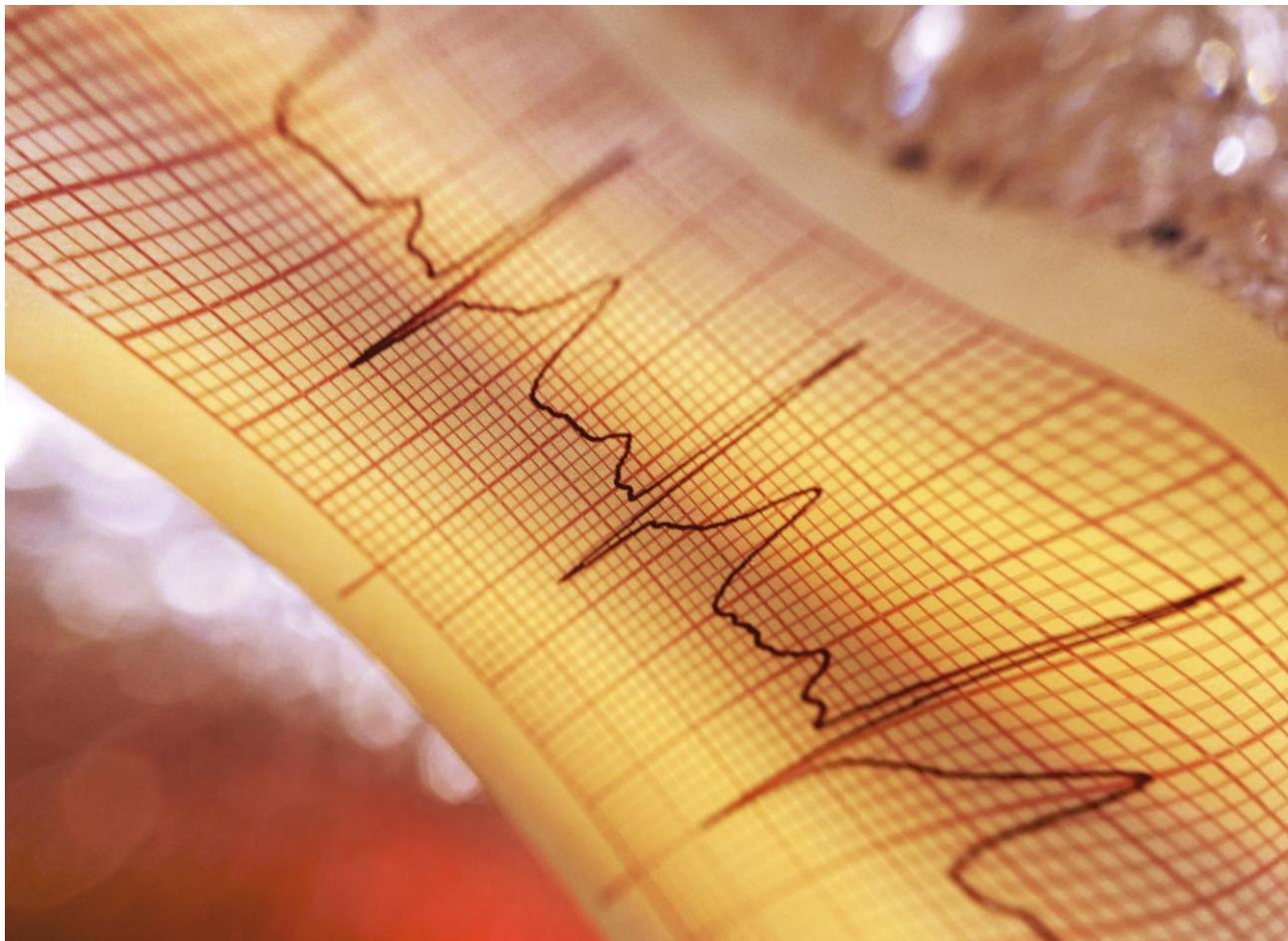


Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2009

Berichtszeitraum 2005 - 2007



Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG



Wien, im November 2009

Projektteam:

Waltraud Bednar, Andreas Birner, Getrud Bronneberg, Gerhard Fülöp, Ines Grabner, Sabine Haas, Claudia Hahl, Anton Hlava, Christine Hofer, Reinhard Kern, Stephan Mildschuh, Claudia Nemeth, Maria Preschern, Birgit Priebe, Ingrid Rottenhofer, Gabriele Sax, Daniela Sinhuber, Theresia Unger, Sabine Vogler

Projektkoordination:

Anton Hlava

Redaktionelle Betreuung:

Andreas Vejvar

Projektsekretariat:

Natalie Krystl

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Gesundheit –

Für den Inhalt verantwortlich: Sektionschef Dr. Clemens Martin Auer –

Technische Gestaltung: Hausdruckerei des BMG – Alle: 1030 Wien, Radetzkystrasse 2



Vorwort

Dem Ersuchen des Nationalrats vom Dezember 1989, über die Tätigkeit des Gesundheitsressorts in periodischen Abständen Rechenschaft zu legen, wurde erstmals 1994 entsprochen. Mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht erfolgt die sechste Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens im Sinne der Entschließung des Nationalrats.

Der Bericht berücksichtigt die historische Entwicklung und internationale Vergleichszahlen, stellt die Aktivitäten des Gesundheitsressorts den gesundheitspolitischen Zielen der Bundesregierung und der Europäischen Union gegenüber und präsentiert die Perspektiven der österreichischen Gesundheitspolitik.

Der Berichtszeitraum umfasst die Jahre 2005 bis 2007, es werden aber – wie in den Vorberichten – auch aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen mitberücksichtigt.

Mit der Übermittlung dieses Berichtes an die Damen und Herren Abgeordneten zum Nationalrat verbinde ich das Anliegen, die Schritte zu einer weiteren Verbesserung unseres Gesundheitswesens aktiv zu unterstützen.

Alois Stöger
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	11
2	Gesundheitspolitische Leitlinien.....	12
3	Kurzfassung	17
3.1	Gesundheitszustand der Bevölkerung	17
3.2	Gesundheitsausgaben.....	18
3.3	Versorgungsbereiche	19
3.4	Ausbildung und Ausbildungsreform.....	33
4	Gesundheitszustand der Bevölkerung.....	38
4.1	Lebenserwartung	38
4.2	Todesursachen	39
4.3	Krankenhausmorbidity	40
4.4	Ambulante Morbidity	42
5	Gesundheitsausgaben	43
5.1	Gesundheitsausgaben gesamt	43
5.2	Ausgaben der Krankenversicherung	44
5.3	Internationaler Vergleich	44
6	Versorgungsbereiche.....	46
6.1	Ärztliche und zahnärztliche Versorgung	46
6.1.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	46
6.1.2	Ausblick.....	49
6.2	Nichtärztliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen.....	49
6.2.1	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	50
6.2.2	Gehobene medizinisch-technische Dienste.....	51
6.2.3	Medizinisch-technischer Fachdienst	51
6.2.4	Hebammen	51
6.2.5	Kardiotechnischer Dienst.....	52
6.2.6	Sanitätsdienst	52
6.2.7	Medizinische Masseurinnen/Masseure und Heilmasseurinnen/Heilmasseure	52
6.2.8	Sanitätshilfsdienste	53
6.2.9	Ausblick.....	53
6.3	Rehabilitation	54
6.3.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	54
6.3.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	55
6.3.3	Ausblick.....	56
6.4	Krankenanstalten	57
6.4.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	57

6.4.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	62
6.4.3	Ausblick.....	64
6.5	Psychosoziale Versorgung	65
6.5.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	65
6.5.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	65
6.5.3	Ausblick.....	72
6.6	Suchterkrankungen	73
6.6.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	73
6.6.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	74
6.6.3	Ausblick.....	79
6.7	Gesundheitsförderung und -vorsorge.....	80
6.7.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	80
6.7.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	80
6.7.2.1	Gesundheitsförderung	81
6.7.2.2	Gesundheitsvorsorge	85
6.7.3	Ausblick.....	90
6.8	Transplantationswesen	92
6.8.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	92
6.8.1.1	Organtransplantation	92
6.8.1.2	Gewebetransplantation	93
6.8.1.3	Stammzelltransplantation	95
6.8.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	97
6.8.2.1	Organtransplantation	97
6.8.2.2	Gewebetransplantation	102
6.8.2.3	Stammzelltransplantation	102
6.8.3	Ausblick.....	104
6.8.3.1	Organtransplantation	104
6.8.3.2	Gewebetransplantation	104
6.8.3.3	Stammzelltransplantation	105
6.9	Onkologische Versorgung	105
6.9.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	105
6.9.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	105
6.9.3	Ausblick.....	107
6.10	In-vitro-Fertilisation	107
6.10.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	107
6.10.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	107
6.11	Blut und Blutprodukte.....	108
6.11.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	108
6.11.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	108
6.11.3	Ausblick.....	109

6.12	Arzneimittel.....	109
6.12.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	109
6.12.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	112
6.12.3	Ausblick.....	115
6.13	Medizinprodukte.....	116
6.13.1	Ausgangslage und Entwicklungstendenzen.....	116
6.13.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	116
6.13.3	Ausblick.....	117
6.14	Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	118
6.14.1	Ausgangslage.....	118
6.14.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	118
6.14.3	Ausblick.....	119
7	Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen	120
7.1	Ärzteschaft.....	120
7.2	Zahnärzteschaft.....	121
7.3	Nichtärztliche Gesundheitsberufe	122
7.3.1	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	123
7.3.2	Gehobene medizinisch-technische Dienste.....	129
7.3.3	Hebammen	132
7.3.4	Kardiotechnischer Dienst.....	133
7.3.5	Medizinische Masseurinnen/Masseur und Heilmasseurinnen/Heilmasseur	133
7.3.6	Sanitäterin/Sanitäter	134
7.3.7	Medizinisch-technischer Fachdienst und Sanitätshilfsdienste	135

Quellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1:	Zusammensetzung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den Krankenanstalten Österreichs am 31. 12. 2007	20
Abbildung 4.1:	Lebenserwartung bei Geburt und behinderungsfreie Lebenserwartung österreichischer Männer und Frauen im Zeitraum 1987 bis 2007	39
Abbildung 4.2:	Anzahl der verstorbenen Männer und Frauen im Jahresdurchschnitt 2005–2007 in Österreich nach Haupttodesursachen (ICD-10-Kapitel).....	40
Abbildung 4.3:	Anzahl stationärer Aufenthalte von Männern und Frauen in österreichischen Krankenanstalten nach den häufigsten dokumentierten Hauptdiagnosen (ICD-10-Kapitel) im Jahresdurchschnitt 2005–2007	41
Abbildung 5.1:	Entwicklung der privaten und der öffentlichen Gesundheitsausgaben sowie des BIP im Vergleich, 2000–2007	43
Abbildung 5.2:	Gesundheitsausgaben in Bezug auf das BIP im internationalen Vergleich, 2007	45
Abbildung 5.3:	Ausgaben nach Sektoren für Österreich und OECD im Vergleich, 2007	45
Abbildung 6.1:	Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation 1998–2007 (indexiert: 1998 = 100 %)	55
Abbildung 6.2:	Betteninanspruchnahme in Fonds-KA 1991–2008 (als Index: 1991 = 100)	60
Abbildung 6.3:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 1998 bis 2007	74
Abbildung 6.4:	Entwicklung der Anzahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erstbehandlung und fortgesetzter Behandlung 1998–2007	78
Abbildung 6.5:	Entwicklung der Anzahl an autologen, allogenen verwandten und allogenen nicht verwandten Stammzellentransplantationen bei Erwachsenen und Kindern 1997–2007.....	96
Abbildung 6.6:	Widerspruchregister gegen Organspende – jährliche Eintragungen und Abfragen 1995 bis 31. Dezember 2008	98
Abbildung 6.76:	Gesamtbedarf an Gewebepräparaten 2006 und 2007 für die Gewebearten Knochen, Hornhaut und Herzklappen.....	102

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.1:	Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung für Versicherungsleistungen, 2005–2007 ...	44
Tabelle 6.1:	Entwicklung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Österreich 2001 bis 2008.....	46
Tabelle 6.2:	Berufstätige Ärzteschaft nach Altersgruppen und Geschlecht 2008.....	47
Tabelle 6.3:	Entwicklung der Anzahl der Vertrags- und Wahlärztinnen und -ärzte	48
Tabelle 6.4:	Parameter der Betteninanspruchnahme 1991–2008.....	59
Tabelle 6.5:	Kostensteigerungsraten in den Fonds-Krankenanstalten im Vergleich zum Wachstum des BIP 2005–2008	61
Tabelle 6.6:	Entwicklung der Primärkosten in den Fonds-Krankenanstalten nach Kostenartengruppen 2001–2004	61
Tabelle 6.7:	Entwicklung der Endkosten in den Fonds-Krankenanstalten nach Bundesländern 2005–2008	61
Tabelle 6.8:	Vertrags- sowie Wahlpsychologinnen und -psychologen nach Bundesländern und insgesamt, Stand: Mai 2009	72
Tabelle 6.9:	Entwicklung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen 1998–2007	86
Tabelle 6.10:	Gemeldete Organspender/innen pro Million Einwohner/innen nach Bundesländern 2005–2008 ...	93
Tabelle 6.11:	Transplantationsgeschehen 2008 in Österreich, gegliedert nach Transplantationszentren und Organen.....	93
Tabelle 6.12:	Anzahl der IVF-Versuche und Schwangerschaftsraten in den Jahren 2005 bis 2007	108

Abkürzungsverzeichnis

ÄAO	Ärztinnen-/Ärzteausbildungsordnung
AGES	Agentur für Ernährungssicherheit
AKH	Allgemeines Krankenhaus
AKIS	Alkoholkoordinations- und Informationsstelle am Anton-Proksch-Institut (API)
AMG	Arzneimittelgesetz
AMR	antimikrobielle Resistenz
API	Anton-Proksch-Institut
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
Art	Artikel
ASCTR	Österreichisches Stammzelltransplantationsregister
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AÜG	Arbeitskräfteüberlassungsgesetz
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
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMeiA	Bundesministerium für Europäische und Internationale Angelegenheiten
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BO	Betriebsordnung
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
d. h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DOKLI	Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EBMT	European Group for Blood and Marrow Transplantation
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten)
EFSA	European Food Safety Authority
EG	Europäische Gemeinschaft
EKO	Erstattungskodex
EMEA	European Medicines Agency
EMS	Epidemiologisches Meldesystems
EpidemieG	Epidemiegesetz
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ESVG	Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen
ET	Eurotransplant
ETN	European Transplantation Network
EU	Europäische Union
EUDAMED	European Database on Medical Devices (Europäische Datenbank für Medizinprodukte)
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EW	Einwohner und Einwohnerinnen
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich; seit 1. 8. 2006 ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (vgl. BGBl I 2006/132)
FH	Fachhochschule
FH-GuK-AV	FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung
FKA	Fonds-Krankenanstalt(en)
GesBRÄG	Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz
GESG	Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes
GFA	Gesundheit für alle
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GSG	Gewebesicherheitsgesetz

GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuK-AusweisV	Gesundheits- und Krankenpflege- Ausweisverordnung
GuK-AV	Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung
GuK-BAV	Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuK-LFV	GuK-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung
GuK-TAV	Gesundheits- und Krankenpflege- Teilzeitausbildungsverordnung
GuK-WV	Gesundheits- und Krankenpflege- Weiterbildungsverordnung
HLA	Humane Leukozyten-Antigene
HTA	Health Technology Assessment
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i. d. g. F.	in der geltenden Fassung
ICD	implantierbare Cardioverter Defibrillatoren
ICD	International Classification of diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPF	Institut für Pharmaökonomische Forschung
IVD	In-vitro-Diagnostika
IVF	In-vitro-Fertilisation
JBA-G	Justizbetreuungsagentur-Gesetz
KA	Krankenanstalt(en)
KAKuG	Krankenanstalten- und Kurgesetz
KH	Krankenhaus
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
MEL	Medizinische Einzelleistung(en)
MHG	Medizinische Einzelleistungs- (MEL)/Hauptdiagnosengruppen (HD) im Sinne des LKF-Modells
Mio.	Millionen
MMHmG	Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz
MPG	Medizinproduktegesetz
MPR	Österreichisches Medizinprodukteverzeichnis
Mrd.	Milliarden
MTD	Medizinisch-technische Dienste
MTF	Medizinisch-technischer Fachdienst
MuthG	Musiktherapiegesetz
NI	nosokomiale Infektionen
NSM	Nahtstellenmanagement
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; seit 1. 8. 2006 ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (vgl. BGBl I 2006/132)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OHIP	Oral Health Impact Profile
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalt und Großgeräteplan
ÖNGK	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
ÖNGKG	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
ORF	Österreichischer Rundfunk
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OSR	Oberster Sanitätsrat
PBSZ	Periphere Blutstammzellen
PHIS	Pharmaceutical Health Information System
PPI	Pharma Preisinformation
PPRI	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information
PSY	Psychiatrie
REITOX	Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Drogenabhängigkeit
RIC	Reduced Intensity Conditioning
RL	Richtlinie
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SARS	Severe acute respiratory syndrome
SHA	System of Health Account
SIGIS	Service und Information für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen
SKA	Sonderkrankenanstalt(en)

SMG	Suchtmittelgesetz
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt
SZT	Stammzelltransplantation
TBC-G	Tuberkulosegesetz
TPM	Transplant Procurement Management
u. a.	unter anderem
u. v. m.	und vieles mehr
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UbG	Unterbringungsgesetz
UHK	Unabhängige Heilmittelkommission
UKH	Unfallkrankenhaus / Unfallkrankenhäuser
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung)
vgl.	vergleiche
VIZ	Vergiftungsinformationszentrale
VO-EKO	Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex
VU NEU	Vorsorgeuntersuchung NEU
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
ZÄK	Zahnärztekammer
ZÄKG	Zahnärztekammergesetz

1 Einleitung

Mit dem „Gesundheitsbericht 2009“ wird zum sechsten 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 der Geschäftsbereich ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG; vgl. BGBl I 2006/132) betraut. Wie bereits bei den vorangegangenen Gesundheitsberichten an den Nationalrat erfolgte die Berichtserstellung in enger Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bundesministeriums für Gesundheit.

In Abgrenzung zum jährlich vom Gesundheitsressort in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt Statistik Austria herausgegebenen „Gesundheitsstatistischen Jahrbuch“ und den schwerpunktmäßig epidemiologische Aspekte behandelnden Gesundheitsbericht Österreich 2009 („Gesundheit und Krankheit in Österreich“) 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.

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, 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.

Der Berichtszeitraum des „Gesundheitsberichts an den Nationalrat 2009“ erstreckt sich auf die Jahre 2005 bis 2007 und schließt damit an die im Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006 (BMGF 2006) referierten Jahre 2002 bis 2004 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 2007 berücksichtigt. Mit dieser Vorgehensweise soll dem Aktualitätsanspruch des Gesundheitsberichts Rechnung getragen werden.

2 Gesundheitspolitische Leitlinien

Gesundheitspolitische Aussagen in den Regierungserklärungen

In direktem Bezug zum Berichtszeitraum 2005 bis 2007 stehen die Regierungserklärungen der Bundesregierung Schüssel II vom 6. März 2003 und der Bundesregierung Gusenbauer vom 16. Jänner 2007.

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 Verschreibepaxis 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.“

In der **Regierungserklärung vom 16. Jänner 2007** wurden folgende Aussagen getroffen:

„Wir werden [...] unser Sozial- und Gesundheitssystem weiterentwickeln und finanziell absichern [...].

Österreich hat eines der besten medizinischen Versorgungssysteme der Welt. Die Bundesregierung bekennt sich zur umfassenden medizinischen Versorgung für alle Menschen, unabhängig von Alter und Einkommen. Für uns gelten die Grundsätze der solidarischen Finanzierung, des gleichen und möglichst ungehinderten Zugangs zu Leistungen sowie der hohen Qualität und Effizienz bei der

Leistungserbringung. Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik der neuen Bundesregierung steht der Bedarf der Patientinnen und Patienten.

Wir werden die Prävention und die Gesundheitsförderung verstärken, die Integration von ambulanter und stationärer Versorgung vorantreiben sowie ein besser abgestimmtes Planungs- und Steuerungsmodell zwischen Bund, Ländern und sozialer Krankenversicherung entwickeln.

Es sollen neue Formen von ambulanten Gesundheitszentren entstehen, die vor allem eine bessere fachärztliche Versorgung im ländlichen Raum bewirken werden.

Für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung werden bestehende Effizienzpotentiale ausgeschöpft sowie die Krankenversicherungsbeiträge um maßvolle 0,15 Prozent angehoben.

Die Medikamentenkosten werden mit einem Bündel an Maßnahmen gesenkt, bei der Rezeptgebühr wird, um chronisch und mehrfach Kranke zu unterstützen, eine Obergrenze in Höhe von zwei Prozent des Einkommens festgelegt. Jemand mit einem Einkommen von 1.000 Euro netto beispielsweise muss dann maximal 20 Euro im Monat an Rezeptgebühr bezahlen.

