben betrachtet, wobei aber dieser Bericht wie bisher aus Zweckmäßigkeitsgründen die Begrifflichkeit gelegentlich erweitert oder einschränkt. (Einschränkt im Wesentlichen auf die entsprechenden Aktivitäten des zuständigen Ministeriums, ausdehnt auf den Bereich der Gesundheitsökonomie, die eine ministeriumsübergreifende Aufgabe des gesamten Staates ist.)

Die Sicherung der Gesundheit ist in Österreich bekanntlich eine öffentliche Aufgabe im Wesentlichen des Bundes bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Durch die Bundesministeriumsgesetz-Novelle 2003 (BGBl I 2003/17) wurde im Berichtszeitraum der Aufgabenbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen in wichtigen Bereichen erweitert oder doch erstmalig ausdrücklich normiert, so im Bereich Kranken- und Unfallversicherung (insbesondere auf den Gebieten der Logistik und der Aufsicht), weiters im Bereich des überregionalen Gesundheitsmanagements sowie bei Angelegenheiten der Unabhängigen Heilmittelkommission.

Daneben haben aber auch andere staatliche Institutionen Kompetenzen im Bereich des Gesundheitswesens (vgl. Gesundheitsberichte 1997, 2000, 2003 a. a. O.), vor allem die Länder und Gemeinden, die Sozialversicherungsträger bzw. andere Ministerien.

Die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur für die universitäre Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner sei hier besonders herausgehoben. Der Bereich erfuhr im Berichtszeitraum eine wesentliche strukturelle Veränderung. Die bisherigen medizinischen Fakultäten der Universitäten Wien, Graz und Innsbruck wurden selbstständige medizinische Universitäten. Dies bewirkte legislative Anpassungen in verschiedenen Bereichen, z. B. bei den Krankenanstalten.

Unter den Landeskompetenzen ist die weitgehende Zuständigkeit für Krankenanstalten (Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung in den meisten Bereichen) hervorzuheben.

Die Länder sind auch – weitgehend – für die unmittelbare staatliche Hilfe bei der gesundheitlichen Vorsorge zuständig, was aber wegen der Einrichtung der staatlichen Pflichtversicherung (Sozialversicherung) nur in Ausnahmefällen zum Tragen kommt.

Universitäre Ausbildung, Spitalswesen, gesetzliche Pensionsversicherung – damit sind die wichtigsten Bereiche benannt, für die nicht das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zuständig ist.

Die Kompetenzverteilung, mehrere Financiers und die gemischte Finanzierung (Sozialversicherungsbeiträge und Steueraufkommen) erzeugen einen Abstimmungsbedarf, der in der Regel durch sogenannte Art-15a-B-VG-Verträge gelöst wird. Art-15a-B-VG-Ver-

träge sind Verträge zwischen Bund und einzelnen oder allen Bundesländern oder von Bundesländern untereinander, also innerstaatliche Staatsverträge nach völkerrechtlichem Vorbild. Der wichtigste Anwendungsbereich betrifft das Krankenanstaltenwesen (siehe Punkt 6.3), ein anderer betrifft die »Patientencharta« (siehe Punkt 6.11).

6.2 Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens

In diesem Bereich geht es in erster Linie um die Dämpfung von Kostensteigerungen, namentlich im intramuralen Bereich, sowie um die Sicherung und den weiteren Ausbau des Gesundheitswesens in qualitativer Hinsicht. Diese Bereiche wurden in den Gesundheitsberichten dargestellt (BMSG 2000, Seite 55 f; BMGF 2004a, Seite 57 ff.).

Aufgrund der Verfassungslage (geteilte Kompetenz im Bereich der Krankenanstalten, Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG; vgl. BMGF 2004a, Seite 57) erfolgt die Umsetzung dieser Ziele durch Art-15a-B-VG-Verträge (vgl. Punkt 6.1).

Im Berichtszeitraum wurden die Voraussetzungen für die Weiterführung der Reformziele über das Jahr 2004 hinaus erarbeitet. (Die Art-15a-B-VG-Verträge dieses Bereiches haben regelmäßig eine Laufzeit von vier Jahren; die vorletzte Vereinbarung BGBl I 2002/60 lief mit 31. Dezember 2004 aus.)

Die nunmehr geltende Vereinbarung trägt den Titel »Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens« und wurde für den Bundesbereich durch das Bundesgesetz BGBl I 2005/73 umgesetzt.

Ziele der Vereinbarung sind:

- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu unterstützen;
- ein verbindliches, der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen und kontinuierlich weiterzuentwickeln;
- die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen zu schaffen;
- eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen zu erreichen und
- das Nahtstellenmanagement zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern.

Die Umsetzung der Ziele dieser Vereinbarung im Bundesrecht wurde im Berichtszeitraum abgeschlossen. Das entsprechende Gesetz »Gesundheitsreformgesetz 2005« wurde noch im Jahre 2004 kundgemacht und trat am 1. 1. 2005 in Kraft.

Soweit die Bestimmungen zur Umsetzung der Art-15a-B-VG-Vereinbarung das Krankenanstaltenwesen betreffen, sind sie unter Punkt 6.3 dargestellt, die Dokumentation im Gesundheitswesen betreffend unter Punkt 6.4.

Weiterer Umsetzungsbedarf bestand in den Bereichen Gesundheitsqualität und Gesundheitstelematik. Diese Bereiche wurden in eigenen Gesetzen – »Gesundheitsqualitätsgesetz« und »Gesundheitstelematikgesetz« – im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes (eines Sammelgesetzes) umgesetzt.

Zum Gesundheitsqualitätsgesetz

Naturgemäß ist auch das Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nicht neu. Namentlich seit Beginn der 1990er Jahre werden bundesweit Qualitätsprojekte durchgeführt. Etwa fünfzig Bundesnormen enthalten qualitätsrelevante Bestimmungen, die sich unter anderem auf Dokumentationspflichten, die Qualität von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die Qualität der Ausbildung und Ausübung der Gesundheitsberufe, Patientenrechte oder die Qualitätsarbeit im Krankenanstaltenbereich beziehen.

Viele Projekte der Qualitätssicherung erfolgten in früheren Jahren anlassbezogen (z. B. Optimierung des Antibiotikaeinsatzes, Qualitätssicherung von Blutkomponenten, Hygienefragen, Nahtstellenmanagement usw.).

Durch das Gesetz sollen nunmehr Qualitätsthemen strukturiert weiterentwickelt sowie durch eine rechtliche Klammer ein gesamtstrategisches Vorgehen ermöglicht werden (so z. B., indem bisher freiwillige Mitwirkungen bei Qualitätsaktivitäten verpflichtend werden).

Das Gesetz umschreibt Qualitätsstandards bzw. die Qualitätsarbeit, bestimmt die Berichterstattung und das Kontrollwesen und sorgt für entsprechende Fördermaßnahmen.

Ebenso sieht es ein Bundesinstitut für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen vor.

Zum Gesundheitstelematikgesetz

Dieses Gesetz trägt der Tatsache Rechnung, dass Informations- und Kommunikationstechnologien alle Lebensbereiche, und damit auch das Gesundheitswesen, immer stärker beeinflussen (Informationsgesellschaft). Den großen dadurch zukommenden Bereicherungen des Alltags stehen Gefahren gegenüber, die durch dieses Gesetz weitgehend ausgeschaltet werden sollen. Es geht also bei diesem Gesetz um eine Optimierung der Datensicherheit beim Transport von Gesundheitsdaten. Datensicherheit meint hier die Sicherung der Vertraulichkeit dieser Daten ebenso wie die Sicherheit vor Verfälschung sowie die Nachvollziehbarkeit von Datentransfer.

In der Berichtsperiode – dies sei an dieser Stelle erwähnt – wurden auch entscheidende Vorarbeiten zur Einführung der e-card im Gesundheitswesen geleistet. Damit entfällt nun die Krankenscheinvorlage bei Arztbesuchen, eine wesentliche Erleichterung für praktisch jeden Einwohner Österreichs. Schon mit Beginn des Jahres 2005 begann ein erster Probelauf durch die Verordnung BGBl II 2005/63 im Nordburgenland.

6.3 Krankenanstaltenwesen

Aufgrund relativ tiefgreifender Veränderungen dieses Rechtsbereiches durch Novellen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) wurde diese Thematik im BMGF 2004a, Seite 58 ff., ausführlicher behandelt.

In dieser Berichtsperiode gab es ebenfalls verschiedene Veränderungen.

Erwähnt sei zunächst die Novelle BGBl I 2002/65. Im Zuge der Aufhebung des Bundesgesetzes über natürliche Heilvorkommen und Kurorte wurden die weiterhin erforderlichen Regelungen in das Krankenanstaltenrecht übernommen und dem Gesetz eine neue Bezeichnung – KAKuG – gegeben.

Im Zuge von Maßnahmen der Verwaltungsreform wurden Zuständigkeiten des Ministeriumsereiches an den Landeshauptmann bzw. die Bezirksverwaltungsbehörden übertragen.

Durch das Bundesgesetz BGBl I 2002/90 wurden folgende Reformvorhaben umgesetzt:

- Den Ethikkommissionen soll zwingend ein Vertreter der organisierten Behinderten angehören.
- Leistung des Spitalkostenbeitrages auch von Patientinnen und Patienten der Sonderklasse.
- Schaffung von Arzneimittelkommissionen durch die Spitalerhalter, um eine zweckmäßige und ökonomische Verschreibweise von Arzneimitteln an Krankenanstalten zu erreichen.
- Gleichstellung von Angehörigen anderer EWR-Staaten mit nicht sozialversicherten Österreichern hinsichtlich der Entrichtung von Spitalsgebühren, das heißt Verrechnung der amtlich festgelegten Pflegegebühren statt Bezahlung der Vollkosten.

Eine weitere Gesetzesänderung wurde durch das Auslaufen der Art-15a-B-VG-Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung BGBl I 2002/60 mit 31. Dezember 2004 erforderlich (vgl. BMGF 2004a, Seite 58). Diese Novelle, mit der das KAKuG der neuen Art-15a-B-VG-Vereinbarung BGBl I 2005/73 angepasst wurde, wurde in das Gesundheitsreformgesetz 2005 (siehe Punkt 6.2) integriert.

Folgende Bereiche des Krankenanstaltenrechtes sind von der neuen Vereinbarung betroffen und waren daher entsprechend zu ändern:

- Sicherstellung einer verbindlichen österreichweiten Leistungsangebotsplanung, Definition der Grundsätze und der Ziele sowie Verpflichtung der Länder zur Erlassung von Landeskrankenanstaltenplänen, die sich im Rahmen des österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) bzw. des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befinden, durch Verordnung;
- Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung;
- Einrichtung von Landesgesundheitsfonds;
- Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesgesundheitsfonds die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen;
- Schaffung der Möglichkeit, dass die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, auch von den Landesgesundheitsfonds wahrgenommen werden kann;

- Schaffung der Möglichkeit, die Deckung des Betriebsabganges über die Landesgesundheitsfonds durchzuführen;
- Errichtung der Bundesgesundheitsagentur;
- Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes.

Eine leistungsorientierte Abrechnung der Kosten ist auch bei privaten Krankenanstalten erforderlich, soweit diese Leistungen sozialversicherungsrechtlich abrechenbar sind. Ein entsprechendes Gesetz für den Zeitraum 2002–2004 wurde daher erlassen (Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds-Gesetz – PRIKRAF-G., BGBl I 2002/42). Durch dieses Gesetz wurde ein eigener Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit, dotiert mit 72.672.834 Euro = 1 Milliarde Schilling, eingerichtet. Statt einer Verlängerung wurde im September 2004 ein neuer – verbesserter – Entwurf zur Begutachtung ausgesendet und mit BGBl I 2004/165 in Kraft gesetzt.

Seit 2005 ist auch hinsichtlich des von der Sozialversicherung an den PRIKRAF zu leistenden Betrages – analog wie im Bereich der Gesundheitsfonds – eine Valorisierung entsprechend der Beitragseinnahmesteigerungen der Sozialversicherung vorgesehen.

Als wichtigste Punkte der KAKuG-Novelle 2005 seien erwähnt:

- Anstaltsambulatorien (§ 26 KAKuG) können nun auch anderen Spitalsträgern, Gruppenpraxen und ähnlichen Institutionen übertragen werden.
- Die bisherigen Landesfonds werden von »Landesgesundheitsfonds« abgelöst.
- An die Stelle des Strukturfonds tritt eine Bundesgesundheitsagentur.
- Die Krankenanstaltenträger werden in bestimmten Fällen verpflichtet, die chefärztliche Genehmigung von Medikamenten für zu entlassende Patienten einzuholen.

Durch Änderungen im Bereich des Sozialversicherungsrechtes wird eine Mitwirkungspflicht der Sozialversicherung bei der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens normiert.

6.4 Dokumentation im Gesundheitswesen

Auf die Darstellung dieses Bereiches in den Gesundheitsberichten BMSG 2000, Seite 57, und BMGF 2004a, Seite 60 f., sei verwiesen.

Im Berichtszeitrum wurde das Gesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (DoKuG, BGBl 1996/745) im Jahr 2003 (Geltung ab 2004) geändert. Die Novelle verpflichtet nunmehr auch Fonds-Krankenanstalten zur Berichterstattung über die Erfassung von Diagnosen nach ICD-Standards an den Landeshauptmann.

Eine weitere Änderung dieses Gesetzes, wobei lediglich Begriffe an neue Bezeichnungen angepasst wurden, erfolgte im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2005.

Die Novelle des DoKuG und sämtlicher dazu ergangener Verordnungen im Jahr 2003 diente der Umsetzung des Art. 23 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl I 2002/60. In diesem Artikel war festgelegt, dass die Arbeiten zur Aktualisierung und Weiterentwicklung der bundesweit einheitlich geregelten Krankenanstalten-Kostenrechnung einvernehmlich mit dem Ziel fortzusetzen sind, ein geändertes Informations- und Berichtssystem für die Krankenanstalten nach Beschlussfassung durch die Strukturkommission in den Krankenanstalten mit Wirksamkeit 1. Jänner 2004 verpflichtend umzusetzen.

Dementsprechend sah die angesprochene Novelle zur Vereinheitlichung des Berichtswesens, zur rascheren Verfügbarmachung von geprüften Ergebnissen und zur Vermeidung aufwendiger Korrekturprozesse auf allen Ebenen Folgendes vor:

- Abstimmung der Berichtszeitpunkte der diversen Jahresmeldungen (Diagnosen- und Leistungsbericht, Krankenanstalten-Statistik, Krankenanstalten-Kostenrechnung),
- Festlegung eines gemeinsamen Berichtsweges über den Landeshauptmann und
- verpflichtende Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität.

Gleichzeitig wurde die Krankenanstalten-Kostenrechnung im Rahmen eines umfangreichen Projekts des Strukturfonds aktualisiert und weiterentwickelt.

6.5 Ärztegesetz 1998

Diese rechtliche Grundlage zur Ausübung des Arztberufes wurde im Gesundheitsbericht BMSG 2000, Seite 57 ff., dargestellt. Grund dafür war die damals aktuelle legislative Neugestaltung dieses Bereiches. Das Gesetz wurde mittlerweile mehrfach novelliert. Maßgebliche Änderungen durch die zweite Ärztegesetznovelle BGBl I 2001/110 wurden im Gesundheitsbericht BMGF 2004a, Seite 61 ff., dargestellt.

Auch in der Berichtsperiode gab es maßgebliche Modifikationen dieses Rechtsbereiches durch verschiedene Novellen.

Zu nennen ist hier zunächst die Novelle BGBl I 2002/65 – 4. Ärztegesetznovelle. Sie dient der Umsetzung der auch an anderen Stellen dieses Berichtes erwähnten Verwaltungsreform. Ziele dieser Reform sind Verwaltungsvereinfachungen und Dezentralisierungen vor allem auch zur Konsolidierung des Staatshaushaltes.

Im hier angesprochenen Zusammenhang bedeutet dies die Übertragung verschiedener Agenden aus dem Bereich der allgemeinen Verwaltung in die Zuständigkeit der Österreichischen Ärztekammer.

So ist nunmehr die Österreichische Ärztekammer in erster Instanz zuständig für die Erteilung von Bewilligungen zur selbstständigen Berufsausübung nach den Paragraphen 32, 33 und 35 ÄrzteG 1998 an im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte. Der Rechtszug geht dabei an den Unabhängigen Verwaltungssenat.

Ebenso fällt die Anerkennung von Ausbildungsstätten zur Ausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin, zur Fachärztin bzw. zum Facharzt oder zur Ausbildung in bestimmten Teilbereichen in die Zuständigkeit der Österreichischen Ärztekammer (übertragener Wirkungsbereich). Durch den Wegfall verschiedener Verwaltungsschritte wird auch hier eine Vereinfachung, Beschleunigung und Kostensenkung der Verfahren erreicht.

Die Novelle BGBl I 2002/91 – 5. Ärztegesetznovelle bringt die Umsetzung des Ergebnisses eines Vertragsverletzungsverfahrens betreffend EU-Gemeinschaftsrecht. Es geht dabei um Fragen der Anerkennung ausländischer Ausbildungserfordernisse bei ausländischen Zahnärztinnen und -ärzten in Österreich.

Die Novelle BGBl I 2004/179 – 6. Ärztegesetznovelle regelt die durch die EU-Erweiterung erforderlich gewordene Ausweitung der Freizügigkeit bei der ärztlichen Niederlassung auf Ärztinnen und Ärzte aus den neuen Mitgliedsländern.

Andere Bestimmungen dieser Novelle betreffen Fragen der Berufsausübung und Kompetenzen der Österreichischen Ärztekammer (Ausbildungskommission).

6.6 Legistische Änderungen bei anderen Gesundheitsberufen

6.6.1 Sanitätergesetz

Mit dem Bundesgesetz BGBl I 2002/30 Art I über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf von Sanitäterinnen/Sanitätern wurde dieser Bereich neu geregelt.

Das Rettungs- und Krankentransportwesen hat sich in den letzten Jahren weitgehend verändert. So machte die Notfall- und Katastrophenmedizin deutliche Fortschritte. Entscheidende Maßnahmen der Lebenserhaltung sind heute in den entsprechend ausgerüsteten Fahrzeugen der Rettungsdienste möglich und somit erwartbar. Es liegt auf der Hand, dass dies maßgeblichen Einfluss auf die Qualifikationserfordernisse des eingesetzten Personals hat. So muss heute das nichtärztliche Personal in der Lage sein, bei notärztlichen Maßnahmen zu assistieren und gegebenenfalls lebensrettende Interventionen selbstständig durchzuführen. Auch die Organisation der Transportsysteme wie Einsatztaktik und dergleichen wird naturgemäß von den aktuellen technischen Möglichkeiten bestimmt.

Die früher geltenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste BGBl 1961/102 (Krankenpflegegesetz) i. d. F. BGBl I 1997/108 Art I wurden daher den heutigen Anforderungen nicht mehr gerecht.

Dabei wurde jedoch ein wichtiges Element vieler dezentraler Verwaltungsleistungen in Österreich beibehalten, das sich schon aus der alpinen Geographie mit seiner kleinteiligen Siedlungsstruktur bzw. durch Streulagen ergibt, nämlich das Prinzip der Ehrenamtlichkeit (vgl. hierzu die Resolution der Vereinten Nationen bei ihrer 52. Generalversammlung 1997, wonach das 21. Jahrhundert mit dem beginnenden Jahr 2001 zum »Internationalen Jahr der Freiwilligen« proklamiert wurde).

Aus praktischen Gründen (raschere Umsetzung, gesetzestechnische Vereinfachungen) wurde auf eine Novellierung des bisherigen Rechtsbestandes verzichtet und die Materie in einem eigenen Gesetz neu geregelt.

Dabei wurde insbesondere darauf geachtet, dass – im Sinne des schon genannten Prinzips der teilweisen Ehrenamtlichkeit – die Ausbildung für diese ehrenamtlich tätige Personengruppe zugänglich und zumutbar ist.

Folgende Schwerpunkte der Reformen sind hervorzuheben:

- Schaffung eines eigenständigen Gesetzes für Sanitäterinnen/Sanitäter,
- Schaffung von Berufs- bzw. Tätigkeitsbild der Sanitäterin/des Sanitäters,
- Festlegung von Tätigkeitsbereichen der Rettungssanitäterin/des Rettungssanitäters, der Notfallsanitäterin/des Notfallsanitäters und von Notfallkompetenzen,
- Festlegung der Berufs- bzw. Tätigkeitsberechtigung,
- Festlegung von Berufs- bzw. Tätigkeitsrechten und -pflichten,
- Schaffung neuer Berufs- bzw. Tätigkeitsbezeichnungen,
- Schaffung eines aufbauenden Ausbildungssystems (Modulsystem),
- Festlegung der Ausbildungsbedingungen (Aufnahme, Ausbildungsablauf, Ausschluss, Anrechnungen, Prüfungen),
- Schaffung von Nostrifikations- und EWR-Bestimmungen,
- umfangreiche Übergangsbestimmungen zur Sicherung der Versorgung im Sanitätswesen.

Die Neuregelung – das sei abschließend erwähnt – greift nicht in die Länderkompetenz Rettungswesen ein, da sie nur die Ausbildung, nicht andere Strukturelemente des Rettungswesens betrifft.

6.6.2 Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz

Mit dem Bundesgesetz über die Berufe und die Ausbildungen zum medizinischen Masseur und zum Heilmasseur (Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, Art I des Bundesgesetzes BGBl I 2002/169) wurde dieser Bereich neu geregelt.

Die Gründe der Neuregelung weisen eine Analogie zu Punkt 6.6.1 auf: Auch hier legten neuere Entwicklungen, neue berufliche Anforderungen eine Neuordnung der Ausbildung nahe. So sollten anerkannte Spezialmassagen wie Lymphdrainage, Bindegewebsmassage und Akupunkturmassage von der Ausbildung umfasst werden. Diese Erweiterung des Tätigkeitspektrums erforderte eine Verlängerung der Ausbildung.

Durch die Reform wurden infolge einer wechselseitigen Anerkennung von Ausbildungen oder doch von Teilen derselben Tätigkeiten innerhalb der jeweiligen Gruppe von Gesundheitsberufen durchlässiger gestaltet. Es betrifft dies die Gesundheitsberufe medizinischer Masseur/medizinische Masseurin, Heilmasseur/Heilmasseurin sowie gewerblich tätige Masseure/Masseurinnen.

Zusammenfassend sollen folgende Schwerpunkte der Neuregelung hervorgehoben werden:

- Schaffung eines eigenständigen Gesetzes für medizinische Masseur/medizinische Masseurinnen und Heilmasseur/Heilmasseurinnen,
- Festlegung von allgemeinen Berufsrechten und Berufspflichten,
- Festlegung der Berufsbezeichnungen,
- Erweiterung der Tätigkeitsbereiche und detaillierte Umschreibung der jeweiligen Berufsbilder,
- Schaffung von Spezialqualifikationen,
- umfassende Regelungen über die Berufsberechtigung und die Berufsausübung,
- Schaffung eines neuen Ausbildungssystems,
- Festlegung der Ausbildungsbedingungen (Zugang, Ausschluss, Anrechnungen, Prüfungen),
- Neufassung der Nostrifikationsbestimmungen,
- Ergänzung der EWR-Bestimmungen,
- Harmonisierung der gewerberechtlichen und gesundheitsrechtlichen Bestimmungen.

6.6.3 Hebammen

1994 wurde eine Gesamtreform des Hebammenwesens durchgeführt (Hebammengesetz BGBl 1994/310), wobei insbesondere auf eine Anhebung des Ausbildungsniveaus geachtet wurde. Wie bei anderen Berufsgruppen ergab sich in der Folge ein Anpassungsbedarf an das EU-Recht (vor allem hinsichtlich der Freizügigkeit der Berufsausübung). Zuständigkeiten bei der Gesetzesvollziehung wurden in Richtung der beruflichen Interessenvertretung – Stichwort: Verwaltungsreform – verlagert (BGBl I 2002/65); dies in Analogie zu entsprechenden Änderungen bei Ärztinnen/Ärzten, Dentistinnen/Dentisten und Apothekerinnen/Apothekern.

Durch die Novelle BGBl I 2002/92 wurden unter anderem Rechte der Hebammen bei der Verschreibung von Arzneimitteln erweitert.

Bezüglich der Möglichkeit eines Fachhochschulstudiums für Hebammen siehe Punkt 6.6.5.

6.6.4 Krankenpflege

Eine Novelle zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG-Novelle 2002 BGBl I 2002/65) bringt Freizügigkeitsregelungen analog zu anderen Gesundheitsberufen für Staatsangehörige der EU-Staaten und der Schweiz.

Analog zu den Möglichkeiten der Sanitäter/innen (Punkt 6.6.1) wurden auch die Möglichkeiten von lebensrettenden Sofortmaßnahmen für diplomiertes Krankenpflegepersonal erweitert.

Die Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung schafft ein Angebot für die Weiterbildung in diesem Bereich.

6.6.5 Medizinisch-technische Dienste

Durch eine Änderung des MTD-Gesetzes und des Hebammengesetzes (Entwurf im Oktober 2004 ausgesendet) wird die Möglichkeit von Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengängen für gehobene medizinisch-technische Dienste und Hebammen in Aussicht genommen.

6.7 Rechtliche Fragen des Transplantationswesens

Ausführungen zu diesem Thema finden sich im BMGF 2004a, Seite 64 f.

Das im Dezember 2004 erlassene und in der Berichtsperiode gestaltete Gesundheitsreformgesetz 2005 BGBl I 2004/179 (vgl. Punkte 6.2, 6.3., 6.4 und 6.5) nimmt auch auf das Transplantationswesen Bezug. Demnach sind gemäß § 59 Abs 6 Z 2 leg. cit. Mittel von 2,9 Millionen Euro jährlich für das Transplantationswesen vorgesehen. Die Verwendung der Mittel wird in § 59d Abs 3 spezifiziert. Demnach sind im Bereich der Spende von soliden Organen die Mittel für folgende Maßnahmen zu verwenden:

- zweckgewidmete pauschalierte Förderung an die spendenbetreuende Krankenanstalt bzw. die betreffende Abteilung;
- Einrichtung und Administration »Regionaler Transplantationsreferentinnen/referenten« bzw. regionaler Förderprogramme mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensiveinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen;
- zweckgewidmete pauschalierte Förderung für den Einsatz von Transplantationskoordinatorinnen/-koordinatoren in den Transplantationszentren;
- Förderung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams sowie geeigneter Maßnahmen im Bereich bundesweiter Vorhaltung der Hirntoddiagnostik, die dem jeweiligen Stand entspricht;
- Förderung der Transporte, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen;
- Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant, Bereich Organspende.

Im Bereich des Stammzellwesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:

- Förderung der HLA-Typisierung. Die Zahl der jährlich zu fördernden HLA-Typisierungen sowie deren Aufteilung auf die geeigneten Leistungserbringer sind jährlich im Voraus auf Expertenvorschlag vom Transplantationsbeirat des ÖBIG (Bereich Stammzellspende) festzulegen;
- Förderung der Suche und Betreuung von Stammzellspendern;
- Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant (Bereich Stammzellspende).

Der Förderungsgeber kann auf Vorschlag des im ÖBIG eingerichteten Transplantationsbeirates für den jeweiligen Bereich beschließen, die Mittel auch für andere als die oben genannten Maßnahmen einzusetzen.

Die Abrechnung der Förderungsmittel hat jeweils bis zum 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

In der Bundesgesundheitskommission werden Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens erlassen.

Der jährlich erfolgte Mitteleinsatz ist in einer Jahresabrechnung zu dokumentieren und hinsichtlich der Effizienz zu evaluieren.

Im Rahmen eines Sammelgesetzes wurde die Dokumentation von Widersprüchen bei Organentnahmen ausdrücklich als Aufgabe des ÖBIG festgelegt. De facto nimmt das ÖBIG diese Aufgabe schon länger wahr.

6.8 In-vitro-Fertilisation

Im Berichtszeitraum wurde das Fortpflanzungsmedizingesetz BGBl 1992/275 in wesentlichen Bereichen novelliert, und zwar durch das Bundesgesetz BGBl I 2004/163 (Fortpflanzungsmedizingesetz-Novelle 2004). Das Fortpflanzungsmedizingesetz schaffte seinerzeit die wesentlichen rechtlichen Voraussetzungen zur Anwendung der Techniken zur In-vitro-Fertilisation. Im Überschneidungsbereich zivil-, straf- und medizinrechtlich zu klärender Fragen war und ist eine Zusammenarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen mit dem Justizministerium erforderlich. Wichtige, hier relevante Gesichtspunkte dieser Regelung sind die Einschränkung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung auf aufrechte Ehen oder Lebensgemeinschaften, weiters die subsidiäre Anwendung dieser Techniken – das heißt, nur wenn es hierzu keine Alternativen gibt – und schließlich ein Verbot sogenannter »Eizellenspender« respektive des Ausschlusses sogenannter Leihmutterchaften.

Im Interesse der Einschränkung auf Ehen oder eheähnliche Lebensgemeinschaften sollen auch medizinisch unterstützte Fortpflanzungen über den Tod des Ehemannes oder Lebensgefährten hinaus verhindert werden (Vermeidung von Generationssprüngen).

Aus diesem Grund durften Samen und Eizellen (Gameten), die für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen, früher nur ein Jahr aufbewahrt werden. Diese Regelung hat sich in verschiedenen Fällen als nicht problemgerecht erwiesen. Durch die Novelle soll auch bei Karzinompatienten und -patientinnen, bei denen der Verlust der Zeugungs- bzw. Gebärfähigkeit zu befürchten ist, ein späterer Kinderwunsch ermöglicht werden. Dies ist unter Umständen nur durch eine längere Aufbewahrung von Samen, entwicklungsfähigen Zellen sowie Hoden- und Eierstockgewebe möglich. Auch bei Patienten mit anderen Leiden (z. B. Infektionskrankheiten) kann sich die Notwendigkeit einer längeren Aufbewahrung ergeben. Schließlich soll es durch die Novelle auch möglich sein, eingelagertes Gewebe bei einem Wechsel des Vertrauensarztes weiterzugeben.

Die Neuregelung wird auch durch den medizinischen Fortschritt bei der Konservierung (Kryokonservierung) erleichtert. Insgesamt ist der gesamte hier angesprochene Bereich von einem raschen medizinischen Fortschritt ebenso gekennzeichnet wie durch einen entsprechenden Wandel der gesellschaftlichen Beurteilung, weshalb auch in Zukunft Gesetzesänderungen erwartbar sind. Die Zulässigkeit der Eispende, ein ausdrückliches Klonverbot und andere Fragen werden in Expertengesprächen und entsprechenden Veranstaltungen laufend diskutiert.

Durch die Novelle des In-vitro-Fertilisations-Fondsgesetzes (IVF-Fonds-Gesetznovelle 2004) wurde das ÖBIG ausdrücklich mit der Führung des In-vitro-Fertilisationsregisters betraut. Mit diesem Gesetz wurden auch der Kreis der Begünstigten erweitert und neue Diagnosen erfasst.

6.9 Arzneimittel, Apotheken

6.9.1 Arzneimittel

Im entsprechenden Sachkapitel (7.12) werden im Wesentlichen Fragen von Arzneimittelkosten behandelt. Eine ergänzende Darstellung anderer Aspekte des Arzneimittelrechts betrifft z. B. das Problem Doping. Rechtliche Grundlage dazu ist eine umfassende Novelle des Arzneimittelgesetzes durch das Bundesgesetz BGBl I 2002/33.

Der Ausschussbericht 934/XXI. Gesetzgebungsperiode führt dazu unter anderem sinngemäß aus:

Arzneimittel, vor allem anabole Steroide und Wachstumshormone, werden zu ärztlich nicht indizierten Zwecken, eben als Doping, im Sinne der Anti-Doping-Konvention des Europarates im Freizeit- und Jugendbereich, Sport- und sportnahen Bereich (Fitness- und Bodybuilding-Studios) eingesetzt.

Dopingmittel werden keineswegs nur im Spitzensport verwendet und sind auch keine gesellschaftliche Randerscheinung. In Deutschland wird die Zahl der Anwender von Dopingmitteln im Bodybuilding-Bereich auf 100.000 geschätzt. Ähnliches wird für Großbritannien angenommen. In den Vereinigten Staaten geht man davon aus, dass sechs bis elf Prozent der Jugendlichen Dopingmittel verwenden.

Die Neuregelung setzt die von Österreich unterzeichnete Anti-Doping-Konvention des Europarates innerstaatlich um und entspricht auch den Intentionen des IOC (Schlussklärung der 1. Weltkonferenz in Lausanne vom 1. bis 4. Februar 1999).

Die Materie ist im durch diese Novelle eingefügten § 5a Arzneimittelgesetz geregelt. Diese Gesetzesstelle verbietet es, Dopingmittel in Verkehr zu bringen oder anzuwenden. Gemäß § 84a leg. cit. kann die Tat – bei erschwerenden Umständen – mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren geahndet werden. Analog zu bestrafen ist die ärztliche Verschreibung von Arzneimitteln zu Dopingzwecken (§ 2a Rezeptpflichtgesetz, BGBl 1972/413 i. d. dzt. F., eingefügt durch die Novelle BGBl I 2002/33).

Ein besonderes Problem – wegen ständiger Neuentwicklungen in diesem Bereich – ist die Definition oder Umschreibung von Dopingmitteln. Der § 5a leg. cit. enthält daher in seinem dritten Absatz eine entsprechende Verordnungsermächtigung.

Die Problematik fand bekanntlich im Zusammenhang mit den Olympischen Winterspielen 2006 breite mediale Aufmerksamkeit, was zu weiteren gesetzgeberischen Initiativen führte.

Ein weiterer Schwerpunkt der Novelle BGBl I 2002/33 betrifft Fragen des Wettbewerbs bzw. der Umsetzung entsprechend wettbewerbsfreundlichen EU-Rechtes, konkret die Richtlinie RL 98/27/EG vom 19. Mai 1998 (ABl Nr L166 vom 11. Juni 1998). Es geht dabei um die Möglichkeit von Importen von Arzneimitteln, wobei eine Monopolstellung eines einzigen Importeurs für bestimmte Arzneimittel verhindert werden soll (Zulässigkeit sogenannter Parallelimporte aus Ländern des europäischen Wirtschaftsraumes).

Erwähnt sei auch die Novelle BGBl I 2003/12. Gemäß diesen Regelungen besteht die Möglichkeit der Verwendung nicht zugelassener Arzneimittel in besonderen Ausnahmefällen. Diese Ausnahmeregelungen berücksichtigen – so der Ausschussbericht AB 15/XXII. GP – die Erfahrungen der Anschläge in New York vom 11. September 2001, die ja zuvor in dieser Größenordnung mehr oder weniger für ausgeschlossen erachtet worden waren.

Somit ist nach derzeitiger Gesetzeslage die Verwendung nicht zugelassener Arzneimittel in folgenden Fällen möglich:

- medizinische Behandlung im Zusammenhang mit internationalen Einsätzen nach dem Bundesverfassungsgesetz über die Kooperation und Entsendung von Einheiten und Einzelpersonen im Ausland;
- medizinische Behandlung im Zusammenhang mit einer von einer Katastrophe, einer terroristischen Bedrohung oder kriegerischen Auseinandersetzung ausgehenden Gefahrensituation;
- Aufrechterhaltung der Arzneimittelversorgung im Inland infolge einer Katastrophe oder infolge einer internationalen Krise.

Die Voraussetzungen des § 3 AMG über die relative Unbedenklichkeit des Arzneimittels müssen auch bei Anwendung nicht zugelassener Medikamente vorliegen. Der Anwender hat diese Voraussetzung selbst zu beurteilen.

In der AMG-Novelle BGBl I 2004/35 sind umfangreiche Bestimmungen betr. die klinische Prüfung von Arzneimitteln neu formuliert worden.

BGBl I 2004/168 enthält eine Novelle des Blutsicherheitsgesetzes und eine AMG-Novelle, die neue Bestimmungen für die Hämovigilanz festlegt.

6.9.2 Apotheken

Eine Novelle zum Apothekengesetz, BGBl I 2004/5, regelt unter anderem den Zugang zur selbstständigen und unselbstständigen Berufsausübung zwischen der EU bzw. ihren Mitgliedstaaten sowie der Schweiz.

6.10 Medizinprodukte

Dieses Thema wurde in den Gesundheitsberichten BMSG 2000, Seite 63 ff., sowie BMGF 2004a, Seite 67, behandelt.

Der Begriff Medizinprodukte ist relativ jung, dementsprechend auch die Regelungen dieses Bereiches, bei dem es insbesondere auch um die Umsetzung entsprechender Vorgaben der Zulassung durch die EU ging. Das Zulassungssystem der EU dient der Qualitätssicherung. Zu diesem Zweck sind Kriterien und Regeln festzulegen, nach denen Medizinprodukte bestimmten Klassen zuzuordnen sind. Desgleichen sind eben diese Klassen – nach Maßgabe der Risiken der Produkte – festzulegen. § 25 Medizinproduktegesetz enthält eine diesbezügliche Verordnungsermächtigung.

Mit Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Klassifizierung von Medizinprodukten, BGBl II 2004/56, wurde im Berichtszeitraum diese Materie EU-konform neu geregelt, die bisher geltenden Bestimmungen sind außer Kraft getreten.

Kriterien für drei Risikobereiche (Klassen I, II und III) wurden festgelegt und einzelne Produkte diesen Klassen zugeordnet. Medizinprodukte mit Derivaten aus menschlichem Blut oder Brustimplantate wurden z. B. der Klasse III (höchstes Risiko) zugeordnet.

Weitere Verordnungen aus dem Berichtszeitraum Medizinprodukte betreffend seien hier ergänzend angeführt:

- Magnetfeldtherapiegeräteverordnung – MFTGV, BGBl II 2003/343,
- Konformitätsbewertung von Medizinprodukten, BGBl II 2004/57 (hier geht es ergänzend zur oben dargestellten Verordnung um die Umsetzung von EU-Richtlinien, z. B. von In-vitro-Diagnostika).

6.11 Patientenrechte

Das Thema Patientenrechte war auch Gegenstand früherer Gesundheitsberichte. Ausführlicher wurde das Thema im Gesundheitsbericht BMGSK 1994, Seite 151 ff., aufgrund der damals besonders aktuellen legislativen Diskussion und aufgrund von Maßnahmen vor allem im Bereich Mentalpatientinnen und -patienten, ebenso auch im Gesundheitsbericht BMSG 2000, Seite 65 f., sowie im Gesundheitsbericht BMGF 2004a, Seite 67 f., dargestellt.

Aufgrund der in diesem Bereich unklaren bzw. zersplitterten Verfassungslage (Fragen der Zuständigkeit) war eine Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte nach Art 15a B-VG ein Desiderat der Rechtspolitik (vgl. BMSG 2000, Seite 65).

Mittlerweile haben die meisten Bundesländer – einige während der Berichtsperiode – entsprechende Vereinbarungen mit dem Bund abgeschlossen (Burgenland, Sicherung der Patientenrechte LGBl 2001/21; Kärnten, Patientencharta LGBl 1999/49 – sozusagen der Pionier; siehe BMSG 2000, Seite 65; Niederösterreich, Patientencharta LGBl 0820-0; Oberösterreich, Patientencharta LGBl 2001/89; Steiermark, Patientencharta LGBl 2002/101; Tirol, Patientencharta LGBl 2003/90; Vorarlberg, LGBl 2003/80). Die entsprechenden

Fundstellen im Bundesgesetzblatt lauten in der obigen Reihenfolge: BGBl I 2001/89; 1999/195; 2002/36; 2001/116; 2002/153; 2003/88; 2003/127.

Diese Vereinbarungen fassen im Wesentlichen an sich unbestrittene und auch anderweitig normierte Patientenrechte zusammen; aufgrund ihrer Übersichtlichkeit und Klarheit sind sie aber zweifelsfrei sinnvoll. Zudem bringen sie aber auch innovative Bestimmungen, z. B. betreffend die Rechte der Kinder, wie etwa das Recht auf »rooming-in«.

Die Bestimmungen, Kinder und Jugendliche betreffend, bringen auch Klarheit in bisher umstrittenen Bereichen.

Bei der Frage einer Entschädigung in Härtefällen, wo sich die Politik zugunsten einer föderalistischen Regelung entschieden hat, haben die Länder teilweise entsprechende Einrichtungen geschaffen. Diese Patientenentschädigungsfonds wurden teilweise durch eigene Gesetze eingerichtet (z. B. Tirol Patientenentschädigungsfonds-Gesetz, LGBl 2001/71 i. d. F. LGBl 2005/39).

Basis solcher Entschädigungen ist ein Kostenbeitrag von derzeit 0,73 Euro pro Patientin/Patient und Verpflegstag in Fonds-Krankenanstalten. Dieser Beitrag dient zur Entschädigung bei Schäden, die durch die Behandlung in Fonds-Krankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist (Novelle zum KAKuG, BGBl I 2002/90; siehe auch BMGF 2004a, Seite 68). Der Bereich ist leider ziemlich uneinheitlich geregelt, was aus Platzgründen hier nicht erläutert werden kann; Näheres hierzu bei Aigner, G. (2003).

Eine österreichweite Sammlung und Auswertung solcher Entschädigungsfälle nach ausländischem, etwa schwedischem, Beispiel wäre sinnvoll, weil durch eine kritische Reflexion das System am meisten lernen könnte, ohne dass dabei die einzelne Anstalt oder einzelne Behandler an den Pranger gestellt würden, was zur Optimierung des Medizinbetriebes als Ganzes wenig hilfreich wäre.

Abschließend sei eine weitere patientenrechtsrelevante Neuregelung erwähnt, die im Oktober 2004 als Entwurf eines Bundesgesetzes über Patientenverfügung (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG BGBl I 2006/55) der Begutachtung zugeführt wurde. Die bisher im Krankenanstaltenrecht nur beiläufig erwähnte Möglichkeit des Patienten-testamentes, mit unklarer Verbindlichkeit, wurde dabei genauer geregelt. Es betrifft dies bestimmte Formerfordernisse, Bestimmungen betreffend die Gültigkeitsdauer sowie die Bindungswirkung. Das entsprechende Gesetz trat mit 1. 6. 2006 in Kraft.

7 Versorgungsbereiche

7.1 Ärztliche Versorgung

7.1.1 Entwicklung bis 2004

Die Gesamtanzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte ist laut Standesmeldungen der ÖÄK bzw. laut Ärzteliste der ÖÄK zwischen 1980 und 2004 um rund 20.400, also um etwa 111 Prozent, auf fast 39.000 angestiegen. Die Ziffer der niedergelassenen Ärzteschaft hat sich in diesem Zeitraum um rund 92 Prozent erhöht, jene der angestellten Ärzteschaft (ohne Turnusärztinnen/-ärzte) hat sich mehr als verdreifacht (vgl. Tabelle 7.1). Diese Entwicklung hat zur Folge, dass der Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an der Gesamtärzteschaft von 56,3 Prozent im Jahr 1980 auf rund 51 Prozent im Jahr 2004 zurückgegangen ist. Der Anteil der angestellten Ärzteschaft, deren weitaus überwiegende Mehrheit von den Spitalsärztinnen und -ärzten gestellt wird, ist dagegen im betrachteten Zeitraum von einem Fünftel auf rund ein Drittel angestiegen. Der Anteil der Turnusärztinnen und -ärzte lag 15 Jahre lang konstant bei etwa 23 Prozent, ist aber in den Jahren 1995 bis 2000 auf etwa 16 Prozent gesunken und seither bei diesem Anteil stabil. Die absolute Zahl der Turnusärztinnen und -ärzte ist dabei in den späten 1990er Jahren von fast 6.700 auf rund 5.500 zurückgegangen und seither wieder im Steigen begriffen (auf rund 6.200 im Jahr 2004; vgl. nachstehende Tabelle).

Aus dieser Darstellung wird deutlich, dass in den letzten 25 Jahren zunächst zunehmend mehr Ärztinnen und Ärzte nach Absolvierung der Turnusausbildung im Krankenhaus verblieben. Diese Entwicklung ist im Zusammenhang mit dem jahrelang bestehenden Nachholbedarf insbesondere an fachärztlichem Personal im intramuralen Versorgungsbereich zu sehen. Die Abdeckung dieses Nachholbedarfs an Fachärztinnen und -ärzten in den Krankenanstalten wurde in den Jahren ab 1995 zunehmend auch durch die Umwandlung von Turnusarzt-Dienstposten in Facharzt-Dienstposten vorgenommen, was den Rückgang von Anzahl und Anteil der Turnusärztinnen und -ärzte am Gesamtärztebestand erklärt. Seit dem Jahr 2000 scheint diese Entwicklung abgeschlossen zu sein, denn von da an blieben die Anteile von niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten und auch jene der Turnusärztinnen und -ärzte praktisch unverändert, sodass von einer gleichmäßigeren Verteilung der seit 2000 neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte auf diese beiden Sektoren und insgesamt von einer Stabilisierung der Entwicklungstendenzen auszugehen ist (vgl. Tabelle 7.1).

Tabelle 7.1: Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte 1980–2004

Jahr	Berufstätige	% WTR	davon niedergel.	Anteil in %	% WTR	davon angestellt	Anteil in %	% WTR	davon im Turnus	Anteil in %	% 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
1999	34.050	0,9	17.225	50,6	-1,4	11.192	32,9	6,3	5.633	16,5	-1,9
2000	34.761	2,1	17.714	51,0	2,8	11.514	33,1	2,9	5.533	15,9	-1,8
2001	35.897	3,3	17.993	50,1	1,6	12.178	33,9	5,8	5.726	16,0	3,5
2002	36.539	1,8	18.663	51,1	3,7	12.062	33,0	-1,0	5.814	15,9	1,5
2003	37.591	2,9	19.252	51,2	3,2	12.291	32,7	1,9	6.048	16,1	4,0
2004	38.730	3,0	19.851	51,2	3,1	12.726	32,9	3,6	6.153	15,9	1,7
1980–2004	111 %	*	92 %	*	*	226 %	*	*	49 %	*	*

WTR = Wachstumsrate

**Quellen: ÖÄK – Österreichische Ärztezeitung (Standesmeldungen 1980–1999);
Ärzteliste 1999–2004; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen**

7.1.2 Ärztebestand 2004

Im Jahr 2004 sind laut Ärzteliste der ÖÄK insgesamt 38.730 berufstätige Ärztinnen und Ärzte verfügbar, die sich etwa zur Hälfte auf den stationären und den niedergelassenen Bereich aufteilen. Rund 18.200 sind dem stationären Bereich zugeordnet (inklusive ca. 2.600 in den Spitalsambulanzen für ambulante Patientinnen/Patienten tätige Ärztinnen und Ärzte) und etwa 19.850 dem niedergelassenen Bereich (inklusive knapp 1.740 Wohnsitzärztinnen/-ärzte). Außerdem sind 2004 ca. 190 Ärztinnen/Ärzte in privaten selbstständigen Ambulatorien bzw. Instituten und 475 in Ambulatorien der Gebietskrankenkassen tätig. Dem ambulanten Versorgungsbereich der §2-Kassen (niedergelassene Ärzteschaft mit §2-Kassenvertrag sowie Ärztinnen und Ärzte in den Ambulatorien der Gebietskrankenkassen) sind insgesamt rund 9.830 Ärztinnen/Ärzte zuzuordnen. 10.495 der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte hingegen haben 2004 keinen §2-Kassenvertrag.

Unter den 38.730 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten befinden sich rund 6.200 Turnusärztinnen und -ärzte, ca. 11.600 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und rund 20.900 Fachärztinnen und -ärzte. Die Fachärzteschaft verteilt sich auf mehr als 40 Sonderfächer, wobei die Zahnärztinnen und -ärzte die größte Gruppe bilden, gefolgt von den Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin, Anästhesiologie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Chirurgie.

Fast 24.500 (rund zwei Drittel) aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sind zwischen 30 und 50 Jahre alt. In der Gruppe der unter 40-Jährigen übersteigt die Anzahl der Frauen bereits jene der Männer, in der Gruppe der unter 30-Jährigen sogar sehr deutlich (vgl. Tabelle 7.2).

Tabelle 7.2: Berufstätige Ärzteschaft nach Altersgruppen und Geschlecht 2004

Geschlecht / Altersgruppe	unter 30 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60–69 Jahre	70 Jahre und mehr	Insgesamt
Männlich	1.053	4.515	9.112	5.761	2.286	604	23.331
Weiblich	1.810	4.569	6.226	2.158	477	159	15.399
Gesamt	2.863	9.084	15.338	7.919	2.763	763	38.730
% weiblich	63,2	50,3	40,6	27,3	17,3	20,8	39,8

Quellen: ÖÄK Ärzteliste 2004; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

7.1.3 Niedergelassene Ärzteschaft

Von den im Jahr 2004 insgesamt rund 19.850 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten haben etwa 9.360 einen §2-Kassenvertrag, das heißt einen Vertrag mit den Gebiets- oder Betriebskrankenkassen oder der Sozialversicherungsanstalt (SVA) der Bauern, abgeschlossen. Aufgrund der – nach einheitlichen Richtwerten – durchgeführten Stellenplanung von Gebietskrankenkassen und Landes-Ärztekammern liegt die Versorgungsdichte in Bezug auf §2-Kassenärztinnen/-ärzte in acht der neun Bundesländer im Bereich von etwa 870 Einwohnern je §2-Kassenärztin/-arzt (in Vorarlberg wird der vertragslose Zustand zwischen §2-Kassen und Zahnärztinnen/-ärzten durch eine entsprechende Abrechnungsvereinbarung ausgeglichen, weshalb auch die in diese Vereinbarung einbezogenen Vorarlberger Zahnärztinnen/-ärzte als im Sinne von §2-Kassenärztinnen/-ärzten versorgungswirksam gezählt wurden). Wien ist mit nur rund 630 Einwohnerinnen und Einwohnern je §2-Kassenärztin/-arzt deutlich besser versorgt.

Der überwiegende Teil der §2-Kassenärztinnen/-ärzte hat zudem Verträge mit den »kleinen Kassen«, dazu zählen die Versicherungsanstalt (VA) für Eisenbahnen und Bergbau, die VA der öffentlich Bediensteten und die SVA der gewerblichen Wirtschaft. Darüber hinaus gibt es noch rund 1.260 Ärztinnen und Ärzte, die nur bei einer oder mehreren der »kleinen Kassen« unter Vertrag stehen.

Daneben standen 2004 noch weitere rund 7.500 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für die extramurale Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung, die keinen Vertrag mit einem Krankenversicherungsträger abgeschlossen hatten. Die Anzahl dieser »Wahlärztinnen« bzw. »Wahlärzte« ist gegenüber dem Jahr 2000 um etwa 2.030 Ärztinnen/Ärzte angestiegen, wobei sich der seit Jahren bestehende stark ansteigende Trend in diesem Bereich in den letzten Jahren weiterhin verstärkt hat. Im Hintergrund dieser Entwicklung steht die Tatsache, dass der verhältnismäßig hohen Anzahl an jährlich neu hinzukom-

menden berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzten, die einen Kassenvertrag anstreben, nur eine relativ geringe Anzahl an unbesetzten Kassenvertragsstellen gegenübersteht.

7.1.4 Spitalsärzteschaft

Die Anzahl der in Krankenanstalten beschäftigten Ärztinnen und Ärzte ist 2002 etwas zurückgegangen und zwischen 2002 und 2004 wieder leicht angestiegen. Die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte belief sich 2004 auf rund 18.200. Darunter sind zum überwiegenden Teil Krankenhausärztinnen und -ärzte subsumiert: In den rund 270 Krankenanstalten, die im bundesweiten Kataster des Gesundheitsressorts enthalten sind, waren im Jahr 2004 insgesamt knapp 16.500 Ärztinnen und Ärzte angestellt. Davon standen etwa 6.200 in Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner oder zur Fachärztin/zum Facharzt. Die quantitativ bedeutsamste Gruppe unter den verbleibenden 10.300 war die der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, gefolgt von den Fachärztinnen/-ärzten für Anästhesiologie, für Innere Medizin, für Chirurgie und für Radiologie.

7.1.5 Ausblick

Gemäß den vorliegenden Grobabschätzungen müssen, über einen Prognosezeitraum von 20 Jahren gesehen, jährlich 750 bis 1.000 Ärztinnen/Ärzte pro Jahr ausgebildet werden. Ein Großteil dieses Mehrbedarfs wird vom Ersatzbedarf der altersbedingt ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte verursacht, ein geringerer Teil vom Mehrbedarf aufgrund der demographischen und der medizinisch-technischen Entwicklung. Dieser Mehrbedarf wird durch den prognostizierten jährlichen Zuwachs an Ärztinnen/Ärzten in der Allgemeinmedizin um 200 bis 500 Ärztinnen/Ärzte pro Jahr überdeckt, bei den Fachärztinnen/-ärzten (inkl. der Zahnärztinnen/-ärzte) hingegen einigermaßen abgedeckt. Hier wird jedoch angenommen, dass das Umlagerungspotenzial vom stationären zum ambulanten Bereich – der neben dem niedergelassenen Bereich insbesondere die spitalsambulante und auch tagesklinische Versorgung beinhaltet – realisiert wird.

Die (Beschäftigungs-)Situation der Ärzteschaft ist von einem stark gestiegenen Anteil an Wahlärztinnen und -ärzten geprägt. Insbesondere in der Allgemeinmedizin ist bereits jetzt zu beobachten, dass nur etwa 50 Prozent der zur Verfügung stehenden ärztlichen Arbeitskraftkapazität für Leistungen im öffentlichen Versorgungssystem verwendet werden.

Allerdings ist zu beachten, dass seit dem Wintersemester 2005/2006 infolge des EuGH-Urteils vom 7. Juli 2005 (demzufolge die bisherige österreichische Regelung über den Zugang zum Universitätsstudium gegen das Verbot der Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit und gegen die Bestimmungen des EG-Vertrags über die berufliche Bildung verstößt) der Anteil der ausländischen Medizin-Studienanfänger deutlich gestiegen ist, nämlich auf knapp 50 Prozent. Wandern mehr als 10 bis 30 Prozent der ausländischen Studiumsabsolventinnen/-absolventen wieder in ihr Heimatland zurück, könnte es ab dem Jahr 2012 bzw. in weiterer Folge zu einer Unterdeckung des jährlichen Zusatzbedarfs an fertigen Ärzten in Österreich kommen. Die 2006 beschlossene »Safeguard-Regelung« stellt sicher, dass der Bedarf selbst bei Fortschreibung der jetzigen Versorgungswirksamkeit (d. h. bei einem jährlichen Zusatzbedarf von ca. 1.000 Ärztinnen/Ärzten) und Re-Emigration aller ausländischen Absolventinnen/Absolventen geringfügig überdeckt werden kann.

7.2 Nichtärztliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Dieser Abschnitt gibt Auskunft über die im Zeitraum 1990 bis 2003 erfolgte Entwicklung ausgewählter nichtärztlicher Berufsgruppen.

Die Zahlen beschränken sich auf die Krankenhäuser gemäß Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten – das sind allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, Genesungsheime, Pflegeanstalten für chronisch Kranke und Sanatorien. Diese Einrichtungen unterliegen einem standardisierten Berichtswesen und haben jährlich eine Aufstellung der am 31. Dezember des jeweiligen Jahres beschäftigten Personen dem BMGF zu übermitteln. Die letztverfügbaren Daten beziehen sich auf den Stichtag 31. Dezember 2003. Für das Jahr 2004 liegen die Meldungen zwar bereits vor, die Daten sind jedoch aufgrund einer Umstellung des Erhebungsblattes inkonsistent und noch auf ihre Plausibilität zu prüfen.

Die Dokumentation von Beschäftigten in stationären Einrichtungen, die nicht Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen im Sinne des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes sind – das ist die überwiegende Mehrheit der Alten- und Pflegeheime sowie der Kureinrichtungen – unterliegt derzeit ebenso wie der mobile Bereich keinem standardisierten Berichtswesen. Eine Gesamtdarstellung der Beschäftigtenzahlen und die Verfolgung ihrer Entwicklung sind daher nicht möglich.

Im Einzelnen wird über folgende nichtärztliche Gesundheitsberufe berichtet:

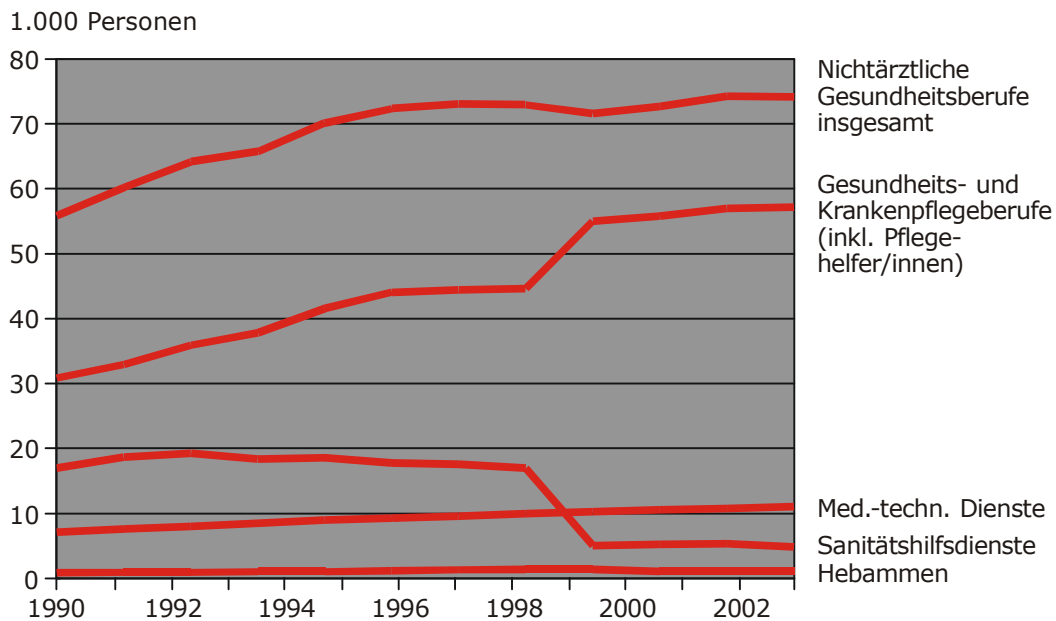
- Gesundheits- und Krankenpflegeberufe mit drei Sparten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Pflegehilfe,
- gehobene medizinisch-technische Dienste,
- Hebammen,
- kardiotechnischer Dienst,
- medizinisch-technischer Fachdienst,
- Sanitätshilfsdienste mit ursprünglich zehn Berufsgruppen.

In den Jahren 2002 und 2003 wurden einzelne Sanitätshilfsdienste neu geregelt und zählen damit nicht mehr zu den Sanitätshilfsdiensten. Es handelt sich dabei um den Beruf des Sanitäters (Rettungssanitäter/in und Notfallsanitäter/in; seit 1. Juli 2002) sowie die Berufe der Medizinischen Masseurinnen/Masseur und Heilmasseurinnen/-masseure (seit 1. März 2003). Diese Berufsgruppen sind in den vorliegenden Statistikmeldungen nach wie vor unter den Sanitätshilfsdiensten subsumiert und können daher auf Basis der verfügbaren Dokumentation nicht gesondert dargestellt werden. Eine Anpassung der Statistikmeldung des BMGF ist vorgesehen.

Im Jahr 2003 waren in den Krankenhäusern insgesamt 76.161 Personen in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen beschäftigt. Der Beschäftigtenstand hat sich im Zeitraum zwischen 2001 und 2003 um 2,7 Prozent erhöht. Die langfristige Betrachtung zeigt folgendes Bild: Zwischen 1990 und 2003 ist die Anzahl der Beschäftigten in den erwähnten Berufsgruppen um insgesamt 36,3 Prozent gestiegen. Der bis Mitte der 1990er Jahre erkennbare deutliche Zuwachs mit jährlichen Steigerungsraten von bis zu knapp acht Prozent ist in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre deutlich abgeflacht und weist nunmehr

jährliche Zuwachsraten im Ausmaß von ein bis zwei Prozent auf. Differenziert betrachtet sind strukturelle Veränderungen bzw. Qualitätssteigerungen dahingehend erkennbar, dass höher qualifiziertes Personal z. T. starke Steigerungen aufwies, während die Sanitätshilfsdienste einem kontinuierlichen Rückgang unterlagen. Einen Überblick über die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in den Krankenhäusern nach Berufsobergruppen von 1990 bis 2003 bietet Abbildung 7.1.

Abbildung 7.1: Entwicklung der Beschäftigten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen 1990–2003



Quellen: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1990–1994; Gesundheitsstatistische Jahrbücher 1995–2003

Grafik: GÖG/ÖBIG

Im extramuralen Bereich fanden seit Mitte der 1990er Jahre erhebliche Personalzuwächse statt, die jedoch mangels einschlägiger Dokumentation nicht näher quantifizierbar sind.

7.2.1 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe umfassen den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit den drei Sparten allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege sowie psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe.

Im Jahr 2003 waren in den Krankenhäusern insgesamt 58.511 Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe beschäftigt, davon 47.687 (81,5 Prozent) im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und 10.824 Personen (18,5 Prozent) in der Pflegehilfe. Im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege waren rund 86 Prozent der Berufstätigen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege tätig, acht Prozent in der Kinder- und Jugendlichenpflege und rund sechs Prozent in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege.

Der Beschäftigtenstand in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen hat sich im Zeitraum zwischen 2001 und 2003 um 2,4 Prozent erhöht. Die langfristige Betrachtung zeigt folgendes Bild: Zwischen 1990 bis 2003 erhöhte sich der Beschäftigtenstand in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen um rund 90 Prozent. Diese Entwicklung ist vorrangig auf den im Jahr 1991 eingeführten Beruf der Pflegehelferin bzw. des Pflegehelfers zurückzuführen, dessen Beschäftigtenstand sich bis zum Jahr 2003 mehr als verzehnfachte.

Die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind weiblich dominiert (rund 86 Prozent sind Frauen). Der Anteil der männlichen Personen an den insgesamt Beschäftigten hat sich seit dem Jahr 2001 nur geringfügig erhöht und liegt nun bei rund 14 Prozent. Am höchsten ist dieser Anteil in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege (rund 40 Prozent) sowie in der Pflegehilfe (rund 21 Prozent). Ein Anstieg des Männeranteils ist bei der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe zu verzeichnen.

7.2.2 Gehobene medizinisch-technische Dienste

Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste umfassen den physiotherapeutischen Dienst, den medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst, den radiologisch-technischen Dienst, den Diätendienst und den ernährungsmedizinischen Beratungsdienst, den ergotherapeutischen Dienst, den logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienst und den orthoptischen Dienst.

Im Jahr 2003 waren in den Krankenhäusern insgesamt 9.534 Personen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste beschäftigt. Die quantitativ größten Berufsgruppen sind der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst, der radiologisch-technische und der physiotherapeutische Dienst (jeweils rund 2.500 bis 3.000 Personen). Der Beschäftigtenstand in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten hat sich im Zeitraum zwischen 2001 und 2003 um fünf Prozent erhöht. Die langfristige Betrachtung zeigt folgendes Bild: Zwischen 1990 und 2003 wuchs die Anzahl der berufsausübenden Personen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste um knapp 62 Prozent. Die stärksten Anstiege wiesen der ergotherapeutische Dienst (plus 160 Prozent), der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst (plus 125 Prozent) sowie der orthoptische Dienst (plus 100 Prozent) auf.

Die Beschäftigten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind zu 88 Prozent weiblich. Der Anteil an weiblichen Beschäftigten ist beim Diätendienst und ernährungsmedizinischen Beratungsdienst, beim medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst, beim logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienst und beim orthoptischen Dienst am höchsten (über 90 Prozent). Den höchsten Männeranteil weist der radiologisch-technische Dienst mit 20 Prozent auf. Der Männeranteil hat sich in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten seit 1990 von damals 9 Prozent auf nunmehr 12 Prozent erhöht.

7.2.3 Hebammen

Im Jahr 2003 waren 1.134 Hebammen in den Krankenhäusern beschäftigt, das entspricht einem Zuwachs von 3,3 Prozent gegenüber dem Beschäftigtenstand von 2001. Im Zeit-

raum zwischen 1990 und 2003 ist die Berufsgruppe der – ausschließlich weiblichen – Hebammen um rund 31 Prozent gewachsen.

Hebammen können seit 1994 bereichsübergreifend tätig sein, d. h. ihren Beruf neben einer Anstellung an einem Krankenhaus auch freiberuflich ausüben. In dem vom Österreichischen Hebammengremium geführten Hebammenregister werden für 2004 insgesamt 1.658 Hebammen ausgewiesen. Davon waren 47 Prozent ausschließlich in einem Krankenhaus beschäftigt, 39 Prozent in einem Krankenhaus und zusätzlich freiberuflich tätig, und 14 Prozent waren ausschließlich frei praktizierend. Die Hebammendichte stieg zwischen 1996 und 2004 um 12 Prozent und liegt nun bei 20,3 Hebammen je 100.000 Einwohner/-innen.

7.2.4 Kardiotechnischer Dienst

Beim kardiotechnischen Dienst handelt es sich um einen vergleichsweise jungen Beruf, der im Jahre 1998 gesetzlich geregelt wurde. Diese Berufsgruppe, die in den österreichischen Herzzentren tätig ist, wird erst ab 2004 in den routinemäßigen Statistiken der Krankenhäuser erfasst. Zugangsberufe für eine Ausbildung im kardiotechnischen Dienst sind der radiologisch-technische Dienst, der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst oder der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit Sonderausbildung oder Tätigkeitsnachweis in der Intensivpflege oder in der Anästhesiepflege.

Gemäß Kardiotechnikergesetz ist vom Gesundheitsressort eine Liste mit den zur Ausübung des Berufes der diplomierten Kardiotechnikerin/des diplomierten Kardiotechnikers berechtigten Personen zu führen (Kardiotechnikerliste). Die Eintragung in die Kardiotechnikerliste bildet die Voraussetzung für eine Berufsaufnahme. Gemäß dieser Liste waren zum Stichtag 31. 12. 2004 in den Herzzentren insgesamt 43 diplomierte Kardiotechniker/-innen beschäftigt, wovon 95 Prozent männlich waren. Der Beschäftigtenzuwachs beträgt zwischen den Jahren 2001 und 2004 rund 13 Prozent, im Zeitraum zwischen 1992 und 2004 wuchs diese Berufsgruppe um 72 Prozent.

7.2.5 Medizinisch-technischer Fachdienst

Im Jahr 2003 waren in den Krankenhäusern insgesamt 1.839 Personen des medizinisch-technischen Fachdienstes beschäftigt. Damit verzeichnet diese Berufsgruppe seit 2001 einen Rückgang um 5,8 Prozent.

In der langfristigen Entwicklung war zwischen 1990 und 2001 ein stetiger Zuwachs dieser Berufsgruppe zu verzeichnen, ab dem Jahr 2002 kommt es zu einem Rückgang der Beschäftigtenzahlen. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Trend auch weiterhin anhält. Verglichen mit 1990, waren 2003 um 46 Prozent mehr Personen in den Krankenhäusern beschäftigt.

Der medizinisch-technische Fachdienst ist klar weiblich dominiert. So waren im Jahr 2003 insgesamt 87,7 Prozent aller Beschäftigten Frauen, wobei dieser Anteil seit dem Jahr 2001 nur geringfügig gesunken ist.

7.2.6 Sanitätshilfsdienste

Die Sanitätshilfsdienste umfassten ursprünglich folgende zehn Berufsgruppen:

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

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

- die Sanitätsgehilfinnen/-gehilfen (wurden 2002 durch die Berufe Rettungssanitäterin/-sanitäter und Notfallsanitäterin/-sanitäter ersetzt),
- die Stationsgehilfinnen/-gehilfen (wurden 1990 durch den neuen Beruf Pflegehelferin/-helfer ersetzt; gemäß Übergangsregelung durften Stationsgehilfinnen/-gehilfen längstens bis zum 31. Dezember 1997 den Beruf ausüben) sowie
- die Heilbademeisterinnen und Heilmasseurinnen bzw. Heilbademeister und Heilmasseur (wurden 2003 durch die Berufe Medizinische Masseurin/Medizinischer Masseur und Heilmasseurin/Heilmasseur ersetzt).

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

Im Jahre 2003 waren in den österreichischen Krankenhäusern insgesamt 5.143 Personen in den Sanitätshilfsdiensten beschäftigt. Im Zeitraum zwischen 2001 und 2003 ist die Zahl der Beschäftigten um 5,7 Prozent gestiegen. Die langfristige Betrachtung zeigt einen starken Rückgang dieser Berufssparte, wobei der zwischen 1997 und 1998 festzustellende Knick in der Beschäftigtenzahl auf das Auslaufen der Berufsgruppe der Stationsgehilfinnen/-gehilfen und auf deren Überführung in die Berufsgruppe der Pflegehelferinnen/-helfer zurückzuführen ist (vgl. auch Abbildung 7.1). Unter Ausblendung der Berufsgruppe der Stationsgehilfinnen/-gehilfen ist bei den Sanitätshilfsdiensten im Zeitraum von 1990 bis 2003 insgesamt ein Anstieg der Beschäftigten im Ausmaß von 24,3 Prozent zu verzeichnen.

55,4 Prozent der Berufstätigen waren im Jahr 2003 männlich, im Jahr 1990 waren es 29,1 Prozent. Der Anteil der Männer ist bei den Prosekturgehilfen am höchsten (97 Prozent), gefolgt von den Operationsgehilfen (74 Prozent) und den Desinfektionsgehilfen (66 Prozent). Am niedrigsten ist der Männeranteil bei den Ordinationsgehilfen (7 Prozent).

7.2.7 Ausblick

Die Datenlage zu den Beschäftigten nichtärztlicher Gesundheitsberufe ist unvollständig. Während im Krankenhausbereich ein verpflichtendes Dokumentationswesen etabliert ist, fehlt ein entsprechendes Melde- und Berichtswesen im extramuralen Bereich. Dadurch besteht bislang keine Evidenz über den Gesamtstand der Beschäftigten. Eine Verbesserung der Datenlage im extramuralen Bereich wird seit Jahren angestrebt.

In den Jahren 2002/2003 hat das Gesundheitsressort das ÖBIG mit einer Studie zur Ermittlung des Beschäftigtenstandes in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen beauftragt. Über Erhebungen in den nicht routinemäßig dokumentierten Arbeitsfeldern (das sind insbesondere Alten- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Arztordinationen, mobile Dienste) sollte in Ergänzung zu den routinemäßig erfassten stationären Bereichen ein möglichst vollständiger Beschäftigtenstand in den einzelnen Berufsgruppen ermittelt werden. Diese Erhebung ergab zum Stichtag 31. 12. 2000 einen Beschäftigtenstand von rund 126.000 Personen in insgesamt 27 nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

Zukünftig wird ein standardisiertes Melde- und Berichtswesen für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe angestrebt, um die Beschäftigtenzahlen vollständig darstellen und ihre weitere Entwicklung verfolgen zu können. Das Gesundheitsressort plant dazu (im Rahmen der Umsetzung der EU-Richtlinie 2005/36/EG) die Einführung von Berufsregistern. Damit würde eine weitgehende Evidenz über die Berufstätigen möglich.

7.3 Rehabilitation

7.3.1 Ausgangslage

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

Umfang der Rehabilitation, Zuständigkeit für die Gewährung der Maßnahmen und Anspruchsberechtigte sind im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelt. Alle drei Versicherungssparten (Unfallversicherung, Pensionsversicherung, Krankenversicherung) sind für die Gewährung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuständig. Ebenso gibt es im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG), im Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) und im Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) gleichlautende oder ähnliche Regelungen für die Rehabilitation von selbstständig Erwerbstätigen und Beamten.

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

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

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

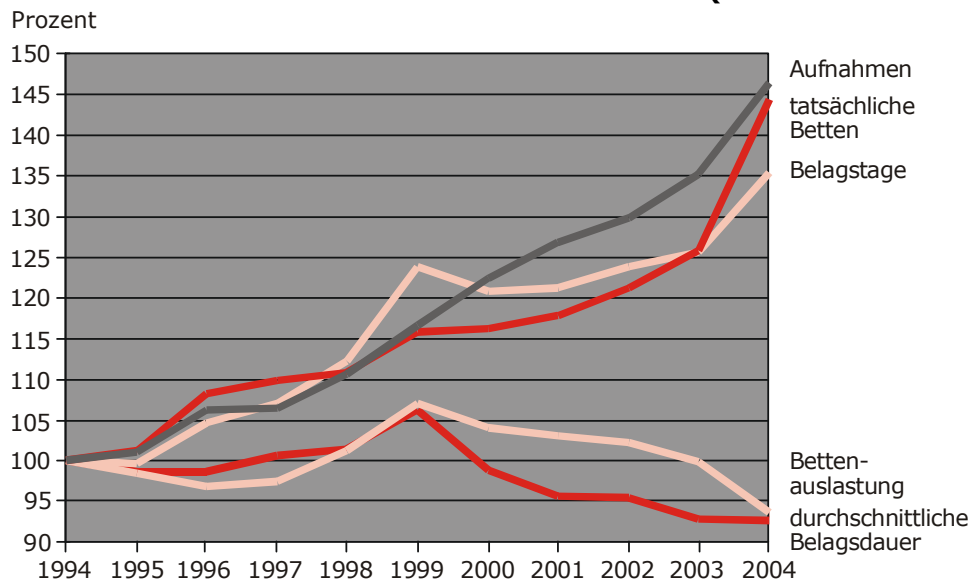
Die medizinische Rehabilitation umfasst u. a. die Unterbringung in Krankenanstalten, die »vorwiegend der Rehabilitation dienen« – also in Rehabilitationszentren (Sonderkrankenanstalten im Sinne des § 2 Abs 1 Z 2 KAKuG) –, sowie die Versorgung mit Heilbehelfen, Hilfsmitteln und anderen Behelfen, die für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

Im Jahr 2004 bestehen 30 spezialisierte Sonderkrankenanstalten in der Trägerschaft der Sozialversicherungsträger sowie 18 Sonderkrankenanstalten in privater Trägerschaft, die von den Sozialversicherungsträgern für die medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen werden (sogenannte »Vertragspartner-Einrichtungen«). Insgesamt sind damit laut »Handbuch zur medizinischen Rehabilitation« (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) rund 4.800 Betten in Rehabilitationseinrichtungen verfügbar.

Die Anzahl der Aufenthalte sowohl im Bereich Rehabilitation als auch im Bereich Kur ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen, wobei die Vertragspartner-Einrichtungen in den letzten Jahren einen immer höheren Versorgungsanteil übernommen haben. Die meisten stationären Rehabilitationsaufenthalte werden im Zusammenhang mit Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats in Anspruch genommen, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im Bereich der neurologischen Erkrankungen sowie der Rehabilitation nach Unfällen bzw. neurochirurgischen Eingriffen zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen in den letzten Jahren (vgl. Rehabilitationsplan 2004).

Für die Rehabilitation von Kindern existieren in Österreich nur vereinzelt eigene Versorgungsstrukturen in Form spezieller Rehabilitationseinrichtungen oder -stationen. Kinder und Jugendliche werden hauptsächlich in den Einrichtungen für Erwachsene sowie in den Akutkrankenanstalten rehabilitiert. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entsprechende Angebote von Einrichtungen in den Nachbarstaaten (vorwiegend Deutschland) zu nützen.

Die ambulante Rehabilitation ist derzeit in den Sozialversicherungsgesetzen nicht explizit geregelt. Sie ist vorwiegend aus den Titeln »ärztliche Hilfe« (in der Krankenversicherung) und »Gesundheitsvorsorge« (in der Pensionsversicherung) ableitbar. Ambulante Leistungen mit rehabilitativem Charakter werden vorwiegend in Krankenhausambulanzen, in selbstständigen Ambulatorien sowie von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten erbracht. Darüber hinaus sind in den letzten Jahren in Ballungsgebieten einige ambulante Rehabilitationseinrichtungen entstanden.

Abbildung 7.2: Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation 1994–2004 (indexiert: 1994 = 100 %)

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 1994 bis 2004

Grafik: GÖG/ÖBIG

Wie aus Abbildung 7.2 ersichtlich, sind die Anzahl der Aufnahmen, die Zahl der verfügbaren Betten in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation sowie die Anzahl der Belagstage in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen, während die Bettenauslastung sowie die durchschnittliche Belagsdauer leicht sinken. Der Anstieg in Bezug auf Aufnahmen, tatsächliche Betten und Belagstage zwischen 2003 und 2004 ist einerseits durch die Eröffnung neuer Einrichtungen bzw. den Ausbau bestehender Einrichtungen erklärbar, er liegt aber andererseits und hauptsächlich in den zur Verfügung stehenden Daten begründet, die im Jahr 2004 deutlich vollständiger waren als im Jahr zuvor.

Die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Gesundheitsvorsorge sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und beliefen sich im Jahr 2004 auf rund 799 Mio. Euro (vgl. Tabelle 7.3). Dies entspricht einer Steigerung der Ausgaben um 40 Prozent im Vergleich zum Jahr 1998.

Tabelle 7.3: Ausgaben der Sozialversicherung für die Rehabilitation 1998–2004 (in 1.000 €)

Sozialversicherungszweig	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Veränderung 1998–2004
Krankenversicherung								
medizinische Rehabilitation	156.894	172.008	172.337	179.390	190.694	197.585	212.036	+35 %
Gesundheitsfestigung u. Krankheitsverhütung	64.900	68.711	66.426	61.710	56.003	58.897	57.284	-12 %
Pensionsversicherung								
Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	296.934	318.548	343.862	360.978	389.242	400.481	462.688	+56 %
Unfallversicherung								
Rehabilitation	51.987	53.672	59.991	58.025	61.782	62.533	66.737	+28 %
Summe	570.715	612.939	642.616	660.103	697.721	719.496	798.745	+40 %

Quelle: HVSV – Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1997 bis 2004

7.3.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Im November 2004 wurde der »Rehabilitationsplan 2004« im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger fertiggestellt. Der Bericht ist auf der Homepage des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger als Download verfügbar (<http://www.hauptverband.at/>).

Zielsetzung war es, einen österreichweiten Rehabilitationsplan in Anlehnung an den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) und auf Basis des Hauptverbands-Rehabilitationskonzepts 1999 zu erstellen. In diesem Rehabilitationsplan werden Istzustand und Sollzustand der stationären Kapazitäten für die medizinische Rehabilitation nach Indikationsgruppen und Regionen dargestellt. Planungshorizonte sind die Jahre 2005 und 2010. Weiters werden die Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation in den jeweiligen Indikationsgruppen ausgelotet und Mindeststandards in Hinblick auf Personalausstattung, technische Ausstattung, räumliche Ausstattung und vorzuhaltende diagnostische sowie therapeutische Leistungsangebote definiert. Nach den durchgeführten Bedarfsschätzungen besteht vor allem im Bereich Neurorehabilitation ein zusätzlicher Bedarf an Rehabilitationskapazitäten.

Weiters wurde in den Jahren 2003 und 2004 im Auftrag des Strukturfonds eine Studie zur Neurorehabilitation in Österreich durchgeführt. Ziel der Studie war eine umfassende Bestandsanalyse der stationären und ambulanten Angebote, die Durchführung einer detaillierten Bedarfsschätzung nach Krankheitsgruppen sowie die Erarbeitung idealtypischer Versorgungskonzepte der ambulanten Neurorehabilitation. Der ambulanten Neurorehabilitation wird sowohl vonseiten der Länder als auch der Sozialversicherungsträger aufgrund der erwartbaren demographischen Entwicklung künftig ein sehr hoher Stellenwert beigemessen. In einzelnen Bundesländern sind daher bereits entsprechende Konzepte in Ausarbeitung bzw. in Planung. Durch den Aufbau des ambulanten Rehabilitationsbereichs soll auch der erwartbare Zuwachs an stationärem Rehabilitationsbedarf so weit wie möglich gedämpft werden.

7.3.3 Ausblick

Die Ergebnisse der im Berichtszeitraum durchgeführten Projekte stellen einen engen Querbezug zu den aktuellen Planungsanforderungen im Gesundheitsbereich her. Entsprechend der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen sicherzustellen und das Nahtstellenmanagement zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern. In der Weiterentwicklung des bisherigen Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP) zu einem integrierten Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist daher auch der Rehabilitationsbereich mit Istzustand und entsprechenden Planungsaussagen adäquat abzubilden.

Ziele und Grundsätze einer integrierten regionalen Versorgungsplanung im Rehabilitationsbereich – basierend auf den in der Artikel-15a-Vereinbarung festgelegten Prinzipien – sind

- die Gewährleistung ausreichender Versorgungskapazitäten für sämtliche Indikationsgruppen entsprechend dem Versorgungsbedarf innerhalb und außerhalb des jeweiligen Bundeslandes bzw. der jeweiligen Versorgungszone sowie die
- teilweise Substitution bzw. Ergänzung der stationären durch ambulante Rehabilitation.

Weiters werden in den kommenden Jahren folgende Arbeitsschwerpunkte und Ziele verfolgt:

In Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger soll ein »Österreichischer Rehabilitationskompass« entwickelt und im Internet verfügbar gemacht werden. Damit wird ein elektronisches Verzeichnis aller Rehabilitationseinrichtungen mit relevanten Informationen wie Indikationsschwerpunkte, Therapieangebot, Ansprechpartner und Ausstattung vorliegen. Für die Zuweiser und die Nutzer von Rehabilitationseinrichtungen besteht damit die Möglichkeit des einfachen Zugriffs über Internet auf umfassende Informationen zu den einzelnen Rehabilitationszentren.

Die 54. Vollversammlung der WHO hat im Mai 2001 die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) verabschiedet. Ziel dieser Klassifikation ist es, eine internationale »einheitliche Sprache« der Rehabilitation zu entwerfen. Die Systematik der ICF ermöglicht es, den Gesundheitszustand einer Patientin bzw. eines Patienten in allen Dimensionen, insbesondere auch unter Berücksichtigung der »Kontextfaktoren« – also dem Lebenshintergrund der Patientinnen und Patienten – darzustellen und vorhandene Ressourcen wie beispielsweise familiäre Unterstützung zu nützen. Die Planung von Rehabilitationsmaßnahmen kann damit individuell erfolgen und den jeweiligen Bedürfnissen angepasst werden. Entsprechende Assessment-Instrumente auf Basis der ICF werden bereits entwickelt und erprobt und sollen künftig auch in Österreich verstärkt zur Anwendung kommen.

Als besonderer Problembereich der Rehabilitation stellt sich die langfristige medizinische, (psycho-)soziale und berufliche Rehabilitation von Patientinnen und Patienten nach Schädel-Hirn-Traumata dar. Als Betroffene müssen nicht nur die Patienten selbst betrachtet werden, sondern auch die Angehörigen, deren Leben sich meist dramatisch verändert. Das Schädel-Hirn-Trauma umfasst eine breite Varianz von Verletzungen unterschiedlicher Schweregrade und reicht von apallischem Syndrom (»Wachkoma«) bis zu Gehirnerschütterungen. Dieser Umstand erschwert eine exakte Bestimmung der in Österreich betroffenen Personen sowie deren Rehabilitationsbedarf. Während in Österreich die Akutversorgung dieser Patientengruppe als gesichert betrachtet werden kann, weisen die Frührehabilitation und insbesondere die Langzeitversorgung Defizite auf. In Fortführung der bzw. Ergänzung zu den bisher durchgeführten Studien soll daher der Frage nachgegangen werden, welche Behandlungs- und Betreuungsangebote diese Zielgruppe benötigt, welche Entwicklungserfordernisse sich feststellen lassen und welche Ziele, Leitlinien und Qualitätsstandards für die Weiterentwicklung der Versorgung von SHT-Patienten anzulegen sind.

7.4 Krankenanstalten

7.4.1 Entwicklung der stationären Akutversorgung

7.4.1.1 Ausgangslage

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

Etwas mehr als die Hälfte der insgesamt verfügbaren Betten in den 272 österreichischen Krankenhäusern (2003) bzw. etwa zwei Drittel der Betten in den 136 Fonds-Krankenanstalten stehen unter Rechtsträgerschaft der Bundesländer bzw. der von diesen eingerichteten Krankenhaus-Gesellschaften. Knapp ein Drittel der insgesamt verfügbaren Betten bzw. rund 38 Prozent der Betten in Fonds-Krankenanstalten werden von Gemeinden und Gemeindeverbänden sowie von Ordensgemeinschaften geführt.

Tabelle 7.4: Parameter der Betteninanspruchnahme 1991–2004

Jahr	Systemisierte Betten		Aufnahmen *		Durchschnittl. Belagsdauer	
	insgesamt	davon in FKA	insgesamt	davon in FKA	insgesamt	in FKA
1991	79.519	58.711	1.846.660	1.633.825	12,3	10,0
1992	78.967	58.072	1.892.103	1.673.687	11,8	9,6
1993	77.486	57.457	1.922.429	1.702.111	11,4	9,2
1994	77.527	57.038	1.958.092	1.749.094	11,2	8,9
1995	76.709	56.198	1.990.596	1.780.953	10,9	8,7
1996	76.252	55.620	2.024.645	1.814.951	10,5	8,4
1997	75.142	54.729	2.152.567	1.937.494	9,7	7,6
1998	74.810	54.244	2.246.381	2.025.568	9,3	7,3
1999	73.577	53.371	2.329.887	2.103.336	8,9	7,0
2000	72.164	52.465	2.370.977	2.143.714	8,6	6,7
2001	71.741	51.980	2.416.263	2.178.088	8,4	6,6
2002	70.376	51.641	2.490.002	2.264.078	7,9	6,3
2003	70.408	51.391	2.498.861	2.282.138	7,7	6,2
2004	65.053	50.961	2.586.743	2.334.134	7,3	6,1

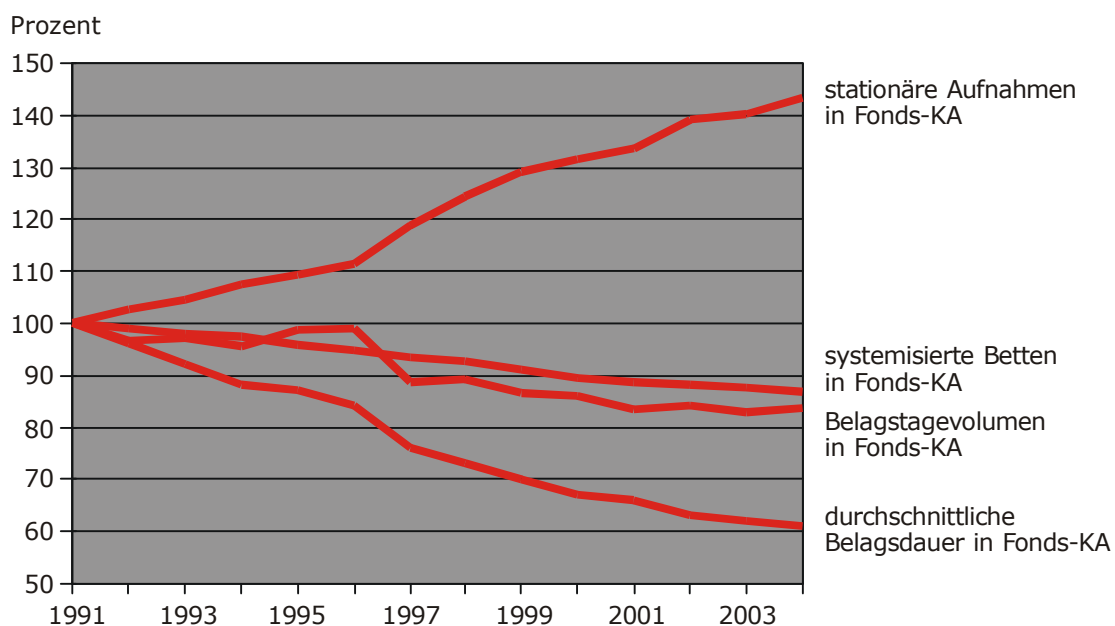
* exklusive krankenanstalteninterner Verlegungen

Anm.: Die Differenz in den »systemisierten Betten insgesamt« zwischen 2003 und 2004 durch die Herausnahme von Pflegeheimen aus der KA-Statistik zu erklären.

Quellen: BMGF – Krankenanstaltenstatistik; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Gesamtanzahl der systemisierten (= sanitätsbehördlich bewilligten) Betten in Österreich sank von knapp 80.000 Anfang der 1990er Jahre auf rund 65.000 im Jahr 2004, jene der systemisierten (Akut-)Betten in den Fonds-Krankenanstalten von rund 59.000 im Jahr 1991 auf rund 51.000 im Jahr 2004. Zwischen 2000 und 2004 wurden die systemisierten Betten insgesamt um rund 7.100 (rund 10 %) bzw. in den Fonds-Krankenanstalten um rund 1.500 Betten (rund 3 %) reduziert (vgl. Tab. 7.4). Die Zahl der stationären Aufnahmen in den Fonds-Krankenanstalten erhöhte sich im selben Zeitraum um rund 9 Prozent auf über 2,3 Mio. im Jahr 2004 – dieser Anstieg liegt in der Dimension des langjährigen Trends. Parallel dazu sank die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Fonds-Krankenanstalten seit 2000 um rund 9 Prozent auf 6,1 Tage im Jahr 2004 – hier zeichnet sich eine Abschwächung des Trends zur Absenkung der Aufenthaltsdauer ab (vgl. Abb. 7.3).

**Abbildung 7.3: Betteninanspruchnahme in Fonds-KA 1991–2004
(indexiert: 1991 = 100 %)**



Quellen: BMGF – Krankenanstaltenstatistik; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Grafik: GÖG/ÖBIG

Die kontinuierliche Zunahme der Krankenhausaufenthalte in den Fonds-KA in den letzten Jahren lässt sich zu einem Teil durch die steigende Anzahl an Eintagspflegen (tagesklinische und halbstationäre Fälle) erklären. Der Anteil der Eintagspflegen an allen stationären Fällen ist in den Fonds-KA zwischen 2000 und 2004 von rund 12 Prozent auf rund 15 Prozent angewachsen. Die Steigerungen im Bereich der Eintagspflegen sind zum Teil auf Sonderregelungen in der LKF-Abrechnung zurückzuführen (z. B. im halbstationären Psychiatriebereich oder im geriatrischen Bereich), die eine getrennte Darstellung einzelner Krankenhausaufenthalte und damit eine (statistische) Vermehrung der stationären Aufenthalte mit sich brachten. Darüber hinaus können aufgrund des raschen medizinischen Fortschritts und der neuen Behandlungsmethoden die Patienten in kürzerer Zeit entlassen werden. In diesem Zusammenhang haben außerdem auch die Eintagspflegen für stationäre Nachbehandlungen (z. B. bei Chemotherapien) zugenommen.

Auf die oben dargestellte Entwicklung lässt sich zum Teil auch die weitere deutliche Reduktion der durchschnittlichen Dauer der Krankenhausaufenthalte zurückführen. Verblieb

ein Patient Anfang der 1990er Jahre (im Durchschnitt aller Fonds-KA) noch rund zehn Tage im Krankenhaus, so lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Jahr 2000 dort bei knapp sieben Tagen und im Jahr 2004 bei nur noch rund sechs Tagen (vgl. Tab. 7.3).