Die Qualität der Versorgung wird auch durch Verbesserungen in der Ausbildung der Ärzte sowie der Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufe gesichert. Gleichzeitig werden wir die Patientenrechte stärken und den gesundheitlichen Verbraucherschutz ausbauen.

Eine wichtige Querschnittsmaterie in Gesellschaft und Politik ist der Sport. Er spielt in Wirtschaft, Tourismus, Gesundheit, Bildung, Integration und vielen anderen Bereichen eine wesentliche Rolle. Das erkennt die neue Bundesregierung an und setzt sich daher eine Reihe von Zielen, wie die Anhebung der Sportaktivität in der Bevölkerung, die Sicherung der Finanzierung des gemeinnützigen Sports, die Forcierung von Kindergarten- und Schulsport und Anreize für mehr Breiten- und Vereinssport.“

Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen

Das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG, BGBl I 2004/179) sieht die Errichtung eines Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) vor. Das BIQG wurde als bundesweites Kompetenzzentrum für Qualität im Gesundheitswesen im Juli 2007 eingerichtet.

Ziel des neuen Instituts ist, die Qualität der Gesundheitsleistungen in Österreich sicherzustellen und das hohe Niveau der Gesundheitsversorgung für die Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern. Durch die laufenden Qualitätsprojekte des BIQG soll ein bundesweites Qualitätssystem aufgebaut werden.

Im ersten Arbeitsjahr lagen die Arbeitsschwerpunkte des BIQG darin, die Voraussetzungen zur Entwicklung bundesweit gültiger Standards für die integrierte Betreuung von häufigen chronischen Erkrankungen vorzubereiten. Als Bundesqualitätsleitlinien werden diese auch für Patientinnen und Patienten verständlich aufbereiteten Empfehlungen die Angehörigen aller anerkannten Gesundheitsberufe bei Entscheidungen unterstützen. Derzeit arbeitet das BIQG an Bundesqualitätsleitlinien zu Demenz, Parkinson, chronischen Atemwegserkrankungen und zum Disease-Management-Programm Diabetes Mellitus Typ 2.

Im Jahr 2007 begannen im BIQG auch die Vorbereitungsarbeiten und die Konzepterstellung für den redaktionellen Aufbau des Gesundheitsportals im Internet. Weitere Projekte des BIQG sind der Aufbau und die Führung von Registern zur Ergebnisqualitätsmessung, der Aufbau einer Qualitätsberichterstattung und Health Technology Assessments (HTA) von Gesundheitsleistungen.

Gesundheit für alle

Als Antwort auf die vorhandenen Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung weltweit entwickelte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit „Gesundheit für alle“ (GFA) ein Rahmenkonzept, das im Jahr 1977 bei der 30. Weltgesundheitsversammlung ins Leben gerufen und seit der Konferenz von Alma-Ata 1978 zu einer globalen Bewegung wurde. 1998 wurde von der Europäischen Region der WHO das erneuerte Konzept „Gesundheit für alle“, nämlich „GESUNDHEIT21“ verabschiedet. Eine Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzeptes erfolgte nach einem mehrjährigen Konsultationsprozess schließlich 2005.

Das GFA-Rahmenkonzept basiert auf einer gründlichen Analyse der Gesundheitsprobleme der Menschen in der europäischen Region der WHO, setzt Ziele für die gesundheitliche Verbesserung und beschreibt Strategien, nach denen Länder, Organisationen und Bürger vorgehen können, um überall in der europäischen Region länderspezifische Konzepte in praxisnahe operationelle Programme auf lokaler Ebene umzusetzen.

Das konstante oberste Ziel von „GESUNDHEIT21“ ist, für alle Menschen in der Region das volle gesundheitliche Potenzial zu erreichen – und zwar durch die Verfolgung von zwei Hauptzielen: Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während der gesamten Lebensspanne sowie Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden.

Die zentralen Wertprinzipien, die im aktualisierten GFA-Rahmenkonzept erneut bekräftigt werden, bilden hier die ethische Grundlage: Gesundheit als fundamentales Menschenrecht, gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität bei den Handlungen sowie Partizipation und Rechenschaftspflicht in der gesundheitlichen Entwicklung.

Das GFA-Rahmenkonzept soll dem Verständnis der WHO nach keine Gebrauchsanweisung sein, sondern den nationalen Politikgestaltern eine mögliche Architektur sowie Anregungen für eine auf Werten wie Chancengleichheit, Solidarität und Teilhabe gegründete Gesundheitspolitik unter Einbeziehung einer geschlechterspezifischen Perspektive bieten.

„Gesundheit für alle“ beabsichtigt, eine breit angelegte Vision von Gesundheit umzusetzen, und zwar mit gleicher Aufmerksamkeit für Patientenversorgung, Krankheitsprävention und Förderung gesunder Lebensweisen wie für die Notwendigkeit, Gesundheitsdeterminanten zu berücksichtigen. Damit ein Gesundheitssystem also mit der GFA-Vision übereinstimmen kann, muss es allgemein verfügbar, zugänglich und annehmbar sein sowie seine Qualität kontinuierlich verbessern.

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 des EG-Vertrags wird 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 derzeitige gesundheitspolitische Strategie der EU beruht auf dem Weißbuch der Kommission vom Oktober 2007 „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz für die EU für 2008–2013“ (KOM 2007; 630 endgültig vom 23. 10. 2007¹). Im diesem Weißbuch werden die grundlegenden Prinzipien, auf denen die Strategie beruht, dargelegt (wie gemeinsame Gesundheitswerte, Gesundheit als höchstes Gut, Gesundheit in allen Politikbereichen sowie Stärkung der Stimme der EU im globalen Gesundheitsbereich) und die strategischen Ziele formuliert:

- Stärkung guter Gesundheit in einem alternden Europa,
- Schutz der Bürger/innen vor Gesundheitsgefahren,
- Unterstützung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien.

Weiter verfolgt werden natürlich die Kernthemen des bisherigen gesundheitspolitischen Rahmens aus dem Jahr 2000 wie

- Verbesserung des Informations- und Wissensstandes durch die Förderung von Informationsaustausch, Forschung und Ausbildung,
- rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren, insbesondere auf grenzübergreifende Gefährdungen, etwa durch Grippeepidemien sowie
- Gesundheitsförderung durch Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren durch enge Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen in Fragen der Gesundheit.

Ein wichtiges Umsetzungsinstrument der neuen Strategie stellt neben Initiativmaßnahmen der Europäischen Kommission das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2008–2013 dar.

¹ http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=de&type_doc=COMfinal&an_doc=2007&nu_doc=630

3 Kurzfassung

3.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung

(Abschnitt 4, Seite 38 ff.)

Die Lebenserwartung der österreichischen Männer lag im Jahresdurchschnitt des Zeitraumes 2005 bis 2007 bei 76,8 Jahren, jene der Frauen bei 82,1 Jahren. Gegenüber dem Berichtszeitraum des Gesundheitsberichts an den Nationalrat 2006 (2002–2004; BMGF 2006) ist die Lebenserwartung der Männer rascher gestiegen als jene der Frauen. Der Unterschied der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern hat sich zwischen den beiden Betrachtungszeiträumen um weitere 0,2 Jahre verringert.

Im Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2007 verstarben in Österreich jährlich rund 34.900 Männer und rund 39.800 Frauen (im Vergleich zum Zeitraum 2002 bis 2004 rund 200 Männer und 900 Frauen weniger). Die häufigsten Todesursachen waren bei beiden Geschlechtern Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die zweithäufigste Todesursache sowohl bei Männern als auch bei Frauen waren Krebserkrankungen. Weitere häufige Todesursachen waren Krankheiten des Atmungssystems, Stoffwechselerkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems. Bei in einem Alter von weniger als 65 Jahren verstorbenen Personen war Krebs die häufigste Todesursache. In dieser Altersgruppe waren die meisten verlorenen Lebensjahre bei Männern auf Unfälle, bei Frauen auf Krebserkrankungen zurückzuführen.

Im Berichtszeitraum 2005 bis 2007 wurden jährlich rund 2,6 Mio. Aufnahmen von Personen mit Wohnsitz in Österreich (1,4 Mio. weiblich, 1,2 Mio. männlich) in österreichischen Krankenanstalten² dokumentiert – das bedeutet eine Zunahme von 6,1 Prozent gegenüber der Vorperiode (2002 bis 2004). Die am häufigsten dokumentierten Hauptdiagnosen bei stationären Aufenthalten waren Neubildungen mit rund 14 Prozent (davon rund 84 % Krebserkrankungen), gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit rund 13 Prozent sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit rund 11 Prozent. Weitere häufige Gründe, die zu einem stationären Aufenthalt führten, waren Verletzungen und Vergiftungen (10 %) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (9 %). Die häufigsten zu einer stationären Aufnahme führenden Krebserkrankungen im Zeitraum 2005 bis 2007 betrafen bei Männern Verdauungsorgane und Atmungsorgane, bei Frauen die Brustdrüse und Verdauungsorgane.

Die höchsten Zunahmen an stationären Aufenthalten in absoluten Zahlen gegenüber der Vorperiode (2002 bis 2004) wurden bei Krebserkrankungen und bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes verzeichnet. Die stärksten Rückgänge an stationären Aufnahmen waren bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie bei angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien zu beobachten.

Im Rahmen der von der Statistik Austria durchgeführten „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ beurteilten drei Viertel der österreichischen Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren

² Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser, Sanatorien, Rehabilitationszentren sowie sonstige Krankenanstalten

und darüber ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Der Anteil der Bevölkerung, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand demgegenüber als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einstuft, lag bei sechs Prozent. Tendenziell hat sich der (subjektiv empfundene) allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung gegenüber dem vorletzten Befragungsjahr (1999) verbessert.

Rund 37 Prozent der Befragten gaben an, an einem chronischen gesundheitlichen Problem zu leiden. Die häufigsten chronischen gesundheitlichen Probleme sind Wirbelsäulenbeschwerden, Allergien und Bluthochdruck. Während der Anteil an Personen mit Wirbelsäulenbeschwerden und Bluthochdruck mit zunehmendem Alter ansteigt, sind von Allergien vorwiegend unter 45-Jährige betroffen.

3.2 Gesundheitsausgaben

(Abschnitt 5, Seite 43 ff.)