Die Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Betteninanspruchnahme im Zeitraum 2000 bis 2004 entspricht der Fortsetzung eines langjährigen Trends im Bereich der Fonds-Krankenanstalten. Die mit der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) per 1. Jänner 1997 eingetretenen Anpassungen scheinen nun abgeschlossen und sind in eine kontinuierliche Entwicklung der Betteninanspruchnahme übergegangen. Allerdings hat sich im Zeitraum 2000–2004 der Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer gegenüber den Vorjahren deutlich verlangsamt, und die Belagstagevolumina stagnieren auf konstanter Höhe, sodass sich – anders als in den Jahren davor – der weitere Abbau von Akutbetten in den Fonds-KA offensichtlich nicht mehr aus der Eigendynamik der Entwicklung heraus ergibt, sondern zusätzliche Maßnahmen und Anreize voraussetzt.

Mit dem bisher kontinuierlich vollzogenen Akutbettenabbau wurde hauptsächlich das Ziel der Kostendämpfung im stationären Akutbereich verfolgt. Dieses Ziel steht in Zusammenhang mit der bis Mitte der 1990er Jahre stark überproportionalen Kostenentwicklung im Krankenhausbereich, die vor allem durch die deutlich verbesserte Personalausstattung, steigende Medikamentenkosten, aber auch durch die jährliche Kostenentwicklung im Bereich der medizinisch-technischen Ausstattung begründet war. Die Reduktion der jährlichen Kostensteigerungsraten im Bereich der Fonds-Krankenanstalten (von über neun Prozent Anfang der 1990er Jahre auf rund 4 Prozent im Zeitraum 2001 bis 2004) kann als Erfolg im Sinne des Kostendämpfungsziels gewertet werden.

7.4.1.2 Gesundheitspolitische Zielsetzungen

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

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

In engem Zusammenhang mit den Aussagen insbesondere zur Gesundheitsplanung steht die Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP zum »Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)«, der als vollständiger Leistungsangebotsplan bzw. als Rahmen für die »Integrative regionale Versorgungsplanung« (IRVP) mit Planungshorizont 2010 konzipiert ist. Der Großteil der Grundlagenarbeiten dafür wurde im Berichtszeitraum 2002 bis 2004 geleistet (vgl. Kap. 7.4.1.3). Mit Beschluss der Bundesgesundheitskommission (BGK) am 16. Dezember 2005 wurde der ÖKAP/GGP durch den ÖSG 2006 ersetzt, wodurch die Umstellung von der Standort-, Fächerstruktur- und Bettenangebotsplanung zur Leistungsangebotsplanung für den Bereich der Akutkrankenanstalten abgeschlossen werden konnte.

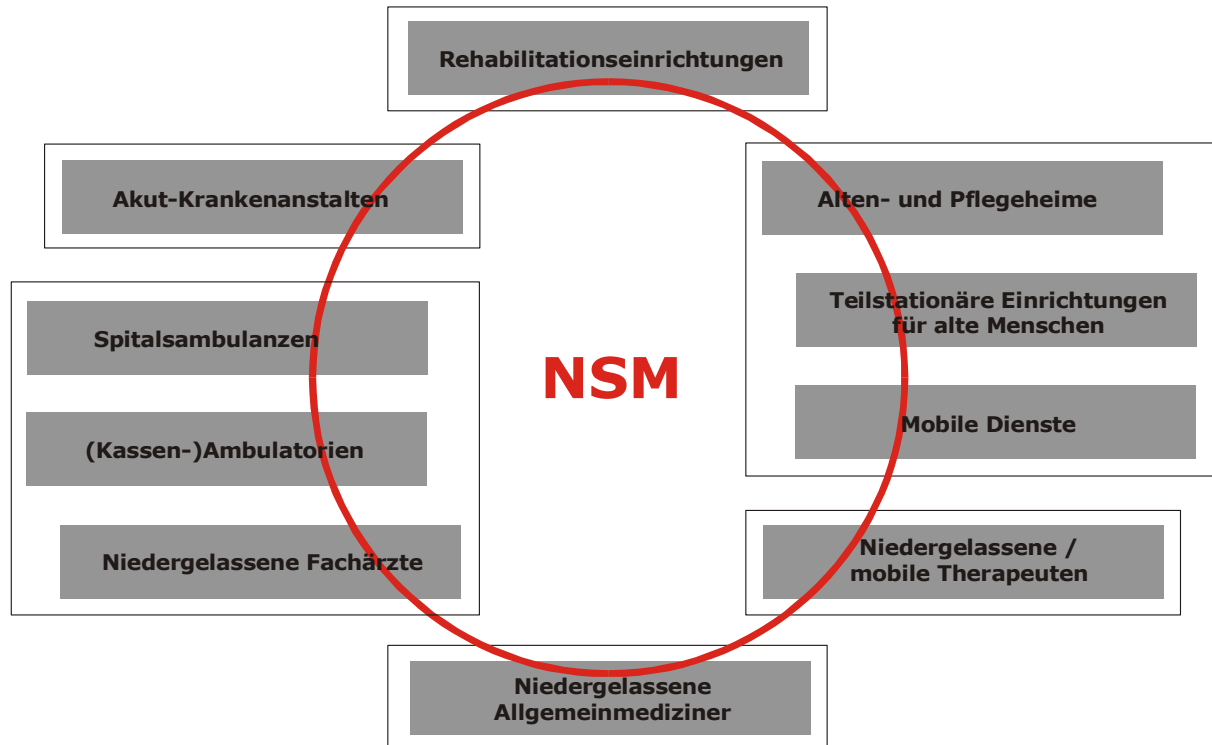
7.4.1.3 Ausgewählte Aktivitäten im Berichtszeitraum

Im Berichtszeitraum wurde insbesondere die **Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG** über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Laufzeit 2005 bis 2008, nachfolgend als Artikel-15a-Vereinbarung bezeichnet) vorbereitet und schließlich mit Anfang 2005 in Kraft gesetzt. Entsprechend dieser Vereinbarung sind das gesamte Gesundheitswesen und dessen Teilbereiche überregional und sektorenübergreifend ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln. Insbesondere sind eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen sicherzustellen und das Nahtstellenmanagement (NSM) zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern. Dementsprechend umfasst der Geltungsbereich der Artikel-15a-Vereinbarung das gesamte österreichische Gesundheitswesen (intra- und extramuraler Bereich) sowie die Nahtstellen zum Pflegebereich. Die integrierte Gesundheitsstrukturplanung umfasst gemäß Artikel 3 (1) alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche:

- stationärer Bereich (Krankenanstalten gemäß KAKuG),
- ambulanter Bereich (Spitalsambulanzen in den Akutkrankenanstalten sowie selbstständige Ambulatorien, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen und sonstige frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen),
- Rehabilitationsbereich (stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen),
- Pflegebereich (soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist).

Gemäß Artikel 3 (3) hat die integrierte Gesundheitsstrukturplanung die Beziehungen zwischen den genannten Ebenen und Teilbereichen sowie den angrenzenden Versorgungsbereichen zu berücksichtigen. Aus diesem Grund wurden bei der Entwicklung des **Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG)** auch die regionale Versorgung im extramuralen Bereich, im Rehabilitationsbereich, im Pflegebereich sowie das »Nahtstellenmanagement (NSM)« berücksichtigt, wodurch nicht nur eine Umstellung auf Leistungsangebotsplanung, sondern vielmehr eine grundlegende Umgestaltung hin zu einer integrierten Gesundheitsplanung erfolgte (vgl. Abb. 7.4).

Abbildung 7.4: Versorgungssystem nach dem Konzept der »integrierten Gesundheitsplanung«



Quelle: GÖG/ÖBIG

Grafik: GÖG/ÖBIG

Der ÖSG ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Gesundheitsstrukturplanung und beinhaltet gleichzeitig die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene. Im Sinne einer Patientenorientierung und der oben genannten Bestimmungen wird im ÖSG von der isolierten Betrachtung der Akutkrankenanstalten abgegangen und die gesamte Versorgung einer Region unter Berücksichtigung aller oben angeführten Bereiche in einem integrativen Ansatz abgebildet (vgl. Abb. 7.4). Der ÖSG ist eine konsequente Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP und im Bereich der Akutkrankenanstalten als Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2010 konzipiert. Er ist ein regionaler Rahmenplan für Versorgungsregionen und Versorgungszonen. Er setzt an der Integrativen regionalen Versorgungsplanung an und lässt sich wie folgt beschreiben:

- Die Darstellung von einzelnen Krankenanstalten wird umgestellt auf die Darstellung von 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen, der Geltungsbereich für die festgelegten Qualitätskriterien wird von Fonds-Krankenanstalten auf alle Akutkrankenanstalten gemäß KAKuG ausgeweitet;
- Richtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte im Jahr 2010 pro MHG (rund 450 »Medizinische Einzelleistungs-/Hauptdiagnosengruppen« im Sinne des LKF-Modells) und pro Versorgungsregion bzw. Versorgungszone ersetzen die bisherigen Bettenobergrenzen pro Krankenanstalt;
- Qualitätskriterien und Vorgaben zu jährlichen Mindestfrequenzen werden für jene medizinischen Leistungen vorgegeben werden, für die dies aus Expertensicht erforderlich ist;
- die Versorgungssituation in den Bereichen »ambulante ärztliche Versorgung«, »extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung«,

»Rehabilitation« sowie »Alten- und Langzeitversorgung« wird pro Versorgungsregion bzw. Versorgungszone im Istzustand erfasst, außerdem werden Kriterien zum Funktionieren des Nahtstellenmanagements in den einzelnen Versorgungsregionen definiert;

- zu den medizinisch-technischen Großgeräten sind allgemeine Planungsgrundlagen und technische Beschreibungen sowie Vorgaben, für welche medizinischen Leistungen welche Großgeräte erforderlich sind, vorgesehen; weiters umfasst der ÖSG den bundesweiten Großgeräteplan, der bis auf Weiteres pro Bundesland die maximale Anzahl an Großgeräten im intra- und extramuralen Bereich beinhaltet.

Über den ÖSG werden auf Bundesebene nur noch grundsätzliche Planungsaussagen festgelegt, sodass Länder, Krankenanstalenträger und soziale Krankenversicherungsträger im Rahmen der Detailplanung auf regionaler Ebene wesentlich mehr Gestaltungsmöglichkeiten als bisher erhalten. Der integrative Ansatz ist eine Weichenstellung für Verlagerungen zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens. Damit ist der ÖSG auch eine Basis für die Umsetzung und für weitere Schritte der Gesundheitsreform.

Für die bundesweite Realisierung der im ÖSG vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Krankenanstalten wurde bereits mit der Novellierung des KAG des Bundes Ende 1993 durch die Bestimmungen im § 5b (»Qualitätssicherung«) der notwendige gesetzliche Rahmen festgelegt. Die Träger von Krankenanstalten wurden darin verpflichtet, die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen betreffen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Entsprechend § 40 KAKuG gelten diese Bestimmungen sowohl für öffentliche als auch für private Krankenanstalten.

7.4.1.4 Ausblick

Der ÖSG beinhaltet für den Bereich der Krankenanstalten eine Reihe von Zielvorgaben und qualitätssichernden Maßnahmen, deren laufende Evaluation, Revision und Weiterentwicklung unverzichtbar ist. Da der ÖSG außerdem für alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung weiterentwickelt werden soll, wie dies auch die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG vorgibt, sollen künftig auch eine Leistungsangebotsplanung sowie Qualitätskriterien für Versorgungsbereiche außerhalb der Akutkrankenanstalten in den ÖSG integriert werden (z. B. Qualitätsstandards für die ambulante ärztliche Versorgung sowie für stationäre und ambulante Rehabilitation). Für die nächste Zukunft sind im Rahmen der weiteren Arbeiten zum ÖSG für den Krankenanstalten-Bereich insbesondere folgende Schritte vorgesehen:

- Entwicklung von Konzepten für eine abgestufte Versorgung für ausgewählte Fachbereiche (Gynäkologie, Neurologie und Psychiatrie);
- Einrichtung von »Zonenkonferenzen« auf der Ebene der vier Versorgungszonen des ÖSG zur Abstimmung überregionaler, länderübergreifender Planungen;
- Einrichtung von »Koordinationsstellen« zur Sicherstellung einer raschen und effizienten überregionalen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem spitzenmedizinischem Versorgungsbedarf (mit Koordinations- und Vermittlungsfunktionen);
- Weiterentwicklung der Qualitätskriterien sowie der »Leistungsmatrix« im ÖSG (unter Einbeziehung ökonomischer Expertise und wissenschafts-/evidenzbasierter Methoden, ausgerichtet auf die Bereiche Personalausstattung/-qualifikation, Infrastruktur, Leistungsangebote sowie medizinisch und wissenschaftlich begründete Mindestfrequenzen).

7.4.2 Krankenanstaltenfinanzierung

7.4.2.1 Kostenentwicklung in den Fonds-Krankenanstalten

Der Anteil der in Tabelle 7.5 dargestellten Endkosten der Fonds-Krankenanstalten am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist in den Jahren von 2001 bis 2004 kontinuierlich um einen Zehntelprozentpunkt auf 3,60 Prozent angestiegen. Damit lag auch der relative Anstieg der Krankenanstaltenkosten während der gesamten Beobachtungsperiode um 0,6 bis 1,7 Prozentpunkte über dem relativen BIP-Wachstum.

Tabelle 7.5: Kostensteigerungsraten in den Fonds-Krankenanstalten im Vergleich zum Wachstum des BIP 2001–2004

Jahr	BIP		Endkosten der Fonds-Krankenanstalten		
	in Mrd. €	jährliches Wachstum in %	in Mrd. €	jährliche Steigerung in %	Anteil am BIP in %
2001	215,9	2,6	7,5	4,3	3,50
2002	220,7	2,2	7,8	2,8	3,52
2003	227,0	2,8	8,0	3,6	3,54
2004	237,0	4,4	8,5	5,9	3,60

Quellen: BMGF – Kostenrechnungsergebnisse für Fondskrankenanstalten 2001–2004; ST.AT

Die Entwicklung der Gesamtkosten hängt vor allem mit der quantitativen und qualitativen Entwicklung im Personalbereich zusammen, weil die Personalkosten mehr als die Hälfte der Gesamtkosten betragen. Tabelle 7.6 zeigt, dass die Steigerung der Personalkosten mit 12,9 Prozent etwa dem Anstieg der gesamten Primärkosten entsprach, die Kostensteigerung absolut jedoch zu knapp mehr als die Hälfte auf den Personalbereich zurückzuführen war.

Tabelle 7.6: Entwicklung der Primärkosten in den Fonds-Krankenanstalten nach Kostenartengruppen 2001–2004

Kostenartengruppen	Anteil an den Primärkosten 2004 in %	Anteil an der Primärkostensteigerung 2001–2004 in %	Steigerung 2001–2004 in %
Personalkosten (1)	51,5	51,8	12,9
Med. Ge- und Verbrauchsgüter (2)	13,8	18,2	17,3
Kostenartengruppen 3–7*	24,4	19,2	9,8
Kalkulatorische Zusatzkosten (8)	10,3	11,8	14,9
Primärkosten insgesamt	100,0	100,0	12,8

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

Quelle: BMGF – Kostenrechnungsergebnisse für Fondskrankenanstalten 2001–2004

Die Steigerungsraten der Endkosten der Fondskrankenanstalten lagen in den Bundesländern zwischen 7,9 (Wien) und 18,9 Prozent (Niederösterreich). Damit wies Wien, wo fast ein Drittel der österreichweiten Kosten entsteht (der hohe Kostenanteil Wiens lässt sich durch das konzentrierte Angebot an spitzenmedizinischen Leistungen sowie den damit verbundenen intensiveren Ressourceneinsatz begründen), mit Abstand die geringste

Kostensteigerung (vor Kärnten mit 12,6 Prozent) auf und sorgte damit auch für eine – im Vergleich zu den anderen Bundesländern – im Bundesdurchschnitt moderate Kostensteigerung von 12,9 Prozent (Vorperiode 1998 bis 2001: +13,3 %).

Tabelle 7.7: Entwicklung der Endkosten in den Fonds-Krankenanstalten nach Bundesländern 2001–2004

Bundesland	2001	2004	Veränderung 2001–2004 in %	Anteil 2001–2004 in %
Burgenland	137.778.940	162.341.586	17,8	2,5
Kärnten	529.789.635	595.482.313	12,4	6,7
Niederösterreich	971.390.957	1.155.166.047	18,9	18,8
Oberösterreich	1.129.960.361	1.300.518.996	15,1	17,5
Salzburg	453.000.289	515.700.884	13,8	6,4
Steiermark	1.019.773.132	1.160.597.692	13,8	14,4
Tirol	592.248.148	687.094.224	16,0	9,7
Vorarlberg	249.653.352	287.064.802	15,0	3,8
Wien	2.464.543.526	2.659.281.245	7,9	20,0
Österreich	7.548.138.340	8.523.247.789	12,9	100,0

Quelle: BMGF – Kostenrechnungsergebnisse für Fondskrankenanstalten 2001–2004

7.4.2.2 Weiterentwicklung des LKF-Systems seit 2001

Neben der routinemäßigen Wartung des LKF-Systems (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) enthielten die jährlichen Revisionen des LKF-Modells in den Jahren 2001 bis 2004 schwerpunktmäßig folgende Weiterentwicklungen:

Im Jahr **2001** wurde als Grundlage für die Diagnosedokumentation der Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSG 2001 in allen Krankenhäusern verpflichtend eingeführt. Weiters wurde die Struktur des für den Diagnosen- und Leistungsbericht definierten Basisdatensatzes (MBDS) dahingehend geändert, dass nunmehr alle für den Krankenhausaufenthalt relevanten medizinischen Diagnosen und Leistungen sowie alle Verlegungen im Bericht gemeldet werden müssen.

Mit dem **LKF-Modell 2002** wurde eine komplett überarbeitete Systematik eingeführt, die auf einer **umfassenden Modellwartung** basiert, welche zu Struktur- und Punkteanpassungen bei zahlreichen Leistungs- und Diagnosefallgruppen (LDF) und auch zur Aufnahme neuer medizinischer Einzelleistungen und neuer LDF geführt hat. Dabei wurden die Ergebnisse des Projekts »**LKF-Nachkalkulation**«, an dem sich 15 Referenzkrankenhäuser beteiligt haben, verwendet. Im Rahmen dieses Projekts wurden erstens alle medizinischen Einzelleistungen nachkalkuliert und damit in weiterer Folge die Leistungskomponenten der LDF-Pauschalen angepasst. Zweitens wurden für die Evaluierung der Tageskomponenten der LDF-Pauschalen die durchschnittlichen Tageskosten (bereinigt um die Kosten für die medizinischen Einzelleistungen) der Referenzkrankenhäuser, basierend auf den Ergebnissen der Kostenrechnung 1999, herangezogen. Dritter wesentlicher Punkt für die Evaluierung der LDF war die Aktualisierung der Belagsdauermitelwerte sowie der Ober- und Untergrenzen. Die einheitliche Bewertungsbasis war das Jahr 1999 (medizinische Einzelleistungen, bereinigte Belagstagskosten).

Weiters wurden auch die auf einer Tagsatzfinanzierung basierenden Intensiveinheiten und speziellen Leistungsbereiche (medizinische Geriatrie, Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten, Kinder-/Jugendneuropsychiatrie) in die Modellwartung einbezogen sowie **neue spezielle Leistungsbereiche** (tagesklinische und tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie, Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin, Psychosomatik und Psychotherapie) in das Modell **aufgenommen**. Für den **tagesklinischen Bereich** wurde eine einheitliche **Bepunktungsregelung** in das Modell integriert.

In den Jahren **2003** bis **2005** wurden vereinbarungsgemäß nur die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen vorgenommen. In der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 bis 2008 wurde festgelegt, die Bepunktungsregelung für den tagesklinischen Bereich bereits für das **LKF-Modell 2006** weiterzuentwickeln. Diese Weiterentwicklung ist im LKF-Modell 2006 – neben einzelnen kleineren Wartungsarbeiten – bereits umgesetzt.

7.4.2.3 Ausblick

Nach bisher umfangreichen Weiterentwicklungen des LKF-Systems haben sich der Bund und die Bundesländer im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (für die Jahre 2005 bis 2008) darauf geeinigt, dass das **LKF-Modell im Kernbereich** grundsätzlich **über mehrere Jahre** – abgesehen von aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen – unverändert bleiben soll. Diese Entscheidung wird die Analyse-möglichkeiten von Entwicklungen im Spitalsbereich verbessern und Veränderungen, die nicht systemimmanent sind, transparenter machen. Entscheidende Modelländerungen sollen nur noch in – im Voraus festgelegten – »LKF-Änderungsjahren« erfolgen.

Das LKF-Modell 2002 stellt weiterhin die Basis für die LKF-Modelle der Jahre 2006 bis 2008 dar. Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sieht unter anderem die folgenden Maßnahmen vor:

- Bis **Ende 2007** ist das LKF-Modell einer **umfassenden Weiterentwicklung** zu unterziehen, wobei insbesondere die folgenden Punkte in Aussicht genommen werden:
 1. Kalkulation mit überarbeitetem Kalkulationsleitfaden auf Basis der aktualisierten und weiterentwickelten Krankenanstalten-Kostenrechnung;
 2. Entwicklung eines Bepunktungsmodells für medizinische Nachsorge, Transferierungen, Verlegungen und Wiederaufnahmen;
 3. Weiterentwicklung des LKF-Modells, z. B. der Bepunktungsregelung für Intensiveinheiten und für spezielle Leistungsbereiche;
 4. Abstimmung des LKF-Modells mit den Versorgungsmöglichkeiten im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich (Harmonisierung der Dokumentation, Abgrenzung der Inhalte und Bepunktung der Fallpauschalen zu den anderen Versorgungsbereichen).
- Im spitalsambulanten Bereich aller Krankenanstalten soll eine bundeseinheitliche Dokumentation der Diagnosen auf der Grundlage der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen herausgegebenen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation erfolgen.

- Zur Vorbereitung der **Einführung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation** und als Grundlage für die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Modells zur leistungsorientierten Abgeltung **im ambulanten Bereich** gem. Art 22 Abs 7 ist sicherzustellen, dass bei ausgewählten Leistungsanbietern eine Diagnosen- und Leistungsdokumentation im erforderlichen Ausmaß erfolgt. Von der Bundesgesundheitsagentur ist als Grundlage für die Leistungsdokumentation ein Katalog unter Berücksichtigung des Leistungsgeschehens im niedergelassenen Bereich zu entwickeln.
- Ab 1. Jänner 2008 ist entsprechend den Festlegungen der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl II 2003/638, von den Rechtsträgern der Krankenanstalten gemäß Art 14 Abs 3 und 4 ein auf handelsrechtlichen Normen basierendes pagatorisches Rechnungswesen zu führen. Bis zu diesem Zeitpunkt ist von der Bundesgesundheitsagentur ein einheitliches Berichtssystem zu den Ergebnissen des Rechnungsabschlusses in Analogie zum Berichtssystem der KA-Kostenrechnung zu erarbeiten.

Auf eine stärkere internationale Orientierung des österreichischen LKF-Systems und seiner Grundlagen wird besonderes Augenmerk gelegt. Daher stellen die laufende Beobachtung und die Berücksichtigung entsprechender Entwicklungen im Ausland sowie die Auseinandersetzung mit Dokumentationsgrundlagen und Finanzierungsmodellen vor allem im deutschsprachigen Raum eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung des LKF-Systems dar. Auf österreichischer Ebene ist ein zunehmend größer werdender Abstimmungsbedarf mit anderen Projektbereichen der Bundesgesundheitskommission – insbesondere Gesundheitsplanung, Dokumentation, Nahtstellenmanagement, Qualitätsarbeit – erforderlich.

7.5 Psychosoziale Versorgung

7.5.1 Ausgangslage

Die Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der österreichischen Bevölkerung ist eines der zentralen gesundheitspolitischen Anliegen des Ressorts. Seit den Anfängen der Psychiatriereform in den 1970er Jahren bis zur Schaffung eines wohnortnahen psychosozialen Versorgungsangebots waren umfassende Maßnahmen auf unterschiedlichsten Entscheidungsebenen erforderlich. So waren u. a. die Aufnahme der psychiatrischen und der psychosomatischen Versorgung in den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP), die beispielgebende Reglementierung der Berufsgruppen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie sowie die Einführung einer kontinuierlichen Psychiatrieberichterstattung unverzichtbare Grundlagen für die darauffolgenden Aktivitäten des Ressorts.

7.5.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

7.5.2.1 Psychiatrische Versorgung

Im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) wurden die planerischen Grundlagen eines bedarfsgerechten, integrierten, regionalisierten, dezentralen

und vernetzten Angebots weiterentwickelt. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Aspekt zu, dass hier sowohl Empfehlungen für die akutstationäre als auch für den außerstationären Versorgungssektor enthalten sind. Im Berichtszeitraum wurde der Schwerpunkt dieser Arbeiten auf die Versorgung der Zielgruppen der Kinder- und Jugendlichen sowie der betagten und chronisch kranken Menschen gelegt.

- Die Weiterführung der Psychiatrieplanung hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen umfasste zum einen die Analyse der stationären Versorgungssituation und die Ermittlung des Entwicklungsstandes von stationären und semistationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Zum anderen wurden Qualitätskriterien und Entwicklungserfordernisse der Versorgung erarbeitet, die auf die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen zugeschnitten sind und entsprechende Empfehlungen zur künftigen Bedarfsplanung formuliert (ÖBIG 2002a). In weiterer Folge wurden Vorarbeiten für eine Integration dieses Fachbereichs in den Österreichischen Krankenanstalten- und Strukturplan (ÖKAP/GGP) bzw. in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vorgenommen. Hintergrund war die in Angriff genommene Konstituierung eines eigenen Sonderfachs »Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)« in der Ärzteausbildungsverordnung. Bislang hat dieses den Status eines Additivfaches »Kinder- und Jugendneuropsychiatrie« (ÖBIG 2004a).
- Die psychiatrische Versorgung von betagten Menschen sowie die von chronisch psychisch kranken Menschen hat weitgehende Überschneidungsbereiche. Für beide Zielgruppen bestanden erhebliche Entwicklungserfordernisse, nicht zuletzt in Hinblick auf die Entlastung der stationären Akuteinrichtungen. Mit der Bestandsaufnahme und Analyse dieser Versorgungsbereiche und der Überprüfung, inwiefern sie in den Psychiatrieplänen der Bundesländer berücksichtigt werden, sowie der Entwicklung von Standards für eine bedarfsgerechte gerontopsychiatrische und psychiatrische Langzeitversorgung wurden nunmehr Grundlagen für deren Weiterentwicklung geschaffen. Dabei wurden sowohl der stationäre als auch der komplementäre Sektor berücksichtigt (ÖBIG 2003a).

Die Beobachtung der Dezentralisierung der akutstationären psychiatrischen Versorgung ist ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt der Arbeiten des Ressorts (ÖBIG 2002b; BMGF 2004b). Dezentralisierung und Integration in den allgemeinmedizinischen Bereich stellen wesentliche Anforderungen einer bedarfs- und bedürfnisgerechten akutstationären psychiatrischen Versorgung dar. Diese Anforderungen sind im ÖKAP/GGP festgehalten und finden in den Psychiatrieplänen der Bundesländer ihren Niederschlag.

In Fortsetzung der Psychiatrieberaterstattung erstellte das Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) den zweiten Teil des »Österreichischen Psychiatrieberichts« (BMGF 2004b). Der Bericht bietet eine zusammenhängende Gesamtdarstellung und Analyse der psychiatrischen Versorgung hinsichtlich des Standes der Psychiatrieplanung auf Bundes- und Länderebene, der Betroffenen- und Angehörigenselbsthilfe, Laienhilfe und Antistigmaarbeit, Kennziffern der stationären psychiatrischen Versorgung sowie des Psychopharmakaverbrauchs und der Ausgaben der Krankenkassen für psychotherapeutische Behandlung.

Extramurale psychiatrische Versorgung

Im Sinne einer wohnort- und lebenskontextnahen Betreuung und Behandlung sowie der Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung und Behandlung hat ein qualitativ und quantitativ angemessenes Angebot vor allem im extramuralen Sektor vorrangige Bedeutung. Der Aufbau dieses Versorgungsbereichs liegt in der Kompetenz der Länder. Grund-

lage dafür sind aber auch die Richtlinien des ÖKAP/GGP, die ein flächendeckendes koordiniertes Angebot an ambulanten und komplementären Diensten und Einrichtungen bis zum Jahr 2005 vorsahen. Die Beobachtung der Umsetzung der Länderpläne zeigt, dass die Koordination von medizinischer und psychosozialer Versorgung wegen der Fragmentierung der Versorgungsbereiche und der damit einhergehenden unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen und Finanzierungssysteme erschwert ist (BMGF 2004b). Da gerade psychische Erkrankungen das individuelle Vermögen zur bedarfs- und bedürfnisgerechten Organisation von Betreuungs- und Behandlungsangeboten beeinträchtigen, ist hier besonders dringender Bedarf gegeben. Der Gefahr von Unter-, Fehl- oder Überversorgung muss daher auch durch entsprechende Gestaltung und Umsetzung der Länderpsychiatriepläne begegnet werden (BMGF 2004b).

Stationäre psychiatrische Versorgung

Der Prozess der Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung geht bis in die siebziger Jahre zurück. Während 1974 zehn psychiatrische Großkrankenanstalten noch rund 11.763 Betten vorhielten, wird 2004 die stationäre Versorgung von 28 Einrichtungen gewährleistet (Abteilungen und Stationen für Kinder- und Jugend-/Neuropsychiatrie in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Abteilungen wurden nicht gesondert gezählt). Diese verfügen insgesamt über 4.716 Betten (inklusive der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Abhängigkeitskranken in Sonderkrankenanstalten sowie neurologisch-psychiatrisch gemischten Abteilungen). In den letzten zehn Jahren (seit 1994) wurden die Betten um knapp ein Drittel reduziert.

Parallel dazu ist die Anzahl der Aufnahmen und die der behandelten Patientinnen und Patienten gestiegen. Insgesamt wurden 2003 rund 211.000 Patientinnen (rund 55 Prozent) und Patienten (rund 45 Prozent) mit psychiatrischer Haupt- und/oder Nebendiagnose in den österreichischen Krankenhäusern aufgenommen. Das sind 2,6 Prozent der Bevölkerung. Berücksichtigt man ausschließlich die Hauptdiagnosen, so waren davon rund 82.000 Personen – etwa 1 Prozent der Bevölkerung – betroffen, 53 Prozent davon weiblichen und 47 Prozent männlichen Geschlechts (ÖBIG-eigene Auswertungen 2005). Etwas mehr als die Hälfte dieser Patientinnen und Patienten – insgesamt 47.515 – wurden in psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern behandelt. Somit wird ein erstaunlich hoher Anteil von Personen mit stationär behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen nach wie vor nicht in psychiatrischen Abteilungen oder Krankenhäusern behandelt sondern beispielsweise in Abteilungen für Innere Medizin.

Mit der steigenden Zahl der stationär behandelten Fälle steigt auch die Zahl der Fälle, die nach dem Unterbringungsgesetz (UbG; BGBl 1990/155) in psychiatrische Fachabteilungen aufgenommen wurden (siehe Tabelle 7.8). Im Jahr 2002 sind insgesamt 16.253 Fälle nach § 8 UbG (Unterbringung ohne Verlangen; Medizinische Einzelleistung MEL 7581) aufgenommen worden. Zwei Jahre später waren es 17.941, was einer Steigerung um mehr als 10 Prozent entspricht (ÖBIG 2005a, ÖBIG 2006). Allerdings ist diese Zunahme größtenteils auf eine höhere Rücklaufquote bei der Befragung der einschlägigen Abteilungen und Krankenhäuser zurückzuführen, sodass erstmals nahezu eine Vollerhebung gelang. Der Anteil der Unterbringungen an der Gesamtanzahl der Entlassungen aus psychiatrischen Betten lag bisher relativ stabil bei 12 bis 13 Prozent (BMGF 2004b).

Höhere Aufnahmequoten, gesunkene Verweildauern und nicht zuletzt die verbesserte Rechtslage der Patientinnen und Patienten sind wesentliche Einflussfaktoren auf diese Entwicklung (BMGF 2004b, ÖBIG 2001, 2005, 2006).

Von den 28 Einrichtungen für die psychiatrische Akutversorgung wurden zehn bis Ende 2004 im Zuge des Dezentralisierungs- und Integrationsprozesses als psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern mit insgesamt 613 Betten (inklusive Tagesklinikplätze) etabliert: in Niederösterreich Hollabrunn, Neunkirchen, Tulln und Waidhofen/Thaya; in Oberösterreich Vöcklabruck und Wels; in Salzburg Schwarzach/Pongau; in Tirol Kufstein; in Wien das SMZ-Süd und das SMZ-Ost. Weitere elf sind in Planung (ÖBIG 2005a). Zum Vergleich: 2001 waren insgesamt acht dezentrale Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern mit insgesamt erst 333 Betten in Betrieb.

Tabelle 7.8: Entwicklung der Unterbringungshäufigkeiten 1991–2004

Jahr	Gemeldete Unterbringungen	Veränderung absolut	Veränderung in Prozent
1991	7.115	-	-
1992	7.335	220	3,1
1993	9.197	1.862	25,4
1994	9.704	507	5,5
1995	11.064	1.360	14,0
1996	11.268	204	1,8
1997	12.300	1.032	9,2
1998	13.084	784	6,4
1999	14.123	1.039	7,9
2000	14.694	571	4,0
2001	15.257	563	3,8
2002	16.253	996	6,5
2003	16.514	261	1,6
2004	17.941	1.427	8,6

Quellen: Bundesrechenzentrum; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Reduktion großer Bettenumfänge an den Standorten psychiatrischer Krankenhäuser zugunsten des Ausbaus wohnortnaher, dezentraler psychiatrischer Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern ist ein wesentlicher Indikator der kontinuierlich und erfolgreich laufenden Psychiatriereform. Zudem wurde durch die Schaffung von Abrechnungsmöglichkeiten der tagesklinischen und tagesstrukturierenden Behandlung durch das Modell 2002 der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) eine weitere Qualitätsverbesserung im Sinne der Stärkung einer lebensfeldzentrierten und wohnortnahen Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeit geschaffen.

Planung und Koordination

Gemäß den Vorgaben des ÖKAP/GGP wurden mittlerweile in sämtlichen Bundesländern Psychiatriepläne entwickelt und zum Teil (Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Steiermark und Wien) bereits weiterentwickelt (BMGF 2004b).

7.5.2.2 Psychosomatische Versorgung

In zahlreichen Studien wurde nachgewiesen, dass der Anteil an Patientinnen und Patienten im stationären Akutbereich, die zusätzlich zu ihren somatischen Erkrankungen unter schweren psychosozialen Problemen leiden, bei 40 bis 70 Prozent liegt. Da diese für die Betroffenen eine große Belastung darstellen und eine entsprechende Versorgung Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung der Gesamterkrankung sowie für die anschlie-

Bende Aufrechterhaltung der Gesundheit ist, wurde in Österreich die psychosomatische Behandlung innerhalb von Krankenanstalten verbindlich im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP 2003) verankert. Weiters werden in Bad Aussee und Eggenburg eigene psychosomatische Kliniken etabliert. Auf diese Weise ist es gelungen, langjährige Defizite bei der Versorgung psychosomatischer Erkrankungen zu mildern und die psychosomatische Versorgung in Österreich auf neue Schienen zu setzen.

Hauptaugenmerk im stationären Akutbereich ist die niederschwellige frühzeitige Erfassung und Behandlung von Patienten mit psychosomatischem Behandlungsbedarf sowie die Integration psychosomatischer Expertise in die somatische ärztliche Diagnostik und Therapie sowie in die Pflege. In den Spitälern sind folgende Angebotsformen vorgesehen:

1. Psychosomatisch-psychotherapeutischer Konsiliar- und Liaisondienst mit Ambulanz in jedem Krankenhaus,
2. Departments für Psychosomatik für Erwachsene mit Tagesklinik und Ambulanz,
3. Departments und Psychosomatik-Schwerpunkte für Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit Tagesklinik und Ambulanz in jedem Bundesland.

Die Departments sollen vorrangig in Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur eingerichtet werden, und zwar in jenen Abteilungen, in denen es viele Patientinnen und Patienten mit (oftmals unerkanntem) psychosozialen Betreuungs- und Behandlungsbedarf gibt. In diesen erfolgt eine gezielte psychosomatische Behandlung im multiprofessionellen Team. Angeboten werden u. a. psychosomatisch-psychotherapeutische Programme in Einzel-, Paar- und Gruppentherapie, klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung, Entspannungstraining, Autogenes Training, Biofeedbacktherapie, progressive Muskelentspannung, Ergotherapie, Physiotherapie sowie Maßnahmen aus dem Bereich der Sozialarbeit.

Österreichweit sollen 480 Betten für Erwachsene und 161 für Säuglinge, Kinder und Jugendliche – inklusive der bereits bestehenden – der psychosomatischen Versorgung gewidmet werden. Die Definition von detaillierten Qualitätskriterien und Rahmenbedingungen der erforderlichen Behandlung wurde in Kooperation mit zwei Expertengruppen (eine für die psychosomatische Versorgung von Erwachsenen und eine für die von Kindern) im Jahr 2004 abgeschlossen (ÖBIG 2003b, ÖBIG 2004b).

7.5.2.3 Psychotherapie, Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie

Die drei Berufe sind mittlerweile seit mehr als einem Jahrzehnt gesetzlich geregelt. Psychotherapeutische Behandlung und die klinisch-psychologische Diagnostik sind der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen.

Jüngste Gesetzgebung

Im Berichtszeitraum wurden zu den bereits bestehenden Regelungen u. a. hinsichtlich der Verschwiegenheitspflicht in den Novellen zum Familienberatungsförderungsgesetz sowie zum Jugendwohlfahrtsgesetz und den EWR-Anpassungsgesetzen weitere grundlegende Bestimmungen bzw. Richtlinien geschaffen.

So wurde im Berichtszeitraum das Bundesgesetz über Mediation in Zivilrechtssachen (BGBl I 2003/29), an dem das Ressort wesentlich mitwirkte, beschlossen. Nahezu die

Hälfte der Mediatorinnen und Mediatoren gehört auch den Berufsgruppen der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen und -psychologen an. Da sich die Tätigkeiten der Mediatorinnen und Mediatoren mit denen der psychotherapeutischen Berufsgruppe in vielerlei Hinsicht überschneiden, wurde die Anrechnung der Ausbildung zur Psychotherapeutin bzw. zum Psychotherapeuten in der Ausbildung zur Mediatorin bzw. zum Mediator festgelegt. In dem Gesetz wurde nach dem Modell des Psychotherapiegesetzes die Einrichtung eines Beirats, die Führung einer Mediatorenliste, die fachlichen Qualifikationen, Rechte und Pflichten der Mediatorinnen und Mediatoren sowie die Anerkennung von Ausbildungseinrichtungen und Lehrgängen geregelt.

Qualitätssicherung

Die Sicherung der Qualität von Ausbildung und Ausübung des Berufs bildet seit vielen Jahren einen Schwerpunkt der Aktivitäten des Ressorts. 2002 wurden auf Grundlage eines Beschlusses des Psychologenbeirates Richtlinien für die Erstellung von psychologischen Befunden und Gutachten herausgegeben. Im selben Jahr wurden zwei weitere Richtlinien zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung sowie der Ausbildung erarbeitet. Zum einen wurde die Gutachterrichtlinie, die Kriterien für die Erstellung von Gutachten durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten definiert, auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates verfasst, zum anderen die Ausbildungsvertragsrichtlinie, die Kriterien zur Ausgestaltung von Ausbildungsverträgen im psychotherapeutischen Fachspezifikum festlegt, ebenfalls auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates formuliert. Auf derselben Basis wurde zuletzt (2004) die Diagnostik-Leitlinie, die Begriffserklärungen und Leitlinien zur psychotherapeutischen Diagnostik zusammenfasst, beschlossen.

In den Jahren 2003 und 2004 wurden im Auftrag des BMGF Grundlagen für die Qualitätssicherung in der postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie erarbeitet (ÖBIG 2004e).

Im Zusammenhang mit dem Erfordernis der gegenseitigen Anerkennung beruflicher Qualifikationen im EWR (RL 89/48/EWG) wurde im Auftrag des Gesundheitsressort eine Dokumentation der Berufsregelungen bezüglich Psychotherapie, Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie in den Mitgliedstaaten des EWR erstellt und in der Folge aktualisiert (ÖBIG 2003c, ÖBIG 2004c, ÖBIG 2004d). Nunmehr sind auch die an Österreich angrenzenden Beitrittsländer – Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik und Ungarn – sowie die Schweizerische Eidgenossenschaft in die Dokumentation mit aufgenommen. Das kommentierte Verzeichnis (auch in englischer Sprache) dient als Entscheidungsgrundlage für das Gesundheitsressort über die Berufszulassung von EWR-Bürgerinnen und -Bürgern in Österreich, zur Information von in Österreich berufsberechtigten Personen über die Anerkennungserfordernisse in einem anderen EWR-Staat sowie als Nachschlagewerk für Behörden und Interessenten in den EWR-Staaten.

Personalangebot im Bereich der Psychotherapie

Mit Stand 31. 12. 2004 gab es in Österreich 5.788 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Es gibt eine fast flächendeckende Versorgung: Nur zwei Bezirke sind weiße Flecken auf der Landkarte. Die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist zwischen 1991 und 2004 – mit Ausnahme des Jahres 2001 – kontinuierlich gewachsen und hat sich seit 1991 versechsfacht. Im Jahr 2001 ist das Personalangebot erstmals seit

Beginn der Listenführung nicht gewachsen, sondern hat sich geringfügig reduziert. In den Jahren 2002 bis 2004 kam es wieder zu einem leichten Zuwachs. Die Erwartung, dass das Personalangebot gleich bleiben oder – aufgrund von Pensionierungen – sogar leicht sinken wird, ist zunächst nicht eingetroffen.

Das Angebot ist regional sehr ungleich verteilt: Die höchste Dichte an Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt es in Wien, gefolgt von Salzburg, Vorarlberg und Tirol. Am unteren Ende der Rangreihe liegen das Burgenland, Niederösterreich und Oberösterreich. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind nach wie vor massiv: Wien hat ein sechsmal größeres Angebot als das Burgenland. Zudem sind Psychotherapeutinnen und -therapeuten generell auf den städtischen Raum konzentriert: Während es in den Landeshauptstädten und in Wien durchschnittlich 16,7 Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro zehntausend Einwohner gibt, sind es in den ländlichen Regionen nur 2,9. Die Psychotherapeutendichte in den Landeshauptstädten übersteigt die der ländlichen Bezirke um etwa das Sechsfache. Neben Hürden wie Informationsdefiziten und hohen Kosten der Leistung, sofern diese nicht auf Krankenschein verfügbar ist, stehen der Nachfrage somit vielfach auch geographische Barrieren entgegen.

Diese Situation besteht unverändert seit 1991, da das Personalangebot in den gut versorgten Regionen am stärksten gewachsen ist. Die regionale Ungleichverteilung wurde durch die Zunahme des Personalangebotes also nicht gemildert, sondern setzte sich fort. Für eine gleichmäßigere Verteilung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind demnach gezielte Steuerungsmaßnahmen erforderlich.

Psychotherapie wird in allen Bundesländern überwiegend in freier Praxis erbracht, wobei bis 1997 ein leichtes Sinken und seit 1997 ein Ansteigen ausschließlich freiberuflich Tätiger feststellbar ist. Der Großteil der Psychotherapeutinnen und -therapeuten hat die Ausbildung in einer (vereinzelt auch in mehr als einer) der folgenden Richtungen absolviert: Systemische Familientherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Integrative Gestalttherapie und Psychoanalyse.

Zwei Drittel der Berufsgruppe sind Frauen: Psychotherapie wird damit nicht nur überwiegend von Frauen in Anspruch genommen, sondern auch ausgeübt. Die meisten Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind nun zwischen 41 und 60 Jahre alt. Nur sechs Prozent haben eine andere als die österreichische Staatsbürgerschaft, und zwar überwiegend die eines EWR-Landes.

30 Prozent der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben auch die klinisch-psychologische und/oder die gesundheitspsychologische Berufsberechtigung.

Tabelle 7.9: Zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigte Personen nach Bundesländern, Stand: 31. 12. 2004

Bundesland	Anzahl	
	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner
Burgenland	70	2,52
Kärnten	277	4,97
Niederösterreich	547	3,50
Oberösterreich	570	4,10
Salzburg	545	10,43
Steiermark	592	5,00

Bundesland	Anzahl	
	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner
Tirol	466	6,77
Vorarlberg	288	7,48
Wien	2.453	15,68
Österreich	5.788	7,14

Quellen: BMGF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung

Die im Jahr 1999 aufgelegte Informationsbroschüre über Psychotherapie wurde nunmehr in Kooperation mit dem ÖBIG aktualisiert. Sie wird wiederum zur Information der Bevölkerung über diesen Heilberuf vom BMGF in hoher Auflage herausgegeben werden. Weiters wurde nun erstmals auch eine Vorlage für eine Informationsbroschüre über Klinische Psychologie erstellt.

Der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ist nach wie vor eingeschränkt. Was die Finanzierung von Psychotherapie betrifft, trat im Berichtszeitraum zwar eine deutliche Verbesserung ein, trotzdem ist kostenlose Psychotherapie nach wie vor nicht für alle Behandlungsbedürftigen erhältlich. Seit der 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle ist die Inanspruchnahme von Psychotherapie als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung vorgesehen, wurde aber bis dato nur teilweise umgesetzt. Auch die 2002 in Kraft getretene 59. ASVG-Novelle führte bislang noch zu keinem Gesamtvertrag zwischen Hauptverband und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten. Zur Feststellung der Situation der Finanzierung von Psychotherapie hat das Gesundheitsressort daher das ÖBIG mit der Durchführung einer Studie »Psychotherapie auf Krankenschein« im Jahr 2002 sowie einer Aktualisierung im Jahr 2005 beauftragt. Während auf Basis von 2001 erst 14.600 Patientinnen und Patienten eine psychotherapeutische Behandlung auf Krankenschein erhielten – und zwar im Rahmen von psychotherapeutischen Versorgungsvereinen und Institutionen – waren es 2004 bereits 27.000. Im selben Zeitraum wuchs die Anzahl der behandelnden Psychotherapeutinnen und -therapeuten in diesem Versorgungsbereich von rund 1.200 (2001) auf rund 2.000 Personen (2004). Mittlerweile sind in sämtlichen Bundesländern Angebote von Psychotherapie auf Krankenschein in nahezu allen Bezirken vorhanden. Die Krankenkassen gaben 2001 ca. 13,34 Millionen Euro dafür aus, im Jahr 2004 waren es bereits 24,3 Millionen Euro. Für Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten ohne ärztlichen Quellberuf wurden 2001 rund 10,08 Millionen Euro bezahlt. Dieser Betrag war 2004 mit insgesamt 10,65 Millionen unwesentlich höher. Dazu kommen die Ausgaben für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen, die allerdings nicht direkt mit den zuvor erwähnten vergleichbar sind, da sie die gesamten Personal- und Sachkosten wie Miete und Energiekosten, medizinische Kosten, Abschreibung und Umlagekosten enthalten. 2001 betrug dieser Posten rund 2 Millionen Euro, 2004 waren es nur noch 0,9 Millionen Euro. Weiters wurden 2001 3,49 Millionen Euro und 2004 9,2 Millionen Euro an Wahl- und Vertragsärzte bezahlt, die zum Teil auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind.

Trotz der beträchtlichen Ausweitung des Angebots an kostenloser Psychotherapie im Berichtszeitraum ist die Versorgung nach wie vor nicht ausreichend. Es konnten bisher schätzungsweise 0,4 Prozent der Bevölkerung erreicht werden. So musste zumindest die Hälfte der Personen, die kostenlose Psychotherapie im Rahmen von Vereinslösungen

nachsuchten, aufgrund fehlender Kontingente abgewiesen werden. Die Wartezeiten lagen 2004 zwischen vier und dreißig Wochen. Dazu kommt (wie bereits im Zusammenhang mit der Entwicklung der berufsberechtigten Personen oben erläutert wurde) eine regionale Ungleichverteilung dieses Angebots.

Personalangebot im Bereich der psychologischen Tätigkeit

Zum Stichtag 31. 12. 2004 gab es in Österreich 4.184 klinische Psychologinnen und Psychologen sowie 4.164 Gesundheitspsychologinnen und -psychologen. Die beiden Berufsgruppen überschneiden sich weitgehend: 96 Prozent der klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie der Gesundheitspsychologinnen und -psychologen haben beide Berufsberechtigungen. Rund 39 Prozent der klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie 37 Prozent der Gesundheitspsychologinnen und -psychologen sind auch in die Psychotherapeutenliste eingetragen.

Die Anzahl der klinischen Psychologinnen und Psychologen bzw. der Gesundheitspsychologinnen und -psychologen steigt kontinuierlich. Sie hat sich seit Ende 1991 um das etwa Elfeinhalbfache bzw. Zwölffache erhöht, wobei der Hauptteil des Zuwachses in die bis 1993 laufende Übergangsregelung nach Psychologengesetz fiel. Das Personenangebot nahm zwischen 1994 und 1996 in geringerem Umfang zu; seit 1997 gibt es wiederum jährlich deutliche Zuwächse. Auch diese Berufsgruppen sind regional sehr ungleich verteilt. Wien und Salzburg sind am besten versorgt, das Burgenland, Niederösterreich und Oberösterreich am schlechtesten. Die Unterschiede fallen etwas geringer aus als bei der Psychotherapie: Wien hat eine um das Vierfache höhere Dichte an klinischen Psychologinnen und Psychologen und an Gesundheitspsychologinnen und -psychologen als das Burgenland. Analog zur psychotherapeutischen Versorgung besteht auch hier eine Konzentration des Personalangebotes auf den städtischen Bereich. In den vergangenen beiden Jahren (2003 und 2004) sind diese Unterschiede etwas geringer ausgefallen als in den Jahren daher, insgesamt hat jedoch die Zunahme des Personalangebotes keine gleichmäßigere regionale Verteilung bewirkt. Daraus folgt, dass gezielte Steuerungsmaßnahmen erforderlich wären, um regionaler Unterversorgung entgegenzuwirken.

Tabelle 7.10: Zur selbstständigen psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens berechnete Personen nach Bundesländern und insgesamt, Stand: Dezember 2004

Bundesland	Anzahl klinische Psychologen		Anzahl Gesundheitspsychologen	
	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner
Burgenland	67	2,41	71	2,56
Kärnten	252	4,52	243	4,36
Niederösterreich	431	2,76	418	2,67
Oberösterreich	426	3,07	428	3,08
Salzburg	448	8,57	450	8,61
Steiermark	519	4,38	514	4,34
Tirol	397	5,77	398	5,78
Vorarlberg	133	3,71	131	3,66
Wien	1.511	9,66	1.511	9,66
Österreich	4.184	5,16	4.164	5,14

Quellen: BMGF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Jeweils etwa ein Drittel der klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen und -psychologen arbeitet freiberuflich, im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses oder in beiden Organisationsformen.

Drei Viertel beider Berufsgruppen sind weiblich. Klinische Psychologinnen und Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen und -psychologen sind in der Mehrzahl zwischen 31 und 50 Jahre alt und somit etwas jünger als die psychotherapeutische Berufsgruppe. 97 Prozent besitzen die österreichische Staatsbürgerschaft. Drei Prozent kommen überwiegend aus dem EWR-Raum.

Zugang zur psychologischen Tätigkeit

Im Bereich der Klinischen Psychologie werden lediglich diagnostische Leistungen, sofern sie von Vertragspsychologen und -psychologinnen der Sozialversicherung erbracht werden und auf ärztliche bzw. psychotherapeutische Zuweisung erfolgen, finanziert.

Tabelle 7.11: Planstellen und besetzte Stellen für klinisch-psychologische Diagnostik nach Bundesländern und insgesamt, Stand: 1. März 2006

Bundesland	Vorgesehene Stellen	Besetzte Stellen
Burgenland	3	3
Kärnten	10	8
Niederösterreich	21	21
Oberösterreich	20	7
Salzburg	6	6
Steiermark	20	7
Tirol	9	6
Vorarlberg	-	-
Wien	34	34
Österreich	123	92

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Insgesamt sind 123 Stellen für Vertragspsychologinnen und -psychologen vorgesehen. Das sind 18 mehr als 2002. Drei Viertel der Planstellen sind besetzt. Dabei gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern: In Wien und Salzburg sind alle Stellen besetzt, in Oberösterreich und der Steiermark steht dagegen erst ein geringer Teil der vorgesehenen Vertragspsychologinnen und -psychologen zur Verfügung. Zusätzlich zu diesen können allerdings österreichweit rund 320 Wahlpsychologinnen und -psychologen für klinisch-psychologische Diagnostik in Anspruch genommen werden. Das ist mehr als das Dreifache des Jahres 2002.

7.5.3 Ausblick

Die psychosoziale Versorgung hat seit den Anfängen der Psychiatriereform eine rasante Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung erzielt. Die wohnortnahe Regionalisierung der akutstationären psychiatrischen Versorgung, der Aufbau eines koordinierten Netzes extramuraler Einrichtungen und Dienste, die Reglementierung der Berufsgruppen auf den Gebieten der Psychotherapie, der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie und zuletzt die Einführung von Psychosomatik-Strukturen im Krankenhaussektor sind nur

einige der wichtigsten Meilensteine auf dem Weg zur Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung.

In den kommenden Jahren sind in diesem Zusammenhang die folgenden Arbeitsschwerpunkte geplant:

- Zur Sicherstellung einer zugänglichen und wirksamen Behandlung für Personen (und ihre Familien) mit gefährlichem und schädlichem Alkoholkonsum bzw. mit manifester Abhängigkeit werden die spezifischen Grundsätze und Anforderungen an die Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen festgelegt sowie in der Gesundheitsplanung (ÖSG) integriert.
- Entsprechend der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG sind das gesamte Gesundheitswesen und dessen Teilbereiche überregional und sektorenübergreifend ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln. Im Sinne dieser Bestimmung sind die Planungsgrundlagen der akutstationären psychiatrischen Versorgung mit denen des außerstationären psychosozialen Sektors zu ergänzen und miteinander zu koordinieren. Ziel wird daher sein, die außerstationäre psychosoziale Versorgungssituation im ÖSG adäquat abzubilden, den aktuellen Ist-Stand in den einzelnen Versorgungssegmenten zu erheben sowie eine einheitliche Planungssystematik zu entwickeln.
- Um den weiteren Aufbau integrierter psychosomatischer Versorgungsstrukturen zu stärken sowie generell die psychische Komorbidität somatisch erkrankter Patientinnen und Patienten zeitgerecht erfassen und behandeln zu können, wird den psychosozialen Konsiliar- und Liaisondiensten verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Diese Dienste haben die Funktion eines Nahtstellenmanagements zwischen stationärer und außerstationärer sowie zwischen organmedizinischer und psychosozialer Versorgung und müssen daher in der Gesundheitsplanung entsprechend berücksichtigt und grundgelegt werden.
- In Fortsetzung einer unverzichtbaren Routine wird die kontinuierliche Beobachtung der Aufnahmen nach dem Unterbringungsgesetz auch in den kommenden Jahren vom Gesundheitsressort wahrgenommen werden.
- Die Arbeiten zur Schaffung einer gesetzlichen Berufsvertretung im Sinne einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten stehen kurz vor dem Abschluss.

Die weitere Verbesserung der Zugänglichkeit des psychotherapeutischen und psychologischen Versorgungsangebots ist ein wesentliches gesundheitspolitisches Anliegen im Zusammenhang mit der psychosozialen Versorgung. In den kommenden Jahren wird daher die Information der Bevölkerung bezüglich der drei Berufsgruppen weiter ausgebaut und die Finanzierung der Leistungen weiter beobachtet werden. Weiters soll in Ergänzung der Studien zur psychotherapeutischen Versorgungssituation nun die Situation der klinisch-psychologischen Versorgung, insbesondere aber das Angebot an klinisch-psychologischer Behandlung in Österreich untersucht werden.

7.6 Suchterkrankungen

7.6.1 Ausgangslage

In den letzten Jahren wurden im Auftrag des Gesundheitsressorts repräsentative Konsumerhebungen sowohl bei der Gesamtbevölkerung als auch bei Jugendlichen durchgeführt, um einen besseren Eindruck bezüglich der Erfahrungen mit dem Konsum von legalen und illegalen Substanzen zu gewinnen.

Die Konsumerhebung in der Allgemeinbevölkerung (»general population survey«) bestätigt, dass Alkohol in Österreich die »Volksdroge Nr. 1« ist (vgl. BMGF 2005b):

Fast alle Österreicherinnen und Österreicher (rund 97 Prozent) haben im Laufe ihres Lebens schon einmal Alkohol konsumiert (Lebenszeitprävalenz), bezogen auf die letzten zwölf Monate vor der Befragung (Jahresprävalenz) sind es rund 90 Prozent, und bezogen auf den letzten Monat vor der Befragung (30-Tage-Prävalenz oder aktueller Konsum) sind es rund zwei Drittel. Beim aktuellen Konsum zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Fast drei Viertel der Männer im Vergleich zu rund 60 Prozent der Frauen haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert.

Sowohl der Durchschnittskonsum als auch die Zahlen der Alkoholmissbrauchenden sind im längerfristigen Trend rückläufig, und der Umgang der Bevölkerung mit Alkohol kann überwiegend als adäquat bezeichnet werden.

Drei Viertel der Bevölkerung haben schon einmal Tabak konsumiert. Die Jahresprävalenz liegt bei rund 55 Prozent und der aktuelle Konsum bei rund 50 Prozent. Es finden sich bezüglich des Rauchens – im Vergleich zur Vergangenheit – nur noch geringe geschlechtsspezifische Unterschiede. Der Anteil der Raucherinnen ist unter den Frauen im Vergleich zu den Männern bei der jüngsten Altersgruppe (15 bis 24 Jahre) überproportional, in den höheren Altersgruppen (ab 45 Jahre) hingegen unterproportional.

Rund ein Fünftel der Bevölkerung hat schon einmal illegale Drogen konsumiert, wobei dies meist Cannabis betrifft – alle anderen Substanzen (wie Heroin, Kokain, Ecstasy) liegen bei maximal 3 Prozent Lebenszeitprävalenz. Die entsprechenden Werte sinken für die Jahresprävalenz auf 7,5 Prozent (Cannabis) bzw. unter 1 Prozent (andere Substanzen) und für den aktuellen Konsum auf rund 4 Prozent Cannabis bzw. max. 0,4 Prozent (andere Substanzen).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Jugendlichen auf Basis der Ergebnisse der ESPAD-Schulstudie (vgl. ESPAD – Austria 2005a), die in insgesamt 35 europäischen Staaten mit vergleichbarer Methodologie durchgeführt wurde:

82 Prozent der befragten 15-/16-jährigen Schülerinnen und Schüler haben im letzten Monat mindestens einmal Alkohol getrunken (Platz 1 unter 35 Staaten), und 20 Prozent gaben mindestens zehn Rausche im letzten Halbjahr an (Platz 8). Rund die Hälfte der Befragten hat im letzten Monat geraucht (Platz 2), rund ein Viertel mehr als fünf Zigaretten pro Tag (Platz 3). Rund 22 Prozent haben schon einmal Cannabis geraucht (Platz 19), 8 Prozent geben Erfahrungen mit anderen illegalen Substanzen an (Platz 9). Im letzten Monat haben laut eigenen Angaben 10 Prozent Cannabis konsumiert, für Amphetamine liegt der Wert bei 2,4 Prozent, bei allen anderen Substanzen unter 1 Prozent.

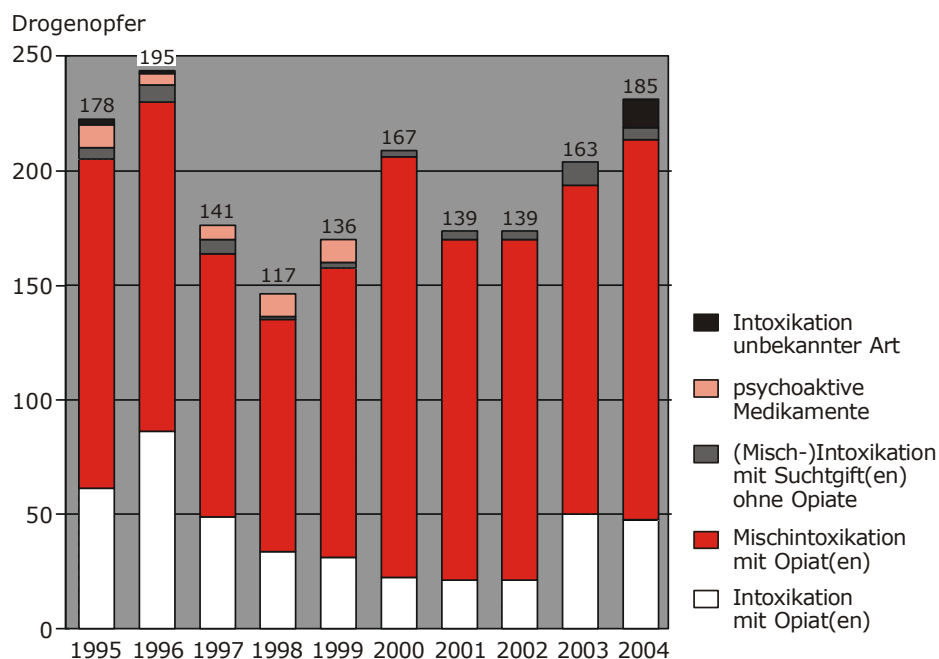
Problematisch ist der Konsum von psychoaktiven Substanzen vor allem aufgrund der – oft gravierenden – gesundheitlichen und teilweise auch sozialen Folgen:

Rund 10 Prozent der erwachsenen Österreicher (ca. 5 Prozent der Frauen und ca. 15 Prozent der Männer) erkranken im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus. Rund 18 Prozent der Erwachsenen sind als Alkoholmissbraucher (Alkoholkonsum über der »Gefährdungsgrenze«) zu bezeichnen, und zwar ca. 9 Prozent der Frauen und ca. 29 Prozent der Männer (vgl. BMGS 2001). Insgesamt gibt es damit in Österreich etwa 330.000 Alkoholranke und weitere 870.000 Alkoholmissbraucher. Zirka 6 Prozent aller Todesfälle in Österreich werden durch Krankheiten oder Unfälle infolge des Alkoholkonsums verursacht.

Rauchen gilt als wichtigste vermeidbare Ursache von Krankheit und vorzeitigem Tod. Allein in Österreich sterben jährlich rund 14.000 Personen an den Folgen von Tabakkonsum.

Der Missbrauch von illegalen Drogen geht weniger in quantitativer Hinsicht – da das Problem im Vergleich zu Alkohol und Nikotin größtmäßig beschränkt ist – als vielmehr bezüglich der qualitativen Ausprägung mit erheblichen gesundheitlichen (wie Todesfällen, Überdosierungen, Infektionskrankheiten, Langzeitfolgen) und sozialen (wie Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, soziale Ausgrenzung) Problemen und Folgen einher. Es wird geschätzt, dass etwa 20.000 bis 30.000 Personen in Österreich einen problematischen Opiat- bzw. Misch- oder Mehrfachkonsum (Konsum mehrerer Substanzen) aufweisen. Die Zahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle lag in den letzten Jahren bei rund 140 bis 185 Personen pro Jahr (vgl. Abbildung 7.5). Die HIV-Prävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden liegt seit Jahren auf niedrigem Niveau (3 bis 6 Prozent). Hohe Infektionsraten finden sich aber weiterhin für Hepatitis, wobei diese aber in den letzten Jahren etwas gesunken sind: Rund 30 Prozent der intravenösen Drogengebraucher/innen sind mit Hepatitis B infiziert, bezüglich Hepatitis C streuen die Werte zwischen 50 und 80 Prozent (vgl. ÖBIG 2005c).

Abbildung 7.5: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 1995 bis 2004



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

Quelle: BMGF, Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle

Grafik: GÖG/ÖBIG

Generell bestätigt sich aufgrund dieser Daten die gesundheitspolitische Relevanz des Konsums psychoaktiver Substanzen und von Suchterkrankungen. Zentrales gesundheitspolitisches Ziel in diesem Bereich ist die Prävention und damit – abhängig von der Substanz – die Verhinderung des Konsums bzw. der Entstehung eines problematischen Konsums und Missbrauchs. Bei Alkohol ist die Förderung eines kritischen Bewusstseins gegenüber den Annehmlichkeiten und Risiken des Alkoholgebrauches zentrales Anliegen. Früherkennung und Früherfassung alkoholismusgefährdeter und -abhängiger Personen sind weitere wichtige Ziele. Ein weiterer Schwerpunkt der alkoholspezifischen Maßnahmen liegt beim sogenannten problematischen – d. h. mit Risiken für die Gesundheit verbundenen – Alkoholkonsum. Bezüglich Nikotin richten sich – neben dem vorrangigen Ziel, den Rauchbeginn überhaupt zu verhindern – die Bemühungen auf Hilfestellung zur Raucherentwöhnung sowie auf den verstärkten Schutz von Nichtraucherern. Zentrale gesundheitspolitische Ziele in Bezug auf illegale Drogen sind eine möglichst suchtfreie Gesellschaft und die Verhinderung von gesundheitlichen Schäden durch den Konsum von Drogen. Bei bereits bestehendem problematischem Konsum und bei Drogenabhängigkeit soll durch ein differenziertes und bedürfnisorientiertes Angebot der Drogenhilfe eine Verbesserung des gesundheitlichen und psychosozialen Zustandes der Betroffenen erreicht werden. Dies umfasst abstinentorientierte, substituierende, risikominimierende und suchtbegleitende Angebote gleichermaßen.

In allen drei Bereichen werden die Maßnahmen auf nationaler Ebene im Einklang mit den Zielvorgaben und Richtlinien auf europäischer und internationaler Ebene gesetzt (z. B. Aktionsplan Alkohol, Empfehlung des EU-Rates zum Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen, Europäischer Alkohol Aktionsplans 2000–2005 der WHO, EU-Richtlinie 2003/33/EG zu Werbeverböten im Tabakbereich, Tabakrahmenübereinkommen der WHO, EU-Drogenstrategie 2000 bis 2004 und dazugehöriger Aktionsplan).

7.6.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Allgemeine suchtspezifische Maßnahmen

Prävention: Im Bereich der Primärprävention kooperiert das Gesundheitsressort vor allem mit den regionalen Fachstellen für Suchtprävention und weiteren einschlägig befassten Ressorts (v. a. Unterricht, Jugend). Im Rahmen des Präventionsprogramms »Zum Thema Sucht« erhielten die Fachstellen für Suchtprävention seitens des Gesundheitsressorts in den Jahren 2002 bis 2004 jährlich Förderungen in Höhe von rund 130.000 Euro, wobei ein Teil dieses Förderbudgets der Finanzierung einer jährlichen Fachtagung der ARGE Suchtvorbeugung (2002 zu Sekundärprävention, 2003 zu Tabak und 2004 zu Suchtprävention in der Arbeitswelt) diene. Seitens des Ressorts selbst wurde die Broschüre »Zum Thema Sucht: Betroffene und deren Angehörige« in aktualisierter Form neu aufgelegt. In Kooperation mit dem LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie wurde ein Factsheet zum Thema »Rauchen, Alkohol, Cannabis« erarbeitet, das zum Einsatz im Unterricht gedacht ist und auf den Ergebnissen des HBSC-Surveys 2001 aufbaut (vgl. BMGF 2004a).

Suchtpräventive Projekte und Maßnahmen werden darüber hinaus auch vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) finanziert: In den Jahren 2002 bis 2004 wurden vom FGÖ insgesamt 23 suchtpreventive Projekte im Gesamtumfang von rund 2,3 Millionen Euro gefördert.

Forschung und Monitoring: Wie einleitend bereits angeführt, beauftragte das Gesundheitsressort im Berichtszeitraum die Erstellung von zwei Repräsentativstudien zum Konsum von psychoaktiven Substanzen. Im Jahr 2004 wurde eine Repräsentativstudie zu Prävalenz und Mustern des Konsums von legalen wie illegalen Substanzen bei insgesamt 4.547 Personen im Alter ab 14 Jahren durchgeführt, die erstmals für Gesamtösterreich EU-konforme Daten lieferte. Im Jahr 2003 wurde die ESPAD-Studie, bei der in Österreich im Rahmen eines Schul-Surveys 5.619 Schülerinnen und Schüler im Alter von 13 bis 18 Jahren zu ihren Konsumerfahrungen befragt wurden, finanziert und damit die erstmalige Teilnahme Österreichs an dieser europaweiten Studie ermöglicht.

Suchthilfekompass: Im Auftrag des Gesundheitsressorts wurde im Berichtszeitraum der Österreichische Suchthilfekompass vom ÖBIG entwickelt und umgesetzt. Der Suchthilfekompass steht im Internet zur Verfügung (<http://suchthilfekompass.oebig.at>) und bietet für Betroffene, Angehörige wie Fachleute Informationen (wie Adressen, Öffnungszeiten, Zielgruppen, Angebote) zu den Einrichtungen zur ambulanten und stationären Betreuung und Behandlung von Drogenkonsumierenden und Alkoholkranken in Österreich.

Alkohol

Prävention: In Ergänzung zu den umfassenden suchtpreventiven Maßnahmen (siehe oben) wurde am 15. März 2004 in Kooperation von BMGF und AKIS die Fachtagung »Jugend und Alkohol« veranstaltet. Die Referate wurden in der »Wiener Zeitschrift für Suchtforschung«, Doppelnummer 3/4, 2005, publiziert. Weiters wurde auf Basis der Ergebnisse der Fachtagungen 2000 und 2004 die AKIS (siehe unten) im Auftrag des Gesundheitsressorts mit der Ausarbeitung eines Entwurfs für ein Präventionskonzept »Jugend und Alkohol« unter Einbindung aller im Alkoholbereich relevanten Bereiche beauftragt.

Monitoring: 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, die auch im Berichtszeitraum als zentrale Drehscheibe für Datensammlung und -aufbereitung im Alkoholbereich fungierte (vgl. BMGF 2004a). Das im Auftrag des Gesundheitsressorts von der AKIS erstellte »Handbuch Alkohol – Österreich« (vgl. BMGF 2004a) wurde im Jänner 2002 in einer angepassten und erweiterten Internetfassung zur Verfügung gestellt.

Internationale Kooperation: Neben der direkten Kooperation mit den relevanten internationalen Gremien – insbesondere Europäische Kommission und WHO – bei der Umsetzung der internationalen Vereinbarungen und Pläne (siehe 7.6.1) ist auch noch die Unterstützung des Gesundheitsressorts für die Mitarbeit des Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung in einigen internationalen Projekten zu nennen:

- »Alcohol Policy Network in the Context of a Larger Europe: Bridging the Gap«, ein Eurocare-Projekt, das von der Europäischen Kommission gefördert wird und auf die Weiterentwicklung einer integrierten Strategie zur Reduktion von alkoholbezogenen Schäden im Kontext einer erweiterten EU abzielt.
- »Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol, ELSA«, ein ebenfalls von der Europäischen Kommission gefördertes europäisches Projekt.
- »European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family, ENCARE International«, ein europäisches Projekt, das Fachleute in der Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien unterstützen will.

Rauchen

Rechtliche Rahmenbedingungen: Eine der wichtigsten Aufgaben in Bezug auf Rauchen war die Umsetzung der EU-Richtlinie 2003/33/EG durch die Einführung weitgehender Werbe- und Sponsoringverbote im Tabakbereich. Die mit 1. 1. 2005 in Kraft getretene Novelle zum Tabakgesetz sieht in Umsetzung der Richtlinie sowie in Zusammenschau mit der Empfehlung des Rates 2003/54/EG und dem Tabakrahmenübereinkommen der WHO ein umfassendes Verbot der Werbung und des Sponsorings für Tabakerzeugnisse vor. Darüber hinaus wird – der Empfehlung des Rates 2003/54/EG folgend – ein Verbot des In-Verkehr-Bringens von Einzelzigaretten oder Zigarettenpackungen unter zwanzig Stück statuiert. Weiters wurden die Nichtraucherenschutzbestimmungen im Sinne einer Ausweitung der bestehenden Rauchverbote, verpflichtender Ausschilderung von Rauchverböten und der Einführung einer Sanktion bei Verstoß gegen die Ausschilderungspflicht nach einer Einführungsphase ab 1. 1. 2007 verschärft.

Außerdem wurde ab 1. Jänner 2004 der Kondensat/Teer- und Kohlenmonoxidgehalt von Zigaretten auf 10 mg/Zigarette begrenzt. Der maximal zulässige Nikotingehalt wird auf 1 mg/Zigarette beschränkt. Diese Werte müssen dann auch deutlich auf den Packungen von Tabakerzeugnissen – gemeinsam mit Warnhinweisen – angebracht werden. In Umsetzung der EU-Richtlinie 2001/37/EG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Herstellung, Aufmachung und Verkauf von Tabakerzeugnissen wurde im Wege einer Novellierung des Tabakgesetzes die Rechtsgrundlage für neue Warnhinweise und insbesondere die Vergrößerung von Warnhinweisen geschaffen. Produktbezeichnungen, die den Eindruck erwecken, dass ein bestimmtes Tabakprodukt weniger schädlich sei als andere, sind nunmehr verboten.

Prävention: Das LBI für Gesundheits- und Medizinsoziologie führt seit 2004 im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Kooperation mit dem Gesundheitsressort das Projekt »Die rauchfreie Schule« durch, welches das »Aushandeln« des Nichtrauchens in den Schulen fördern soll und sich an alle Schulen ab der fünften Schulstufe richtet. Im Rahmen der breit angelegten Gesundheitsförderungskampagne iSCH (»Innerer Schweinehund«) des BMGF (vgl. ausführlicher dazu Abschnitt 7.7.2.1) wurde ein Schwerpunkt auf Rauchen gelegt und auch eine eigene Website dazu eingerichtet – <http://raucherzone.isch.at/> – sowie ein Folder erstellt.

Kampagnen: Das Thema Nichtrauchen war unter dem Titel »Ich brauch's nicht – ich rauch nicht« im Jahre 2002 ein zentraler Schwerpunkt der Medienkampagnen des FGÖ. Am Weltnichtrauchertag (31. Mai) 2002 wurde die auf drei Jahre angelegte Kampagne »feel free to say no« der Europäischen Kommission gestartet, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen unterstützt wird. Im Zentrum dieser Kampagne steht – wie bei der oben angeführten Kampagne »Ich brauch's nicht« – die Bewusstseinsbildung zum Thema Rauchen bei Jugendlichen.

Internationale Kooperation: Der Schwerpunkt der internationalen Kooperation lag bei der Umsetzung der EU-Richtlinien und Ratsempfehlungen (siehe oben). Im Mai 2003 wurde die WHO-Framework-Convention on Tobacco Control (FCTC/Tabakrahmenkonvention) – das erste weltweit umfassende verbindliche Rechtsinstrument der WHO angenommen. Österreich hat die Tabakrahmenkonvention am 28. 7. 2003 unterzeichnet. Erste Umsetzungsschritte erfolgten bereits im Rahmen der Novelle zum Tabakgesetz (siehe oben).

Drogen

Rechtliche Rahmenbedingungen: Am 1. Jänner 2003 trat die 21. Novelle der Straßenverkehrsordnung (StVO) in Kraft, mit der Bluttests bei Verdacht der Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit durch Suchtgift eingeführt wurden (BGBl I 2002/128). Diese Gesetzesänderung hat auch für den Gesundheitsbereich Relevanz, da bei einem positiven Testergebnis eine Verständigung der Bezirksgesundheitsbehörden nach § 12 ff. SMG vorgesehen ist und somit allenfalls notwendige gesundheitsbezogene Maßnahmen angeregt werden können. Im Jahr 2003 wurden in Umsetzung der entsprechenden Beschlüsse auf EU-Ebene die synthetischen Substanzen GHB, 1C-B und PMMA unter das Kontrollregime des Suchtmittelgesetzes (SMG) aufgenommen. Weiters wurde im Berichtszeitraum die Aufnahme der synthetischen Drogen 2C-T-7, 2-C-T-2, 2C-I und TMA-2 vorbereitet. Im Sommer 2004 wurde eine Novelle der Suchtgiftverordnung zur Begutachtung ausgeschickt, die auch die Verankerung einer Mitgaberegulierung von Substitutionsmitteln vorsieht. In der Folge gab es eine breite Diskussion über Notwendigkeiten der verbesserten rechtlichen Verankerung der Substitutionsbehandlung (vgl. unten), die sich in einem umfassenden Verordnungsentwurf niederschlugen (vgl. Abschnitt 7.6.3).

Prävention: Neben den Maßnahmen zur Primärprävention (= Suchtprävention, siehe oben) wurden im Bereich illegale Drogen auch Projekte der zielgruppenspezifischen Sekundärprävention finanziell unterstützt und damit insbesondere die Beratung und Informations-tätigkeit auf Rave-Veranstaltungen, der Einsatz neuer Medien (z. B. Internet) und die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation dieser Maßnahmen ermöglicht.

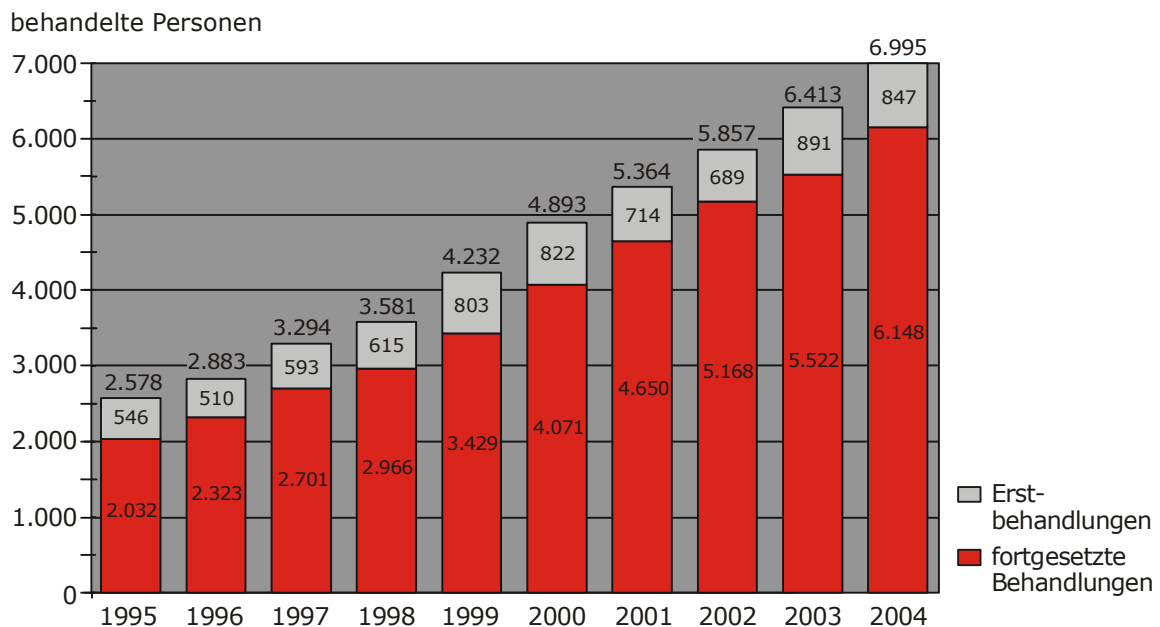
Maßnahmen der Drogenhilfe: Im Bereich der Drogenhilfe standen dem Gesundheitsressort jährlich Subventionsmittel im Umfang von rund 1,6 bis 2 Millionen Euro zur Förderung von Einrichtungen mit Betreuungsangeboten für Personen mit Drogenproblemen zur Verfügung. Ein wichtiger Schwerpunkt in diesem Bereich lag weiters auf Maßnahmen der Qualitätssicherung. Im Berichtszeitraum wurden die vom ÖBIG in Kooperation mit einer Arbeitsgruppe erarbeiteten Richtlinien zur Kundmachung von Drogeneinrichtungen nach § 15 SMG nach einer Begutachtung vom BMGF erlassen und ein Leitfaden für das Ansuchen von Einrichtungen bereitgestellt. In den Jahren 2002/03 wurde vom ÖBIG im Auftrag des BMGF ein Konzept für drogenspezifische Weiterbildung entwickelt, das Curricula und Umsetzungsempfehlungen für fünf relevante Berufsgruppen beinhaltet (vgl. ÖBIG 2003e).

In Hinblick auf Qualitätssicherung im Bereich der Substitutionsbehandlung organisierte das BMGF im April 2004 ein Expertenhearing zu »retardierten Morphinen«. In der Folge wurde in Abstimmung mit dem Bundesdrogenforum (siehe unten) ein Arbeitskreis zum Thema »Optimierung der Substitutionsbehandlung« eingesetzt, der unter anderem Vorschläge zur zukünftigen rechtlichen Regelung dieser Behandlungsform erarbeitete (siehe auch oben und Abschnitt 7.6.3).

Monitoring: Eine Schlüsselrolle in Hinblick auf das drogenspezifische Monitoring hat der am ÖBIG seit 1995 im Auftrag und mit finanzieller Unterstützung des Gesundheitsressorts eingerichtete Focal Point (vgl. BMGF 2004a) im REITOX-Netz der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Im Zuge der Arbeiten als REITOX Focal Point wird jährlich ein Bericht zur Drogensituation in Österreich veröffentlicht (vgl. ÖBIG 2002e, ÖBIG 2003f, ÖBIG 2004f, ÖBIG 2005c).

Das Gesundheitsressort ist für die Sammlung und Verwaltung einer Reihe von (vor allem gesundheitsrelevanten) drogenspezifischen Daten verantwortlich (suchtgiftbezogene Todesfälle, Substitutionsbehandlungen, Suchtmittelveidenzdatei; vgl. BMGF 2004a). Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der erhobenen Daten wurden im Berichtszeitraum in Kooperation mit dem ÖBIG fortgesetzt. So wurden eine Analyse der in der Suchtmittelveidenzdatei gesammelten Daten durchgeführt und Vorschläge zur verbesserten Erfassung und Nutzen der Daten erarbeitet. Es wurde ein Konzept für ein verbessertes Monitoring der Substitutionsbehandlungen (vgl. auch Abbildung 7.6) erarbeitet, mit den Ländern abgestimmt und eine Aktualisierung der Schätzungen zur Prävalenz von problematischem Opiatkonsum sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Schätzmethoden durchgeführt.

Abbildung 7.6: Entwicklung der Anzahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erstbehandlung und fortgesetzter Behandlung 1995–2004



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

Quellen: BMGF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Grafik: GÖG/ÖBIG

Der Schwerpunkt der Maßnahmen zur Verbesserung des drogenspezifischen Monitorings lag auf Aktivitäten zur Schaffung eines den aktuellen Anforderungen entsprechenden Berichts- und Dokumentationswesens bezüglich Behandlung und Betreuung von Drogenabhängigen. Im Zuge einer seitens des Gesundheitsressorts eingesetzten Arbeitsgruppe wurden unter Einbindung von Länderdrogen- bzw. -suchtkoordinatoren und Vertreterinnen und Vertretern von Drogeneinrichtungen alle relevanten Elemente eines einheitlichen Systems erarbeitet und im Jahr 2003 endgültig abgestimmt. In der Folge wurden eine Machbarkeitsstudie durchgeführt und Vorarbeiten zur Umsetzung des Behandlungsberichtswesens geleistet. Im Herbst 2004 wurde das ÖBIG als Generalunternehmer mit der Umsetzung beauftragt. Dies beinhaltete u. a. die Entwicklung einer Software, die

Beschaffung von Hardware, die Abwicklung von Verträgen mit den beteiligten Einrichtungen sowie die Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (Manual, Helpdesk, Trainings). Die Implementierung kostete insgesamt rund 0,9 Millionen Euro und wurde Ende 2005 abgeschlossen. Seit Jänner 2006 läuft das einheitliche Dokumentationssystem zu den Klientinnen und Klienten (DOKLI) im Routinebetrieb. Berücksichtigt man weiters die erstmalige Durchführung von EU-konformen Surveys (Gesamtbevölkerung und ESPAD-Schulstudie) sowie die Verbesserungen bezüglich der existierenden Datenquellen, so wurden im Berichtszeitraum wichtige Schritte in Hinblick auf die EU-Verpflichtungen zur Umsetzung der epidemiologischen Schlüsselindikatoren im Drogenbereich geleistet.

Koordination: Im Zuge der Reorganisation des BMSG im Jahr 2002 wurden im Gesundheitsressort die Drogenbelange – mit Ausnahme einiger Vollzugsagenden – in einer Abteilung zusammengefasst, die personellen Ressourcen aufgestockt und erstmals auch Personal für die Aufgaben der Bundesdrogenkoordination eingesetzt. In Hinblick auf die notwendige Abstimmung mit den Ländern traf zweimal jährlich das Bundesdrogenforum zusammen (siehe BMGF 2004a). Seitens der Bundesdrogenkoordination unter Federführung des Gesundheitsressorts wurden im Berichtszeitraum Vorbereitungsarbeiten zur Erstellung eines österreichischen Bundesdrogenkonzepts getätigt. Das Konzept soll auf den bestehenden internationalen Rahmendingungen (vor allem UN-Konventionen, EU-Drogenstrategie) aufbauen und als Ergänzung zu den bereits existierenden Drogenkonzepten bzw. Suchtplänen auf Länderebene dienen.

Internationale Kooperation: Auf europäischer wie internationaler Ebene kooperiert das Gesundheitsressort mit den einschlägig befassten Institutionen, darunter mit dem in Wien ansässigen Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP), der Pompidou-Gruppe des Europarats und verschiedensten Gremien und Institutionen der EU. Hier ist vor allem die Vertretung des Ressorts in der Horizontalen Drogengruppe (bereichsübergreifendes Koordinationsgremium der EU) und im Verwaltungsrat der EBDD zu nennen. Österreich hat in diesem Rahmen auch an der Erarbeitung und Abstimmung der EU-Drogenstrategie 2005 bis 2012 und des Aktionsplan 2005 bis 2008 mitgewirkt.

Die Kooperation mit den neuen Mitgliedsländern und insbesondere den Nachbarländern hat weiterhin Relevanz. Im September 2002 veranstaltete das Ressort eine Ministerkonferenz zum Thema »Jugend – Sucht – Gesundheit«, zu der die Gesundheits- und Jugendminister von Kroatien, Polen, der Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn eingeladen waren. Weiters war Österreich an PHARE-Twinning-Projekten im Bereich Drogen mit der Tschechischen Republik und Slowenien beteiligt.

7.6.3 Ausblick

Die bewährten Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Monitoring, Forschung, nationale Koordination und internationale Kooperation sowie Drogenhilfe sollen in den nächsten Jahren weitergeführt werden. Im Bereich Suchtprävention soll die Kooperation mit den regionalen Fachstellen für Suchtprävention fortgesetzt werden. Weiters soll das von der AKIS erarbeitete Präventionskonzept »Jugend und Alkohol« (siehe oben) finalisiert und umgesetzt und eine der Medienkampagnen des FGÖ in den nächsten Jahren dem Thema Alkohol gewidmet werden.

Für 2006 war eine aktualisierte Ausgabe des »Handbuchs Alkohol – Österreichs« vorgesehen. Weiters wurden Mindestpreise für Zigaretten eingeführt. In Hinblick auf illegale Drogen war für das Jahr 2006 die Umsetzung der rechtlichen Anpassungen im Bereich Substitutionsbehandlung geplant. Dies soll neben einer rechtlichen Verankerung der relevanten Regelungen in Form einer Verordnung auch die Einführung einer verpflichtenden Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte beinhalten. Generell sollen in den nächsten Jahren die Maßnahmen zur Verbesserung des Drogenmonitorings fortgesetzt und um ein neu zu etablierendes Informations- und Frühwarnsystem zu neuen Trends im Drogenbereich ergänzt werden. Weiters soll das Bundesdrogenkonzept abgeschlossen werden und als Rahmen für drogenpolitische Maßnahmen auf Bundesebene vorliegen.

7.7 Gesundheitsförderung und -vorsorge

7.7.1 Ausgangslage

Die österreichischen Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention orientieren sich am Konzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach Gesundheitsförderung auf einen Prozess abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit (Empowerment) zu befähigen. Gesundheitsförderung ist damit ein Ansatz, der über die individuumsbezogenen Maßnahmen hinausgeht (vgl. BMGF 2004a). In Österreich werden darunter jene Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, Lebenswelt und Lebenssituation von Bevölkerungsgruppen in Bezug auf ihre Gesundheit zu verbessern. Entsprechende Programme beziehen sich häufig auf bestimmte Lebenswelten (sogenannte Settings), wie z. B. Schule, Gemeinde, Arbeitsplatz oder Krankenhaus.

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

Im Regierungsprogramm 2003 wurden für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung unter anderem folgende Ziele formuliert:

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

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

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

Österreich (vgl. dazu Punkt 7.7.2.1). Genauere Informationen liefert eine Studie zu den von der öffentlichen Hand getätigten Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich, die vom ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) im Auftrag des Gesundheitsressorts durchgeführt wurde. Im Rahmen der Studie wurden die Ausgaben für das Jahr 2001 erhoben und den Ergebnissen einer erstmaligen Erhebung im Jahr 1996 gegenübergestellt. Die Ausgaben im Jahr 2001 betrugen 1,027 Milliarden Euro und sind im Vergleich zum Jahr 1996 um fast 31 Prozent gestiegen. Dieser Betrag entspricht einer jährlichen Pro-Kopf-Ausgabe für jede in Österreich wohnhafte Person von etwa 127 Euro. Der Anteil der Ausgaben der öffentlichen Körperschaften für Prävention und Gesundheitsförderung an den Gesundheitsausgaben insgesamt belief sich damit auf rund 6,3 Prozent bzw. bezogen auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 9,2 Prozent (vgl. ÖBIG 2005b).

Auch die EU räumt der Gesundheitsförderung und Präventionen einen hohen Stellenwert ein (vgl. auch BMGF 2004a). Im neuen Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008) ist Prävention und Gesundheitsförderung eines der drei Hauptziele, wobei die Bedeutung von Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung betont wird. Ziel des Programms ist die Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten und die Unterstützung ihrer Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung, insbesondere die bessere Koordinierung ihrer Politik durch Entwicklung und Verwirklichung von Netzwerken, gemeinsamen Aktionen und Systemen zum Informations- und Erfahrungsaustausch.

7.7.2 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. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Gesundheitsförderung (vgl. Abschnitt 7.7.2.1), da es sich dabei in besonderem Maß um eine Querschnittsthematik handelt.

Abgesehen von den im Weiteren beschriebenen einzelnen Aspekten von Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge, gibt es auch allgemeine Entwicklungen, die für diesen Bereich relevant sind. Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Vorsorge im Gesundheitssystem wurde durch die Berücksichtigung in der Gesundheitsreform 2005, die im Berichtszeitraum vorbereitet wurde, betont. Das Gesundheitsreformgesetz 2005 (vgl. BGBl I 2004/179) bezieht sich an mehreren Stellen auf die Gesundheitsförderung. Artikel 1 § 59a definiert die »Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung« als eine der Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur. Artikel 9 (= Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen) § 3 legt fest, dass Gesundheitsleistungen in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht und unter Berücksichtigung der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung entwickelt werden müssen.