Unter Verwendung der OECD-Methode „Systems of Health Account“ (SHA) betragen die gesamten österreichischen Gesundheitsausgaben im Jahr 2007 27,43 Milliarden Euro. Die durchschnittliche reale jährliche Steigerung der Gesundheitsausgaben seit dem Jahr 2000 beträgt 2,0 Prozent (inflationsbereinigt, pro Kopf der Bevölkerung). Die Gesundheitsausgabenquote, d. h. der Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), belief sich 2007 auf 10,1 Prozent. Für die Gesundheit jedes Österreicher / jeder Österreicherin wurden im Jahr 2007 3.308 Euro aufgewendet³.

Im Vergleich der OECD-Staaten liegt die österreichische Gesundheitsausgabenquote im oberen Viertel.

In der Krankenversicherung entfielen im Jahr 2007 30 Prozent der Leistungsausgaben (€ 12,402 Mrd.) auf Krankenanstalten, 26 Prozent auf ärztliche Hilfe und 25 Prozent auf Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel. Auf diese drei Versicherungsleistungen entfällt somit – wie in den letzten 15 Jahren – das Gros (mehr als 80 %) der Ausgaben der Krankenversicherung. Im Berichtszeitraum 2005 bis 2007 nahmen prozentuell am stärksten die Ausgaben für Gesundheitsvorsorge zu.

³ Alle Angaben beruhen auf vorläufigen Werten mit Stand September 2009.

3.3 Versorgungsbereiche

Ärztliche und zahnärztliche Versorgung

(Abschnitt 6.1, Seite 46 ff.)

Die Gesamtanzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte in Österreich ist auch in den vergangenen Jahren weiter gestiegen – auf knapp 41.700 im Jahr 2008. Die Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte hat sich zwischen 2001 und 2008 um rund 16 Prozent auf rd. 18.800 erhöht, jene der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte um 20 Prozent auf 26.600 Personen. Knapp zwei Drittel der berufstätigen Ärzte- und Zahnärzteschaft sind somit in einem Anstellungsverhältnis. Der Anteil der Turnusärztinnen und -ärzte an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte liegt seit über zehn Jahren konstant bei rund 16 Prozent.

Unter den rund 41.700 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte befanden sich im Jahr 2008 rund 6.600 Turnusärztinnen und -ärzte, ca. 12.300 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (im Hauptfach) und rund 22.900 Fachärztinnen und -ärzte, wobei die Zahnärztinnen und -ärzte die größte Gruppe bilden, gefolgt von den Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie für Chirurgie.

Das Durchschnittsalter der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte liegt bei 43 (Frauen) bzw. 49 Jahren (Männer), wobei der Anteil der über 60-Jährigen in den letzten Jahren weiter gestiegen ist. Ebenfalls – auf nunmehr 42 Prozent – ist der Frauenanteil gestiegen, wobei der Anteil in jüngeren Altersgruppen noch deutlich höher ist. In der Gruppe der unter 40-Jährigen übersteigt die Anzahl der Frauen bereits jene der Männer. Bemerkenswert ist, dass der Anteil der Frauen im niedergelassenen Bereich deutlich geringer ist als im angestellten Bereich, wo 50 Prozent des ärztlichen Personals weiblich sind.

Der Anteil an Wahlärztinnen und -ärzten an der Ärzte- und Zahnärzteschaft Österreichs mit Ordination ist auf 44 Prozent gestiegen. 90 Prozent der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte haben auch einen Vertrag mit einer §-2-Kasse abgeschlossen.

Nichtärztliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen

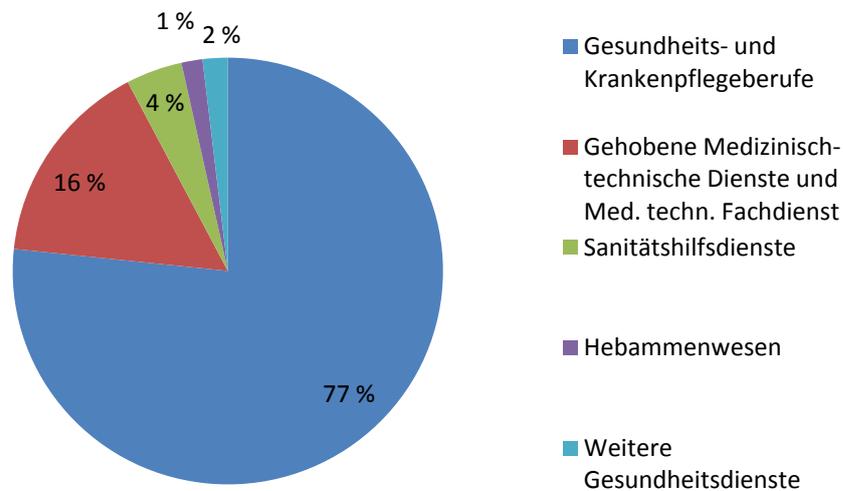
(Abschnitt 6.2, Seite 49 ff.)

Die Zahl der in einem nichtärztlichen Gesundheitsberuf in den österreichischen Krankenhäusern Beschäftigten stieg im Zeitraum 2004 bis 2007 von rund 76.000 auf knapp 80.000. Die Steigerungsrate beträgt damit 4,85 Prozent.

Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe sind insgesamt gesehen weiblich dominiert, der Frauenanteil liegt seit 2004 nahezu unverändert bei rund 83 Prozent.

Das nichtärztliche Gesundheitspersonal in den Krankenhäusern wird von 25 einzelnen Berufen gebildet. Die Zusammensetzung nach Berufsobergruppen (vgl. Abbildung 3.1) hat sich zwischen 2004 und 2007 nicht verändert.

Abbildung 3.1: Zusammensetzung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den Krankenanstalten Österreichs am 31. 12. 2007



Gesundheits- und Krankenpflagedienst = Gehobener Gesundheits- und Krankenpflagedienst (allg. Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege) und Pflegehilfe

Gehobene Medizinisch-technische Dienste = Gehobene medizinisch-technische Dienste (physiotherapeutischer Dienst, medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst, radiologisch-technischer Dienst, Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst, ergotherapeutischer Dienst, logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst, orthoptischer Dienst)

Sanitätshilfsdienste = Operationsgehilfen, Laborgehilfen, Prosekturgehilfen, Ordinationsgehilfen, Heilbadegehilfen, Ergotherapiegehilfen, Desinfektionsgehilfen

Hebammenwesen = Hebammen

Weitere Gesundheitsberufe = Kardiotechnischer Dienst, Sanitätsdienst, Massagetechniken zu Heilzwecken

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistische Jahrbücher 2004–2007; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Rehabilitation

(Abschnitt 6.3, Seite 54 ff.)

Im Jahr 2007 bestehen insgesamt 55 Rehabilitationseinrichtungen, in denen rund 7.500 Betten zur Verfügung stehen. Sowohl bei der Anzahl der stationären Aufenthalte als auch bei der Anzahl der Belagstage ist in den letzten Jahren ein Anstieg zu verzeichnen, während die durchschnittliche Belagsdauer leicht sinkt.

Im Berichtszeitraum wurde im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger der Rehabilitationsplan 2009 erstellt. Kern des Rehabilitationsplans 2009 ist die Abschätzung des bundesweiten, regional gegliederten Versorgungsbedarfes (nach Versorgungszonen) in den jeweiligen Indikationsgruppen für die Planungshorizonte 2010, 2015 und 2020. Weiters entwickelte die ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger den Österreichischen Rehabilitationskompass, der unter <http://rehakompass.oebig.at> erreichbar ist. Im Jahr 2008 wurde von der GÖG/ÖBIG eine schriftliche Erhebung zur „Langzeitversorgung von Patientinnen/Patienten mit Wachkoma bzw. apallischem Syndrom“ durchgeführt.

Krankenanstalten / Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

(Abschnitt 6.4, Seite 57 ff.)

Zwischen 2000 und 2008 reduzierten sich die systemisierten Betten in den Fonds-Krankenanstalten um rund 2.500 Betten (4,7 %). Mit dem kontinuierlich vollzogenen Akutbettenabbau wurde auch das Ziel der Kostendämpfung im stationären Akutbereich verfolgt. Die jährlichen Kostensteigerungsraten im Bereich der Fonds-Krankenanstalten konnten von mehr als 9 Prozent Anfang der 1990er Jahre auf rund 4,6 Prozent im Zeitraum 2001 bis 2008 reduziert werden. Die Kostensteigerung absolut ist rund zur Hälfte auf die Personalaufwandsentwicklung zurückzuführen. Die Steigerungsrate der Endkosten der Fonds-Krankenanstalten ist mit 16,5 Prozent deutlich höher als in der Periode 2001 bis 2004 mit 12,9 Prozent.

Die Zahl der stationären Aufnahmen in den Fonds-Krankenanstalten erhöhte sich im selben Zeitraum um rund 17,6 Prozent auf knapp mehr als 2,5 Mio. im Jahr 2008. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sank demgegenüber um 16 Prozent auf 5,6 Tage im Jahr 2008. Der Anteil der tagesklinischen Aufenthalte an allen stationären Aufenthalten ist in den Fonds-KA zwischen 2000 und 2008 von rund 13 Prozent auf rund 18 Prozent angewachsen.

Mit Anfang 2006 wurde der auf der 15a-Vereinbarung basierende ÖSG 2006 als „verbindliche Grundlage für die integrierte Gesundheitsstrukturplanung“ in Kraft gesetzt. Im Sinne einer Patientenorientierung wurde im ÖSG die gesamte Versorgung einer Region unter Berücksichtigung aller Teilbereiche des Gesundheitswesens in einem integrativen Ansatz abgebildet. Insofern war der ÖSG 2006 (mittlerweile ersetzt durch den ÖSG 2008) eine konsequente Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP und im Bereich der Akutkrankenanstalten als Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2010 konzipiert.

Die Darstellung von einzelnen Krankenanstalten wurde umgestellt auf die Darstellung von 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen. Die Inhalte der festgelegten Qualitätskriterien beziehen sich primär auf Akut-KA, wobei der Geltungsbereich von Fonds-Krankenanstalten auf alle Akutkrankenanstalten gemäß KAKuG (inkl. UKH und Sanatorien) ausgeweitet wurde. In Ausnahmefällen, d. h., wenn vergleichbare Leistungen erbracht werden, sind auch nicht akutstationäre Bereiche umfasst. Richtwerte zur erwartbaren Anzahl stationärer Aufenthalte im Jahr 2010 pro MHG (rund 450 „Medizinische Einzelleistungs-/Hauptdiagnosengruppen“) und pro Versorgungsregion bzw. Versorgungszone ersetzen die bisherigen Bettenobergrenzen pro Krankenhaus. Qualitätskriterien wurden für jene medizinischen Leistungen vorgegeben, für die dies aus Expertensicht erforderlich ist. Der ÖSG enthält darüber hinaus eine Analyse der Situation in den ambulanten Versorgungsbereichen auf Regionsebene, außerdem wurden Kriterien zum Funktionieren des Nahtstellenmanagements in den einzelnen Versorgungsregionen definiert. Weiters umfasst der ÖSG den bundesweiten Großgeräteplan, der bis auf Weiteres pro Bundesland die maximale Anzahl an Großgeräten im intra- und extramuralen Bereich angibt.