Die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 und 2008, die im Jahr 2004 abgeschlossen wurde, definiert die Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung als Aufgabe der Bundesgesundheitsagentur (Artikel 11) und der Gesundheitsplattformen auf Länderebene (Artikel 16). Artikel 28 sieht die Förderung von Vorsorgeprogrammen und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung (z. B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetische Analyse

zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen, Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) vor, wofür jährlich 3,5 Mio. Euro zur Verfügung stehen. Die epidemiologischen Auswirkungen bestehender und zukünftiger Vorsorgemaßnahmen im Gesundheitswesen sollen analysiert und evaluiert werden (Artikel 29).

7.7.2.1 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderungsinitiative iSCH

Ein wichtiger Schwerpunkt zur Gesundheitsförderung lag im Berichtszeitraum auf der Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitsförderungsinitiative iSCH (Innerer Schweinehund). Die Initiative wurde im September 2003 vom Gesundheitsressort gestartet und beinhaltet eine Reihe von unterschiedlichen Strategien und Schwerpunkten. So wurden Gesundheitspässe für alle Altersgruppen (vgl. auch Abschnitt 7.7.2.2) sowie ein spezieller Jugend-Gesundheitspass entwickelt. Ein zentrales Element bei der Umsetzung der Initiative ist die Kooperation mit Partnern. Dies reicht von im Bereich Gesundheitsförderung tätigen Institutionen, wie beispielsweise dem Fonds Gesundes Österreich (siehe unten), über Medien (z. B. ORF) bis zu Firmen. Die Kooperationspartner entwickeln eigenständige Aktivitäten, können dabei aber auf Logo und Image-Elemente des iSCH zurückgreifen. In Kombination damit kommt (medialen) Kampagnen Bedeutung zu, die die Umsetzung der Initiative laufend begleiten. Es gibt bereits eine Reihe von Plakaten, Postern, Stickern, Broschüren und auch TV-Spots mit Bezug zum iSCH (z. B. Medienkampagnen des FGÖ; siehe unten). Die iSch-Figur steht Kooperationspartnern für Gesundheitsförderungsaktivitäten kostenlos als Kostüm zur Verfügung.

Inhaltliche Schwerpunkte der Gesundheitsförderungsinitiative sind Ernährung, Bewegung, Stressvermeidung, Unfallprävention, Vorsorge und Rauchen (vgl. auch Abschnitt 7.6.2). Besonderes Augenmerk wurde weiters auf die Frauengesundheit (siehe auch unten), auf die schulische Gesundheitsförderung sowie auf die Vorsorgeuntersuchung Neu (vgl. Abschnitt 7.7.2.2) gelegt. Es werden ein vierteljährlicher iSCH-Newsletter erstellt und regelmäßig E-Mails mit Gesundheitsinformationen (nach kostenloser Anmeldung) verschickt.

Fonds Gesundes Österreich

Die Arbeit des FGÖ basiert auf dem 1998 in Kraft getretenen Gesundheitsförderungsgesetz. Im Rahmen dieses Gesetzes stellt der Bund für Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die Gesundheit beeinflussende seelische, geistige und soziale Faktoren jährliche Mittel von 7,2 Millionen Euro zur Verfügung, deren administrative und inhaltliche Abwicklung durch den FGÖ erfolgt (vgl. BMGF 2004a).

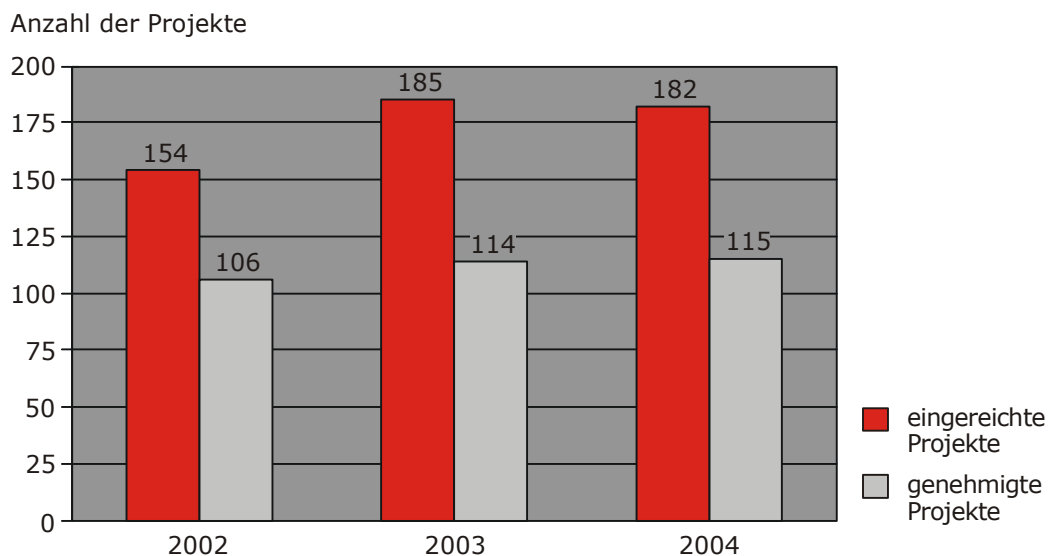
Der FGÖ legte im Berichtszeitraum das Dreijahresprogramm 2003 bis 2005 vor, für das drei themenspezifische Schwerpunkte – Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit – und drei Schwerpunkte bei Zielgruppen – Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich, Erwerbstätige in Klein- und Mittelbetrieben, ältere Menschen im ländlichen und städtischen Raum – gewählt wurden.

Aktivitäten zu diesen sechs Schwerpunktbereichen in Form von praxisorientierten Projekten, wissenschaftlichen Vorhaben, Vernetzung, Strukturaufbau, Öffentlichkeitsarbeit und

politischen Lobbying sollen das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung stärken und das Gesundheitsverhalten sowie die strukturellen Rahmenbedingungen positiv beeinflussen (vgl. FGÖ 2003a).

Im Berichtszeitraum wurden beim FGÖ 521 Projekte eingereicht und 335 Projekte – das heißt rund zwei Drittel – genehmigt oder dem Kuratorium zur Genehmigung empfohlen (vgl. Abbildung 7.7). Die mit insgesamt 140 Projekten am häufigsten geförderte Thematik betraf »Umfassende Gesundheitsförderung«, gefolgt von »Psyche« (49 Projekte) und »Suchtprävention« (32 Projekte). Im Jahr 2002 wurden Kampagnen zu den Themen Nichtrauchen (vgl. auch Kap. 7.6.2) und Ernährung durchgeführt und im Jahr 2003 zum Thema Bewegung. Im Jahr 2004 wurde die Kampagne zu Bewegung fortgesetzt und zusätzlich eine zu seelischer Gesundheit gestartet. Wichtig war und ist in diesem Zusammenhang auch die Kooperation mit der Gesundheitsförderungsinitiative iSCH (siehe oben).

Abbildung 7.7: Projekteinreichungen und Projektvergaben des FGÖ 2002–2004



Quellen: FGÖ 2003b, FGÖ 2004, FGÖ 2005; GÖG/ÖBIG-eigene Zusammenstellung

Grafik: GÖG/ÖBIG

Die Serviceleistungen des FGÖ – wie das Magazin »Gesundes Österreich«, die Gesundheitsplattform www.gesundesleben.at, Projektdatenbank, Website, SIGIS-Datenbank und SIGIS-Servicetelefon – wurden im Berichtszeitraum weitergeführt und durch ein Neudesign der Website (www.fgoe.org) und der Projektdatenbank professionalisiert und verbessert. Die Aktivitäten im Bereich Fort- und Weiterbildung (Lehrgang »Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung«, Bildungsnetzwerk »Seminarprogramm Gesundheitsförderung«) und Vernetzung (Gesundheitsförderungskonferenz, Präventionstagung, etc.) wurden ebenfalls fortgesetzt (vgl. auch BMGF 2004a). Ein wichtiger Aspekt der Unterstützung für die Regionalisierung der einschlägigen Aktivitäten in Österreich ist die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsförderungsorganisationen in den Bundesländern – allen voran das Forum Österreichischer Gesundheitsarbeitskreise **aks austria**.

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung

In den maßgeblichen sozialen Systemen Stadt, Schule, Krankenhaus und Betrieb wurden in den letzten fünfzehn Jahren auf Initiative des Gesundheitsressorts Modellprojekte und Kooperationsstrukturen zum Zweck der Gesundheitsförderung ins Leben gerufen. Diese Netzwerke sind meist in Zusammenarbeit mit WHO und EU entstanden und verbinden gesundheitsfördernde Maßnahmen sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene. Im Einklang mit der ursprünglichen Strategie wurde die Koordination dieser Netzwerke schrittweise vom Gesundheitsressort an Verantwortliche der jeweiligen Bereiche übertragen. Eine ausführliche Darstellung der Ziele und Maßnahmen der Netzwerke findet sich im Gesundheitsbericht 2003. Die wichtigsten Aktivitäten im Berichtszeitraum in Kurzfassung:

Das **Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (ÖNGS)** wird vom Unterrichtsressort und Gesundheitsressort getragen und finanziert. Um eine effiziente Betreuung der Netzwerkschulen zu gewährleisten, wurde in der BAB GmbH Unternehmensberatung ein Netzwerksekretariat eingerichtet. Im Rahmen der 4. Tagung des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen vom 2. bis 4. Dezember 2002 wurde das neue Konzept des ÖNGS 2003–2005 »Gesundheitsförderung und Schulentwicklung« präsentiert (vgl. BMGF 2004a). Dabei wurden die nächsten Schritte für den Zeitraum 2003–2005 präzisiert: weiterer Ausbau des Schulnetzwerks sowie Etablierung regionaler Unterstützungsstrukturen in fünf Bundesländern.

Ab Mitte 2002 konnte für den neuen Schwerpunkt Schulentwicklung das IFF, Abteilung »Schule und gesellschaftliches Lernen«, als zusätzlicher Kooperationspartner gewonnen werden. Beratung und Unterstützung bei Planung, Umsetzung und Realisierung von Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsbildung in Schulen erhalten Lehrer/innen sowie Mitarbeiter/innen anderer Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen weiterhin durch die auf Initiative des Gesundheitsressorts, des Bildungsministeriums und des Österreichischen Jugendrotkreuzes (ÖJRK) gegründete und bereits gut etablierte GIVE-Servicestelle für Gesundheitsbildung im ÖJRK (www.give.or.at). Eine umfangreiche Datenbank mit Modellprojekten, Infoseiten und die Website runden das Angebot ab.

Das 1992 gegründete **Netzwerk »Gesunde Städte Österreichs«** läuft autonom und umfasst mittlerweile 31 Mitgliedsstädte, deren Ziel es ist, durch die aktive Beteiligung der Bevölkerung das Leben in den Städten gesünder zu gestalten. Das Netzwerk steht in laufendem Informations- und Erfahrungsaustausch mit dem WHO-Projekt »Gesunde Städte«. Schwerpunkte der letzten Jahre waren Gesundheitsförderungskonferenzen, Frauengesundheitszentren, Suchtprävention, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsberichterstattung.

Das vom Gesundheitsressort unterstützte **Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (ÖNGK)** wird vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie koordiniert, das auch WHO-Kooperationszentrum für Gesundheitsförderung in Krankenhaus und Gesundheitswesen ist. Neben laufenden Aktivitäten des Koordinationsbüros – wie der Herausgabe eines Rundbriefs, der Bereitstellung einer internetfähigen Datenbank gesundheitsfördernder Maßnahmen in österreichischen Krankenhäusern und der Organisation einer Jahreskonferenz – werden in den derzeit 16 österreichischen Partnerkrankenhäusern auch konkrete Projekte umgesetzt (vgl. <http://www.oengk.net/projekte/>). Ergänzend werden vom Koordinationszentrum wissenschaftliche Projekte durchgeführt. Im Jahr 2005 startete eine vom Wissenschaftsressort finanzierte Untersuchung zur Gesundheit von Krankenhauspersonal, in deren Rahmen zu verschie-

denen Zeitpunkten somatopsychosoziale Gesundheitsdeterminanten erhoben werden und ein benchmarkfähiges Tool entwickelt werden soll.

Auf internationaler Ebene wurden im Berichtszeitraum Aktivitäten zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung im Krankenhaus gesetzt. Im Rahmen einer vom Koordinationszentrum im Auftrag der WHO geleiteten Arbeitsgruppe zum Thema »Putting Health Promotion Hospital Policies into Action« wurden 18 Strategien in den Bereichen Qualitätsentwicklung und strategische Reorientierung festgelegt, die den beteiligten Krankenhäusern als Orientierung für zukünftige Maßnahmen dienen sollen (vgl. Pelikan et al. 2005).

Das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) (vgl. www.netzwerk-bgf.at) verfügt weiterhin über eine Koordinierungsstelle an der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und über Regionalstellen in allen Bundesländern. In den letzten Jahren konzentrierte sich das Netzwerk vor allem darauf, Instrumente zur Verfügung zu stellen, die auf die Qualität von gesundheitsförderlichen Aktivitäten ausgerichtet sind. In erster Linie sollen all jene Betriebe entsprechend öffentlich gemacht werden, die nicht nur die individuellen Verhaltensweisen fokussieren, sondern auch Maßnahmen zur Optimierung der betrieblichen Rahmenbedingungen entwickeln und erfolgreich umsetzen. Das BGF hat dazu ein dreistufiges System, in welches der bereits zweimal vergebene »BGF-Oscar« integriert wird, entwickelt. Mit diesem System werden Kriterien auf einer einheitlichen Basis geschaffen und damit betriebliche Gesundheitsförderung bewertbar und im Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit nachvollziehbar gemacht.

Das Netzwerk kooperiert auch eng mit dem FGÖ (siehe oben). Im Jahr 2003 startete das Modellprojekt »WEG – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit« des FGÖ zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben, das von der BGF-Koordinierungsstelle durchgeführt wird und bis 2006 laufen soll. Seit Herbst 2005 setzt die ÖSB Consulting GmbH im Auftrag des FGÖ das Seminarprogramm »Ausbildung zum/r Projektleiter/in für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)« bzw. »Ausbildung zum/r Gesundheitszirkelmoderator/in« um. Die Seminare orientieren sich an den Qualitätskriterien des Österreichischen Netzwerks für BGF und werden in enger Zusammenarbeit mit dem Netzwerk durchgeführt.

Spezifische Gesundheitsförderung

Bei der Durchführung und Konzipierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten zeigte sich auf internationaler Ebene, dass Maßnahmen umso besser angenommen wurden und umso effektiver waren, je genauer sie auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt worden sind. Neben dem Umfeld einer Person – das im lebensweltbezogenen Ansatz berücksichtigt ist – ist ihre Gesundheit bzw. ihr Krankheitsrisiko auch von Geschlecht, Herkunft, Alter, sozialer Schicht, Einkommen und vom Lebensstil abhängig.

Im Berichtszeitraum wurden vor allem Aktivitäten in den Bereichen Geschlecht und Gesundheit sowie zu sozialer Benachteiligung und Gesundheit gesetzt. Die Verantwortung für geschlechterspezifische Gesundheitspolitik liegt auf Bundesebene weiterhin bei der Abteilung für Frauengesundheit im Gesundheitsressort und der männerpolitischen Grundsatzaufteilung im Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (vgl. BMGF 2004a).

Im Berichtszeitraum etablierte sich Frauengesundheit als relevantes Thema der Gesundheitspolitik. Die Gender-Perspektive fand zunehmend Berücksichtigung im Gesundheits-

wesen und in der Medizin und vor allem auch im Bereich Gesundheitsförderung und Vorsorge (vgl. auch Abschnitt 7.7.2.2), wobei sich der Fokus zuletzt von Frauengesundheit in Richtung »Gender Mainstreaming« verschiebt. Im Mai 2004 diskutierten 150 Fachleute auf Einladung von Gesundheitsministerin Maria Rauch-Kallat im Rahmen eines Gesundheitsdialogs über »Geschlechtersensible Gesundheitspolitik«. Weiters wurde im Auftrag des Gesundheitsressorts im Berichtszeitraum der Frauengesundheitsbericht 2005 (vgl. BMGF 2005a) erstellt. Die darin erfassten Daten zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Österreich sind als Ausgangspunkt für die weitere Strategienentwicklung zur Erlangung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems zu sehen. Ein erster Schritt erfolgte im Rahmen eines weiteren Gesundheitsdialogs zum Thema »Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Maßnahmen und Strategien«.

Ein weiterer Schwerpunkt der Aktivitäten im Berichtszeitraum betraf Studien zum Thema armutsbetroffene Frauen (siehe auch unten), die in der Folge in der Reihe »Armutsbetroffene Frauen in Österreich« publiziert wurden. Im Mittelpunkt des ersten Berichts »Frauen und Gesundheitseinrichtungen« steht das Gesundheitshandeln von alleinerziehenden, sozial benachteiligten Frauen. Ziel der Expertise war es, herauszufinden, inwieweit von Armut betroffene Frauen Gesundheitseinrichtungen nutzen, und Ursachen für etwaige Nutzungsbarrieren zu identifizieren (vgl. ÖBIG 2002d). Der zweite Bericht »Gesundheit und Erkrankungsrisiko« beleuchtet die soziale Dimension der Gesundheit von benachteiligten Frauen. Zielsetzung der Studie war es, eine weitere statistische Datengrundlage zur sozialen Ungleichheit und zur Gesundheit von Frauen in Österreich zu schaffen (vgl. ÖBIG 2003d).

Im Jahr 2004 wurde der »1. Österreichische Männergesundheitsbericht« (vgl. BMSG 2004) erstellt, der erstmals für Gesamtösterreich die geschlechterspezifischen Unterschiede im Gesundheitsbereich mit präzisen Daten belegt. Breiten Raum findet eine Erörterung von Maßnahmen und Institutionen, die der Gesundheitsprävention bei Männern dienen. Die englische Kurzfassung wurde in Form einer Broschüre mit dem Titel »First Austrian Report on Men's Health« publiziert.

Zum Schwerpunkt »Soziale Ungleichheit und Gesundheit«, zu dem auch die oben dargestellten Studien zu armutsbetroffenen Frauen zu zählen sind, erstellte das ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsressorts eine gleichnamige Studie (vgl. BMGF 2004c), die erstmals für Österreich den Zusammenhang zwischen der sozialen Situation und der Gesundheit einer Person analysierte. Die Studie wurde auch bei der 5. Armutskonferenz am 20./21. März 2003 in Salzburg präsentiert.

7.7.2.2 Gesundheitsvorsorge

Gesundheit von Mutter und Kind

Mit der Einführung des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes im Jahr 1974 gelang es in Österreich, die früher vergleichsweise hohe Säuglingssterblichkeit deutlich zu senken, sodass der österreichische Wert heute unter dem Durchschnittswert der Europäischen Union liegt. Eine ausführliche Darstellung des Mutter-Kind-Passes findet sich im Gesundheitsbericht 2003. Im Berichtszeitraum gab es keine Änderungen des Untersuchungsprogramms. Es wurde aber der Bezug des im Jahr 2002 eingeführten Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe ab dem 21. Lebensmonat des Kindes an die zeitgerechte Absolvierung von fünf Untersuchungen der werdenden Mutter und fünf Untersuchungen des Kindes bis zum 14. Lebensmonat gekoppelt. Die Broschüre »Mein Baby kommt«, als

Begleitmaßnahme mit dem Mutter-Kind-Pass allen Schwangeren zur Verfügung gestellt, wird jährlich überarbeitet.

Im September 2004 wurde die Stillkommission als Unterkommission der Mutter-Kind-Pass-Kommission gegründet. Derzeit wird im Auftrag des Gesundheitsressorts eine aktuelle Stillerhebung durchgeführt.

Vorsorgeuntersuchung

Vorsorgeuntersuchungen sind Maßnahmen zur Früherkennung von bestehenden Erkrankungen und Gesundheitsrisiken mit dem Ziel, die Heilungs- und Behandlungschancen zu verbessern. Im Jahr 1974 wurde in Österreich die über die Krankenkasse abgegoltene Vorsorgeuntersuchung eingeführt, die aus einer für Männer und Frauen gleichen Basisuntersuchung besteht und für Frauen das Zusatzangebot einer gynäkologischen Untersuchung vorsieht (vgl. ausführlich BMGF 2004a). Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung ist auch im Berichtszeitraum weiter gestiegen (vgl. Tabelle 7.12).

Tabelle 7.12: Entwicklung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen 1995–2004

Jahr	Anzahl Basisuntersuchungen	Änderung zum Vorjahr	Anzahl gynäkologische Untersuchungen	Änderung zum Vorjahr	Anzahl Untersuchungen insgesamt	Änderung zum Vorjahr
1995	503.483	2,7 %	87.735	-0,3 %	591.218	+2,2 %
1996	552.248	9,7 %	110.475	+25,9 %	662.723	+12,1 %
1997	584.401	5,8 %	106.437	-3,6 %	690.838	+4,2 %
1998	622.159	6,5 %	113.278	+6,4 %	735.437	+6,5 %
1999	639.608	2,8 %	109.312	-3,5 %	748.920	+1,8 %
2000	653.472	2,2 %	109.751	+0,4 %	763.223	+1,9 %
2001	709.350	8,6 %	109.089	-0,6 %	818.439	+7,2 %
2002	748.332	5,5 %	108.478	-0,2 %	856.810	+4,7 %
2003	786.315	5,1 %	112.348	+3,6 %	898.663	+4,9 %
2004	813.782	3,5 %	115.313	+2,6 %	929.095	+3,4 %

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2003-2005; GÖG/ÖBIG-eigene Zusammenstellung

Im Berichtszeitraum wurde die Vorsorgeuntersuchung Neu (VU NEU) konzeptioniert, die eine Weiterentwicklung im Einklang mit dem aktuellen internationalen Stand der Wissenschaft darstellt. Es wurden neue Untersuchungen integriert und einige Untersuchungen mit mangelnder Evidenz herausgenommen. Einige Untersuchungen der alten Vorsorgeuntersuchung sollen bis Ende 2006 evaluiert werden, danach erfolgt die Entscheidung über ihre Beibehaltung. Generell wird der Erhebung von Lebensstilfaktoren (wie Übergewicht, Alkoholkonsum, Rauchen) sowie dem Follow-up (vertiefende Detailuntersuchungen im Falle von bei der VU festgestellten auffälligen Befunden) verstärkte Bedeutung beigemessen. Personen mit entdeckten Risikofaktoren sollen primärpräventive Angebote erhalten, um das Entstehen einer Krankheit zu verhindern bzw. zu verzögern. Personen mit entdeckter Erkrankung im Frühstadium sollen therapeutische Maßnahmen zur Verminderung oder Vermeidung des Fortschreitens der Krankheit und von deren Komplikationen erhalten (vgl. BMGF 2004d). Zur Stärkung der Teilnahmemotivation soll zukünftig ein Einladesystem installiert werden, das die Versicherten zur Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung auffordert bzw. im Recall-Verfahren erinnert.

Mammographie-Screening

Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, ist in den letzten zehn Jahren weltweit deutlich gestiegen. Mit der Diagnose Brustkrebs werden jährlich etwa 4.800 Österreicherinnen konfrontiert. Mit 1.600 Todesfällen jährlich ist das Brustkarzinom die häufigste Krebstodesursache. Um die Brustkrebsmortalität europaweit um 25 bis 30 Prozent zu senken und die Lebensqualität der Betroffenen durch schonendere Eingriffe, wie sie bei frühzeitiger Erkennung möglich sind, zu verbessern, haben EU-Kommission und EU-Parlament alle 25 EU-Mitgliedstaaten aufgerufen, die »European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening« bis 2008 zu implementieren.

Das ÖBIG befasst sich im Auftrag des BMGF seit dem Jahr 1999 mit dem Thema Mammographie-Screening. Zu Beginn der Aktivitäten wurden die Vor- und Nachteile des gegenwärtigen opportunistischen Screenings gegen ein bevölkerungsbezogenes qualitätsgesichertes Screening abgewogen. Das am ÖBIG eingerichtete multidisziplinäre Expertengremium war zu dem Schluss gekommen, dass das qualitätsgesicherte Screening nach EU-Leitlinien deutliche Vorteile für die Frauen beinhaltet. Darum hat sich das ÖBIG im Berichtszeitraum mit konkreten Implementierungsschritten befasst und unter anderem eine Implementierungsstudie vorgelegt, die veranschaulicht, wie die einzelnen Qualitätsindikatoren der EU-Leitlinien im Rahmen eines qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms in Österreich umgesetzt werden könnten. Auf Anfrage von Vertreterinnen und Vertretern potenzieller Modellregionen erstellte das ÖBIG darüber hinaus spezielle Regionalkonzepte.

Kariesprophylaxe

Karies ist noch immer die am weitesten verbreitete Zivilisationskrankheit, für die aber medizinisch wirksame und kostengünstige Vorbeugungsmaßnahmen verfügbar sind. Das BMGF nimmt seine Verantwortung in diesem Bereich in Form der ÖBIG-Koordinationsstelle Zahnstatus wahr. Hauptaufgaben der Koordinationsstelle sind die Dokumentation des oralen Gesundheitszustandes der österreichischen Bevölkerung sowie der Kariesprophylaxeaktivitäten in Österreich, die laufende Beobachtung der wissenschaftlichen Literatur zum Fluorideinsatz in der Kariesprophylaxe und die internationale Kooperation im Bereich Zahnmedizin, Prophylaxe. 1999 wurde im Obersten Sanitätsrat (OSR) die Kommission »Zahnmedizin, Prophylaxe« eingerichtet. Diese hat u. a. Empfehlungen zur Fluoridprophylaxe und zur Interdentalreinigung erarbeitet, welche auf der Website des BMGF publiziert sind und laufend überarbeitet werden.

Turnusmäßig wurde 2002 der Zahngesundheitszustand der 12-Jährigen und 2003 jener der 18-Jährigen erhoben. 2004 wurde ein Gesamtbericht über alle bis dahin durchgeführten Zahnstaterhebungen beauftragt.

Entsprechend dem Auftrag, die Ergebnisse der Zahnstaterhebungen möglichst vielfältig zu publizieren und zu diskutieren, wurden die Ergebnisse auf den jährlichen Fachtagungen der ÖBIG-Koordinationsstelle präsentiert. 2002 wurden die Ergebnisse der Sechsjährigen (Tagungstitel »Milchzähne – Versorgung und Prävention«), 2003 die Ergebnisse der 12-Jährigen (»Caries Decline – Ausmaß und Bedeutung für die Kariesprophylaxe«) sowie 2004 die Ergebnisse der 18-Jährigen (»Vernetzung von Gruppen- und Individualprophylaxe«) diskutiert. Die Fachtagungen dienen darüber hinaus der Vernetzung all jener, die in Österreich mit Kariesprophylaxe befasst sind. Weiters wurde ein Gesamtbericht vorbereitet, der 2005 auf der BMGF-Website zum Download zur Verfügung gestellt wurde (sie-

he www.bmgf.gv.at, Stichwort: Mundgesundheit). In die neu geschaffenen Gesundheitspässe (vgl. Abschnitt 7.7.2.1) wurde jeweils ein Kapitel zur Mundhygiene bzw. zum Zahnarztbesuch – verfasst von der OSR-Kommission – aufgenommen. In die Vorsorgeuntersuchung Neu (siehe oben) wurde die parodontale Grunduntersuchung aufgenommen.

Prävention von Infektionskrankheiten

Die Prävention von Infektionskrankheiten hat traditionell einen hohen Stellenwert im Bereich »Öffentliche Gesundheit«. Die wichtigsten Rechtsgrundlagen zur Überwachung und Bekämpfung von Infektionserkrankungen sind

- das Epidemiegesetz (EpidemieG, BGBl 1950/186 i. d. g. F.)
- das Tuberkulosegesetz (TBC-G, BGBl 1968/127 i. d. g. F.)
- das Geschlechtskrankheitengesetz (StGBI 1945/152 i. d. g. F.)
- das AIDS-Gesetz (BGBl 1993/728 i. d. g. F.)
- das Zoonosengesetz (BGBl I 128/2005 i. d. g. F.).

Das Epidemiegesetz regelt, welche Infektionserkrankungen der Anzeigepflicht unterliegen, welche Personen bzw. Institutionen zur entsprechenden Anzeige verpflichtet sind und an welche Institutionen die Anzeige zu erfolgen hat. Überdies werden hier die Vorkehrungen zur Verhütung und Bekämpfung anzeigepflichtiger Infektionserkrankungen (inkl. Erhebungen über das Auftreten einer solchen Krankheit) definiert.

Das Tuberkulosegesetz regelt diese Vorkehrungen bzw. Verpflichtungen speziell für Tuberkulose, im Geschlechtskrankheitengesetz sind die entsprechenden Regelungen für Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Ulcus molle (Weicher Schanker) und Lymphogranuloma inguinale (Venerische Lymphknotenentzündung) festgeschrieben. Im AIDS-Gesetz ist die Meldepflicht für jede manifeste AIDS-Erkrankung und jeden AIDS-Todesfall geregelt. Im Zoonosengesetz ist die Meldung von Zoonosen-Humanfällen sowie die Vorgangsweise bei lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen festgelegt.

Schutzimpfungen zählen zu den wirkungsvollsten Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionskrankheiten. Bezüglich Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten besteht in Österreich keine eigene Gesetzgebung. Es gibt auch grundsätzlich keine Impfpflicht, jede Impfung erfolgt auf Basis der Freiwilligkeit und des Einverständnisses der betreffenden Person (bzw. des Einverständnisses des gesetzlichen Vertreters). Impfprogramme basieren auf Impfeempfehlungen, welche von Impfexperten und -expertinnen (Impfausschuss) des Obersten Sanitätsrates, des höchsten medizinischen Beratungsgremiums des BMGF, jährlich unter Zugrundelegung des aktuellen Erkenntnisstandes adaptiert und vom BMGF publiziert werden (vgl. http://www.oeggg.at/fileadmin/user_upload/downloads/Leitlinien/impfplan_2006.pdf).

Eine wichtige Aufgabe des Gesundheitsressorts in Bezug auf die Prävention von Infektionskrankheiten besteht im Monitoring der übertragbaren Krankheiten. Das Ressort führt die laufende Statistik über alle meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten. Für AIDS, Malaria, Masern und Tuberkulose wird eine Einzelfallerfassung durchgeführt, wobei für Tuberkulose auch Informationen zur Resistenzbildung enthalten sind. Mit Verordnung vom 11. April 2003 (BGBl II 2003/210a) wurde SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) und mit Verordnung vom 18. Juni 2004 (BGBl II 2004/254) wurde Tuberkulose, hervorgerufen durch *Mycobacterium bovis* sowie Hunde- und Fuchsbandwurm, in die Liste der anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten aufgenommen.

Entsprechend § 1 des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes (GESG, BGBl I 2002/63) wurde mit 1. Juni 2002 die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) eingerichtet. Die ehemaligen Bundeslaboratorien im Human-, Veterinär- und Lebensmittelbereich wurden in die AGES eingegliedert, um einen größtmöglichen Synergieeffekt zu ermöglichen. Die AGES unterstützt die für die Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zuständigen Behörden bei der Vollziehung der entsprechenden Rechtsvorschriften.

Als Folge der weltweiten Bedrohung durch Bioterrorismus nach dem 11. 9. 2001 wurde ein Krisenstab im Gesundheitsressort eingerichtet, weiters wurde im Rahmen der Implementierung eines EU-weiten Frühwarnsystems (Rapid Alert System for Biological Chemical and Atomic threats – RAS BICHAT) eine rund um die Uhr erreichbare Kontaktstelle in Österreich sowie ein Anthrax-Laborplan mit 24-Stunden-Bereitschaft installiert. Darüber hinaus wurde der Pockenalarmplan erstellt und durch Pockenimpfstoffkauf und -lagerung für die Verfügbarkeit ausreichender Mengen an Impfstoffen Sorge getragen.

In Hinblick auf die sich abzeichnende Gefahr einer Grippe-Pandemie konstituierte das BMGF im Herbst 2002 ein Experten- und Expertinnengremium zur Pandemieplanung. Im Mai 2003 wurde mit der konkreten Arbeit begonnen und im Dezember 2003 eine erste Version des Pandemieplans fertiggestellt. Der Plan wurde seither im Rahmen der Bundesländer-Arbeitsgruppe weiterentwickelt, mit September 2005 erschien die erste vom Büro der Frau Bundesministerin autorisierte Version (vgl. <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0019&doc=CMS1126084167391>). Wesentliche Elemente des Planes sind – neben der Darstellung der medizinischen und rechtlichen Grundlagen, der Diagnostik, des Influenza-Überwachungssystems, der Krankenhausversorgung und krankenhaushygienischen Richtlinien sowie der Impfstoffe und Medikamente – die detaillierte Beschreibung der Zuständigkeiten und Maßnahmen der Gesundheitsbehörden sowie das Medienkonzept (Strauss R., Hrabcik H., 2005). Ziel dieses Planes ist es, einen klaren Handlungsablauf mit eindeutig definierten Kompetenzen festzulegen, um im Anlassfall effizient und ohne Verzögerung auf die jeweilige Situation reagieren zu können.

Weitere Aktivitäten des Gesundheitsressorts zielten nach wie vor auf die Verbesserung der Erhebung der Durchimpfungsraten, die Evaluation der Schutzimpfungen sowie die Analyse und Verbesserung der Hepatitis-C-Überwachung ab. In diesem Zusammenhang wurde das ÖBIG mit der Erstellung zweier Untersuchungen beauftragt (»Impfungen – ökonomische Evaluation«, Wien 2003; »Beschreibung der Datenquellen und Bewertung der Dokumentationssysteme im Bereich der Impfdokumentation und der meldepflichtigen Infektionserkrankungen« im Rahmen der Weiterführung des Gesundheitsinformationssysteme für Österreich 2002, Wien 2003).

Im Jahr 2004 beauftragte das Gesundheitsressort das ÖBIG mit der Erstellung eines (ersten österreichischen) Infektionskrankheitenberichts. Dieser bietet einen Überblick der Epidemiologie ausgewählter Infektionskrankheiten und der Entwicklungstendenzen in Österreich sowie eine Beschreibung der rechtlichen Grundlagen und der Situation hinsichtlich der Erfassung und Meldung von Daten zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten und dem Impfwesen. Als Schwerpunktthema werden die herausragenden Aktivitäten auf nationaler und internationaler Ebene im Bereich der Seuchenkontrolle behandelt.

Das Gesundheitsressort förderte in den Berichtsjahren weiterhin die Arbeit der regionalen AIDS-Hilfen (vgl. <http://www.aidshilfen.at>) mit jährlich rund 2,5 Millionen Euro, insbe-

sondere durch Aufklärungsaktivitäten im Bereich von Personengruppen mit erhöhtem Risikoverhalten.

Das BMGF hat rasch nach Errichten des für Zwecke der EU-weiten Zusammenarbeit im Bereich der Überwachung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten 2000 implementierten Early Warning and Response System (EU-EWRS) das Early Warning Austria eingerichtet (Strauss R., Halbich-Zankl H., 2000). Dabei handelt es sich um einen E-Mail-Verteiler, welcher alle Landessanitätsdirektionen, Referenzzentralen und andere relevanten Organisationen umfasst. Die Generaldirektion Öffentliche Gesundheit des BMGF fungiert als EWRS-Kontaktstelle und agiert im Sinne eines Filters, indem nur relevante Informationen in das EWRS-Austria eingespeist werden. Somit wird ein Informations-»overflow« und ein damit einhergehender Aufmerksamkeitsverlust vermieden. Im Sinne einer »bottom-up«-Funktion werden andererseits auch Ereignisse von den zuständigen Amtsärzten und -ärztinnen an die Generaldirektion Öffentliche Gesundheit gemeldet, welche wiederum nach Evaluation entsprechend den EWRS-Kriterien an das EU-EWRS weitergeleitet werden.

Die Disease Surveillance Networks (DSN) wurden auf Basis der Entscheidung der Europäischen Kommission über die in der EU zu überwachenden Infektionskrankheiten gegründet. Es handelt sich dabei um eine Liste von 45 Krankheiten, welche auch nosokomiale Infektionen und Antibiotika-Resistenzen umfasst. Derzeit gibt es 15 DSN, welche alle dieselbe Struktur aufweisen: Eine zentrale Koordinationsstelle (»hub«) in einem Mitgliedstaat übernimmt die Organisation der Projektmeetings sowie die Datensammlung, Analyse und Publikation der Ergebnisse. Die anderen Mitgliedstaaten sind Projektteilnehmer (»national contact points«), übermitteln die notwendigen Daten und erarbeiten im Rahmen der Projektmeetings Vorschläge für konkrete Maßnahmen für den sich aus den Datenanalysen ergebenden Handlungsbedarf.

Die Bekämpfung der Zoonosen wurde mittels einer eigenen EU-Richtlinie gesondert geregelt. Für den Humanbereich ist dabei die verpflichtende Abklärung lebensmittelbedingter Krankheitsausbrüche besonders wichtig. Diese Aktivitäten müssen auch im Rahmen des jährlichen Zoonose-Berichtes, welcher an die Europäische Kommission bzw. European Food Safety Authority (EFSA) zu senden ist, dokumentiert werden. Eine unmittelbare Folge davon war die Einführung der Meldepflicht für Echinokokkose und durch *Mycobacterium bovis* hervorgerufene Tuberkulose, für die anderen zu meldenden Krankheiten bestand bereits Meldepflicht laut Epidemiegesetz (BMGF 2004e). Um der mit der Zoonose-Richtlinie verbundenen neuen Verpflichtung gerecht zu werden, wurde mittels BMGF-Erlass die Einrichtung von Koordinationsstellen in den Landessanitätsdirektionen angeregt. Einige Bundesländer setzten bereits entsprechende Schritte, was die Qualität der Untersuchung von bezirksübergreifenden Ausbrüchen umgehend und deutlich verbesserte. Die Gesundheitsbehörden können zusätzlich auch die Experten und Expertinnen der AGES zur Unterstützung heranziehen.

Um die EU-weite Situation betreffend Infektionskrankheiten realistisch darzustellen, ist es notwendig, vergleichbare Daten zu sammeln. Daher wurden Falldefinitionen entwickelt und im Rahmen einer Entscheidung der Kommission verbindlich festgelegt. Die Implementierung dieser Falldefinitionen bedeutet für viele EU-Länder eine Änderung des Meldesystems, da die Übermittlung von aggregierten Daten nicht mehr ausreicht und somit Einzelfallmeldungen erforderlich sind. Die ideale Lösung zur Akzeptanz dieser Systemumstellung wäre die gleichzeitige Implementierung eines elektronischen Meldesystems.

Sonstige Vorsorgemaßnahmen

Neben den oben ausführlicher dargestellten Bereichen finden sich Vorsorgemaßnahmen auch noch zu anderen Themen bzw. Krankheiten. Seitens des Gesundheitsressorts wird seit einigen Jahren Typ-2-Diabetes verstärkte Beachtung gewidmet. Im Jahr 2004 wurde entschieden, dass Diabetes eines der gesundheitspolitischen Schwerpunktthemen im Rahmen der EU-Präsidentschaft im Frühjahr 2006 (siehe auch Abschnitt Gesundheitsvorsorge, Seite ff.) sein soll. In der Folge wurde das ÖBIG mit einer Studie zu »Diabetes als gesundheitspolitische Herausforderung«, die eine Bestandsaufnahme und Analyse der Maßnahmen in Österreich und der EU vornahm (vgl. BMGF 2005c), und mit der Organisation einer Konferenz während der EU-Präsidentschaft beauftragt.

7.7.3 Ausblick

Gesundheitsförderung und Vorsorge werden auch in Zukunft einen hohen Stellenwert haben. Es gab im Berichtszeitraum eine Reihe von Maßnahmen und Beschlüssen dazu die in den nächsten Jahren fortgesetzt bzw. erst umgesetzt werden. Große Relevanz kommt dabei der Implementierung der Gesundheitsreform 2005 zu, die Gesundheitsförderung als eine der Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sowie der Landesgesundheitsplattformen festlegt (siehe Abschnitt 7.7.2). Nach Artikel 28 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 und 2008 können zukünftig auch Vorsorgemaßnahmen gefördert werden. Damit dies strategisch geschieht, wurde das ÖBIG mit der Erstellung eines Konzepts für Vorsorgemaßnahmen nach Artikel 28 beauftragt.

Im Bereich Gesundheitsförderung werden die bewährten Maßnahmen fortgesetzt. Die Gesundheitsförderungsinitiative iSCH ist auf lange Zeit angelegt und wird auch in Zukunft in Kooperation mit Partnern verschiedenste Schwerpunkte behandeln und Aktivitäten durchführen. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) soll in eine neue organisatorische Struktur – die Gesundheit Österreich GmbH – übergeführt werden. Die bestehenden Aufgaben bleiben, zusätzlich soll der FGÖ in Zukunft bei der Abstimmung von Maßnahmen und Initiativen gemäß Gesundheitsförderungsgesetz mit bestehenden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung besonderes Augenmerk auf Aktivitäten nach dem Bundes-Sportförderungsgesetz 2005 legen. Der Setting-Ansatz und damit die Gesundheitsförderungsnetzwerke werden weiterhin große Relevanz haben. Das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (ÖNGK) soll weiterentwickelt werden. Zum einen soll es durch eine Vereinsgründung institutionell noch besser verankert werden. Zum anderen soll in Übereinstimmung mit der Gesundheitsreform 2005 (siehe oben) eine Ausdehnung des Netzwerks auf andere Dienstleister im Gesundheitswesen erfolgen.

Die zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung wird in Zukunft noch forciert werden, wobei frauen- bzw. geschlechtsspezifischen Strategien besonderer Stellenwert zukommen soll. Frauengesundheit wurde daher als eines der gesundheitspolitischen Schwerpunktthemen im Rahmen der österreichischen EU-Präsidentschaft 2006 festgelegt, wobei der Fokus auf kardiovaskulären Erkrankungen bei Frauen, Rauchen, Osteoporose, Endometrie, Brustkrebs und psychischer Gesundheit liegt. Auch beim zweiten Schwerpunktthema Diabetes (vgl. Abschnitt 7.7.2.2) wird geschlechtsspezifischen Aspekten besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Im Bereich Vorsorge kommt der Umsetzung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU NEU) große Bedeutung zu. Für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte werden Schulungen angeboten. Ziel ist es, dass die VU NEU möglichst bald flächendeckend verfügbar ist. Weiters ist eine Evaluierung vorgesehen, um die Erfahrungen und Ergebnisse zur VU NEU zu überprüfen. Die Umsetzung des Mammographie-Screenings soll schrittweise erfolgen. Zielsetzung für die kommenden Jahre ist es, mithilfe einer zentralen Koordinationsstelle Pilotprojekte zu initiieren, die ein flächendeckendes Roll-out vorbereiten. Dies folgt den Erfahrungen anderer EU-Länder, wonach die Implementierung des Mammographie-Screenings nach EU-Leitlinien vorzugsweise in Modellregionen erfolgt, durch die die nötigen Erfahrungen für die flächendeckende Implementierung gesammelt werden können und auch die erforderliche Infrastruktur (z. B. Referenzzentren) aufgebaut werden kann.

Bezüglich Kariesprophylaxe soll der im Jahr 2005 erstellte Gesamtbericht (siehe Abschnitt 7.7.2.2) sowohl in der OSR-Kommission »Zahnmedizin, Prophylaxe« als auch im Rahmen der jährlichen Fachtagung der ÖBIG-Koordinationsstelle diskutiert und sollen Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen entwickelt werden. Darüber hinaus richtete Österreich in der ersten Jahreshälfte 2006 im Rahmen der österreichischen EU-Präsidentschaft die halbjährliche Konferenz des Councils of European Chief Dental Officers (CECDO) aus. Thematisch hat sich die Konferenz mit der zahnärztlichen Ausbildung beschäftigt. Das BMGF erhoffte sich einen Überblick über die zahnärztliche Ausbildung in der EU sowie eine Diskussion bezüglich der Spezialisierungsnotwendigkeiten nach der Promotion.

Die wesentlichen künftigen Schwerpunkte der Generaldirektion Öffentliche Gesundheit Infektionskrankheiten betreffend liegen einerseits im Erstellen von Aktions- bzw. Alarmplänen und andererseits in der Verbesserung der Infektionsüberwachung und Ausbruchsbekämpfung:

- Das Masern-Eliminationsprogramm der WHO wird in einen nationalen Aktionsplan umgesetzt.
- Die nationale Adaptierung des derzeit vom EU-Health-Security-Committee erarbeiteten Konzepts eines »Generic Plan« – dieser Rahmenplan soll aus einem allgemeinen Seuchenalarmplan sowie einzelnen Modulen mit Maßnahmen für spezifische Infektionskrankheiten bestehen. In weiterer Folge könnte dieser Plan auch Maßnahmen für durch chemische, nukleare und radioaktive Agenzien ausgelöste Krisenfälle beinhalten.
- Verbesserung der Datenqualität der meldepflichtigen Erkrankungen durch Einführung der EU-Falldefinitionen und des elektronischen Meldesystems.
- Intensivierung der Ausbruchsuntersuchungen durch Einrichten von interdisziplinären Koordinationsstellen auf Landesebene, welche den Human-, Lebensmittel- und Veterinärbereich vernetzen.

7.8 Transplantationswesen

7.8.1 Ausgangssituation

7.8.1.1 Organtransplantation

Die Organtransplantation ist ein medizinisch etabliertes und gesellschaftlich akzeptiertes Therapieverfahren zur Behandlung eines terminalen Organversagens. Durch die Trans-

plantation von Herz, Leber oder Lunge kann bislang tödlich verlaufenden Erkrankungen erfolgversprechend begegnet werden. Die Nierentransplantation und in ausgewählten Fällen die kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation eröffnen einer Vielzahl von Dialysepatienten die Chance, eine bessere Lebensqualität und/oder eine Verlängerung ihres Lebens zu erreichen.

Um die Nutzung dieses Leistungsangebots durch eine fundierte medizinische Indikationsstellung, ein effektives Organisationskonzept und einen effizienten Mitteleinsatz österreichweit abzusichern, sind die spezifischen Beiträge und Interessen der am Transplantationsgeschehen Beteiligten entsprechend zu koordinieren. Das Gesundheitsressort hat in Verfolgung dieses Ansatzes im November 1991 das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) mit der Führung des Koordinationsbüros für das Transplantationswesen – ÖBIG-Transplant beauftragt.