Über den ÖSG wurden ab 2006 auf Bundesebene nur noch grundsätzliche Planungsaussagen festgelegt, sodass Länder, Krankenanstaltenträger und soziale Krankenversicherungsträger im Rahmen der Detailplanung auf regionaler Ebene wesentlich mehr Gestaltungsmöglichkeiten als bis dahin erhielten. Der integrative Ansatz war und ist eine Weichenstellung für Verlagerungen zwischen den

verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens. Damit war der ÖSG 2006 auch eine erste Basis für die Umsetzung und für weitere Schritte der Gesundheitsreform.

Im Berichtszeitraum wurde mit dem LKF-Modell 2009 eine maßgebliche Neustrukturierung des LKF-Leistungskataloges erarbeitet. Zielvorstellung war die Schaffung einer einheitlich strukturierten und besser vergleichbaren Leistungsdokumentation im ambulanten und stationären Sektor.

In die Weiterentwicklung des LKF-Systems sollen auch die Erkenntnisse einer geplanten wissenschaftlichen Evaluierung des LKF-Systems einfließen. Die diesbezüglichen Arbeiten sind bereits in fortgeschrittenem Zustand.

In der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2013 wurde nun der Schwerpunkt auf die Planung des ambulanten Bereichs gelegt. Ziel ist die Sicherstellung einer möglichst gleichmäßigen regionalen Versorgung mit medizinischen Leistungen

Ein weiterer Entwicklungsschritt in der neuen Vereinbarung ist in der Übereinkunft der Vertragsparteien zu sehen, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen verstärkt an Public-Health-Grundsätzen zu orientieren.

Psychosoziale Versorgung

(siehe Abschnitt 6.5, Seite 65 ff.)

Die planerischen Grundlagen für die psychiatrische Versorgung inklusive der Qualitätskriterien sind nunmehr Teil des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG). Im Berichtszeitraum wurden Qualitätskriterien für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sowie für die längerfristige Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen entwickelt und in den ÖSG aufgenommen. Entsprechend dem integrativen Ansatz des ÖSG sind auch für diese beiden Bereiche Anforderungen an die außerstationäre Versorgung berücksichtigt.

Schwerpunkte der Arbeiten im Berichtszeitraum waren die Untersuchung der Versorgungsstruktur im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen, die Evaluierung der tagesklinischen Versorgung sowie die Erstellung von Grundlagen zur Evaluierung der außerstationären psychiatrischen Versorgung.

In Folge der 2005 veröffentlichten „Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit“ wurde vom Gesundheitsressort der Beirat für Psychische Gesundheit eingerichtet. Seither wurden vier Themenbereiche in Angriff genommen (Pilotstudie zur Prävalenz psychischer Störungen, „Replikationsstudie Stigma-Erhebung“; Projekt „Behandlungspfade psychisch Kranker „PSY-PFADE 1“, „Schizophreniebericht“).

Zur Integration der außerstationären allgemeinpsychiatrischen Versorgung in den ÖSG wurden Vorarbeiten zur Schaffung einer einheitlichen Datenbasis durchgeführt.

2008 standen 3.325 Betten für die allgemeinpsychiatrische, 397 für die kinder- und jugendpsychiatrische und 905 für die längerfristige Sucht-Versorgung zur Verfügung. Im Berichtszeitraum ist die Gesamtzahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund psychiatrischer Hauptdiagnosen weitgehend stabil geblieben (rund 1.370 Aufenthalte pro 100.000 EW und Jahr). Die Anzahl der Krankenhausaufent-

halte in den Abteilungen und Krankenhäusern für Psychiatrie nahm hingegen von rund 890 im Jahr 2005 auf 955 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2007 zu. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die trotz psychiatrischer Hauptdiagnose außerhalb der stationären psychiatrischen Versorgung behandelt wurden, ist gesunken.

Der Ausbau wohnortnaher, dezentraler psychiatrischer Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern ist ein wesentlicher Indikator der Psychiatriereform. Im Berichtszeitraum wurden psychiatrische Abteilungen in Eisenstadt, Baden, Braunau und Steyr eröffnet. Weitere fünf dezentrale Abteilungen sind in Planung. Insgesamt ist die Anzahl der dezentralen Abteilungen für Psychiatrie von zehn im Jahre 2004 mit 613 Betten (inklusive Tagesklinikplätze) auf 15 mit 806 Betten (inklusive Tagesklinikplätze) im Jahre 2008 gestiegen.

In sämtlichen Bundesländern gibt es entweder eigene Psychiatriepläne oder Planungen dieses Bereichs innerhalb der Regionalen Strukturpläne. Mit Ausnahme der Steiermark ist jedoch in keinem Land eine Psychiatriekoordination als eigenständige Stabstelle eingerichtet.

Im ÖSG sind Qualitätskriterien für die akutstationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychosomatischem Behandlungsbedarf inkludiert. Mit Stand 2007 sind insgesamt 433 Betten für die psychosomatische Versorgung in den österreichischen Krankenanstalten eingerichtet. Um die angestrebte niederschwellige frühzeitige Erfassung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychosomatischem Behandlungsbedarf sowie die Integration psychosomatischer Expertise in die somatische ärztliche Diagnostik und Therapie und in die Pflege zu erreichen, ist der Ausbau von Konsiliar- und Liaisondiensten zu forcieren. Der ÖSG sieht vor, dass an jeder Krankenanstalt ein solches Angebot vorzuhalten ist. Zudem wurden für den Konsiliar- und Liaisondienst Qualitätskriterien erarbeitet und weiter entwickelt.

Weiters wird im Auftrag des Gesundheitsressorts laufend das „Netzwerk Psychosomatik“ aufgebaut. Für die österreichische Gesundheitsversorgung bietet es eine effiziente Möglichkeit, regional wie überregional und themenbezogen psychosomatisch kompetente Ansprechpersonen im ambulanten und stationären Bereich zu kontaktieren, Beratungs- und Behandlungsempfehlungen einzuholen und eine gezielte psychosomatische Fachbehandlung in die Wege zu leiten.

Der psychotherapeutische und die beiden psychologischen Berufe (Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie) sind seit zwanzig Jahren gesetzlich geregelt. Psychotherapeutische Behandlung und die klinisch-psychologische Diagnostik sind der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen. Im Berichtszeitraum wurde eine Regierungsvorlage für ein Musiktherapiegesetz (MuthG) ausgearbeitet, das mittlerweile in Kraft trat (BGBl I 2008/93).

Im Zuge der kontinuierlichen Aktivitäten des Gesundheitsressorts zur Qualitätssicherung wurde im Berichtszeitraum eine Internetrichtlinie mit Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet erstellt. Weiters wurde in Folge der Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeuten ein umfangreiches Manual zum psychotherapeutischen Status entwickelt und veröffentlicht. Auch der professionelle Umgang mit dem Einholen der Einwilligung in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie -psychologie wurde nunmehr in einem kompakten Informationspapier publiziert.

Mit Stichtag 31. 12. 2007 sind 6.442 Personen in der Psychotherapeutenliste eingetragen. Die Berufsgruppe ist in den vergangenen fünf Jahren langsam gewachsen. Das psychotherapeutische Angebot konzentriert sich vor allem auf die größeren Städte und deren Umland.

Die Anzahl der klinischen Psychologinnen und Psychologen beträgt derzeit 5.456 Personen (Stichtag: 31. 12. 2007). Der Großteil der klinischen Psychologinnen und Psychologen arbeitet im städtischen Bereich. In ländlichen Regionen existiert zum Teil ein sehr geringes Angebot.

Das gesundheitspolitische Grundanliegen der Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung ist mittlerweile in einigen Regionen umgesetzt bzw. steht auf der Agenda der regionalen Strukturplanung Gesundheit der Bundesländer. Die extramurale psychosoziale Versorgung hat inzwischen ein Grundangebot in jeder Region implementiert. Die Nahtstellen zwischen stationärem und extramuralem Bereich sowie die zum sozialen Versorgungssektor müssen jedoch weiterentwickelt werden. Insbesondere ist dies für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung der besonders vulnerablen Zielgruppen (z. B. von Kindern und Jugendlichen sowie betagten Menschen) mit ihren komplexen Problemlagen unverzichtbar.

Sektorenübergreifende Versorgung und interdisziplinäres Arbeiten sind darüber hinaus auch an den Schnittstellen zwischen psychosozialer und somatischer Versorgung weiterhin ein zentrales Anliegen. Die Forcierung biopsychosozialer Konsiliar- und Liaisondienste nicht nur im akutstationären Sektor, sondern auch in ambulanten Versorgungsangeboten sowie in der langfristigen Versorgung von psychisch und/oder somatisch chronisch erkrankten Menschen scheint hier, wie internationale Erfahrungen zeigen, zukunftsweisend zu sein.

Die kontinuierliche Beobachtung der Entwicklung der psychosozialen Versorgung, der Berufsgruppen und ihrer Ausbildung sowie der Wirksamkeit der Behandlungsmodelle werden weiterhin Grundlagen für eine bedarfsorientierte Versorgungsplanung bleiben.

Suchterkrankungen

(Abschnitt 6.6, Seite 73 ff.)

Suchterkrankungen stellen eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung dar. Es gibt in Österreich etwa 340.000 Alkoholranke und weitere rund 715.000 Personen mit Alkoholmissbrauch. Rund 9.000 Personen sterben in Österreich jährlich an den Folgen von Tabakkonsum (Pock et al. 2008). Etwa 22.000 bis maximal 33.000 Personen weisen einen problematischen Opiatkonsum bzw. Mehrfachkonsum von illegalen Drogen auf. Der Wissensstand zum Konsum psychoaktiver Substanzen hat sich im Berichtszeitraum durch Maßnahmen des Gesundheitsressorts zur laufenden Verbesserung des Monitorings verbessert.

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 sowie mit anderen mit Suchtprävention befassen Bundesministerien. Suchtpräventive Projekte und Maßnahmen werden vom Fonds Gesundes Österreich⁴ (FGÖ) finanziell unterstützt.

⁴ Seit 1. 8. 2006 ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (vgl. BGBl I 2006/132).

Im Jahr 2007 wurde als ständiges Gremium das österreichische Alkoholforum installiert, das sich in beratender Funktion mit Fragen der nationalen Alkoholpolitik beschäftigt. Um Empfehlungen zu erarbeiten, wurden vier Arbeitsgruppen (u. a. zu Prävention, Wirtschaft) eingerichtet. Die Alkoholkoordinations- und Informationsstelle (AKIS) dient weiterhin als zentrale Drehscheibe für Datensammlung und -aufbereitung und Wissensmanagement im Alkoholbereich. Der FGÖ widmete im Berichtszeitraum dem Thema Alkohol zwei Kampagnen.

Schwerpunkte im Tabakbereich waren vor allem Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums; insbesondere wurde ein Mindest-Kleinverkaufspreis für Tabakerzeugnisse festgelegt (Tabakgesetznovelle und Mindestpreisregelungsverordnung 2006) und das „Rauchertelefon“ geschaffen. Im Herbst 2007 wurde der Entwurf einer Tabakgesetznovelle betreffend Nichtrauchererschutz in der Gastronomie vorbereitet, die Ende 2008 erlassen wurde. Im Bereich Prävention wurden neben dem Projekt „Die rauchfreie Schule“ auch einige Kampagnen durchgeführt. Für die nächsten Jahre sind vor allem weitere rechtliche Maßnahmen, insbesondere im Bereich des Nichtrauchereschutzes, vorgesehen.

Die Schwerpunkte des Gesundheitsressorts im Bereich illegale Drogen lagen in den letzten Jahren auf Sicherheits- und Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Substitutionsbehandlung und auf der Weiterentwicklung des Monitoringsystems (z. B. DOKLI, Suchtmittel-Datenevidenz). Weiters wurde die Einrichtung eines Informations- und Frühwarnsystems über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum vorbereitet, die Umsetzung startete 2008. Das österreichische Netz der Drogenhilfe wird durch jährliche Förderungen unterstützt. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Verbesserung des Drogenmonitorings sollen auch in Zukunft fortgesetzt werden.

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

Gesundheitsförderung und -vorsorge

(Abschnitt 6.7, Seite 80 ff.)

Die österreichischen Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention orientieren sich am diesbezüglichen 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 zu befähigen (Empowerment). 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.

Diese Tendenz dokumentiert sich auch in der Gesundheitsreform 2005 (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006; BMGF 2006), in der u. a. festgelegt wurde, dass Gesundheitsleistungen in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht und unter Berücksichtigung der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung entwickelt werden müssen.

Gesundheitsförderung und Vorsorge werden auch in Zukunft einen hohen Stellenwert haben. Im Regierungsprogramm 2007 bis 2010 wird eine Ausweitung von Prävention und Gesundheitsförderung auf inhaltlicher, struktureller und finanzieller Ebene als Ziel definiert, wobei die Menschen in

ihren Lebensumwelten erreicht werden sollen. Vorgesehen ist insbesondere ein Gesundheitsförderungsgesetz, das u. a. eine Zielvereinbarung bezüglich Förderung gesunder Lebensumwelten wie Lebensstile, die Bündelung der Aktivitäten und eine epidemiologisch abgesicherte Präventions- und Gesundheitsberichterstattung sowie entsprechende Forschung und Evaluierung sicherstellen soll. Im Bereich Vorsorge werden der Einsatz von Impfprogrammen und der Aufbau von systematischen Screeningprogrammen (Brustkrebs, Darmkrebs und Prostata) als Ziele hervorgehoben.

Gesundheitsförderung

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wurde 2006 bei gleichbleibenden Aufgaben in eine neue organisatorische Struktur übergeführt (Gesundheit Österreich GmbH). Im selben Jahr wurde die Arbeit des FGÖ im Zeitraum 2002 bis 2005 evaluiert; dabei konnte eine deutliche Qualitätserhöhung der Tätigkeiten gegenüber der letzten Evaluierung festgestellt werden. Im Berichtszeitraum wurden beim FGÖ 440 Projekte eingereicht und 291 Projekte genehmigt oder dem Kuratorium zur Genehmigung empfohlen, die am häufigsten den Bereich „Umfassende Gesundheitsförderung“ betrafen. Die Schwerpunkte (themenspezifisch: Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit; zielgruppenspezifisch: Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich, Erwerbstätige in Klein- und Mittelbetrieben, ältere Menschen), in denen der FGÖ spezielle Aktivitäten setzt und an einer Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins arbeitet, wurden im Berichtszeitraum beibehalten und ab 2007 um das Thema Herz-Kreislauf-Gesundheit ergänzt.

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. Das österreichische Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ wurde durch das Projekt „Gesunde Schule“ ersetzt, das auf eine nachhaltige und qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen abzielt. Dieses Vorhaben soll durch eine Reihe von Maßnahmen erreicht werden, wie z. B. den Aufbau einer Organisationsstruktur zur schulischen Gesundheitsförderung in Österreich, die Darstellung der relevanten aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die Schaffung eines bedarfsorientierten und qualitätsgesicherten Dienstleisterpools oder die Entwicklung und Erprobung von Qualitätssicherungsinstrumenten für die schulische Gesundheitsförderung (vgl. www.gesundeschule.at).

Das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ (ÖNGK) wurde im Einklang mit den internationalen Entwicklungen auf gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtungen ausgedehnt. Seit 2006 ist das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (ÖNGKG) als gemeinnütziger Verein aktiv, den das Gesundheitsressort als förderndes Mitglied unterstützt (vgl. www.ongkg.at).

In Hinblick auf zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung wurden u. a. Maßnahmen für Frauen, Kinder und sozial benachteiligte Gruppen gesetzt. Im Auftrag des Gesundheitsressorts wurde der Frauengesundheitsbericht 2005 erstellt und ein Gesundheitsdialog zum Thema „Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Maßnahmen und Strategien“ initiiert. Frauengesundheit war eines der beiden gesundheitspolitischen Schwerpunktthemen im Rahmen der österreichischen EU-Präsidentschaft im Jahr 2006. In Kooperation mit dem Umweltressort wurde im Jahr 2007 der „Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Österreich“ erstellt und im Auftrag des Gesundheitsressorts das Projekt „Kids: healthy feet – healthy life“ durchgeführt. Im Rahmen der Gesundheitsbefragung

2006/07 wurden soziale Faktoren vertiefend berücksichtigt und in einer eigenen Publikation dargestellt („Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit“). Bei den jährlichen Zahnstatuserhebungen wurde ein besonderer Schwerpunkt auf (Kinder mit) Migrationshintergrund gelegt, eine Projektgruppe verfasste einen Bericht zu „Interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen“, und der FGÖ widmete eine Präventionstagung dem Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“. Die zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung soll in Zukunft weiter forciert werden.

Themenspezifisch wurde im Berichtszeitraum ein Schwerpunkt auf Ernährung gelegt. Seitens der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) wurde 2007 ein Workshop zum Thema „Ernährungsprävention in Österreich“ organisiert; in der Folge wurde in Kooperation mit Gesundheitsressort und Hauptverband der Sozialversicherungsträger das Projekt „Richtig essen von Anfang an“ in Auftrag gegeben, das einen Maßnahmenkatalog zur Stärkung der gesundheitsfördernden Elemente der Ernährung entwickeln soll. Weiters wurde eine Broschürenreihe zum Thema „Gesunde Ernährung“ aufgelegt.

Gesundheitsvorsorge

In Hinblick auf die Gesundheit von Mutter und Kind wurde ein Schwerpunkt auf das Thema Stillen gelegt. Die 2004 gegründete Stillkommission erstellte Empfehlungen, eine repräsentative Studie lieferte Ergebnisse zur „Säuglingsernährung heute 2006“, und die Broschüre „Stillen – ein guter Beginn“ wurde aktualisiert.

Im Jahr 2005 startete die Umsetzung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU NEU), die eine Weiterentwicklung auf Grundlage der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse darstellt. Die VU NEU zielt neben der Früherkennung insbesondere auch ab auf Aufklärung und Unterstützung von gesundheitsfördernden Veränderungen des Lebensstils bei den Kernthemen Bewegung, Ernährung und Rauchen. Zur Stärkung der Teilnahmemotivation wurde ein Einladesystem installiert. Die Erfahrungen und Ergebnisse der Umsetzung sollen in den nächsten Jahren evaluiert werden.

Im Berichtszeitraum wurde die Umsetzung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screening-Programms im Einklang mit den EU-Leitlinien begonnen. Es starteten Pilotprojekte in einigen Bundesländern; die an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtete Koordinationsstelle unterstützt mit ihren Maßnahmen die Einführung der Qualitätsstandards. Weiters wurde mit dem Aufbau einer standardisierten Brustkrebsberichterstattung ein neuer Aufgabenbereich übernommen, der in Zukunft wesentliche Einblicke in die Versorgungssituation in Österreich liefern soll und für die Ergebnisqualitätsmessung der Pilotprojekte von Relevanz ist. Geplant ist eine bundesweite Qualitätsrichtlinie für Mammographie-Screening.

Kariesprophylaxeaktivitäten gibt es inzwischen fast flächendeckend für alle Kinder. Die Erfolge dieser Aktivitäten lassen sich an den Ergebnissen der Zahnstatuserhebungen ablesen, die auch auf den jährlichen Fachtagungen der an der GÖG eingerichteten Koordinationsstelle Zahnstatus diskutiert werden. 2006 wurde eine aktuelle Dokumentation der Kariesprophylaxeaktivitäten erstellt, die bestätigt, dass wichtige Schritte in Richtung orale Prävention gesetzt werden. Seitens des Obersten Sanitätsrats – Kommission für Zahnmedizin und Prophylaxe wurden Empfehlungen zur Fluoridprophylaxe und zur Interdentalreinigung sowie Standards für die Gruppenprophylaxe erarbeitet.

Themenspezifisch wurde im Berichtszeitraum ein Schwerpunkt auf Diabetes gelegt. 2005 wurde der Österreichische Diabetesplan erstellt. Diabetes mellitus war eines der gesundheitspolitischen Schwerpunktthemen im Rahmen der EU-Präsidentschaft im Frühjahr 2006. Im Vorfeld erstellte das ÖBIG eine Studie zum Thema, während der Präsidentschaft fand in Wien eine EU-Konferenz zur Prävention von Typ-2-Diabetes statt.

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. Seit Einführung des Epidemiologischen Meldesystems (EMS) mit 1. 1. 2009 werden alle meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten auf Basis einer elektronischen Einzelfallmeldung erfasst.

Der im Jahr 2005 veröffentlichte Pandemieplan wurde seither weiterentwickelt. 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.