Österreich hat inklusive der Spender/innen aus Bozen mit derzeit 24,6 Organspender/innen pro Million Einwohner/innen bereits ein im internationalen Vergleich hohes Spenderaufkommen. Die Anzahl an Spenderinnen und Spendern pro Million Einwohner/innen in den Jahren 2001 bis 2005 ist Tabelle 7.13 zu entnehmen. Für Bundesländer mit einer vergleichsweise geringen Anzahl gemeldeter Spender/innen ist in Betracht zu ziehen, dass einige Patientinnen bzw. Patienten aus peripheren Krankenhäusern dieser Bundesländer für eine weiterführende Abklärung in große Zentren (beispielsweise nach Wien) verlegt und erst dort als Spender/innen gemeldet werden.

Im Zusammenhang mit dem dargestellten Niveau an Spendemeldungen gilt auch die Anzahl der in Österreich durchgeführten Organtransplantationen im internationalen Vergleich als hoch. In Tabelle 7.14 ist das Transplantationsgeschehen des Jahres 2005 nach Transplantationszentren und Organen abgebildet.

Tabelle 7.13: Gemeldete Organspender/innen pro Million Einwohner/innen nach Bundesländern 2001–2005

Bundesland	Spender/innen pro Million Einwohner/innen					Durchschnitt 1995–2002
	2001	2002	2003	2004	2005	
Burgenland	18,0	18,0	10,8	3,6	0,0	10,1
Kärnten	26,8	17,9	17,9	9,0	28,7	20,1
Niederösterreich	13,6	10,3	9,6	10,2	16,6	12,1
Oberösterreich	22,5	23,9	28,2	30,2	28,7	26,7
Salzburg	15,5	29,0	25,0	23,0	20,9	22,7
Steiermark	11,8	29,6	27,9	32,9	24,5	25,3
Tirol	17,8	19,3	17,5	18,9	27,4	20,2
Vorarlberg	31,3	28,3	8,4	14,0	22,2	20,8
Wien	40,0	25,8	31,5	19,8	27,4	28,9
Gesamt Österreich	22,3	22,0	21,9	20,2	23,6	22,0
Gesamt Österreich inkl. Spender/innen Bozen	23,5	24,2	23,1	22,1	24,6	23,5

Quelle: GÖG/ÖBIG-Transplant

Tabelle 7.14: Transplantationsgeschehen 2005 in Österreich, gegliedert nach Transplantationszentren und Organen

Transplantationszentrum	Herz	Herz und Lunge	Lunge	Leber*	Niere*	Pankreas**	Dünndarm***
Graz	5	–	–	18	36	–	–
Innsbruck	24	–	8	51	138	31	3
Region Linz	–	–	–	–	52	–	–
Wien	26	1	81	67	182	3	–
Summe	55	1	89	136	408	34	3

* **inkl. Lebendspende**

** **inkl. 1 Inselzellen-Transplantation**

*** **davon 2 multiviszeral;**

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

Quelle: ÖBIG-Transplant

7.8.1.2 Gewebetransplantation

Durch den medizinischen Fortschritt in der Transplantationschirurgie gewinnt auch die Anwendung von menschlichem allogenen Gewebe (das heißt, Spender und Empfänger sind – im Gegensatz zu der Anwendung von autologem Gewebe – nicht ident) bzw. von aus autologen und allogenen Zellen gezüchteten Gewebepräparaten im Rahmen der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Dem medizinischen Erfolg steht allerdings die mangelhafte Verfügbarkeit und Distribution von bestimmten Gewebepräparaten in Österreich gegenüber, sodass der vorhandene Bedarf nicht bei allen Gewebearten gedeckt werden kann.

Gleichzeitig besteht bei der Transplantation von allogenem Gewebe – wie bei der Transfusion von Blut und Blutprodukten – das Risiko, Krankheitserreger von der Spenderin bzw. vom Spender auf die Empfängerin bzw. den Empfänger zu übertragen, die bei der Empfängerin bzw. beim Empfänger schwerwiegende Erkrankungen auslösen können. Vor dem Hintergrund, dass die Gewebetransplantation – im Unterschied zur Organtransplantation – in der Regel nicht auf die Sicherung des Überlebens, sondern in erster Linie auf die Verbesserung der Lebensqualität der Empfängerin bzw. des Empfängers abstellt und bei nahezu allen Gewebepräparaten Ersatzprodukte xenogener (tierischer) oder mechanischer Herkunft bzw. Alternativtherapien zur Verfügung stehen, können und müssen besonders strenge Standards an die Sicherheit und Qualität der transplantierten Produkte angelegt werden.

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 allogem Gewebe unter Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Im Zuge dieses Projektes wurde am ÖBIG eine Koordinationsstelle für Gewebetransplantation eingerichtet. Die Tätigkeit dieser Koordinationsstelle wurde auch im Zeitraum 2002 bis 2004 fortgesetzt. Die Arbeiten betreffen grundsätzlich alle in Österreich zur Anwendung kommenden Gewebearten; im Berichtszeitraum standen die Gewebearten Knochen, Hornhaut und Herzklappen sowie autologe Chondrozyten (Knorpelzellen) im Vordergrund. Da bei autologen Chondrozyten zwischen Entnahme und Transplantation zahlreiche Be-

arbeitungsschritte durchgeführt werden, gelten vergleichbare Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen wie bei der allogenen Transplantation.

Grundsätzlich handelt es sich bei Gewebepreparaten – ebenso wie bei soliden Organen – um Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG BGBl 1983/185 i. d. g. F.). Es kommen daher die strengen Qualitätsnormen, die das AMG und die auf dem AMG beruhenden Verordnungen, insbesondere die Betriebsordnung (BO, Verordnung betreffend die Betriebe der Arzneimittelhersteller, Depositeure und Arzneimittel-Großhändler, BGBl 1986/518), vorsehen, zur Anwendung. Vor diesem Hintergrund waren die Aktivitäten der Koordinationsstelle im Berichtszeitraum insbesondere auf die Festlegung von Qualitätskriterien ausgerichtet (siehe Punkt 7.7.2.2).

Hinsichtlich der relevanten Rechtsgrundlagen ist weiters auf das Hauptstück F des Krankenanstaltengesetzes (KAKuG) zu verweisen, in dem die Entnahme von Organen und Organteilen zum Zweck der Transplantation geregelt ist. Gemäß den Erläuterungen zur Regierungsvorlage (RV 969, XV. GP) ist der Organbegriff im medizinischen Sinne zu verstehen und umfasst auch Gewebe. Somit kommt die in § 62a Abs 1 KAKuG normierte Widerspruchsregelung auch im Bereich der Gewebeentnahme von Verstorbenen zur Anwendung. Weiters hat das in § 62a Abs 4 KAKuG geregelte Gewinnerzielungsverbot Bedeutung für die Verrechnung von Kostenersätzen bei der Verteilung von Gewebepreparaten durch überregionale Gewebebanken an anfordernde Krankenanstalten.

In diesem Zusammenhang ist auf das vom Gesundheitsressort in Auftrag gegebene Rechtsgutachten von Herrn Univ.-Prof. DDr. Christian Kopetzki zu verweisen, demgemäß jedes Entgelt für die Überlassung eines Organs oder Gewebes als verpönter Gewinn anzusehen ist. Die Verrechnung reiner Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit der Entnahme, Aufbereitung, Lagerung und Verteilung von Gewebe wird aber von § 62a Abs 4 KAKuG als zulässig erachtet, selbst dann, wenn die daran beteiligten Personen in Form der Entlohnung Gewinn erzielen. Diese Möglichkeit bleibt allerdings privaten Gewebebanken vorbehalten, da der Betrieb von gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 16 Abs 1 lit a KAKuG nicht die Erzielung eines Gewinns bezweckt.

Auf EU-Ebene wurde am 31. März 2004 die Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen veröffentlicht. Diese beinhaltet vornehmlich Rahmenbedingungen für die Zell- und Gewebespende bzw. -präparation und muss bis 7. April 2006 in allen Mitgliedstaaten umgesetzt werden. Die medizinischen und technischen Details werden in daran anknüpfenden Richtlinien der Kommission geregelt.

7.8.1.3 Stammzelltransplantation

Bei der Stammzelltransplantation (SZT) werden Patientinnen und Patienten frühe blutbildende Stammzellen, die entweder aus dem Knochenmark (Knochenmarktransplantation) oder dem peripheren Blut (Blutstammzelltransplantation) gewonnen werden, zum Wiederaufbau der Blutbildung übertragen, wenn das Knochenmark dieser Patientinnen und Patienten durch benigne oder maligne Erkrankungen und deren Therapie in seiner Funktion beeinträchtigt ist oder die vom Knochenmark ausgehende Erkrankung nur durch Erneuerung (Eradizierung, also Entfernung von Knochenmark mit anschließender Stammzelltransplantation) des gesamten Knochenmarks geheilt werden kann.

Je nach Stammzellquelle wird zwischen autologer SZT (die Stammzellen werden von der Patientin bzw. vom Patienten selbst gewonnen) und allogener SZT (die Stammzellen werden von einer gewebeverträglichen verwandten oder nicht verwandten Spenderin bzw. einem Spender eingesetzt) unterschieden.

Als Stammzellquelle bei der allogenen SZT können neben dem Knochenmark und den Blutstammzellen auch Nabelschnurblut-Einheiten von verwandten und nicht verwandten Spenderinnen bzw. Spendern, die in internationalen Registern verwaltet werden, herangezogen werden.

Darstellung der SZT-Frequenzen

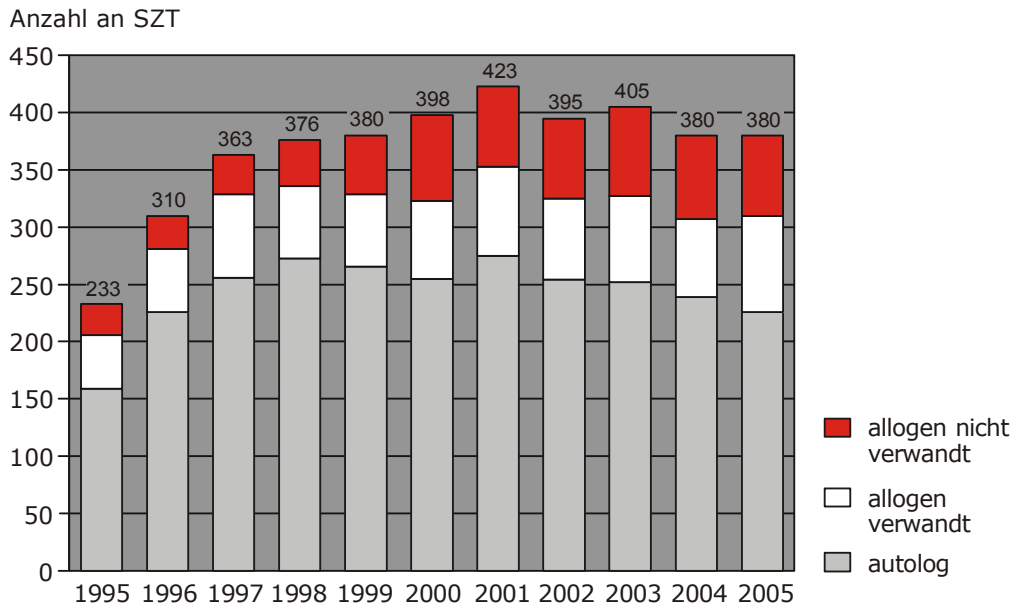
Die Frequenzen im Bereich der Stammzelltransplantation sind in den Jahren 1995 bis 2001 konstant angestiegen und erreichten im Jahr 2001 mit insgesamt 423 SZT das bisherige Maximum. Mit 380 Transplantationen im Jahr 2005 wurde der Wert aus dem Jahr 2004 exakt gehalten, wobei ein leichter Rückgang bei den autologen Transplantationen (minus 5,4 Prozent) durch einen Anstieg im allogenen Bereich (plus 9,2 Prozent) ausgeglichen wurde.

Die Aufteilung auf die unterschiedlichen Spenderarten ist in den letzten Jahren relativ konstant geblieben. So kann davon ausgegangen werden, dass rund 60 Prozent der SZT mit autologen Stammzellen durchgeführt werden. Die restlichen SZT teilen sich zu je 50 Prozent auf allogenen verwandte und allogenen nicht verwandte Stammzellspenderinnen bzw. -spender auf, wobei bei Kindern verwandte Stammzellspenden häufiger sind als bei Erwachsenen.

Hinsichtlich der Stammzellquelle werden bei der autologen SZT sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen nahezu 100 Prozent der SZT mit peripheren Blutstammzellen (PBSZ) durchgeführt. Knochenmarkstammzellen kamen im Jahr 2004 im Bereich autologer SZT nur in zwei Fällen (0,8 Prozent aller autologen SZT) zur Anwendung. Diese Entwicklung spiegelt auch den internationalen Trend wider.

Im Jahr 2005 wurde bei zwei Kindern (davon eines mit zusätzlicher Knochenmarkgabe) und bei drei Erwachsenen eine SZT mit allogenen Nabelschnurblutzellen durchgeführt. Die Transplantationsfrequenz in diesem Bereich ist in der Zeitreihe sehr gering. Seit dem Jahr 1995 wurden insgesamt erst 18 SZT mit Nabelschnurblutzellen und zwei SZT mit Zellen aus Nabelschnurblut und aus Knochenmark durchgeführt, das entspricht 1,47 Prozent aller in diesem Zeitraum durchgeführten allogenen SZT.

Abbildung 7.8: Entwicklung der Anzahl an autologen, allogenen verwandten und allogenen nicht verwandten Stammzellentransplantation bei Erwachsenen und Kindern 1995–2005



Quellen: Österreichisches Stammzelltransplantationsregister (ASCTR); GÖG/ÖBIG

Grafik: GÖG/ÖBIG

Seit dem Jahr 1999 ist im allogenen Bereich ein eindeutiger Trend in Richtung einer SZT mit reduzierter Konditionierung der Patientinnen und Patienten (sogenannte dosisreduzierte SZT, reduced intensity conditioning/RIC) zu erkennen. Diese Therapieform ermöglicht insbesondere auch eine SZT bei älteren oder in ihrem Allgemeinbefinden stärker beeinträchtigten Patientinnen und Patienten. So hat die Anzahl an SZT mit reduzierter Konditionierung bei Erwachsenen seit dem Jahr 1999 mit fünf RIC auf jeweils rund 60 RIC in den Jahren 2003, 2004 und 2005 deutlich zugenommen. Im Jahr 2004 wurden 59 Prozent aller allogenen SZT bei Erwachsenen mit einem dosisreduzierten Therapieschema vorgenommen. Im Jahr 2005 betrug dieser Anteil 49 Prozent aller allogenen SZT bei Erwachsenen. Bei Kindern ist im Jahr 2004 mit 57 Prozent der bisher höchste RIC-Anteil an den allogenen SZT erreicht worden, im Jahr 2005 lag dieser Wert jedoch wieder deutlich darunter – bei rund 30 Prozent (dies entspricht wieder dem Anteil aus dem Jahr 2003).

Suche nach nicht verwandten Stammzellspenderinnen und -spendern

In Österreich existieren insgesamt sieben Spenderzentren, die die für eine Suche nach einer geeigneten Spenderin bzw. nach einem geeigneten Spender erforderlichen Gewebeerkmale in anonymisierter Form an ein zentrales Spenderregister melden. Die Funktion des zentralen österreichischen Spenderregisters wird durch das Österreichische Knochenmark- und Stammzellenspender-Register wahrgenommen, das bis zum Jahr 2004 für seine Tätigkeiten jährlich Mittel aus der Förderung des Transplantationswesens in Höhe von maximal € 36.336,42 erhielt.

Im nationalen Österreichischen Stammzell-Register waren per Dezember 2005 rund 54.000 potenzielle Stammzellspender/innen registriert. Weltweit standen rund 10,31 Millionen typisierte potenzielle Stammzellspender/innen und Nabelschnurblut-Einheiten für Patientinnen und Patienten, die eine nicht verwandte Stammzellspenderin bzw. einen entsprechenden Spender benötigen, zur Verfügung (Stand: Februar 2006, Quelle: Bone Marrow Donors Worldwide).

Seit dem Jahr 1991 konnten bis zum Jahr 2005 durch das Österreichische Stammzell-Register für 750 österreichische Patientinnen und Patienten eine passende nicht verwandte Stammzellspenderin bzw. ein entsprechender Spender gefunden werden. Der Prozentanteil der erfolgreich durchgeführten Suchabläufe ist seit dem Jahr 1991 stetig angestiegen. Die durchschnittliche Suchdauer konnte über die letzten Jahre reduziert werden und lag im Jahr 2005 bei 2,3 Monaten (70 Tagen).

7.8.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

7.8.2.1 Organtransplantation

Maßnahmen zur Förderung der Organspende

Maßnahmen zur Förderung der Organspende wurden durch den am ÖBIG eingerichteten Transplantationsbeirat empfohlen und sind in die zwischen dem Bund und den Ländern fixierte Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung eingegangen, welche vom 1. Jänner 2001 bis zum 31. Dezember 2004 Geltung hatte. Seinen rechtlichen Niederschlag fand dieses Förderprogramm weiters im § 59d KAKuG und in den durch die Strukturkommission erlassenen »Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens«, die ebenfalls von 2001 bis Ende 2004 galten.

Gemäß diesen Richtlinien wurden jährlich Fördergelder im Ausmaß von € 2.906.913,36 für die Förderung der Organ- und Stammzellspende bereitgestellt. Ziel des Förderprogramms im Bereich der Organspende ist es, die Spendermeldungen österreichweit auf ein konstant hohes Niveau von zirka dreißig Organspendern pro Million Einwohner zu heben. Die Erreichung dieses Wertes wird aufgrund internationaler Erfahrung (Spanien) und Expertise des Transplantationsbeirates für möglich und wünschenswert gehalten, um eine bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten zu gewährleisten.

Die bereitgestellten Fördermittel wurden für die folgenden Maßnahmen verwendet:

- Kostenersätze an spenderbetreuende Krankenanstalten

Diese Fördermittel sollen für die spenderbetreuende Krankenanstalt insofern einen Anreiz setzen, potenzielle Organspenderinnen bzw. -spender auch tatsächlich zu melden, als der durch die Spenderpflege verursachte Mehraufwand zumindest zu einem Teil abgedeckt wird. Die Richtlinien empfehlen, diese Mittel innerhalb der Krankenanstalt zweckgewidmet einzusetzen.

- Einrichtung von Transplantationsreferenten

Auf Grundlage einer Gliederung des Bundesgebietes in vier Regionen (Nord: Oberösterreich, Salzburg; Süd: Kärnten, Steiermark; West: Tirol, Vorarlberg; Ost: Wien, Niederösterreich, Burgenland) soll pro Region ein Transplantationsreferent zum Einsatz kommen. Zu den primären Aufgaben der Referenten zählt der Kontakt mit den Intensiveinheiten in der betreffenden Region mit dem Ziel, in diesen Krankenanstalten durch diverse Aktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen. Darüber hinaus analysieren die Referenten, welche Krankenanstalten bzw. Abteilungen ihrer Region tatsächlich für die Betreuung potenzieller Spenderinnen und Spender in Frage kommen. Dies beinhaltet auch die Identifikation etwaiger organisatorischer Mängel im

Bereich der Organspende und die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen. Die Referenten kooperieren mit den zuständigen Transplantationszentren und mit ÖBIG-Transplant. Im Jahr 2005 waren in drei Regionen (Nord, Süd und West) Transplantationsreferenten aktiv. In der Region Ost wird ein Großteil der Referententätigkeit durch mehrere Personen des Transplantationszentrums in Wien, des sogenannten TX-Referats Ost, wahrgenommen.

- Einsatz mobiler Hirntoddiagnostik-Teams

Derzeit bestehen zwei mobile Hirntoddiagnostik-Teams, eines davon im AKH Wien für die Region Ost (Wien, Niederösterreich und Burgenland), ein weiteres wird von Ärzten und medizinisch-technischen Fachkräften der Krankenanstalten LNK Wagner-Jauregg, AKH Linz und LKH Steyr betreut und ist für den Raum Oberösterreich zuständig. Das Wiener Team wird seitens des Trägers des AKH Wien vorgehalten. Das mobile Hirntoddiagnostik-Team Oberösterreich wurde im Jahre 2000 durch ÖBIG-Transplant eingerichtet und wird seither durch das ÖBIG administriert.

- Kostenersätze für die Koordination

Kostenersätze für die Koordinationsleistungen der Transplantationszentren sollen die personelle Ausstattung der Koordinationszentren nachhaltig sichern. Als Koordinationszentren fungieren das AKH Wien, das LKH Graz, das LKH Innsbruck sowie das AKH Linz und das KH der Elisabethinen Linz, wobei die beiden oberösterreichischen Krankenanstalten als ein Koordinationszentrum gewertet werden.

- Abrechnung von Organtransporten

Einen großen Teil des Förderprogramms nimmt die Abrechnung der im Rahmen der Explantation und des Organtransportes zum Transplantationszentrum anfallenden Kosten ein. Auch Kosten für den Organtransport aus dem Ausland werden ersetzt, wenn das Organ in einem österreichischem Zentrum einer in Österreich lebenden Person transplantiert wurde.

- Kommunikationsseminare – das Gespräch mit den Angehörigen

Trotz der rechtlichen Situation in Österreich, die Organentnahmen erlaubt, sofern nicht ein zu Lebzeiten abgegebener Widerspruch der potenziellen Organspender/innen vorliegt, wird vom betroffenen Personal (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal) nach Möglichkeit versucht, mit den Angehörigen darüber zu sprechen. Dieses Gespräch gilt sowohl für die Angehörigen als auch für das betroffene Personal als schwierig und belastend.

Das Ziel der Seminare ist die Erweiterung der Kommunikationskompetenz im Gespräch mit den Angehörigen unter besonderer Berücksichtigung schwieriger Gesprächssituationen im Zuge der Überbringung einer Todesnachricht und anschließender Information über die Organentnahme. Die Zielgruppe dieser Seminare, die seit dem Jahr 2000 durchgeführt werden, besteht grundsätzlich aus leitendem intensivmedizinischem Personal (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal) sowie Personen, die im konkreten Fall die Information der Angehörigen wahrnehmen.

- Internationale Kooperationen

Im Jahr 2003 entstand das »European Transplantation Network« (ETN), das sich anlässlich der Unterzeichnung der »Prager Deklaration« formierte. Die Mitgliedsländer des ETN waren per 19. November 2003 die Länder Griechenland, Italien, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn, Litauen, Zypern und Österreich, ab Jänner 2004 auch Kroatien. Als deklarierte Ziele galten die Förderung des Organaufkommens, die Schulung

von Transplantationskoordinatorinnen und -koordinatoren, der Informations- und Erfahrungsaustausch sowie Transparenz und Qualitätssicherung als Ziele erklärt wurden. Nachdem zwischenzeitlich der Organaustausch innerhalb der Mitgliedsländer zum Primärziel erklärt wurde, hat sich Österreich von führenden Aktivitäten im Rahmen des ETN zurückgezogen, da eine aktive und äußerst positive Kooperation im Bereich des Organaustausches mit Eurotransplant (ET) besteht. Diese Kooperation mit ET könnte durch eine Teilnahme bei ETN mit dem Hauptzweck eines Organaustauschs in Frage gestellt werden, ohne dass aktuell ein entsprechender Zusatznutzen für österreichische Patienten erwartbar wäre.

Ergänzend werden laufend Arbeiten zur Verbesserung und Intensivierung bereits bestehender bilateraler Kooperationen zwischen Österreich und Ungarn bzw. der Provinz Bozen durchgeführt. Diese Kooperationen werden hinsichtlich der Erhöhung der verfügbaren Spenderorgane für Österreicher/innen als sinnvoll erachtet.

- TPM-Schulung

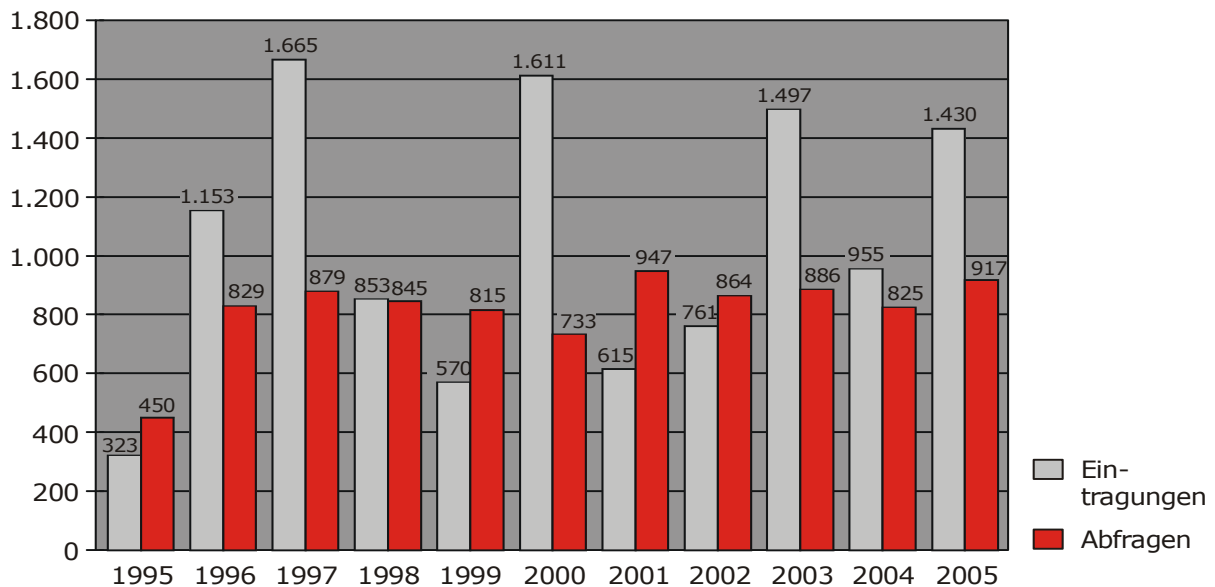
Auf Vorschlag des am ÖBIG eingerichteten Transplantationsbeirates werden regelmäßig Transplantationskoordinatorinnen und -koordinatoren zu TPM-Kursen (TPM für transplant procurement management) nach Spanien entsandt. Diese TPM-Kurse sind international anerkannt und gelten als qualitativ hochwertige Zusatzausbildung. Darüber hinaus wird dadurch ein internationaler Erfahrungsaustausch ermöglicht.

Einrichtung und Führung des Widerspruchregisters gegen Organspende

Die Entnahme von Organen Verstorbener zum Zweck der Transplantation ist gesetzlich in den §§ 62a bis 62c KAKuG geregelt. In Österreich ist im Rahmen der sogenannten Widerspruchslösung die Explantation eines oder mehrerer Organe nur dann möglich, wenn der/die Verstorbene nicht zu Lebzeiten eine Organspende abgelehnt hat. Zur besseren Dokumentation eines möglichen Widerspruchs wurde im Jänner 1995 das Widerspruchregister gegen Organspende eingerichtet, dessen Führung von ÖBIG-Transplant und der Vergiftungsinformationszentrale wahrgenommen wird. Der Gesetzestext wurde im Jahr 2004 durch den Satz »Eine Erklärung liegt auch vor, wenn sie in dem beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen geführten Widerspruchregister eingetragen ist« ergänzt; es ist also nicht erforderlich, einen Widerspruch in schriftlicher Form ständig mit sich zu führen. Dadurch wurde die bis dahin bestehende freiwillige Selbstverpflichtung spenderbetreuender Krankenanstalten, im Fall einer potenziellen Organspende beim Widerspruchregister entsprechend nachzufragen, durch eine gesetzliche Verpflichtung abgelöst.

Die Zahl der Eintragungen in das zentrale Widerspruchregister betrug mit 31. Dezember 2005 11.348 Personen. Damit ist die aktuelle Anzahl der Eintragungen gegenüber der österreichischen Gesamtbevölkerungszahl weiterhin eine relativ geringe Größe. Der Abbildung 7.9 ist die Entwicklung der jährlichen Eintragungen in das Widerspruchregister sowie der durchgeführten Abfragen von 1995 bis 31. Dezember 2005 zu entnehmen.

Abbildung 7.9: Widerspruchregister gegen Organspende – jährliche Eintragungen und Abfragen 1995 bis 31. Dezember 2005



Quelle: ÖBIG-Transplant

Grafik: GÖG/ÖBIG

Dokumentation, Informations- und Datenaustausch

- Jene Aufgaben, die für einen Datenaustausch zwischen den österreichischen Transplantationszentren notwendig sind, werden größtenteils von der Eurotransplant Foundation mit Sitz in Leiden (Holland) abgedeckt. Die dafür erforderlichen Daten werden von den Transplantationszentren direkt an Eurotransplant übermittelt. Jene Daten, die für das Arbeitsprogramm von ÖBIG-Transplant relevant und notwendig sind, werden seit dem Jahre 1992 gemäß einem Datenüberlassungsabkommen mit allen österreichischen Transplantationszentren an ÖBIG-Transplant übermittelt, wobei diese Daten keine personenbezogenen Angaben enthalten.
- Weiters existiert in Österreich seit 1993 eine Vereinbarung mit allen Transplantationszentren, dass ÖBIG-Transplant – zusätzlich zu den von Eurotransplant übermittelten Daten – für die Abwicklung der Finanzierung des Organaufkommens Daten auch direkt von den Transplantationszentren zur Verfügung gestellt bekommt. So werden die Spenderprotokolle seitens der Koordinationszentren an ÖBIG-Transplant übermittelt und bilden die Basis für die Abrechnung der Fördermittel im Rahmen der Organspende. Die Informationen in den Spenderprotokollen sind nicht personenbezogen und enthalten keine Namen und Adressen.
- Seit 1994 wird eine eigene, auf den von Eurotransplant übermittelten Rohdaten basierende Datenbank zur Durchführung standardisierter Datenbankabfragen geführt, um im Bedarfsfall (beispielsweise bei Anfragen seitens gesundheitspolitischer Entscheidungsträger oder seitens der Medien) aktuelle Informationen über das gesamtösterreichische Transplantationsgeschehen zur Verfügung stellen zu können.

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

- Weiters werden seit dem Jahr 1993 – als Voraussetzung für das Ergreifen erforderlicher Maßnahmen (z. B. zur Förderung der Organspende) – laufend Analysen des Spenderaufkommens durchgeführt.
- Im Zusammenhang mit der vom ÖBIG im Auftrag der Strukturkommission des Bundes erarbeiteten detaillierten Leistungsangebotsplanung werden seit 1997 entsprechende Planungsarbeiten für die Bereiche Nieren- und Lebertransplantation, Dialyse sowie Stammzelltransplantation durchgeführt, wobei die jeweiligen Planungsergebnisse in die aktuelle Version des ÖKAP/GGP integriert wurden.

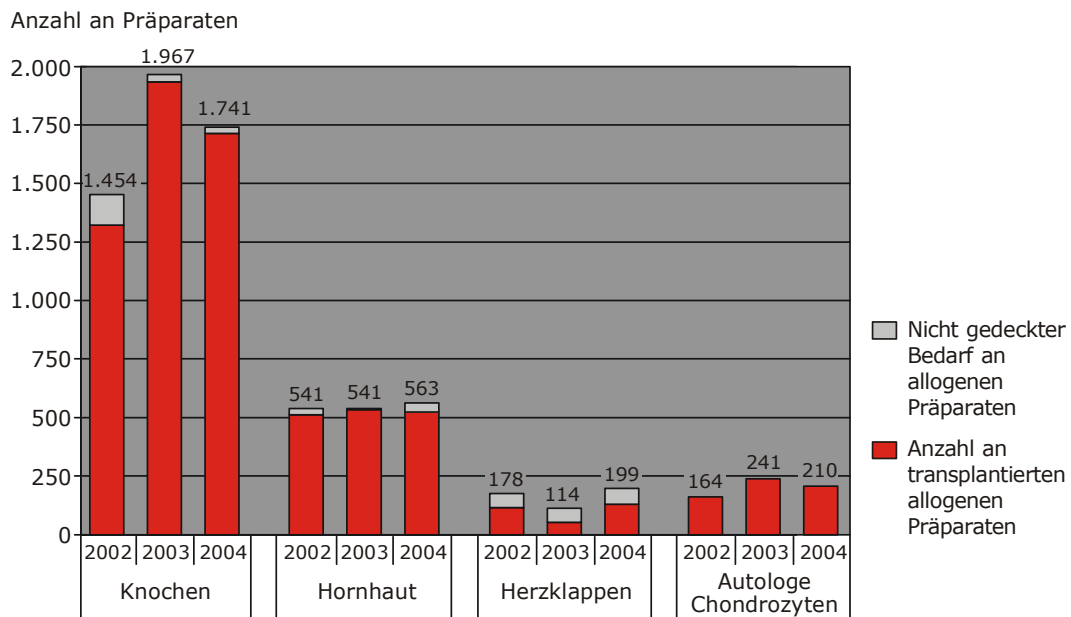
Überarbeitung der Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme

Im Jahr 1997 wurden von ÖBIG-Transplant in Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Expertengremium Richtlinien zur Hirntoddiagnostik erarbeitet. Der Oberste Sanitätsrat fasste in der Folge den Beschluss, die Heranziehung dieser Richtlinien und des zugehörigen Hirntodprotokolls zur Durchführung der Hirntoddiagnostik zu empfehlen. Um sicherzustellen, dass die Empfehlungen nach wie vor aktuell sind, wurde in der Sitzung des Transplantationsbeirates am 20. November 2002 vereinbart, in enger Zusammenarbeit mit einem regional ausgewogenen Expertengremium der Fachrichtungen Neurologie, Anästhesie und Intensivmedizin und Neurochirurgie sowie Vertreterinnen bzw. Vertretern von Austrotransplant eine Evaluation und gegebenenfalls eine Überarbeitung der Richtlinien vorzunehmen. Im Zuge der Überarbeitung wurden weiters Expertinnen und Experten aus den Bereichen Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie, Pharmakologie, Neuroradiologie und Rechtswissenschaften einbezogen. Die Überarbeitung der Empfehlungen erfolgte im Zeitraum 2003 bis 2004. Der Oberste Sanitätsrat befasste sich im Rahmen seiner zweiten Sitzung des Jahres 2005 mit der Thematik und beschloss die von den Expertinnen und Experten erarbeitete Empfehlung mit zwei Abänderungen. Die neuen Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik stellen nunmehr den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse in diesem Bereich dar.

7.8.2.2 Gewebetransplantation

Zur Dokumentation des Gewebetransplantationsgeschehens und zur Erhebung des nicht gedeckten Bedarfs werden von der Koordinationsstelle für Gewebetransplantation jährlich Daten bezüglich Entnahme, Aufbereitung, Lagerung, Weiterleitung und Transplantation von Gewebepreparaten erhoben. Im Zuge der Befragungen zeigt sich, dass der nicht gedeckte Bedarf nicht immer allein auf die unzureichende Verfügbarkeit von Gewebepreparaten, sondern auch auf organisatorische Mängel sowie – da Ersatzstoffe mitunter günstiger sind – auf finanzielle Gründe zurückzuführen ist.

Abbildung 7.10: Gesamtbedarf an Gewebepräparaten 2002 bis 2004 für die Gewebearten Knochen, Hornhaut, Herzklappen und autologe Chondrozyten



Quellen: Erhebungen der Koordinationsstelle für Gewebetransplantation; GÖG/ÖBIG

Grafik: GÖG/ÖBIG

Sowohl im AMG als auch in der Betriebsordnung wird an mehreren Stellen auf den aktuellen Stand der Wissenschaft hingewiesen, der zur Beurteilung der Erfüllung von Qualitätsnormen herangezogen werden muss. Aufbauend auf nationalen und internationalen Vorgaben und unter Einbeziehung von medizinischen Expertinnen und Experten wurden von der Koordinationsstelle die folgenden Richtlinien erarbeitet und im Jahr 2002 in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung veröffentlicht:

- Richtlinien für Knochenbanken betreffend Gewebepräparate des Haltungsapparates (vgl. GZ 22.310/0-VIII/D/21/02)
- Richtlinien für Hornhautbanken (inkl. Sklera, Amnion sowie Pigmentepithel der Retina; vgl. GZ 22.321/1-VIII/D/21/02)
- Richtlinien für Homografbanken (vgl. GZ 22.321/2-VIII/D/21/02).

Die Richtlinien für Knochenbanken sowie die Richtlinien für Hornhautbanken wurden zwischenzeitlich aktualisiert und weiterentwickelt, sind allerdings in dieser Form noch nicht veröffentlicht.

7.8.2.3 Stammzelltransplantation

Im Auftrag des Gesundheitsressorts führte das ÖBIG im Jahr 1999 eine Studie zur Analyse und Evaluierung des österreichischen Stammzellspendewesens hinsichtlich organisatorischer Fragestellungen sowie zu Datentransfer und Finanzierung durch. Im selben Jahr wurde zur Beratung der damaligen Bundesministerin die »Kommission für die Weiterentwicklung des Österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens«, bestehend aus je sieben Mitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin sowie der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, eingerichtet. Die Geschäfte dieser Kommission führte von Anbeginn an das

ÖBIG; diese Tätigkeit wurde auch in den Jahren 2002 bis 2004 fortgesetzt. Die wichtigsten Arbeitsergebnisse der Berichtsperiode:

- **Aktivitäten betreffend die autologe und allogene Einlagerung von Nabelschnurblut (2002–2004):** Aufgrund der immer noch teilweise missverständlichen oder mangelhaften Berichterstattung in den Medien über die Einlagerung von Nabelschnurblut und der intensiven Bewerbung von Müttern seitens privater Nabelschnurblut-Banken in Österreich wurden diverse Maßnahmen zur Objektivierung der Thematik gesetzt:

Veröffentlichung der Broschüre »Einfrieren von Nabelschnurblut – notwendig oder überflüssig?«;

als Ergänzung der oben erwähnten Broschüre wurde die Indikationsliste »Indikation für die Kryokonservierung von Nabelschnurrestblut zur gerichteten Spende bei Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter« zusammengestellt;

Verfassung einer Stellungnahme der Fachgesellschaften betreffend die allogene Plazenta-Restblut-Banken in Österreich, in der die Verwendung öffentlicher Gelder für die klinische und experimentelle Forschung mit Nabelschnurstammzellen prinzipiell befürwortet wird, sofern diese nicht für den Aufbau einer flächendeckenden, derzeit nicht benötigten Plazenta-Restblut-Bank aufgewendet werden. Diese Stellungnahme wurde in Zusammenarbeit der oben genannten Gesellschaften mit der Arbeitsgruppe für Hämatologie/Onkologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde verfasst;

laufende Aktualisierung und Wartung der Informationsmaterialien.

- **Erstellen und Überarbeitung österreichischer Richtlinien (2002–2004):** Im Jahr 2002 wurde der Teil III betreffend die Gewinnung, Lagerung und Anwendung von Nabelschnurstammzellen (Cord Blood; vgl. GZ 22.316/15-VI/B/21/02) durch das Gesundheitsressort erlassen.

Aufgrund der Entwicklungen hinsichtlich der Definition von Strukturqualitätskriterien für den Bereich der Stammzelltransplantation wurde in den Folgejahren 2003 und 2004 die Überarbeitung von Teilen der »Richtlinien zur Transplantation von Stammzellen« durchgeführt und von den zuständigen Fachgesellschaften mitgetragen, sie sind allerdings in dieser Form noch nicht veröffentlicht worden.

- **Abrechnung der Fördermittel des Transplantationswesens:** Entsprechend den Vorgaben der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG wurden im Bereich der Stammzellspende die Spenderzentren in der Förderperiode 2001–2004 mit einem Kostenersatz für die Durchführung von HLA-A- und HLA-B-Typisierungen unterstützt, die Unterstützung genauerer Typisierungen (z. B. HLA-DR) wurde diskutiert. Der primäre Zweck der Förderung von HLA-A- und HLA-B-Typisierungen ist die Erreichung und Aufrechterhaltung einer ausreichenden Anzahl an registrierten potenziellen Spenderinnen und Spendern in den österreichischen Spenderdateien. Weiters erhielt das österreichische Stammzell-Register bis Ende 2004 gemäß den Förderrichtlinien Mittel in Höhe von jährlich maximal € 36.336,42.
- **Einsatz von Arbeitskapazitäten in österreichischen Stammzelltransplantationszentren (SZT-Zentren):** Seit dem Jahr 2001 wird der Einsatz von Arbeitskräften in den österreichischen SZT-Zentren zur organisatorischen Unterstützung der Suche nach passenden Spenderinnen und Spendern gefördert. Ziel ist es, die entstehenden Kosten dieser Arbeitskräfte für organisatorische und administrative

Arbeiten zur Suche nach passenden nicht verwandten Spenderinnen und Spendern finanziell zu unterstützen.

- **Wartung der österreichischen Spenderdateien:** In Österreich existieren insgesamt sieben Spenderzentren, in denen über 50.000 potenzielle Stammzellspenderinnen bzw. -spender registriert sind. Aufgrund der derzeit gültigen »Richtlinien zur Transplantation von Stammzellen« ist es notwendig, die Spenderinnen und Spender in regelmäßigen Abständen zu kontaktieren, zu informieren und die Spenderdaten entsprechend zu warten. Neu rekrutierte Spenderinnen bzw. Spender sind unverzüglich einzugeben und ausscheidende Spenderinnen bzw. Spender zu inaktivieren. Darüber hinaus steigt die Anzahl der Anfragen zu den Spenderinnen und Spendern kontinuierlich an. Zu diesem Zweck werden seit dem Jahr 2003 die entstehenden Kosten dieser Arbeitskräfte zur Wartung der jeweiligen Dateien finanziell unterstützt.
- **Einsatz von Arbeitskapazitäten zur Vorbereitung der JACIE-Akkreditierung in österreichischen Stammzelltransplantationszentren (SZT-Zentren):** Alle SZT-Zentren, die bei EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation) akkreditiert sind, sollen sich zukünftig diesem zusätzlichen Akkreditierungsprozess beim Joint Accreditation Committee of ISHAGE (International Society for Hemotherapy and Graft Engineering) and EBMT (JACIE) unterziehen, der die bestehende EBMT-Akkreditierung ersetzen wird. Die Zielsetzung dieser Akkreditierung ist die Vereinheitlichung der amerikanischen und europäischen Qualitätsstandards. Um diese Akkreditierung zu erlangen, müssen in den SZT-Zentren alle Kernarbeitsprozesse definiert und im Hinblick auf ihre lückenlose Nachvollziehbarkeit evaluiert werden. Zu diesem Zweck sind umfangreiche Dokumente zu erstellen bzw. muss das bereits vorhandene Material den JACIE-Anforderungen entsprechend aufbereitet werden. Hierzu werden die Kosten für eine Arbeitskraft in den durchführenden SZT-Zentren finanziell unterstützt. Mittlerweile haben das AKH Wien sowie das St. Anna Kinderspital, letzteres als erstes europäisches pädiatrisches Zentrum, diese Akkreditierung erreicht.

7.8.3 Ausblick

7.8.3.1 Organtransplantation

Als besonders wichtiges Projekt für die Jahre 2001 bis 2004 galt die Umsetzung der Fördermaßnahmen, die vom Transplantationsbeirat angeregt wurden und deren Finanzierung aus den Mitteln zur Förderung des Transplantationswesens durch die Strukturkommission beschlossen und gesetzlich verankert wurde. Die Ergebnisse des Förderprogramms wurden von der Bundesgesundheitskommission, der Nachfolgeeinrichtung der Strukturkommission, sehr positiv beurteilt. Es wurde daher beschlossen, das Förderprogramm auch in der Periode 2005 bis 2008 fortzusetzen. Auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurden die für den Zeitraum 2001 bis 2004 geltenden Förderrichtlinien vom ÖBIG überarbeitet, das entsprechend adaptierte Förderprogramm vom Transplantationsbeirat beschlossen und in der Folge von der Bundesgesundheitskommission als »Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens« mit dem Geltungszeitraum 2005 bis 2008 erlassen.

Gemäß den erwähnten Richtlinien ist eine Fortführung bzw. auch Erweiterung der oben genannten Maßnahmen und Aktivitäten vorgesehen. So soll aufbauend auf die TPM-Schulungen in Spanien einmal jährlich eine speziell auf österreichische Gegebenheiten abge-

stimmte Aufbauschulung in Österreich stattfinden, mit dem Ziel, die innerösterreichische Zusammenarbeit der Transplantationskoordinatorinnen und -koordinatoren zu stärken und ein noch effizienteres Zusammenspiel zu ermöglichen. Darüber hinaus sind zur Bekanntmachung der Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates zur Durchführung der Hirntoddiagnostik Informationsschreiben an die relevanten medizinischen Fachgesellschaften und eine Veröffentlichung in ausgewählten Fachmedien vorgesehen.

Um die Gesprächsführung mit Angehörigen im Fall einer potenziellen Organspende auf den Intensivseinheiten weiter zu verbessern, ist neben der Abhaltung von Kommunikationsseminaren auch eine Evaluierung der Angehörigengespräche vorgesehen. Diese Evaluierungsarbeiten sollen anhand von Interviews mit Angehörigen durchgeführt werden, um Informationen über etwaige Problemstellungen bei der Gesprächsführung, den räumlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen, emotionalen Belastungen etc. zu erlangen.

7.8.3.2 Gewebetransplantation

Die zentrale Herausforderung im Bereich Gewebetransplantation wird in der Umsetzung der in Punkt 7.8.1.2 genannten EU-Richtlinie 2004/23/EG liegen, die mittels eines Gewebesicherheitsgesetzes erfolgen soll. In der Richtlinie werden zahlreiche qualitätssichernde Maßnahmen, wie etwa regelmäßige Kontrollen in Gewebereinrichtungen und die Bewilligung sämtlicher Gewebebanken, gefordert. Ein System zur Rückverfolgbarkeit der zum Einsatz kommenden Präparate muss aufgebaut werden, ebenso ein öffentlich zugängliches Register für zugelassene Einrichtungen einschließlich der Auflistung der Tätigkeiten, die diese Einrichtungen erbringen dürfen, und ein System zur Meldung von Zwischenfällen und unerwünschten Reaktionen. Weiters sieht die EU-Richtlinie die Durchführung von Maßnahmen zur Förderung der freiwilligen und unentgeltlichen Gewebe- und Zellspende sowie die regelmäßige Erstellung von Berichten über die Umsetzung der in den Richtlinien geforderten Maßnahmen, insbesondere zu den Bereichen Inspektion und Kontrolle, vor.

7.8.3.3 Stammzelltransplantation

- Auf Wunsch der Expertinnen und Experten der §-8-Kommission wurden nach der zwischenzeitlichen Auflösung der §-8-Kommission deren Agenden in den bereits bestehenden Transplantationsbeirat eingegliedert, um die Interessen der Bereiche Stammzellspende und -transplantation kontinuierlich wahren zu können und eine bessere Abstimmung der Bereiche Organ- und Stammzellspende sicherzustellen. Dementsprechend wurde der Transplantationsbeirat um vier Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Stammzelltransplantation erweitert. Die inhaltliche Fortführung der Arbeiten wie beispielsweise im Bereich der Einlagerung von Nabelschnurstammzellen oder der Überarbeitung von Richtlinien soll auf diese Weise gewährleistet werden.
- In der Förderperiode 2005 bis 2008 sollen die Arbeitskräfte in den SZT-Zentren bei der Suche nach passenden nicht verwandten Spenderinnen und Spendern weiterhin finanziell unterstützt werden.
- Die Wartung der Spenderdateien soll in den kommenden Jahren in allen sieben österreichischen Spenderzentren komplett und vor allem kontinuierlich durchgeführt werden. Hierzu werden in den einzelnen Zentren Arbeitskräfte finanziell unterstützt.
- Das österreichische Stammzell-Register erhält in der Periode 2005 bis 2008 weiterhin Fördermittel, wobei die Höhe der Förderung gemäß den aktuellen Richtlinien jährlich maximal € 33.500,- beträgt.

- Das österreichische Stammzelltransplantationsregister, das alle nationalen Daten zu den Transplantationen sammelt und an die EBMT weiterleitet, soll in seinen administrativen Arbeiten ab dem Jahr 2005 durch die Förderung einer Arbeitskraft unterstützt werden.

Da mit rund 50.000 registrierten österreichischen Stammzellspenderinnen und -spendern laut Expertenmeinung ausreichend Personen verzeichnet sind, soll ab 2005 verstärktes Augenmerk auf qualitative HLA-Typisierung gelegt und die Förderung auf HLA-DR-Typisierungen ausgeweitet werden.

7.9 Onkologische Versorgung

7.9.1 Ausgangslage

Wie die epidemiologische Entwicklung zeigt, stellen Krebskrankheiten nach wie vor ein Problem der Gesundheitsversorgung dar, vor allem in Hinblick auf die zunehmende Überalterung der Bevölkerung. Rund 25 Prozent der Todesursachen sind auf diese Krankheitsengruppe zurückzuführen (siehe Kapitel 4).

7.9.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Um die Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten auf ein hohes Niveau zu stellen, wurden in den letzten Jahren u. a. auch organisatorische Bemühungen unternommen. Die hinsichtlich

- beruflicher Qualifikation des versorgenden Personals,
- Einrichtung und Ausstattung der die Therapien durchführenden Krankenanstalten,
- palliativ-onkologischer Versorgung,
- Schmerzbehandlung sowie
- psychoonkologischer und psychosozialer Versorgung

definierten Qualitätskriterien sowie das dreistufige Versorgungsmodell – Stufe 1: Onkologisches Zentrum (ONKZ), Stufe 2: Onkologischer Schwerpunkt (ONKS), Stufe 3: Interdisziplinäre Fachabteilung mit Onkologie (ONKF) – fanden durch Zuweisung von Krankenanstalten zu Versorgungsstufen Eingang in den ÖKAP/GGP. Um dem wesentlichen Ziel der Interdisziplinarität in der Versorgung von Krebskranken mehr Gewicht zu verleihen, wurde gemeinsam mit den Fachgesellschaften der an der Krebsversorgung beteiligten medizinischen Sonderfächer eine Präzisierung der Strukturqualitätskriterien vorgenommen, die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) Eingang finden sollen.

Pädiatrisch-hämatologisch-onkologische Versorgung

Kennzeichen der Versorgung von krebskranken Kindern und Jugendlichen ist, dass es sich bei dieser Krankengruppe vor allem in der Initialphase um Hochrisikopatientinnen und -patienten handelt, deren Erkrankung insbesondere aufgrund von Infektionsgefahren lebensbedrohlich ist. Sie bedürfen einer aufwendigen und umfassenden Spezialdiagnostik, eines schwierigen, personal- und zeitintensiven Versorgungsmanagements in den

spezialisierten stationären und semistationären Einrichtungen. Für die Versorgung von krebskranken Kindern und Jugendlichen ist sicherzustellen, dass Diagnostik, Behandlung und Nachsorge in einem koordinierten und kooperierenden System erfolgen. Von besonderer Bedeutung ist auch der nahtlose Übergang in eine professionelle Nachsorge. Dies bedeutet, dass die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen über Spezialkenntnisse und besondere Erfahrung verfügen müssen.

Die angeführten Spezifika der Versorgung von krebskranken Kindern und Jugendlichen machen es erforderlich, Diagnostik, Therapie und Initialphase der Nachsorge in gesonderten Bereichen von Fachabteilungen der Pädiatrie anzusiedeln. Weiters ist es erforderlich, für diese Bereiche spezielle Kriterien der Strukturqualität zu definieren und Anhaltswerte für das erforderliche Personal zu ermitteln. Aus Gründen der Erreichbarkeit und unter Bedachtnahme auf die epidemiologische Lage sowie zum Zweck der Qualitätssicherung wurden für Österreich fünf Zentren vorgeschlagen. Die für die Versorgung von krebskranken Kindern und Jugendlichen entwickelten Anforderungen und Qualitätskriterien sollen in den ÖSG Eingang finden.

Therapie mit Radionukliden

In Österreich gibt es derzeit zehn Standorte mit nuklearmedizinischen Therapiebetten, an denen rund 2.000 stationäre Therapien mit Radionukliden pro Jahr durchgeführt werden. Die Anzahl der unter den vorhandenen Kapazitäten jährlich leistbaren stationären Therapien beträgt über 3.000. Durch neue Therapieformen und die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur ist zwar generell ein Anstieg der stationären Therapiezahlen zu erwarten, durch das anzunehmende Absinken der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer kann aber das derzeitige Versorgungsniveau bei gleichzeitiger Beseitigung grober regionaler Versorgungsdisparitäten beibehalten werden.

Strahlentherapie

Die Strahlentherapie (Tele- und Brachytherapie) ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung bestimmter Krebsarten. In Österreich gibt es zurzeit zwölf Standorte, an denen Strahlentherapien durchgeführt werden. Für die Behandlungen stehen insgesamt 31 Linearbeschleuniger, zwei Gamma-Knives und vier Kobalt-60-Teletherapie-Anlagen zur Verfügung. Weiters sind drei zusätzliche Standorte bzw. neun weitere Strahlentherapiegeräte in Planung. Neben geräteunterstützten Verfahren werden an einigen der Strahlentherapie-Abteilungen auch Brachytherapie-Verfahren (z. B. Prostata-Spickungen) mit umschlossenen radioaktiven Quellen durchgeführt.

7.9.3 Ausblick

Die gemeinsam mit den Fachgesellschaften der an der Krebsversorgung beteiligten medizinischen Sonderfächer erarbeitete Präzisierung bzw. Differenzierung der Qualitätskriterien für die jeweiligen Sonderfächer sollen ebenso wie die Anforderungen an die pädiatrisch-hämatologisch-onkologische Versorgung einen integralen Bestandteil der Beschlussfassung zum ÖSG darstellen.

7.10 In-vitro-Fertilisation

7.10.1 Ausgangslage

Seit 1. Jänner 2000 ist das Bundesgesetz, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF-Fonds-Gesetz, BGBl I 1999/180, zuletzt geändert durch die IVF-Fonds-Gesetz-Novelle 2004, BGBl I 2004/42) eingerichtet wird, in Kraft. Gegenstand dieses Gesetzes ist die Kostenübernahme der In-vitro-Fertilisation durch den Bund. Zu diesem Zweck ist beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) ein Fonds zur Mitfinanzierung der In-vitro-Fertilisation eingerichtet.

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

7.10.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Durch die IVF-Fonds-Gesetzesnovelle wird zusätzlich zur eileiterbedingten Sterilität auch die durch Endometriose bzw. PCO-Syndrom bedingte Sterilität der Frau als Anspruchsvoraussetzung anerkannt, sofern zum Zeitpunkt des Beginns eines Versuches die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Pro Paar und angestrebter Schwangerschaft besteht weiterhin Anspruch auf Kostentragung von höchstens vier Versuchen.

Krankenanstalten, die In-vitro-Fertilisationen unter Kostentragung des IVF-Fonds durchführen, benötigen eine Zulassung gemäß § 5 Abs 2 des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG BGBl 1992/275 i. d. F. BGBl I 2004/163), einen rechtsgültigen Vertrag mit dem IVF-Fonds und einen Behandlungsvertrag mit den behandelten Paaren (vgl. § 4 Abs 2 IVF-Fonds-Gesetz). Weiters müssen folgende – seit dem Jahr 2002 – gültige Qualitätskriterien erfüllt werden:

- zumindest fünfzig Versuche pro Jahr je Vertragskrankenanstalt,
- Nachweis einer Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion von 18 Prozent.

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

Das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) ist seit dem Jahr 2000 vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen mit dem Aufbau und der kontinuierlichen Führung und Verwaltung des IVF-Registers, mit der Bereitstellung von abrechnungsrelevanten Informationen für den IVF-Fonds sowie mit der Durchführung von Analysen auf Grundlage des registrierten Datenmaterials beauftragt.

Die Datenauswertungen aus dem IVF-Register der Jahre 2002 bis 2004 zeigen, dass mit Unterstützung des IVF-Fonds 14.394 IVF-Versuche von 10.537 Kinderwunschpaaren durchgeführt wurden. Im Jahr 2002 wurden IVF-Fonds-Versuche in 22 Vertragskrankenanstalten durchgeführt. Die Anzahl der Vertragskrankenanstalten erhöhte sich bis zum Jahr 2004 auf 25.

Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion lag im Jahr 2002 durchschnittlich bei 27,3 Prozent, stieg im Jahr 2003 auf durchschnittlich 29,5 und verringerte sich im Jahr 2004 geringfügig auf 28,9 Prozent.

Tabelle 7.15: Anzahl der IVF-Versuche und Schwangerschaftsraten in den Jahren 2002 bis 2004

Jahr	Anzahl Versuche	Anzahl Paare	Anzahl Follikelpunktion	Anzahl Schwangerschaften	Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion
2002	4.680	3.384	4.375	1.193	27,3 %
2003	4.836	3.539	4.540	1.340	29,5 %
2004	4.878	3.614	4.575	1.320	28,9 %

Quelle: GÖG/ÖBIG, IVF-Register

7.10.3 Ausblick

Im Jahr 2005 steigt die Anzahl der Paare, die Leistungen des IVF-Fonds in Anspruch nehmen, auf ca. 5.500 an, was u. a. durch die ausgeweitete Indikationsstellung bedingt ist. Die durchschnittliche Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion erhöht sich auf einen neuen Höchstwert von über 31 Prozent.

7.11 Blut und Blutprodukte

7.11.1 Ausgangslage

Die rechtlichen und organisatorischen Maßnahmen der letzten Jahre im Bereich Blut und Blutprodukte zielten insbesondere auf die Erhöhung der Sicherheit im Transfusionswesen sowie auf die Implementierung blutsparender Maßnahmen ab. Auch im Berichtszeitraum wurden entsprechende Schritte in dieser Hinsicht getätigt, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf den Bereich der Hämovigilanz gelegt wurde.

7.11.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

In Analogie zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei Medikamenten, deren Erfassung und Bearbeitung man als Pharmakovigilanz bezeichnet, wird der Begriff Hämovigilanz in Zusammenhang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) und Mängeln von Blut und Blutprodukten verwendet. Darüber hinaus wird unter Hämovigilanz ein Überwachungssystem verstanden, das die gesamte Transfusionskette von der Spende über die Verarbeitung und den Transport bis zur Verabreichung von Blut und Blutprodukten

umfasst. Ziel eines Hämovigilanz-Systems ist die Minimierung von Risiken und Gefahren in Zusammenhang mit Blutspenden bzw. der Transfusion von Blut und Blutprodukten.

In diesem Sinne ist die Meldung von UAW oder Zwischenfällen in Zusammenhang mit der Transfusion bzw. Gewinnung von Blut und Blutprodukten oder Mängeln bei Blutprodukten an ein zentrales Register von entscheidender Bedeutung. Die Identifizierung und rechtzeitige Meldung von Zwischenfällen oder Mängeln kann Schäden bei Spenderinnen/Spendern, Patientinnen/Patienten oder Produkten verhindern helfen. Durch die zeitgerechte Meldung an ein zentrales Register können Fehler in der Organisation und im Umgang mit dem Produkt, in Funktionsabläufen oder im Testsystem aufgedeckt und erforderlichenfalls entsprechende Notfallmaßnahmen eingeleitet werden.

Zur Umsetzung der in §§ 75 ff. AMG festgelegten Meldepflicht von UAW wurde das österreichische Hämovigilanz-Register eingerichtet, das nach entsprechender Vorbereitungszeit im Jahr 2002 mit 1. Jänner 2003 in Betrieb ging. Die Aufgaben des Registers werden durch das ÖBIG und die dem ÖBIG angeschlossene Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wahrgenommen. Im Jahr 2004 wurde der erste Hämovigilanz-Jahresbericht veröffentlicht, der einen Überblick über die Tätigkeiten und Erfahrungen im ersten Jahr des Registerbetriebes bietet.

Im Berichtszeitraum wurden außerdem aufbauend auf die Initiativen der Vorjahre Maßnahmen zur Reduktion der Transfusionsraten gesetzt, insbesondere konnte im Jahr 2002 der 1. Kongress für blutsparende Medizin in Wien organisiert werden. Weiters wurden regelmäßig Schulungen zur Weiterbildung der Blutdepotbeauftragten abgehalten oder unterstützt sowie die Richtlinie zu den Mindeststandards für Blutdepots inkl. einer Checkliste zur Selbstüberprüfung veröffentlicht (GZ 22.315/2-VI/B/21/02 vom 27. Mai 2002).

Zur weiteren Erhöhung der Produktsicherheit wurden im Berichtszeitraum Inspektionen insbesondere bei Plasmaphereseeinrichtungen durchgeführt sowie die Hygienerichtlinie für Plasmapheresestationen erlassen (GZ 22.313/6-III/A/4/03 vom 21. November 2003). Im Berichtszeitraum haben zwei Plasmaphereseeinrichtungen aufgrund von Absatzproblemen des Plasmas geschlossen, sodass die Versorgungssicherheit in Österreich nicht beeinträchtigt wurde.

Der Erfolg sämtlicher in Österreich durchgeführter Maßnahmen zeigt sich in einem generell sorgsameren und bewussten Umgang mit Blut und Blutprodukten. Dies spiegelt sich einerseits in einer Reduktion bzw. Stabilisierung der Anzahl an transfundierten und verworfenen Blutprodukten (letztere sind solche, die an KA ausgeliefert, aber nicht verwendet wurden) und andererseits in den positiven Rückmeldungen zum Hämovigilanz-System wider.

7.11.3 Ausblick

Trotz der Erfolge der letzten Jahre sind auch in Zukunft Bemühungen zur weiteren Erhöhung der Sicherheit im Bereich Blut und Blutprodukte und zur Verringerung der Transfusions- und Verwurfraten zu setzen. Diesbezüglich wurde im Jahr 2005 der 2. Kongress für blutsparende Medizin in Wien organisiert, an dem 230 Personen aus zehn Staaten teilgenommen haben. Im Bereich der Hämovigilanz wurden im Jahr 2005 jene rechtlichen Anpassungen vorgenommen, die zur Umsetzung der entsprechenden EU-Richtlinien erforderlich waren.

7.12 Arzneimittel

7.12.1 Ausgangslage

Eine Aufgabe des Gesundheitsressorts ist die Sicherstellung der Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen, unbedenklichen und therapeutisch wirksamen Arzneimitteln, die obendrein kostengünstig verfügbar sein sollen. Das österreichische Arzneimittelsystem wurde im Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003 ausführlich dargestellt. Änderungen dieses Systems im Berichtszeitraum – wie die Neugestaltung des Erstattungs- und Berufungssystems, die durch die Verurteilung Österreichs durch den Europäischen Gerichtshof erforderlich geworden war – werden in diesem Kapitel angeführt.

Zentrale Gesetze, die für die Aufgabenerfüllung des Gesundheitsressorts und die Umsetzung der entsprechenden EU-Richtlinien relevant sind, sind das Arzneimittelgesetz, das Arzneiwareneinfuhrgesetz, das Arzneibuchgesetz, das Apothekengesetz, das Rezeptpflichtgesetz und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Die europarechtlichen Vorgaben zur Harmonisierung der unterschiedlichen Standards in den EU-Mitgliedstaaten werden laufend in österreichisches Recht implementiert.

7.12.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Im Herbst 2003 wurde das sogenannte Arzneimittelpaket beschlossen, um die prognostizierten Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich von rund 8 Prozent pro Jahr auf 3 bis 4 Prozent zu verringern (BMGF 2005a). Dazu gehörende Maßnahmen umfassen:

- die Einführung eines neuen Erstattungskodex (EKO), der das vormalige Heilmittelverzeichnis (HMV) ersetzt,
- eine Senkung der Handelsspannen,
- einen Sondernachlass für begünstigte Bezieher wie Sozialversicherungsträger, Länder und Krankenanstaltsträger sowie
- einen Finanzierungs-Sicherungs-Beitrag der vertriebsberechtigten Unternehmen zugunsten der Sozialversicherung für die Jahre 2004 bis 2006.

Die 61. ASVG-Novelle definiert die Basis für die Erstattung von Arzneimitteln über den erwähnten neu zu erstellenden Erstattungskodex der Sozialversicherung. Mitte 2004 wurde entsprechend §351g ASVG die Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex (VO-EKO) publiziert. Ziele dieser Verfahrensordnung sind unter anderem eine transparente und nachvollziehbare Aufnahme von Arzneimitteln in den Erstattungskodex, die Versorgung mit qualitativ hochwertigen Arzneimitteln sowie die Förderung des Wettbewerbs der vertriebsberechtigten Unternehmen. Die VO-EKO legt auch die entsprechenden Fristen im Rahmen des Verfahrens fest. In der VO-EKO wird weiters die Gründung einer Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK) als beratendes Gremium für die Herausgabe des EKO, die Vorgangsweise bei der Aufnahme von Arzneyspezialitäten in den EKO getrennt nach einem Roten, Gelben und Grünen Bereich (s. u.) sowie die Vorgangsweise bei Änderungen der Verschreibbarkeit und bei Preiserhöhungen geregelt. Die HEK prüft

die Aufnahme einer Arzneispezialität in den EKO mithilfe einer pharmakologischen, medizinisch-therapeutischen und gesundheitsökonomischen Evaluation.

In den Roten Bereich des EKO werden alle neuen Arzneimittel bzw. alle Arzneimittel, für die um Aufnahme in den EKO angesucht wurde, für maximal 24 Monate (ab dem Zeitpunkt der Ermittlung eines EU-Durchschnittspreises, s. u.) aufgenommen. Der Rote Bereich fungiert dabei als Eintrittsbereich in die Erstattung.

Arzneimittel (AZM) mit einem fundamentalen therapeutischen Vorteil bzw. als innovativ eingestufte Arzneimittel kommen anschließend in den Gelben oder Hellgelben Bereich des EKO. Alle AZM der vormaligen Sonderliste des Heilmittelverzeichnisses befinden sich nun im Gelben Bereich.

Standard-Arzneimittel (alle, die früher im HVM enthalten und frei verschreibbar waren) und magistrale Zubereitungen befinden sich im Grünen Bereich. Schließlich gibt es noch entsprechend § 351c Zi 2 ASVG eine Liste jener Arzneimittelkategorien, die im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung im ambulanten Bereich geeignet sind. Des Weiteren sind Arzneimittel im EKO in Zukunft auch nach dem ATC-Code der Weltgesundheitsorganisation kategorisiert.

Mit der Einführung des neuen Erstattungskodex durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde auch die Chefarztpflicht neu geregelt (BMGF 2005a). Die Arzneispezialitäten, die früher chefarztpflichtig waren (sogenannte Schwarzpunktpräparate), wurden überprüft und in den Gelben oder Grünen Bereich des EKO überführt bzw. in die Liste lt. § 351c Zi 2 ASVG aufgenommen.

Arzneimittel aus dem Roten und Gelben Bereich benötigen eine chefärztliche Bewilligung, die jedoch vom verschreibenden Arzt und nicht mehr von den Patienten eingeholt werden muss. Arzneimittel im Hellgelben Bereich können für bestimmte Indikationen frei verordnet werden, die Verordnung muss jedoch schriftlich dokumentiert werden. Eine chefärztliche Kontrolle im Nachhinein ist möglich. Durch diese Neuregelung wurde der Aufwand für die Patientinnen und Patienten deutlich reduziert.

Aufgrund der 61. ASVG-Novelle wird von der am BMGF angesiedelten Preiskommission für alle Arzneispezialitäten, deren Aufnahme in den Erstattungskodex der Sozialversicherung beantragt wird, ein europäischer Durchschnittspreis ermittelt. Dies gilt auch für jene Arzneispezialitäten, die gemäß § 609 Abs. 14 ASVG in den Roten Bereich des Erstattungskodex übergeleitet wurden. Die Vorgangsweise der Preiskommission ist in einer eigenen Verordnung geregelt und auf der Website des Gesundheitsressorts veröffentlicht. Die Berechnung eines europäischen Durchschnittspreises für Generika geschieht jedoch nur in Ausnahmefällen, da deren Maximalpreis(e) bereits in § 351c Abs 10 ASVG geregelt sind.

Die Berechnung erfolgt als arithmetisches Mittel der Fabriksabgabepreise (FAP) identer Arzneispezialitäten auf Basis einer Meldung des vertriebsberechtigten Unternehmens. Als Basis dienen alle 24 EU-Mitgliedsländer, als Voraussetzung für die Berechnung eines EU-Durchschnittspreises gilt, dass ein FAP in mindestens der Hälfte bzw. im Fall von Generika in mindestens zwei der EU-Mitgliedstaaten vorliegt. Ist dies nicht der Fall, wird eine Evaluation des Preises alle sechs Monate durchgeführt. Spätestens nach zwei Evaluationen wird ein EU-Durchschnittspreis mit den vorhandenen Informationen errechnet. Stellt sich heraus, dass der EU-Durchschnittspreis unter dem von dem vertriebsberechtigten

Unternehmen gemeldeten FAP liegt, so muss das Unternehmen die Differenz am Ende des Jahres dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger rückerstaten. Für einige EU-Mitgliedstaaten wird zur Berechnung des FAP eine durchschnittliche Großhandelsspanne herangezogen, die ebenfalls in der Verordnung festgehalten wurde. Firmen haben jedoch die Möglichkeit, die unternehmensindividuellen Spannen mitzuteilen und zu belegen, sofern diese von den veröffentlichten durchschnittlichen Großhandelspreisen abweichen. Das ÖBIG unterstützt die Preiskommission bei dieser Aufgabe, indem die gemeldeten Preise stichprobenartig überprüft und Informationen zu den Arzneimittelsystemen zur Verfügung gestellt werden.

Der FAP eines Arzneimittels, das in den Roten Bereich des EKO aufgenommen wird, wird auf der Ebene des EU-Durchschnittspreises festgelegt. Dieser EU-Durchschnittspreis ist auch das maximale Limit für Arzneimittel im Gelben Bereich des EKO. Die FAP von Arzneimitteln im Grünen Bereich des EKO müssen immer unter dem EU-Durchschnittspreis liegen. Für Generika enthält die VO-EKO folgende Regelung: Ein ökonomischer Vorteil des ersten Generikums ist gegeben, wenn der FAP mindestens 48 Prozent (2006) unter dem Preis des Originalproduktes liegt. Das zweite und jedes weitere Generikum muss einen signifikant niedrigeren Preis haben als das zuvor aufgenommene Generikum. Der Preis des Originalproduktes muss innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme des ersten Generikums um mindestens 30 Prozent gesenkt werden. Das bedeutet, dass letztendlich der Preis des ersten Generikums um 25,7 Prozent (2006) niedriger ist als der Preis des Originalproduktes.

Die Verordnung über die Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel 2004 legt unterschiedliche (niedrigere) Aufschläge für Arzneyspezialitäten aus dem Gelben oder Grünen Bereich des EKO und alle anderen Arzneyspezialitäten fest. Damit einhergehend wurden die Aufschläge um zwei Prozent gesenkt.

In der Österreichischen Arzneitaxe wurde im Jahr 2004 eine Differenzierung der Aufschläge für Apotheken für Arzneyspezialitäten für begünstigte Bezieher wie beispielsweise die Sozialversicherung und gemeinnützige Krankenanstaltenträger einerseits und für Privatverkäufe andererseits festgelegt. Dabei werden die Handelsspannen der Apotheken auf durchschnittlich 20,7 Prozent gesenkt (BMGF 2005a).

Zusätzlich wurde ein Sondernachlass von 2,5 Prozent (öffentliche Apotheken) bzw. von 3,6 Prozent (hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte) für begünstigte Bezieher eingeführt. Dieser Sondernachlass gilt für Apotheken, deren Jahresumsatz mit allen begünstigten Beziehern über dem Median der Umsätze aller öffentlichen Apotheken mit begünstigten Beziehern liegt. Bei hausapothekenführenden Ärztinnen und Ärzten ist dieser Rabatt bei einem Jahresumsatz mit allen begünstigten Beziehern von über 65.400 Euro anzuwenden. Von diesem Sondernachlass sind Arzneyspezialitäten mit einem Apothekeneinstandspreis von über 200 Euro ausgenommen.

Der Finanzierungs-Sicherungs-Beitrag betrug für das Jahr 2004 eine Pauschale von 23 Millionen Euro plus Umsatzsteuer (USt), und für die Jahre 2005 und 2006 wurden 2 Prozent plus USt für Umsätze über einem Schwellenwert von 2 Millionen Euro pro vertriebsberechtigtem Unternehmen vereinbart (ÖBIG 2006).

Mit der Arzneimittelgesetz-Novelle 2004 wurde die EU-Richtlinie 2001/20/EG zur Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln umgesetzt (vgl. BMGF 2004a). Die geänderten EU-Richtlinien

2001/82/EG und 2001/83 EG wurden im Rahmen der Arzneimittelgesetz-Novelle 2005 (BGBl I 2005/153) implementiert. Dabei handelt es sich vor allem um Vorschriften zu den verschiedenen Zulassungsverfahren für Arzneyspezialitäten inklusive Kennzeichnung und Produktinformation, Vorschriften zur Einrichtung eines Arzneimittel- und eines Abgrenzungsbeirats sowie um Vorschriften zur Sicherstellung der Versorgung, Pharmakovigilanz und Werbebeschränkungen.

Aufgrund des § 62 Abs 1 Zi 1 BGBl I Nr. 2004/35, der die Notwendigkeit von Betriebsordnungen für jene Betriebe festlegt, die Arzneimittel herstellen, kontrollieren oder in den Verkehr bringen, wurden im Jahr 2005 eine Apothekenbetriebsordnung und eine Arzneimittelbetriebsordnung erlassen. Die Apothekenbetriebsordnung regelt sämtliche Aufgaben von Apotheken, getrennt nach öffentlichen Apotheken, Filialapotheken, Krankenhausapotheken, Apotheken von akademischen Ausbildungsstätten und ärztlichen Hausapotheken, sowie die Genehmigung der Betriebsanlage. Sie regelt auch die Abrechnung mit begünstigten Beziehern. Die Arzneimittelbetriebsordnung enthält Vorschriften zur Zulassung, Herstellung, Lagerung, Lieferung und Verkehrsfähigkeit von Arzneimitteln, aber auch zur Tierhaltung, Qualitätskontrolle und Dokumentation. Sie gilt für Betriebe, die Arzneimittel herstellen, kontrollieren oder in den Verkehr bringen, mit Ausnahme von Apotheken, nuklearmedizinischen Institutionen und Sanitätseinrichtungen des Bundes, die Arzneimittel individuell für den Medikamentenempfänger zubereiten.

Unter österreichischem Ratsvorsitz 2006 konnte eine Einigung hinsichtlich der EU-Verordnung über Kinderarzneimittel erzielt werden. Durch diese Verordnung werden Regeln für die Entwicklung von Humanarzneimitteln festgelegt, durch die der spezifische therapeutische Bedarf in der pädiatrischen Bevölkerungsgruppe ohne unnötige klinische Prüfungen an Kindern und in Übereinstimmung mit der Richtlinie zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln gedeckt werden soll. Diese Verordnung stellt einen weiteren entscheidenden Schritt zur Sicherung und Weiterentwicklung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus in der Union dar.

Zur Erlangung von Entscheidungshilfen gab das Ressort im Berichtszeitraum eine Reihe von Untersuchungen zum Arzneimittelwesen in Auftrag, wie folgender Auszug zeigt:

- Selbstbeteiligung. Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich (ÖBIG 2002)
- Kostenfaktoren in der tierärztlichen Hausapotheke (ÖBIG 2002)
- Arzneimittel. Distribution in Skandinavien (ÖBIG 2002)
- Screening aus ökonomischer Perspektive – Dickdarmkarzinom (ÖBIG 2003)
- Pharmakovigilanz (ÖBIG 2004)
- Pharma-Preisinformation (PPI). Gesundheits- und Arzneimittelsysteme in den zehn neuen EU-Mitgliedstaaten (ÖBIG 2005). Auf Basis der Ergebnisse dieser Studie wurden die zehn neuen EU-Mitgliedstaaten in die PPI, den ÖBIG-Service für Arzneimittelpreise in der Europäischen Union, integriert.

7.12.3 Ausblick

Im Jahr 2005 wurde das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG), das mit 2. Jänner 2006 die Aufgaben im Bereich der Zulassung, Klassifizierung und Kontrolle von

Arzneimitteln und Medizinprodukten übernommen hat, geschaffen. Dazu gehört auch die Überprüfung der Werbeaktivitäten für Arzneimittel, die durch das Arzneimittelgesetz geregelt sind. Unterstützt wird das BASG von der AGES PharmMed, einer ebenfalls neu eingerichteten Tochtergesellschaft der seit 1. Juni 2002 bestehenden Agentur für Ernährungssicherheit (AGES). Die Basis dafür stellt das Bundesgesetz, mit dem das GESG, AMG, MPG, Arzneiwareneinfuhrgesetz und das Blutsicherheitsgesetz geändert werden (BGBl I 2005/107 bzw. BGBl I 2005/153), dar. Eine Geschäftsordnung wurde bei der ersten Sitzung des Bundesamtes am 23. 12. 2005 beschlossen.

Im Jahr 2005 wurde nach ausführlichen Diskussionen das Gewähren, Anbieten und Versprechen von Naturalrabatten an zur Verschreibung oder Abgabe berechnigte Personen untersagt (BGBl I 2005/153 § 55b). Dies betrifft Arzneimittel, die im Erstattungskodex enthalten sind. Diese Regelung soll eine mögliche Einflussnahme auf das Verschreibungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten durch Naturalrabatte verhindern. Preisnachlässe für hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte sind jedoch weiterhin möglich.

7.13 Medizinprodukte

7.13.1 Ausgangslage

Unter der Vielzahl von in Österreich am Markt befindlichen – nach Schätzungen fast 500.000 unterschiedlichen – Medizinprodukten haben sich in den vergangenen Jahren speziell bei Medizinprodukten, die stabile Derivate aus menschlichem Blut oder Blutplasma enthalten, bei Produkten, die Gewebe tierischen Ursprungs enthalten, sowie bei der Klassifizierung von Brustimplantaten auf europäischer Ebene regulatorische Änderungen ergeben.

Die europäischen Richtlinien für Medizinprodukte und das österreichische Medizinproduktegesetz sehen ein Beobachtungs- und Meldeverfahren zur Verbesserung der Marktüberwachung und des Verbraucherschutzes vor, welches den zuständigen Behörden vor allem in Dringlichkeitsfällen ermöglichen soll, sich mit den Medizinprodukte- und In-vitro-Diagnostika-(IVD-)Herstellern oder ihren in der Gemeinschaft niedergelassenen Bevollmächtigten umgehend in Verbindung zu setzen. Da zu diesem Zweck die für Medizinprodukte bzw. IVD relevanten Daten in den Mitgliedstaaten laufend erhoben werden müssen, ergab sich daraus auf nationaler Ebene für Österreich die Notwendigkeit, ein Register für Medizinprodukte einzurichten und darin die in diesem Staat ansässigen Personen und Firmen, welche für das erstmalige Inverkehrbringen von Medizinprodukten oder IVD im europäischen Wirtschaftsraum verantwortlich sind, datenmäßig zu erfassen.

7.13.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Eine wichtige Änderung fand im Jahr 2002 mit der Überführung des Österreichischen Medizinprodukteregisters (MPR) in ein internetbasiertes elektronisches Register, das vom ÖBIG entwickelt wurde und administriert wird, statt. Österreich war damit eines der ersten EU-Länder, die das nationale Meldesystem mit der zentralen europäischen Datenbank EUDAMED kompatibel machte. Besonderes Augenmerk wurde bei der Einrichtung des MPR auf die Einhaltung aller Datenschutzbestimmungen gelegt, sodass nur mit Kennwort

autorisierte Benutzerinnen und Benutzer zur Registrierung, Bearbeitung, Einsicht und zum Ausdruck ihrer eigenen Registrierungsdaten berechtigt sind.

Das MPR basiert für Medizinprodukte auf den Klassifizierungssystemen UMDNS (Universal Medical Device Nomenclature System) und für IVD auf dem EDMS-System (European Diagnostic Market Statistics). Eine Umstellung auf das inzwischen entwickelte, international besser vergleichbare GMDN-Klassifizierungssystem (Global Medical Devices Nomenclature), das Medizinprodukte und IVD in eine Nomenklatur integriert, ist nach Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen geplant.

Seit der Freischaltung der Website (<http://medizinprodukte.oebig.at>) am 2. Jänner 2002 haben 985 Unternehmen 2.785 Medizinprodukte und 894 IVD (Stand: November 2005) neu gemeldet. Den laut § 67 Medizinproduktegesetz registrierungspflichtigen Benutzerinnen und Benutzern steht neben einem umfassenden Serviceangebot auf der Website auch eine telefonisch und per E-Mail erreichbare kostenlose Hotline (Mo-Do: 9-17 Uhr, Fr: 9-12 Uhr) mit Hilfe und Informationen zur Seite.

Im Jahr 2003 traten zwei neue Verordnungen zum Medizinproduktegesetz sowie eine Novelle des MPG in Kraft:

- Magnetfeldtherapiegeräteverordnung in BGBl II 2003/343, die die Abgabe von Magnetfeldtherapiegeräten zur Eigenanwendung verschreibungspflichtig machte;
- Novelle des Medizinproduktegesetz (BGBl I 2003/119) vom 16. Dezember 2003 zur Erweiterung des Medizinproduktebegriffes auf Medizinprodukte mit Derivaten aus menschlichem Blut;
- Verordnung betreffend Anforderungen an Medizinprodukte der Richtlinie 93/42/EWG, die unter Verwendung von Gewebe tierischen Ursprungs hergestellt werden (BGBl II 2003/579).

Im Jahr 2004 wurde die Verordnung Klassifizierung von Medizinprodukten (BGBl II 2004/56) novelliert, die Verordnung Konformitätsbewertung von Medizinprodukten (BGBl II 2004/57) erlassen und die Verordnung Grundlegende Anforderungen an Medizinprodukte (BGBl II 2004/90) novelliert.

Weitere Aktivitäten des Ressorts betrafen u. a. die Vertretung Österreichs in nationalen und internationalen Medizinproduktegremien, die Abwicklung von Vigilanzmeldungen, die Registrierung von klinischen Prüfungen, die Marktüberwachung und die Entwicklung einer Verordnung für die Betreiber von Medizinprodukten.

Im Jahr 2003 wurde im Einvernehmen mit dem Gesundheitsressort per Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit (BGBl II 2003/129) der Handel mit Medizinprodukten von einem freien zu einem reglementierten Gewerbe, das nur noch bei Vorliegen eines entsprechenden Befähigungsnachweises ausgeübt werden darf. Davon ausgenommen sind nur in die in der Freien Medizinprodukteverordnung (BGBl II 2004/355) taxativ angeführten Medizinprodukte wie Fieberthermometer, Heftpflaster und Verbände ohne Arzneimittelkomponente, Kondome usw.

7.13.3 Ausblick

Im Jahr 2005 wurden mit einer Novelle des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes (GESG, BGBl I 2005/107) die rechtlichen Voraussetzungen für eine Ausgliederung von Aufgaben des BMGF im Bereich der operativen Agenden des Medizinproduktebereichs an eine neu zu schaffende Institution, die PharmMed, fixiert. Die PharmMed ist an der seit 1. Juni 2002 bestehenden Agentur für Gesundheits- und Ernährungssicherheit (AGES) eingerichtet und dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG), das mit 2. Jänner 2006 die Arbeit aufgenommen hat, zugeordnet.

Im Rahmen der EU-Präsidentschaft im ersten Halbjahr 2006 war die Ausrichtung einer Konferenz aller europäischen Medizinproduktebehörden (»Competent Authorities«) in Wien, die sich insbesondere mit länderübergreifenden Themenstellungen beschäftigen wird, geplant.

7.14 Öffentlicher Gesundheitsdienst

7.14.1 Ausgangslage

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens jener Teil, der die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben und Interessen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens – inklusive der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeit – innehat. Der Zuständigkeitsbereich umfasst alle Maßnahmen, die der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung im Gesamten oder spezieller Bevölkerungsgruppen dienen (im Gegensatz zu Ärztinnen und Ärzten im individualmedizinischen Bereich).

Aufgrund der Bundesverfassung obliegt dem BMGF die Grundsatzgesetzgebung, die Ausführung dagegen obliegt den Ländern. Dementsprechend sind auch die meisten Amtsärztinnen und Amtsärzte bei den Bezirksverwaltungsbehörden, den städtischen Magistraten und den Landesbehörden beschäftigt.

Im Rahmen der Bundesverwaltung stehen dem ÖGD bundesstaatliche Untersuchungsanstalten zur Verfügung.

7.14.2 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.

Der Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsressorts beschränkt sich im Wesentlichen auf gesetzliche Initiativen, insbesondere im Bereich Impfungen und übertragbare Erkrankungen (siehe Abschnitt Prävention von Infektionskrankheiten, S. 103), die Bundesstaatli-

chen Untersuchungsanstalten sowie die Durchführung von jährlichen Fortbildungsveranstaltungen für Amtsärztinnen und Amtsärzte.

Bundesstaatliche Untersuchungsanstalten – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit

Entsprechend dem Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz (GESG BGBl I 2002/63) wurde im Jahr 2002 die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit gegründet. Die vormaligen sechs Bundesstaatlichen Untersuchungsanstalten im Humanbereich in Wien, Linz, Graz, Salzburg, Innsbruck und Klagenfurt wurden in die AGES ausgelagert. Zusätzlich wurden auch alle Bundeslaboratorien des Veterinär- und Lebensmittelbereiches in die AGES eingegliedert, um einen größtmöglichen Synergieeffekt zu erzielen.

Im GESG werden insbesondere die Kompetenzen, Aufgaben und die rechtlichen Rahmenbedingungen der AGES festgelegt. Im Wesentlichen ist es Aufgabe der AGES, die zuständigen Behörden bei der Überwachung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten zu unterstützen.

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 Landes-sanitätsdirektion, die Herbstveranstaltung vom Gesundheitsressort organisiert. Entsprechend dem umfangreichen Aufgabengebiet sind auch die Inhalte der Fortbildungsveranstaltungen sehr vielfältig. Durchschnittlich nehmen achtzig Amtsärztinnen und Amtsärzte an den jeweiligen Veranstaltungen teil. Für die Teilnahme werden Fortbildungsstunden für das DFP (Diplom-Fortbildungsprogramm) der Österreichischen Ärztekammer vergeben.

7.14.3 Ausblick

Weiterentwicklung des ÖGD

So wie auch der kurative Sektor des Gesundheitswesens eine ständige Modernisierung in seinen Möglichkeiten erfährt und eine strukturelle Anpassung erfordert, benötigt auch der ÖGD eine inhaltliche und strukturelle Neuorientierung. Nach Fertigstellung der Studie »Neu-Positionierung des ÖGD« möchte das Ressort gemeinsam mit den Landessanitätsdirektionen an der Zukunft des ÖGD arbeiten, dessen Verdienste für die Gesundheit der gesamten österreichischen Bevölkerung unbestritten sind. Es wird jedoch notwendig sein, seine ursprüngliche Funktion als »Sanitätspolizey« (der Begriff stammt aus dem Reichsanitätsgesetz von 1870) den heutigen Erfordernissen und Ansprüchen anzupassen.

Leitbild für Reformen muss jedenfalls der Konsens sein, dass der öffentliche Gesundheitsdienst unersetzbare Funktionen als »medizinischer Anwalt und Sachwalter der Bevölkerung« und als unabhängiger Gutachter für den Staat und die Gesellschaft hat und dass die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht hinter der Entwicklung des restlichen Gesundheitswesens zurückbleiben darf. Es war vorgesehen, im Jahr 2005 gemeinsam mit den Bundesländern einen Prozess zu starten, in dem der Aufgabenkatalog des ÖGD den Erfordernissen des 21. Jahrhunderts angepasst sowie die dafür notwendigen Rahmenbedingungen definiert und geschaffen werden.

8 Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen

8.1 Ärzteschaft

8.1.1 Ausgangslage

Seit einer Verwaltungsreform im Jahr 2002 fällt die Anerkennung, Überprüfung und Aberkennung von Ausbildungsstätten für die postpromotionelle Ausbildung nach dem Medizinstudium in die Zuständigkeit der Österreichischen Ärztekammer, die auch das Verzeichnis von in Österreich zur Ausbildung in Allgemeinmedizin sowie zur Ausbildung in einem Sonderfach (und Zusatzfach) berechtigten Ausbildungsstätten führt. Im Jahr 2002 erfolgte auch die Einrichtung neuer Studienpläne für Human- und Zahnmedizin gemäß UniStG 1997, die über einen Zeitraum von mehreren Jahren vorbereitet worden war.

8.1.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Mit 1. Jänner 2004 erfolgte die im UniStG 2002 geregelte Herausnahme der medizinischen Fakultäten aus dem Bereich der Universitäten Wien, Graz und Innsbruck und die Schaffung eigener medizinischer Universitäten an diesen Standorten. Eine wichtige aktuelle Entwicklung hinsichtlich der universitären Ausbildung fällt bereits außerhalb des Berichtszeitraums: Infolge des EuGH-Urteils vom 7. Juli 2005 (vgl. Punkt 7.1.5) wurde am 8. Juli 2005 vom Nationalrat eine Novelle des Universitätsgesetzes 2002 beschlossen, die es bei allen vom deutschen Numerus clausus betroffenen Fächern dem Rektorat ermöglicht, den Zugang durch ein Aufnahmeverfahren vor der Zulassung oder durch die Auswahl der Studierenden bis längstens zwei Semester nach der Zulassung zu beschränken (BGBl I 2005/77). 2006 folgte der Beschluss einer Quotenregelung, die u. a. vorsieht, dass 75 Prozent der Studienplätze für Inhaberinnen/Inhaber in Österreich ausgestellter Reifezeugnisse reserviert sind.

Hinsichtlich der postpromotionellen Ausbildung sind mit der 5. Ärztegesetznovelle (BGBl I 2003/140) einige Änderungen eingetreten, darunter die Ermöglichung der Teilzeit für Turnusärztinnen/-ärzte und die Festlegung eines von der Österreichischen Ärztekammer bis zum 31. 12. 2006 zu erstellenden Rotationskonzeptes für die fachärztliche Ausbildung; des Weiteren wurde es in die Kompetenz der Österreichischen Ärztekammer übertragen, die näheren Inhalte für die Ausbildung durch Verordnung festzulegen.

8.2 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zählen in Österreich zu den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und fallen als Materie des Gesundheitswesens in die Kompetenz des Bundes².

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind der **gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege**³ und die **Pflegehilfe**⁴. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) werden nach absolvierter dreijähriger Grundausbildung in einer der drei folgenden Sparten tätig:

- Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege,
- Kinder- und Jugendlichenpflege,
- Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.

Die **Pflegehilfe** umfasst die Betreuung pflegebedürftiger Menschen zur Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärztinnen und Ärzten. Die Pflegehelferin/der Pflegehelfer wird auf Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK und/oder der Ärztin/des Arztes tätig.

8.2.1 Ausgangslage

Seit 1. September 1998 sind Österreichs Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und Pflegehilfelehrgänge verpflichtet, Ausbildungen auf Basis des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) und der

- Verordnung über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – GuK-AV (BGBl II 1999/179) und der
- Verordnung über die Ausbildung in der Pflegehilfe (BGBl II 1999/116)

zu beginnen.