Die Bekämpfung der Zoonosen wurde mittels einer eigenen EU-Richtlinie gesondert geregelt, die durch das Bundesgesetz zur Überwachung von Zoonosen und Zoonoseerregern (BGBl I 2005/128) auf nationaler Ebene umgesetzt wurde. Für den Humanbereich ist dabei die verpflichtende Abklärung lebensmittelbedingter Krankheitsausbrüche besonders wichtig. Weiters wurden auf Bundes- und Landesebene Zoonosen-Kommissionen eingerichtet, die koordinativ tätig sind. Mit diesem Gesetz ist die Grundlage für die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Überwachung, Untersuchung und Verhütung von Zoonosen geschaffen worden.

Um die EU-weite Situation betreffend Infektionskrankheiten realistisch darzustellen, ist es notwendig, vergleichbare Daten zu sammeln. Daher wurden Falldefinitionen entwickelt und von der EU-Kommission verbindlich festgelegt. Um eine Verbesserung der Datenqualität zu gewährleisten und die Datenübermittlung zu beschleunigen, wurde in Österreich das Epidemiologische Meldesystem implementiert.

Aktivitäten betreffend Überwachung und Bekämpfung der nosokomialen Infektionen (NI) und der antimikrobiellen Resistenz (AMR) umfassten die jährliche Veröffentlichung eines umfassenden nationalen Berichts zur Resistenzlage seit 2005 (AURES), die flächendeckende Erhebung des Antibiotikaverbrauchs im niedergelassenen Bereich und die punktuelle Erfassung des Verbrauchs in Spitälern seit dem Jahr 2002, ein umfangreiches Assessment des ECDC im Jahr 2007 sowie die Beteiligung am Europäischen Antibiotikatag 2008.

Weitere Schwerpunkte kommender Arbeiten im Bereich der Infektionskrankheiten liegen im Erstellen von Aktions- bzw. Alarmplänen und in der Verbesserung von Infektionsüberwachung und Ausbruchsbekämpfung (nationale Adaptierung des Konzepts eines „Generic Preparedness Plan“), im weiteren Ausbau des Epidemiologischen Meldesystems sowie in der Verbesserung der Datenqualität sowie in der Intensivierung der Zusammenarbeit des BMG mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten.

Mit der Überarbeitung der PROHYG-Leitlinie (= Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene), die eine wesentliche Grundlage für die Qualitätskontrolle der Krankenhaushygiene darstellt, wurde bereits begonnen.

Transplantationswesen

(siehe Abschnitt 6.8, Seite 92 f.)

Im Berichtszeitraum wurden Maßnahmen zur Förderung der Organspende in die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG (über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005 bis 2007 sowie 2008 bis 2013) aufgenommen sowie „Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens“ von der Bundesgesundheitsagentur erlassen. Darüber hinaus wurde ein Entwurf für eine EU-Richtlinie im Bereich der Organspende und Organtransplantation erarbeitet, der am 8. Dezember 2008 dem Europäischen Parlament und dem Rat zur weiteren Befassung übergeben wurde.

Österreich hat inklusive der Spenderinnen und Spender aus Bozen mit derzeit zwanzig Organspendenden pro Million EW (2008) ein Spenderaufkommen, das sich im internationalen Mittelfeld bewegt, bleibt mit der Anzahl an gemeldeten Organspendern jedoch hinter dem gewünschten Zielwert von dreißig Organspendenden pro Million EW deutlich zurück.

Gemäß den erwähnten Richtlinien ist eine Fortführung bzw. auch Erweiterung der oben genannten Maßnahmen und Aktivitäten vorgesehen. Zu den wichtigsten Neuerungen des Förderprogramms zählt die Einrichtung eines weiteren regionalen Transplantationsreferenten für die Region Ost in Wien. Somit sollen insgesamt fünf regionale Transplantationsreferenten zum Einsatz kommen. Weiters sollen in der kommenden Förderperiode in den wichtigsten spenderbetreuenden Abteilungen zentrale Ansprechpersonen (lokale Transplantationsbeauftragte) nominiert werden, um die Meldung und den Ablauf der Organspende in Österreich zu optimieren.

Die Tätigkeit der bei GÖG/ÖBIG eingerichteten Koordinationsstelle für Gewebetransplantation wurde im Zeitraum 2005 bis 2007 fortgesetzt. Der Schwerpunkt der Arbeiten im Berichtszeitraum lag bei den Gewebearten Knochen, Hornhaut und Herzklappen sowie im Jahr 2007 Haut und Hautersatzstoffe. Die Umsetzung der Richtlinien des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen (2004/23/EG), zur Gewährleistung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Spende, Entnahme sowie Testung von menschlichem Gewebe und Zellen (2006/17/EG) und zu Anforderungen bezüglich Rückverfolgung und Meldung schwerwiegender Zwischenfälle (2006/86/EG) wurde mit 19. März 2008 durch das Gewebesicherheitsgesetz verlautbart. 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 Gewebepräparaten erhoben. Im Zuge der Befragungen zeigt sich, dass der nicht gedeckte Bedarf nicht immer allein auf die unzureichende Verfügbarkeit von Gewebepräparaten, sondern auch auf organisatorische Mängel sowie – da Ersatzstoffe mitunter günstiger sind – auf finanzielle Gründe zurückzuführen ist.

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. Im Jahr 2007 kam es zu einem deutlichen Rückgang auf 360 Transplantationen, wobei sich diese Verringerung durch eine Reduktion der autologen Transplantationen (–15,7 % im Vergleich zu 2006) erklären lässt. Diese Tendenz ist international beobachtbar. Bei den allogenen Transplantationen hingegen wurde ein Anstieg um 6,6 Prozent verzeichnet.

Die inhaltliche Fortführung der Arbeiten soll nach Auflösung der „Kommission für die Weiterentwicklung des österreichischen Stammzellspende und Transplantationswesens“ durch die Einbindung dieser Bereiche in den Transplantationsbeirat weiterhin gewährleistet bleiben. In der Förderperiode 2009 bis 2013 sollen die Arbeitskräfte in den SZT-Zentren bei der Suche nach passenden nicht verwandten Spenderinnen und Spendern sowie für die Wartung der Spenderdateien weiterhin finanziell unterstützt werden. Das österreichische Stammzell-Register erhält in der Periode 2009 bis 2013 weiterhin Fördermittel in Höhe von jährlich maximal 33.600 Euro.

Onkologische Versorgung

(siehe Abschnitt 6.9, Seite 105 f.)

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten zu gewährleisten, wurden in den letzten Jahren u. a. auch organisatorische Bemühungen unternommen bzw. weitergeführt. Dabei konnten unter anderem die Qualitätskriterien für die Versorgung von Krebskranken insofern weiterentwickelt werden, als gemeinsam mit den Fachgesellschaften der an der Krebsversorgung beteiligten medizinischen Sonderfächer Präzisierungen der Strukturqualitätskriterien vorgenommen wurden. Ergänzend zu diesen Präzisierungen wurde festgelegt, dass die Durchführung von onkologischer Versorgung sowie die Abhaltung von Tumorboards auf interdisziplinärer Basis zu erfolgen hat. Die entsprechenden Vorgaben haben Eingang in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gefunden.

Krebskranke Kinder und Jugendliche bedürfen einer aufwendigen und umfassenden Spezialdiagnostik und eines schwierigen, personal- und zeitintensiven Versorgungsmanagements in spezialisierten stationären und semistationären Einrichtungen. Dies erfordert, 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 Anhaltzahlen für das erforderliche Personal zu ermitteln. Aus Gründen der Erreichbarkeit und unter Beachtung auf die epidemiologische Lage sowie zum Zweck der Qualitätssicherung sind für Österreich fünf Zentren vorgeschlagen worden. Die für die Versorgung von krebskranken Kindern und Jugendlichen entwickelten Anforderungen und Qualitätskriterien haben in den ÖSG Eingang gefunden.

In Österreich gibt es derzeit zehn Standorte mit nuklearmedizinischen Therapiebetten, an denen rund 2.400 stationäre Therapien mit Radionukliden pro Jahr durchgeführt werden. Aufgrund neuer Therapieformen und der Bevölkerungsentwicklung ist ein Anstieg der stationären Therapiezahlen zu erwarten, wegen des anzunehmenden Absinkens der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer wird das derzeitige Versorgungsniveau bei gleichzeitiger Beseitigung grober regionaler Versorgungsdisparitäten beibehalten werden können.

Zurzeit gibt es österreichweit 13 Standorte, an denen Strahlentherapien durchgeführt werden, zwei zusätzliche Standorte sind in Planung.

Die gemeinsam mit den Fachgesellschaften der an der Krebsversorgung beteiligten medizinischen Sonderfächer erarbeiteten Qualitätskriterien für die jeweiligen Sonderfächer sollen ebenso wie die Anforderungen an die pädiatrisch-hämatologisch-onkologische Versorgung bei künftigen Revisionen

des ÖSG weiterentwickelt werden. Darüber hinaus wird es Aufgabe der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sein, jeweilige Krankenanstalten den definierten Versorgungsstufen zuzuordnen.

In-vitro-Fertilisation

(Abschnitt 6.10, Seite 107 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, in der Fassung 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 (BMG) ein Fonds zur Mitfinanzierung der In-vitro-Fertilisation eingerichtet.

Im Berichtszeitraum wurden mit Unterstützung des IVF-Fonds 14.013 IVF-Versuche von 12.390 Kinderwunschaaren durchgeführt. Im Jahr 2005 wurden IVF-Fonds-Versuche in 24 Vertragskrankenanstalten durchgeführt. Die Anzahl der Vertragskrankenanstalten erhöhte sich bis zum Jahr 2007 auf 26. Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion lag im Jahr 2005 durchschnittlich bei 31,1 Prozent und stieg im Jahr 2007 auf durchschnittlich 32,6 Prozent (vgl. Tabelle 6.12). Im Jahr 2008 stieg die Anzahl der Paare, die Leistungen des IVF-Fonds in Anspruch nehmen, um etwas mehr als 1 Prozent auf 4.483 an. Die durchschnittliche Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion verringerte sich geringfügig auf 32,5 Prozent.

Blut und Blutprodukte

(siehe Abschnitt 6.11, Seite 108 f.)

Zur Umsetzung der gesetzlich geregelten Meldepflicht von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ging das österreichische Hämovigilanz-Register mit 1. Jänner 2003 in Betrieb. Die Aufgaben des Registers werden durch GÖG/ÖBIG und die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wahrgenommen.