Sonderausbildungen sind gemäß den Bestimmungen der Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung und der Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung durchzuführen. Eine Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung liegt in Entwurfsform vor und wird in Kürze zu erlassen sein.

Im Zuge der vertieften Auseinandersetzung mit den Regelungen und Inhalten dieser Verordnung unter Bedachtnahme auf die Umsetzungserfahrungen mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997) sowie vehementen Forderungen aus Fachkreisen nach präziseren Regelungen von Detailfragen zeigte sich die Notwendigkeit einer Novellierung des GuKG.

² derzeit Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)

³ diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

⁴ Pflegehelferin/Pflegehelfer

8.2.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Das GuKG wurde daher im Berichtszeitraum novelliert, indem – neben kleineren Präzisierungen und Korrekturen – folgende erwähnenswerte Änderungen bzw. Ergänzungen vorgenommen wurden.

GuKG-Novelle 2003 (ausgegeben am 16. Februar 2004)

- Die Tätigkeitsbereiche⁵ des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wurden um die Durchführung »lebensrettender Sofortmaßnahmen« erweitert, solange und soweit kein Arzt zur Verfügung steht (§ 14a).
- Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (§ 15 Abs. 6) ist nun der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege befugt, mitverantwortliche Tätigkeiten, nach Maßgabe ärztlicher Anordnung, an definierte Berufe⁶ zu delegieren.
- Für die freiberufliche Tätigkeit des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist ein Berufssitz in Österreich zwingend vorgesehen (§ 37). Für die vorübergehende Erbringung von Dienstleistungen im gehobenen Dienst wurde von dieser Bestimmung jedoch abgesehen, ein Berufssitz in Österreich ist dafür nicht erforderlich (Abs. 5).
- Im § 60 wurden die Anrechnungsmöglichkeiten von Prüfungen und Praktika für den gehobenen Dienst auf alle Gesundheitsberufe ausgedehnt, sofern Inhalt und Umfang diesem gleichwertig sind. Dies gilt auch für die Pflegehilfeausbildung (§ 102 Absatz 1).
- Auf Ebene von Universität und Fachhochschule angesiedelte Studien- und Lehrgänge, die auf Basis von Bestimmungen des Hochschulbereiches geregelt wurden/werden, können vom Gesetzgeber durch diese Novelle den Sonderausbildungen für Lehr- und/oder Führungsaufgaben gleichgehalten werden (§ 65a). Zur Beurteilung der Gleichwertigkeit kann ein Gutachten des Akkreditierungsbeirates eingeholt werden (§ 65c). Es wird aber auch die Möglichkeit geschaffen, auf individueller Ebene gleichzuhalten (§ 65b). Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die ein Universitäts- oder Fachhochschulstudium abgeschlossen haben, sind berechtigt, dessen Gleichhaltung mit der Sonderausbildung für Lehr- oder Führungsaufgaben zu beantragen. Die Gleichwertigkeit hat wiederum der Akkreditierungsbeirat in einem Gutachten zu bescheinigen (§ 65c).
- Die Pflegehilfe ist in Zukunft befugt, neben subkutanen Insulininjektionen auch gerinnungshemmende Arzneimittel subkutan zu injizieren und Blutabnahmen aus der Kapillare vorzunehmen (§ 84 Absatz 4 Z 3).
- Die GuKG-Novelle 2003 sieht erstmals auch definierte Weiterbildungsmöglichkeiten für die Pflegehilfe vor (§ 104a und § 104b).

Zur Bearbeitung der Gleichhaltungsanträge – nach GuKG §§ 65a und 65b – wurde von der Bundesministerin der erste Akkreditierungsbeirat (§ 65c) für einen Zeitraum vom 1. November 2004 bis 31. Oktober 2009 bestellt. Die Koordination des Akkreditierungsbeirates obliegt der Stabstelle für Rechtsangelegenheiten in Zusammenarbeit mit der Fachabteilung für nichtärztliche Gesundheitsberufe des BMGF.

⁵ eigen- und mitverantwortlicher sowie interdisziplinärer Tätigkeitsbereich plus spezielle und erweiterte Tätigkeitsbereiche

⁶ Pflegehilfen sowie Teilnehmer eines Pflegehilfelehrganges, Schüler einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungssanitäter im Rahmen der Ausbildung zum Notfallsanitäter und an Notfall-sanitäter mit allgemeiner Notfallkompetenz

Entwicklung von Curricula für die Grundausbildungen in den GuK-Berufen

Parallel zu den Aktivitäten in Bezug auf GuKG und die Sonderausbildungsverordnungen wurden vom ÖBIG im Auftrag des BMGF Curricula für die Grundausbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie die für die Ausbildung in der Pflegehilfe erarbeitet bzw. revidiert.

Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege

Das GuKG veranlasste das Gesundheitsressort bereits im Februar 1998, das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) mit der Entwicklung eines Curriculums für die Ausbildung in allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege zu beauftragen.

Zielsetzung dieses Projektes war ein halboffenes, fachorientiertes, jedoch fächerübergreifendes Curriculum. Die Curriculumentwicklung erfolgte in fünf Phasen, für die insgesamt fünf Jahre anberaumt waren und welche jeweils mit Zwischenberichten abgeschlossen wurden.

Das nun vorliegende Curriculum wurde im Rahmen der Abschlussveranstaltung Ende November 2003 den Zielgruppen vorgestellt und kann seither über die Bibliothek des ÖBIG bezogen werden.

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Das 1996 in seiner Erstfassung am ÖBIG erstellte Curriculum für die Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege musste infolge des neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) aus dem Jahr 1997 und der Ausbildungsverordnung für die Grund- und verkürzte Ausbildung aus dem Jahr 1999 überarbeitet werden. Die erforderlichen Revisionsarbeiten erfolgten in drei Phasen in Zusammenarbeit mit den Schulen für die Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Das Arbeitsergebnis wurde dem Auftraggeber im Dezember 2003 übermittelt und das fertige Curriculum im August 2004 publiziert.

Abweichend von allen bisher am ÖBIG entwickelten Curricula, entschieden sich die Experten der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege für ein fächerintegriertes Curriculum. Unterrichtet wird nicht wie bisher gewohnt nach den Unterrichtsfächern laut Ausbildungsverordnung, sondern anhand berufsspezifischer Themenstellungen, die wiederum in Themenbereiche unterteilt sind. Zum leichteren Vergleich mit anderen Ausbildungen, z. B. im Rahmen von Nostrifizierungen, sind bei jeder Themenstellung die Unterrichtsfächer laut Ausbildungsverordnung sowie die dafür vorgesehenen Unterrichtseinheiten angeführt.

Kinder- und Jugendlichenpflege

Das ÖBIG wurde November 2003 vom Gesundheitsressort beauftragt, für die spezielle Grundausbildung sowie für die Sonderausbildung in Kinder- und Jugendlichenpflege ebenfalls Curricula auf Basis der neuen Rechtsgrundlagen (GuKG und GuK-AV 1999) zu entwickeln.

Die Curricula werden anhand der Kriterien Fach- und Praxisintegration, Offenheit, Berücksichtigung von Schlüsselqualifikationen bzw. -kompetenzen sowie anhand didaktischer Prinzipien (vom Gesunden zum Kranken, vom Einfachen zum Komplexen, vom Ich über

das Du zum Wir, vom Bekannten zum Unbekannten und Struktur vor Detail) und eines entwicklungslogischen Ansatzes mit stufenweisem Kompetenzerwerb aufgearbeitet.

Den ersten Zwischenbericht legte das ÖBIG Dezember 2004. Der zweite Zwischenbericht wurde im Sommer 2006 übermittelt, der Endbericht bzw. die Curricula für die spezielle Grundausbildung sowie für die Sonderausbildung in Kinder- und Jugendlichenpflege sind Mitte 2008 geplant.

Pflegehilfe

Das 1991 fertiggestellte Curriculum für die Pflegehelferin bzw. den Pflegehelfer (neu »Pflegehilfe«) wurde ebenfalls in Orientierung an den neuen Rechtsgrundlagen (GuKG und Pflegehelfer-Ausbildungsverordnung 1999) überarbeitet und weiterentwickelt. Das Curriculum steht seit August 2004 allen Ausbildungsstätten zur Verfügung und ist ebenfalls über die Bibliothek des ÖBIG erhältlich.

8.2.3 Ausblick

Aufgrund der EU-Erweiterung und der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG zwischen Bund und Ländern über Sozialbetreuungsberufe (BGBl I 2005/55) musste im Berichtszeitraum eine weitere Novellierung GuKG mit u. a. folgenden Änderungen vorbereitet werden.

GuKG-Novelle 2005 (ausgegeben am 5. Juli 2005)

- Durch das in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG zwischen Bund und Ländern über Sozialbetreuungsberufe (BGBl I 2005/55) enthaltene und im GuKG sowie in der in Entwurfsform vorliegenden GuK-BAV geregelte Modul »Basisversorgung« werden Heimhilfen, Fachsozial- und Diplom-Sozialbetreuer/innen mit dem Schwerpunkt Behindertenbegleitung berechtigt, unterstützende Tätigkeiten im Rahmen der pflegerischen Basisversorgung durchzuführen.
- Der § 29 GuKG setzt in der Fassung der GuKG-Novelle 2005 die mit 1. Mai 2004 in Kraft getretene EU-Erweiterung um und regelt nun auch die Anerkennung von Diplomen der Allgemeinen Krankenpflege für Staatsangehörige der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, der ehemaligen Tschechoslowakei, der ehemaligen Sowjetunion und Jugoslawien/Slowenien sowie Polen.
- In den §§ 35 Abs. 2 und 90 Abs. 2 wurde dem Bedarf nach Liberalisierung der Berufsausübungsregelungen entsprochen. Pflegeleistungsanbietenden Organisationen/Institutionen wird zugestanden, den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes (AÜG, BGBl 1988/196) zu beschäftigen bzw. einzusetzen, wobei jedoch Pflegequalität und Kontinuität sowie ein Verhältnis von höchstens 15 v. H. gewährleistet bleiben muss.
- Zur Flexibilisierung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege wurde neben den verkürzten Ausbildungen auch die Möglichkeit der Teilzeitausbildung geschaffen, sofern Qualität und Kontinuität gewährleistet bleiben (§ 41 Abs. 5). Damit sollen weitere Interessentenkreise für die Pflegeausbildung gewonnen werden, da sich dadurch Pflegeausbildung, Familie und Beruf sowie z. B. Pflegewissenschaftsstudium und Ausbildung zum gehobenen Dienst leichter vereinbaren lassen.

- In der Gleichhaltungsverordnung für Lehr- und Führungsaufgaben wurde die Möglichkeit geschaffen, die im Rahmen von Berufserfahrung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten zu berücksichtigen, sofern dadurch die erforderlichen Kompetenzen erworben wurden und diese der praktischen Ausbildung der entsprechenden Sonderausbildung gleichwertig sind (§ 65b Abs. 3).
- Der § 68a sieht nun auch eine von Experten und Expertinnen aus dem Bereich der Pädiatrie seit langem geforderte »Spezielle Sonderausbildung für Kinderintensivpflege« als Kann-Bestimmung vor, welche jedoch nur zur Ausübung der Intensivpflege von Früh- und Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen berechtigt.

Die auf dem GuKG (inkl. Novellen) aufbauenden Sonderausbildungsverordnungen für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege konnten ebenfalls für die Fertigstellung 2005 vorbereitet werden.

GuK-Spezialaufgaben-Verordnung – GuK-SV (ausgegeben am 27. 12. 2005)

Um in dem erweiterten Tätigkeitsbereich der Spezialaufgaben gemäß § 17 des GuKG tätig sein zu können, sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verpflichtet, eine Sonderausbildung⁷ zu absolvieren (§§ 66–68 und § 70 GuKG).

Zur Planung, Organisation und Durchführung von Sonderausbildungen für Spezialaufgaben im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege steht nun den Ausbildungsstätten Österreichs die Spezialaufgabenverordnung zur Verfügung⁸. Sie regelt die Sonderausbildungen in der

- Kinder- und Jugendlichenpflege,
- Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege,
- Intensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie (Basisausbildung),
- Intensivpflege, Kinderintensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie (spezielle Zusatzausbildung),
- Pflege im Operationsbereich und
- Krankenhaushygiene.

Über die erfolgreich abgelegte kommissionelle Abschlussprüfung wird von der Ausbildungseinrichtung ein Diplom ausgestellt.

GuK-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV

Lehr- oder Führungsaufgaben im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege dürfen erst ausgeübt werden, wenn zwei Jahre Vollzeit-Berufserfahrung (bei Teilzeitbeschäftigung entsprechend mehr) und ab Jänner 2007 eine positiv absolvierte Sonderausbildung gemäß § 71 oder § 72 nachgewiesen werden kann.

⁷ entweder innerhalb von fünf Jahren Tätigkeit in diesem Bereich (u. a. Intensivpflege) oder als Voraussetzung für die Aufnahme dieser Tätigkeit bei der jeweiligen Zielgruppe (Kinder- und Jugendlichenpflege oder Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege)

⁸ 452. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Sonderausbildungen für Spezialaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung – GuK-SV)

Die Lehr- und Führungsaufgabenverordnung⁹ stellt die Rechtsgrundlage für Planung, Organisation und Durchführung von Sonderausbildungen bzw. Universitätslehrgängen in diesem Bereich dar. Sie enthält darüber hinaus auch die Gleichhaltung von Universitäts- und Fachhochschulausbildungen und besteht aus

- dem Abschnitt, der sich neben allgemeinen Bestimmungen auf Ausbildungsziel, -verlauf, -inhalt und Qualifikation der Lehrkräfte bezieht;
- dem Abschnitt, der die Gleichhaltung von Universitäts- und Fachhochschulausbildungen regelt, und den
- Anlagen, die neben den Ausbildungskonzepten (Lernfelder, zu erreichende Kompetenzen, Stundenverteilung und Prüfungsmodus) auch die diesen Sonderausbildungen gleichgehaltenen Universitäts- und Fachhochschulausbildungen beinhalten.

Der Akkreditierungsbeirat hat im Februar 2005 seine Tätigkeit aufgenommen und bis Ende 2005 rund 30 Gleichhaltungsanträge bearbeitet.

Ausbildungsreform

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2004/2005 stand auch die Reform der Pflegeausbildungen zur Diskussion. Wieder wollten Vertreter der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe die Matura als Zugangsvoraussetzung für den gehobenen Dienst durchsetzen und mittel- bis langfristig die Grundausbildung auf Ebene der Fachhochschule – analog den gehobenen medizinisch-technischen Diensten und den Hebammen – ansiedeln.

Obwohl es vonseiten der Interessenvertretungen der Pflegeberufe abgestimmte Reformvorschläge und die Unterstützung des BMGF gab, wurden diese Vorschläge im Rahmen der Gesundheitsreform nicht realisiert. Es kam im Rahmen dieser Reform jedoch zum Bekenntnis zur Schaffung von Studiengängen für Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. Deshalb werden derzeit in Österreich Studiengänge für Pflegewissenschaft und Pflegeforschung an fünf Standorten¹⁰, u. a. mit den Schwerpunkten Lehre, Management und Forschung, eingerichtet.

8.3 Gehobene medizinisch-technische Dienste

8.3.1 Ausgangslage

Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste umfassen gemäß MTD-Gesetz BGBl 1992/460 folgende Berufsgruppen:

1. Physiotherapeutischer Dienst
2. Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst
3. Radiologisch-technischer Dienst
4. Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst

⁹ 453. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV)

¹⁰ Wien, Graz, Salzburg, Krems, Hall i. Tirol

5. Ergotherapeutischer Dienst
6. Logopädisch-phoniatisch-audiologischer Dienst
7. Orthoptischer Dienst.

Im Jahre 2003 waren in den Krankenhäusern mit bettenführenden Abteilungen

- 2.414 Physiotherapeutinnen und -therapeuten
- 3.055 Biomedizinische Analytiker/innen
- 1.989 Radiologietechnologinnen und -technologe
- 465 Diätologinnen und Diätologen
- 685 Ergotherapeutinnen und -therapeuten
- 325 Logopädinnen und Logopäden
- 110 Orthoptistinnen und Orthoptisten beschäftigt.

Die Beschäftigtenzahlen der einzelnen Berufe für die Jahre 1990 bis 2003 einschließlich der Geschlechterverteilung sind in Tabelle 8.1 dargestellt.

In diesem Zeitraum stieg die Anzahl der berufsausübenden Personen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in den Krankenhäusern mit bettenführenden Abteilungen um 62 Prozent (beim Ergotherapeutischen Dienst um 160 Prozent; beim Medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst um 34 Prozent).

Die Beschäftigten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind zu 88 Prozent weiblich. Der Anteil an weiblichen Beschäftigten ist beim Diätendienst und beim ernährungsmedizinischen Beratungsdienst mit 98 Prozent am höchsten. Den höchsten Männeranteil weist der Radiologisch-technische Dienst mit 20 Prozent auf.

Tabelle 8.1: Entwicklung der medizinisch-technischen Dienste in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsgruppen, Geschlecht und insgesamt, 1990–2003

Jahr	Physiotherapeutischer Dienst			Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst			Radiologisch-technischer Dienst			Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst			Ergotherapeutischer Dienst			Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst			Orthoptischer Dienst			insgesamt		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
1990	112	1.124	1.236	119	2.155	2.274	249	1.368	1.617	2	309	311	29	234	263	8	132	140	5	50	55	524	5.372	5.896
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	577	5.710	6.287
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	632	6.018	6.650
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	703	6.234	6.937
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	786	6.608	7.394
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	825	6.738	7.563
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	858	7.009	8.070
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	903	7.259	8.162
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	946	7.469	8.415
1999	311	1.836	2.147	151	2.733	2.884	460	1.808	2.268	7	412	419	47	474	521	16	266	282	16	99	115	1.008	7.628	8.636
2000	337	1.886	2.223	157	2.772	2.929	483	1.895	2.378	8	416	424	45	503	548	19	260	279	10	102	112	1.059	7.834	8.893
2001	337	1.932	2.269	164	2.795	2.959	497	1.919	2.416	11	428	439	51	549	600	18	279	297	6	98	104	1.084	8.000	9.318
2002	363	1.903	2.266	163	2.873	3.036	509	1.927	2.436	11	432	443	59	601	660	17	301	318	9	99	108	1.131	8.136	9.267
2003	401	2.013	2.414	154	2.901	3.055	501	1.989	2.490	10	455	465	64	621	685	21	294	315	6	104	110	1.157	8.377	9.534

insgesamt Medizinisch-technische Dienste insgesamt (gehobener MTD + MTF)

m männlich

w weiblich

zus. zusammen

Quellen: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1990–1994; Gesundheitsstatistische Jahrbücher 1995–2001

8.3.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Gesetzesänderungen

Im Berichtszeitraum wurden drei Änderungen des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste vorgenommen (siehe BGBl I 2002/65, BGBl I 2002/169, BGBl I 2004/7). Hervorzuheben ist dabei, dass mit Inkrafttreten des BGBl I 2004/7 im Februar 2004 die freiberufliche Berufsausübung aller gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) ermöglicht wurde. War seit Inkrafttreten des BGBl 1996/327 eine freiberufliche Berufsausübung Berufsangehörigen des physiotherapeutischen Dienstes, des Diätendienstes und ernährungsmedizinischen Beratungsdienstes, des ergotherapeutischen Dienstes sowie des logopädisch-phoniatriisch-audio-logischen Dienstes möglich, wurde die freiberufliche Berufsausübung 2004 auch für Angehörige des medizinisch-technischen Laboratoriumsdienstes, des radiologisch-technischen Dienstes und des orthoptischen Dienstes ermöglicht.

Aufgrund der Verordnungsermächtigungen in § 6 Abs. 5 sowie in den §§ 25 und 29 des MTD-Gesetzes (MTD-Gesetz BGBl 1992/460) erging am 8. Oktober 1993 die Verordnung betreffend die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (MTD-Ausbildungsverordnung – MTD-AV BGBl 1993/678).

Projekt Curricula MTD

Das Gesundheitsressort beauftragte das ÖBIG im März 1999, Curricula für die Ausbildung in den sieben gehobenen medizinisch-technischen Diensten zu entwickeln, um den Ausbildungsverantwortlichen an den Akademien in ganz Österreich detaillierte, österreichweit abgestimmte Qualitätsstandards zur Verfügung zu stellen (siehe dazu BMGF 2004a). Die Projektarbeit wurde in fünf einjährigen Projektphasen mit den einzelnen Sparten arbeitsteilig vorangetrieben und mit Dezember 2004 abgeschlossen. Die vorliegenden Curricula umfassen spartenübergreifende pädagogisch-didaktische Leitlinien sowie – jeweils sparten-spezifisch – die Ausbildungsziele, ein Semesterkonzept sowie die Charakterisierung der Unterrichtsfächer nach Lehrzielen, Inhalten, methodisch-didaktischem Kommentar, Prüfungsmodalitäten sowie Querverweise zu anderen Unterrichtsfächern.

Projekt Qualitätssicherung MTD

In der Initialphase der Curriculumentwicklung (1999), welche der Aufarbeitung vorhandener Grundlagen sowie Ausbildungspraktiken gewidmet war, wurde festgestellt, dass die gesetzlichen Vorgaben nicht ausreichend waren und eine Istzustandserhebung der Berufsausübung notwendig war, um detailliertere Angaben zum Berufsprofil machen zu können. Um diesen Mangel zu beseitigen, wurde das Projekt »MTD-Qualitätssicherung« am ÖBIG installiert; wurden in drei Arbeitsphasen Istzustandserhebungen zu den Berufsprofilen für alle Berufsgruppen entwickelt (Phase 1: 05/2000-12/2001); diagnosebezogene Leistungskataloge für den Physiotherapeutischen Dienst, den Diätendienst und ernährungsmedizinischen Beratungsdienst, für den Ergotherapeutischen Dienst und den Orthoptischen Dienst erarbeitet (Phase 2: 01/2002–03/2003) sowie Schnittstellen innerhalb der MTD identifiziert (Phase 3: 2003).

Obwohl der Logopädisch-phoniatriisch-audiologische Dienst auf ein zuvor entwickeltes, knapp gehaltenes Berufsprofil zurückgreifen konnte, wurde eine entsprechende Ist-

standserhebung in Analogie zu den anderen Berufen 2004 nachträglich beauftragt und im selben Jahr begonnen.¹¹

Projekt Richtlinien zur Sicherung der Ausbildungsqualität

Im Jahr 2004 wurde das ÖBIG darüber hinaus beauftragt, Vorarbeiten für eine Verordnung zu leisten, die im Falle der Eröffnung der Möglichkeit einer Führung der MTD-Ausbildungen als Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge (siehe Ausblick) für diese verbindliche Qualitätsstandards definiert.

8.3.3 Ausblick

Im Juni 2005 wurde in einer Änderung des MTD-Gesetzes (BGBl I 2005/70) die Möglichkeit, MTD-Ausbildungen als Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge (nunmehr: Bachelorstudiengänge) zu führen, eröffnet. Im Jänner 2006 (BGBl II 2006/2) trat eine entsprechende Ausbildungsverordnung (FH-MTD-AV) in Kraft, die für diese Fachhochschul-Bachelorstudiengänge verbindliche Qualitätsstandards definiert. Auf dieser Grundlage haben künftig – vonseiten des BMGF zu nominierende – Sachverständige im Auftrag des Fachhochschulrates die jeweiligen Anträge auf Akkreditierung als Fachhochschul-Bachelorstudengang zu prüfen. Eine Ausbildung an medizinisch-technischen Akademien ist weiterhin möglich.

8.4 Hebammen

Einige neue bzw. novellierte Gesetze und Verordnungen betrafen das Hebammenwesen. Meist handelt es sich um Anpassungen, die im Zuge anderer Gesetze durchzuführen bzw. infolge der EU-Erweiterungen erforderlich waren. Darüber hinaus führten die Novellierungen des Hebammengesetzes und der Ausbildungsverordnung zu einigen entscheidenden Änderungen.

Eine wesentliche Änderung brachte das Verwaltungsreformgesetz (BGBl I 2002/65) vom 19. April 2002. Die Erteilung der Zulassung für EWR-Staatsangehörige zur Berufsausübung als Hebamme in Österreich ist seit dem 1. Jänner 2003 dem Österreichischen Hebammengremium übertragen.

Die Änderung des Hebammengesetzes und des Rezeptpflichtgesetzes vom 25. Juni 2002 (BGBl I 2002/92) erleichtert Hebammen den Zugang zu Arzneimitteln, die sie ausschließlich für ihre Berufsausübung benötigen. Bisher war eine Verschreibung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln durch eine Allgemeinpraktikerin/einen Allgemeinpraktiker, eine Fachärztin/einen Facharzt für Frauenheilkunde oder eine Amtsärztin/einen Amtsarzt erforderlich. Jetzt sind die Hebammen berechtigt, diese Arzneimittel aufgrund einer Anforderung persönlich zu beziehen. Der Hebamme werden in jeder Apotheke gegen Vorlage ihres Hebammenausweises auf Wunsch jene Medikamente ausgehändigt, die sie im Rahmen

¹¹ Die Arbeit am Berufsprofil des Logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes wurde Anfang 2005 abgeschlossen.

ihrer Berufsausübung verwenden darf und zu deren Bevorratung im Hebammenkoffer sie verpflichtet ist.

Mit Entschließung des Bundesrates vom 13. April 1994 (E-138-BR/94) wurde das Gesundheitsressort ersucht, dem Bundesrat nach einem Beobachtungszeitraum von drei Jahren einen Bericht über den Vollzug des Hebammengesetzes, insbesondere über die Entwicklung des Hebammenwesens und die Auswirkungen des neuen Hebammengesetzes (auch in finanzieller Hinsicht), vorzulegen. Mit der Berichterstattung war das ÖBIG (Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen) beauftragt worden. Der erste Bericht wurde dem Bundesrat im Herbst 1997 vorgelegt. Im Jahre 2003 wurde das ÖBIG neuerlich mit der Erstellung eines Hebammenberichts beauftragt. Der Berichtszeitraum war April 1997 bis 31. Dezember 2004. Schwerpunkte dieses Berichts waren:

- Neuerungen im Hebammenrecht,
- Hebammenberuf – Personalstand – Entwicklung und Bedarf,
- Geburten – Entwicklung und Prognose,
- Kosten,
- Vertragssituation für frei praktizierende Hebammen.

8.5 Sanitätshilfsdienste

Das ehemalige sogenannte Krankenpflegegesetz aus dem Jahre 1961 – jetzt MTF-SHD-Gesetz – regelte neun der einst zehn Sanitätshilfsdienste:

- Sanitätsgehilfe (wurde 2002 durch die neue Berufsgruppe »Rettungssanitäter – Notfallsanitäter« ersetzt, siehe 8.8),
- Operationsgehilfe,
- Laborgehilfe,
- Prosekturgehilfe,
- Ordinationsgehilfe,
- Heilbadegehilfe (die Ausbildung wird seit dem 1. Jänner 2004 nicht mehr angeboten, siehe 8.8),
- Heilbademeister und Heilmasseur (wurde 2002 durch den »Medizinischen Masseur und Heilmasseur« ersetzt, siehe 8.8),
- Ergotherapiegehilfe,
- Desinfektionsgehilfe.

8.6 Sanitäterin/Sanitäter

Mit Erlass eines eigenen Gesetzes wurden die Sanitätsgehilfen am 18. Jänner 2002 aus dem MTF-SHD-Gesetz ausgegliedert und neu geregelt (Sanitätergesetz BGBl I 2002/30). Die neue Berufsbezeichnung lautet seit dem 1. Juli 2002 »Rettungssanitäter« bzw. »Notfallsanitäter«. Die Ausbildungsverordnung für den Rettungssanitäter und den Notfallsanitäter (SAN-AV BGBl II 2003/420) trat im September 2003 in Kraft.

Der Tätigkeitsbereich der Rettungssanitäterin/des Rettungssanitäters umfasst

- die eigenverantwortliche Anwendung von Maßnahmen der qualifizierten Ersten Hilfe, der Sanitätshilfe und der Rettungstechnik einschließlich diagnostischer und therapeutischer Verrichtungen. Weiters
- die selbstständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen, vor und während des Transports, einschließlich der fachgerechten Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung,
- die Übernahme sowie die Übergabe der Patientin/des Patienten oder der betreuten Person im Zusammenhang mit einem Transport,
- Hilfestellung bei auftretenden Akutsituationen einschließlich der Verabreichung von Sauerstoff,
- eine qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen, insbesondere
 - die Beurteilung, Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen,
 - die Defibrillation mit halbautomatischen Geräten,
 - die Herstellung der Transportfähigkeit sowie die sanitätsdienstliche Durchführung des Transports,
- die sanitätsdienstliche Durchführung von Sondertransporten,

solange und soweit eine zur selbständigen Berufsausübung berechnigte/r Ärztin/Arzt nicht zur Verfügung steht. Eine unverzügliche Anforderung der Notärztin/des Notarztes ist zu veranlassen.

Der Tätigkeitsbereich der Notfallsanitäterin/des Notfallsanitäters umfasst

- die Tätigkeiten des Rettungssanitäters,
- die Unterstützung der Ärztin/des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transports von Notfallpatienten,
- die Verabreichung von für die Tätigkeit als Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter erforderlichen Arzneimitteln, soweit diese zuvor durch den für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung schriftlich zur Anwendung freigegeben wurden (Arzneimittelliste 1),
- die eigenverantwortliche Betreuung der berufsspezifischen Geräte, Materialien und Arzneimittel und
- die Mitarbeit in der Forschung.

Darüber hinaus kann die Notfallsanitäterin/der Notfallsanitäter auch folgende Notfallkompetenzen erwerben:

- die Verabreichung spezieller Arzneimittel, soweit diese zuvor durch den für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung schriftlich zur Anwendung freigegeben wurden (Arzneimittelliste 2), und
- die Punktion peripherer Venen und die Infusion kristalloider Lösungen

jeweils im Rahmen von Maßnahmen zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit einer Notfallpatientin/eines Notfallpatienten, soweit das gleiche Ziel durch weniger eingreifende Maßnahmen nicht erreicht werden kann.

Entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft kann die Notfallsanitäterin/der Notfallsanitäter die Berechtigung zu weiteren Tätigkeiten, insbesondere zur Durchführung der endotrachealen Intubation oder Prämedikation und endotrachealen Vasokonstriktorapplikation (Beatmung und Intubation), erwerben.

Die Sanitäterin/der Sanitäter kann seine Tätigkeiten ehrenamtlich, berufsmäßig oder als Soldat im Bundesheer, als Organ des öffentlichen Sicherheitsdienstes, Zollorgan, Strafvollzugsbedienstete/r, Angehörige/r eines sonstigen Wachkörpers oder als Zivildienstleistender ausüben. Damit ist zum ersten Mal nicht nur die berufsmäßige, sondern auch eine ehrenamtliche Tätigkeit gesetzlich geregelt.

Die Ausbildung zum Sanitätsgehilfen betrug 135 Stunden Theorie, bezüglich der praktischen Ausbildung gab es keine Regelung. Im neuen Sanitätsdienst erfolgt die Ausbildung in insgesamt sechs Modulen.

- Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter: 100 Stunden Theorie, 160 Stunden Praxis;
- Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter (Voraussetzung: Qualifikation als Rettungssanitäter sowie zusätzlich 160 Stunden Einsatz im Rettungs- und Krankentransportsystem): 160 Stunden Theorie, 40 Stunden Spital, 280 Stunden im Notarztsystem;
- Arzneimittellehre (40 Stunden Theorie und Praxis);
- Venenzugang und Infusion (10 Stunden Theorie, 40 Stunden Spital);
- Beatmung und Intubation (30 Stunden Theorie, 80 Stunden Spital);
- Berufsmodul (40 Stunden Theorie) für jene Personen, die berufsmäßig im Sanitätsdienst arbeiten.

Die Rettungssanitäterin/der Rettungssanitäter erhält damit eine Grundausbildung von 260 Stunden. Will sie/er diese Tätigkeit berufsmäßig ausüben, so hat sie/er auch das Berufsmodul mit einem Ausmaß von 40 Stunden zu absolvieren. Nach insgesamt 260 (ehrenamtlich) bzw. 300 (berufsmäßig) Stunden Ausbildung und weiteren 160 Stunden Einsatz im Rettungs- und Krankentransportsystem kann die Rettungssanitäterin/der Rettungssanitäter in die nächste Ausbildungsstufe eintreten. Nach 900 (ehrenamtlich) bzw. 940 (berufsmäßig) Stunden Ausbildung ist man Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter. Mit insgesamt 1.100 (ehrenamtlich) bzw. 1.140 (berufsmäßig) Stunden ist man Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter mit allen Notfallkompetenzen.

Ebenfalls im September 2003 wurde eine Verordnung über Form und Inhalt des Berufs- bzw. Tätigkeitsausweises und des Fortbildungspasses für Sanitäter erlassen. Dieser Fortbildungspass dient auch dem Nachweis über den Erwerb bzw. die Rezertifizierung von Notfallkompetenzen.

8.7 Medizinische Masseurin/Medizinischer Masseur und Heilmasseurin/Heilmasseur

Am 23. Dezember 2002 wurde das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG, BGBl I 2002/169) erlassen und trat am 1. März 2003 in Kraft. Die ehemaligen Heilbademeister und Heilmasseure wurden damit aus dem MTF-SHD-Gesetz ausgegliedert. Die Ausbildungsverordnung vom 20. Mai 2003 (MMHmAV, BGBl II 2003/250) trat rückwirkend mit 1. März 2003 in Kraft. Die Übergangsbestimmungen gelten bis zum

31. Dezember 2007. Zu diesem Zeitpunkt müssen alle Aufschulungen der Heilbademeister und Heilmasseur zu Medizinischen Masseurinnen/Masseuren und Heilmasseurin/-masseur abgeschlossen sein.

Medizinischer Masseur

Der Beruf der medizinischen Masseurin/des medizinischen Masseurs umfasst die Durchführung von

- klassischer Massage,
- Packungsanwendungen,
- Thermotheapie,
- Ultraschalltherapie und
- Spezialmassagen

zu Heilzwecken nach ärztlicher Anordnung unter Anleitung und Aufsicht einer Ärztin/eines Arztes oder einer Angehörigen/eines Angehörigen des physiotherapeutischen Dienstes.

Bei Blindheit umfasst das Berufsbild der medizinischen Masseurin/des medizinischen Masseurs die Durchführung von

- klassischer Massage und
- Spezialmassagen

zu Heilzwecken nach ärztlicher Anordnung unter Anleitung und Aufsicht einer Ärztin/eines Arztes oder einer Angehörigen/eines Angehörigen des physiotherapeutischen Dienstes.

Die klassische Massage zu Heilzwecken umfasst Heilmassagen manueller und apparativer Art. Die Packungsanwendungen umfassen insbesondere Kataplasmen (Munari, italienische Packung), Wärme- und Kältepackungen. Bei der Thermotheapie handelt es sich um die Anwendung von Wärme und Kälte insbesondere durch Wärmeleitung, Wärmestrahlung, Energietransformation und Wärmeentzug. Ultraschalltherapie ist die Anwendung von Schwingungen mit einer Frequenz von 20 kHz bis 10 GHz. Spezialmassagen umfassen insbesondere Lymphdrainage, Reflexzonenmassage und Akupunktmassage.

Damit unterscheidet sich die medizinische Masseurin/der medizinische Masseur grundlegend vom bisherigen Heilbademeister und Heilmasseur, dessen Tätigkeitsbereich auf die Thermo-, Hydro- und Balneotherapie sowie die Heilmassage gleich klassische Massage beschränkt war.

Die Ausbildung zur medizinischen Masseurin/zum medizinischen Masseur kann in zwei aufbauenden Modulen (A und B) oder in einem durchgeführt werden.

Das Modul A umfasst eine theoretische Ausbildung in der Dauer von 360 Stunden in den Fächern

- Anatomie und Physiologie,
- Hygiene,
- Erste Hilfe und Verbandstechnik,
- Pathologie,
- Thermotheapie, Ultraschalltherapie und Packungsanwendung,
- Massagetechniken zu Heilzwecken.

Das Modul B umfasst eine theoretische und eine praktische Ausbildung in der Dauer von 1.330 Stunden. Die theoretische Ausbildung besteht aus theoretischem Unterricht (250 Stunden) und praktischen Übungen ohne Patientenkontakt (205 Stunden) in den Fächern

- Sanitäts-, Arbeits- und Sozialversicherungsrecht,
- Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Dokumentation,
- Umweltschutz,
- Pathologie,
- Grundlagen der Kommunikation,
- Massagetechniken zu Heilzwecken einschließlich vertiefender spezieller Anatomie und Pathologie.

Hinzu kommen Pflichtpraktika an Patientinnen/Patienten in Thermotherapie, Ultraschalltherapie, Packungsanwendung und Massagetechniken im Ausmaß von 875 Stunden.

Heilmasseur

Voraussetzung für die Ausbildung zur Heilmasseurin/zum Heilmasseur ist eine Berufsberechtigung als medizinische Masseurin/medizinischer Masseur.

Die Heilmasseurin/der Heilmasseur führt die gleichen Tätigkeiten durch wie die medizinische Masseurin/der medizinische Masseur. Das Berufsbild unterscheidet sich von dem der medizinischen Masseurin/des medizinischen Masseurs dadurch, dass die Tätigkeiten eigenverantwortlich nach ärztlicher Anordnung durchgeführt werden. Dies gilt ebenfalls für blinde Heilmasseurinnen und -Heilmasseure. Anleitung und Aufsicht der Ärztin/des Arztes bzw. einer Angehörigen/eines Angehörigen des physiotherapeutischen Dienstes sind hier nicht erforderlich. Darüber hinaus kann die Heilmasseurin/der Heilmasseur sowohl im Rahmen eines Dienstverhältnisses (Krankenhaus, Kuranstalt, Gesundheitseinrichtung unter Leitung einer Ärztin/eines Arztes, frei praktizierende Ärztin/frei praktizierender Arzt, Gruppenpraxis) als auch freiberuflich tätig sein bzw. im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu einer freiberuflich tätigen diplomierten Physiotherapeutin/einem freiberuflich tätigen diplomierten Physiotherapeuten.

Die Ausbildung zur Heilmasseurin/zum Heilmasseur besteht aus einem Aufschulungsmodul zur medizinischen Masseurin/zum medizinischen Masseur. Während der theoretischen Ausbildung werden

- Recht und Ethik,
- Anatomie und Physiologie,
- Pathologie,
- Hygiene und Umweltschutz,
- Erste Hilfe,
- Allgemeine Physik,
- Kommunikation,
- Dokumentation,
- Massagetechniken zu Heilzwecken

im Ausmaß von 720 Stunden unterrichtet. Hinzu kommen praktische Übungen ohne Patientenkontakt im Ausmaß von 80 Stunden.

Erstmals können medizinische Masseurinnen/medizinische Masseure und Heilmasseurinnen/Heilmasseure auch Lehraufgaben übernehmen. Die Ausbildung für diese Tätigkeit umfasst 120 Stunden. Eine entsprechende Verordnung muss noch erlassen werden.

Darüber hinaus sind medizinische Masseurinnen/medizinische Masseure und Heilmasseurinnen/Heilmasseure berechtigt, folgende Spezialqualifikationen zu erwerben und nach ärztlicher Anordnung berufsmäßig durchzuführen:

- Elektrotherapie (Anwendung von elektrischem Strom zu Heilzwecken, wie insbesondere durch Nieder-, Mittel- und Hochfrequenztherapie) – 80 Stunden Theorie, 60 Stunden Praktika am Patienten,
- Hydro- und Balneotherapie (Anwendung natürlicher Heilvorkommen, wie insbesondere Heilwässer und Peloide, Medizinalbäder, Unterwassermassagen und Unterwasserdruckstrahlmassagen) – 55 Stunden Theorie, 65 Stunden Praktika am Patienten.

Personen, die einen Qualifikationsnachweis als Heilmasseurin/Heilmasseur erworben haben, können nach Ablegung der Unternehmerprüfung gemäß Gewerbeordnung das Gewerbe der Massage ausüben.

Heilbadegehilfe

Das medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG, BGBl I 2002/169) regelt in Art II § 45 auch die Ausbildung zur Heilbadegehilfin/zum Heilbadegehilfen. Ausbildungen und Kursabschlüsse zur Heilbadegehilfin/zum Heilbadegehilfen dürfen seit dem 1. Jänner 2004 nicht mehr durchgeführt bzw. abgelegt werden. Personen mit positiv absolvierten Kursabschlüssen vor dem 1. Jänner 2004 können ihren Beruf weiter ausüben.

Literaturverzeichnis

- Aigner, G. (2003): Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter. In: Recht der Medizin, 4/2003. Wien, S. 100–109
- BMAGS (1997). Gesundheitsbericht an den Nationalrat 1997. Berichtszeitraum 1993–1995. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien
- BMGF (2004a). Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003. Berichtszeitraum 1999–2001. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2003). Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Studie des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2004b). Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2004c). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erstellt vom ÖBIG. Neuauflage der Publikation aus dem Jahr 2002. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2004d). Innovative Prävention gegen Volkskrankheiten. Unterlage zur Pressekonferenz am 10. 11. 2004. Verfügbar unter <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/ministerium.htm?channel=CH0118&doc=CMS1100084351127> (17. 10. 2006)
- BMGF (2004e). 254. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten BGBl II 2004/254
- BMGF (2000–2005). Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1999–2004, Daten auf elektronischen Datenträgern
- BMGF (2005a). Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Erstellt vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2005b). Österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch Erhebung 2004. Bundesministerium für Frauen und Gesundheit. Wien 2005
- BMGF (2005c). Diabetes mellitus als gesundheitspolitische Herausforderung. Bestandsaufnahme und Analyse der Maßnahmen in Österreich und Europa. Erstellt vom ÖBIG. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGS (2001). Handbuch Alkohol – Österreich 2001. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (Hg.). Wien
- BMGSK (1994). Gesundheitsbericht an den Nationalrat 1994. Berichtszeitraum 1989–1992. Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz. Wien

BMSG (2000). Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2000. Berichtszeitraum 1996–1998. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien

BMSG (2004). 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht mit besonderer Berücksichtigung der Männergesundheitsvorsorge. Erstellt vom ÖBIG. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien

Bone Marrow Donors Worldwide (<http://www.bmdw.org/>)

ESPAD – Austria (2005a). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen Schuljahr 2002/2003 – Textband. Forschungsbericht des LBISucht. Wien 2005

FGÖ (2003a). Dreijahresarbeitsprogramm 2003 bis 2005 des Fonds Gesundes Österreich. Fonds Gesundes Österreich. Wien

FGÖ (2003b). Jahresbericht 2002 des Fonds Gesundes Österreich. Fonds Gesundes Österreich. Wien

FGÖ (2004). Jahresbericht 2003 des Fonds Gesundes Österreich. Fonds Gesundes Österreich. Wien

FGÖ (2005). Jahresbericht 2004 des Fonds Gesundes Österreich. Fonds Gesundes Österreich. Wien

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2003). Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2003. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2004). Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2004. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2005). Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2005. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

ÖBIG (2001). Planung Psychiatrie 2001. Evaluierung der dezentralen Fachabteilungen für Psychiatrie. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2002a). Planung Psychiatrie 2002 – Versorgungsstruktur Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2002b). Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes. Teil 5: 2001–2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2002c). Bedarf und Angebot an Psychotherapie. Expertise. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2002d). Frauen und Gesundheitseinrichtungen. Band 1 der Reihe »Armutsbetroffene Frauen in Österreich«. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2002e). Bericht zur Drogensituation 2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2003a). Planung Psychiatrie 2003 – Versorgungsstruktur Gerontopsychiatrie und Langzeitversorgung. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2003b). Aufbau der Psychosomatik in Österreich. Begleitung und Steuerung im Jahr 2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2003c). Regelungen der Berufsgruppen Psychotherapeuten, klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen in den Mitgliedstaaten des EWR. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2003d). Gesundheit und Erkrankungsrisiko. Band 2 der Reihe »Armutsbetroffene Frauen in Österreich«. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2003e). Drogenspezifische Weiterbildung. Konzepte und Curricula für fünf ausgewählte Berufsgruppen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2003f). Bericht zur Drogensituation 2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2004a). Planung Psychiatrie 2004 – Versorgungsstruktur Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2004b). Aufbau der Psychosomatik in Österreich. Begleitung und Steuerung im Jahr 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2004c). Regelungen der Berufsgruppen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie in den Mitgliedstaaten des EWR sowie der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG – Austrian Health Institute (2004d). Regulation of the Professions of Psychotherapist, Clinical Psychologist, Health Psychologist in the Member States of the EEA and the Swiss Confederation. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2004e). Qualitätssicherung in der postgraduellen Ausbildung für Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2004f). Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2005a). Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes. Teil 5: 2001 bis 2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2005b). Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2005c). Bericht zur Drogensituation 2005. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2006; in Arbeit). Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes. Teil 6: 2003 bis 2005. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

OECD (2006). Health Data, Version Mai 2006

Pelikan J., Dietscher Ch., Krajic K., Nowak P. (2005): Eighteen Core Strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene/Garcia-Barbero (Eds.): Health promotion in hospitals – Evidence and quality management. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, S. 48–67

Rechtsinformationssystem des Bundes: <http://www.ris.bka.gv.at/>

Statistik Austria (2000–2005). Todesursachenstatistik 1999–2004, Daten auf elektronischen Datenträgern

Statistik Austria (2002). Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen, Ergebnisse des Mikrozensus 1999. Wien

Statistik Austria (2006). Gesundheitsausgaben in Österreich. Online: http://www.statistik.at/fachbereich_03/gesundheit_ausgaben.shtml#3 (19. Juli 2006)

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

Strauss R., Hrabcik H. (2005). Der Österreichische Influenza-Pandemieplan 2005. In: Mitteilungen der Sanitätsverwaltung 4/2005, S. 25–27



**Bestelltelefon:
01/711 00-4700**