Im Berichtszeitraum wurde neben dem Verfassen der Hämovigilanzberichte die Hämovigilanzverordnung fertiggestellt. Diese trat Mitte 2007 in Kraft. Im Zuge dessen mussten Anpassungen im österreichischen Hämovigilanz-System vorgenommen werden. Neben den nunmehr neu zu meldenden ernstesten unerwünschten Zwischenfällen und Reaktionen im Rahmen des Herstellungsprozesses wurden mit der Hämovigilanzverordnung auch weitgreifende Meldepflichten zum Schutz von Spenderinnen und Spendern sowie Empfängerinnen und Empfängern berücksichtigt. Weiters fanden bereits Vorarbeiten zur Übergabe des Hämovigilanz-Registers an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) statt, die Mitte 2008 erfolgte.

Bezüglich des Blutverbrauchs zeigt sich über die vergangenen Jahre ein konstanter Verlauf. Mit rund 50 transfundierten Erythrozytenkonzentraten pro 1.000 Einwohner befindet sich Österreich im europäischen Spitzenfeld. Die Entwicklung wird auch in den kommenden Jahren weiter beobachtet werden. Auch in Zukunft sind Bemühungen zur weiteren Erhöhung der Sicherheit im Bereich Blut und Blutprodukte und zur Verringerung der Transfusions- und Verwurfraten anzustellen.

Arzneimittel

(Abschnitt 6.12, Seite 109 ff.)

Anfang 2006 nahmen die beiden neu gegründeten Institutionen Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) und PharmMed (ein AGES-Geschäftsbereich) ihre Tätigkeit auf. Sie sind nunmehr anstelle des Gesundheitsministeriums für Angelegenheiten der Arzneimittelzulassung und -sicherheit zuständig.

Im Bereich Arzneimittelpreisbildung und -erstattung war der Berichtszeitraum von der Umsetzung des Arzneimittelpakets 2003 geprägt. Anfang 2005 wurde der neue Erstattungskodex eingeführt; die Anzahl der darin enthaltenen Arzneimittel ist im Berichtszeitraum gestiegen und betrug am 1. Jänner 2008 rund 5.900. Infolge des Beitritts neuer Mitgliedstaaten zur Europäischen Union wurde das EU-Durchschnittspreisverfahren für Arzneimittel, deren Aufnahme in den Erstattungskodex beantragt wird, entsprechend erweitert.

Neben der Preisregelung setzte das Gesundheitsressort verstärkt auf Maßnahmen zur Mengensteuerung sowie auf einen vernünftigen Einsatz von Arzneimitteln. Der Ausschuss für den rationalen Einsatz von Arzneimitteln wurde als Unterausschuss des Arzneimittelbeirates eingerichtet.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten wichtige Maßnahmen waren die Deckelung der Rezeptgebühr mit zwei Prozent des Jahreseinkommens (Jänner 2008) und die Halbierung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf zehn Prozent (Jänner 2009).

Neben den nationalen Agenden war das Gesundheitsressort stark in europäische Aktivitäten eingebunden, etwa beim Pharmaceutical Forum der Europäischen Kommission (2005 bis 2007) und im Rahmen von EU-Projekten (z. B. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information – PPRI).

Medizinprodukte

(Abschnitt 6.13, Seite 116 ff.)

Da der Bereich Medizinprodukte einen Bereich mit hohem Innovationsgrad darstellt, unterliegen die europäischen Richtlinien für Medizinprodukte und deren nationale Umsetzung in österreichisches Recht durch das Medizinproduktegesetz (MPG) einem ständigen Aktualisierungs- und Anpassungsprozess.

Im Berichtszeitraum wurde das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) geschaffen, das mit 2. Jänner 2006 operative Agenden im Medizinproduktebereich übernommen hat.

Durch die am 2. April 2007 in Kraft getretene Medizinproduktebetreiberverordnung wurde das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten in Einrichtungen des Gesundheitswesens detailliert geregelt.

Im Berichtszeitraum wurde das österreichische Medizinprodukteregister (MPR) erweitert. Ende 2007 hatten über 1.000 Unternehmen rund 3.500 Medizinprodukte und 1.070 IVD gemeldet; außerdem waren 305 Zertifikate im MPR vermerkt.

Ein Meilenstein auf EU-Ebene ist die verpflichtende Verwendung der zentralen Medizinproduktedatenbank EUDAMED, an welche die nationalen Register voraussichtlich ab 2010/2011 zu melden haben. Dafür sind umfangreiche nationale Vorarbeiten, wie die Umstellung aller bisherigen Freitextmeldungen auf ein international anerkanntes Klassifizierungssystem oder die Einrichtung einer technischen Schnittstelle erforderlich.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

(Abschnitt 6.14, Seite 118 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 als unabhängiger Gutachter für den Staat und die Gesellschaft. Seine Entwicklung darf nicht hinter der Entwicklung des restlichen Gesundheitswesens zurückbleiben. Dem BMG 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.

3.4 Ausbildung und Ausbildungsreform

Ärzterschaft

(Abschnitt 7.1, Seite 120)

Nach einer Änderung des Ärztegesetzes können seit 1. 1. 2006 für die Ausbildung auf den Gebieten der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch Krankenabteilungen in Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind und Krankenabteilungen in Justizanstalten von der Österreichischen Ärztekammer als Ausbildungsstätten anerkannt werden.

Mit 1. 2. 2007 trat in Österreich eine neue Ärztinnen-/Ärzteausbildungsordnung (ÄAO 2006) in Kraft, welche u. a. Begriffsbestimmungen zu „Kenntnissen“, „Erfahrungen“ und „Fertigkeiten“ enthält, eine Umgestaltung des Sonderfaches Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie mit verkürzter Ausbildungsdauer, eine Erweiterung des Aufgabengebietes des Sonderfaches Kinder- und Jugendheilkunde und die Ausweitung der Schwerpunktsetzung im Rahmen der Additivfachausbildung „Neonatalogie und Intensivmedizin“ regelt. Zudem werden regelmäßige, zu dokumentierende Ausbildungsevaluationsgespräche zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Turnusarzt und die Verpflichtung, die Rasterzeugnisse nach Absolvierung der jeweiligen Mindestausbildungszeit in den Ausbildungsfächern unverzüglich dem Turnusarzt auszustellen, in der Verordnung geregelt. Durch die Einführung des Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie inklusive der diversen Additivfächer wurde ein Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendmedizin mit einer Optimierung der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gesetzt.

Mit 13. Februar 2008 (BGBl II 2008/56) kam zu den bereits vorhandenen medizinischen Fakultäten in Graz, Innsbruck und Wien die Paracelsus-Universität als medizinische Privatuniversität in Salzburg dazu.

Zahnärzteschaft

(Abschnitt 7.2, Seite 121)

Mit Inkrafttreten des Zahnärztegesetzes (BGBl I 2005/156) im Rahmen der 7. Ärztegesetz-Novelle wurde der Zahnarzt aus dem Ärztegesetz herausgelöst. Es enthält die berufsrechtlichen Regelungen für Zahnärzte und Dentisten. Mit dem Zahnärztekammergesetz (ZÄKG) wurde die neue Landesvertretung für die Angehörigen des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs beschlossen. Gleichzeitig wurde im Rahmen des Zahnärztereform-Begleitgesetzes (BGBl I 2005/155) das Dentistengesetz aufgehoben. Für die Anerkennung der zahnärztlichen Lehrpraxen ist mit der Zahnärztekammer die eigene Interessenvertretung zuständig. Die ehemalige Ausbildung zum Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Rahmen eines postpromotionellen Lehrganges wurde durch das eigenständige Studium der Zahnheilkunde abgelöst. Zahnärzte erlangen bereits unmittelbar nach Beendigung des Studiums mit dem Doktorat für Zahnheilkunde (Dr. med. dent.) die Berechtigung für eine eigenständige Ausübung des Berufes. Die Ausbildungsinhalte der Zahnärzte sind durch studienrechtliche Vorschriften geregelt.

Nichtärztliche Gesundheitsberufe

(Abschnitt 7.3, Seite 122)

Im Zusammenhang mit dem am 6. Juli 2005 vom Nationalrat beschlossenen Behindertengleichstellungspaket (BGBl I 2005/82), das am 1. Jänner 2006 in Kraft getreten ist, sollen sämtliche Bestimmungen in der Rechtsordnung beseitigt werden, die Menschen mit Behinderungen benachteiligen bzw. von Menschen mit Behinderungen als benachteiligend empfunden werden können. Zukünftig wird der generelle Begriff „gesundheitliche Eignung“ bzw. „Gesundheitszustand“ anstelle der „körperlichen Eignung“ bzw. „körperlichen und geistigen Eignung“ bei allen Gesundheitsberufen verwendet (Bundes-Behindertengleichstellungs-Begleitgesetz; BGBl I 2006/90).

Seitens des BMG wurde empfohlen, Absolventinnen und Absolventen in den angeführten Gesundheitsberufen (ausgenommen Sanitätshilfsdienste) gemeinsam mit dem Diplom/Abschlussprüfungszeugnis die entsprechende Europass-Zeugniserläuterung auszuhändigen. Sie beschreibt Fähigkeiten und Kompetenzen, die man im Rahmen der beruflichen Ausbildung erworben hat und erleichtert insbesondere Arbeitgebern und Organisationen im Ausland eine Einschätzung des gesamten berufsbildenden Schulabschlusses.

Das Gesundheitsressort hat Beschreibungen der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe in Österreich mit Informationen zu Berufsbild und Tätigkeitsbereich, Berufsbezeichnung, Ausbildung und Rechtsgrundlagen herausgegeben. Die laufend aktualisierte Broschüre kann entweder von der Website des BMG (www.bmg.gv.at) heruntergeladen oder kostenlos als gebundene Fassung im Bundesministerium angefordert werden.

Die Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen u. a. für alle nichtärztlichen Gesundheitsberufe – außer Gesundheits- und klinischen Psychologen sowie

Psychotherapeuten – machte im Berichtszeitraum die Vorbereitung von Novellen der Gesundheitsberufe-Gesetzgebung notwendig. Die entsprechenden Änderungen wurden in einem gemeinsamen Gesetz, dem Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57), verlautbart.

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

(Abschnitt 7.3.1, Seite 123 ff.)

Im Berichtszeitraum wurden folgende Gesetze und Verordnungen erlassen bzw. novelliert, die ausschließlich oder teilweise die Gesundheits- und Krankenpflege betreffen:

- GuKG-Novelle 2005 (ausgegeben am 5. Juli 2005);
- GuK-Spezialaufgaben-Verordnung – GuK-SV (ausgegeben am 27. Dezember 2005);
- GuK-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV (ausgegeben am 27. Dezember 2005);
- Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung – GuK-BAV (ausgegeben am 28. Juli 2006);
- Gesundheits- und Krankenpflege- Weiterbildungsverordnung – GuK-WV (ausgegeben am 24. November 2006);
- Gesundheits- und Krankenpflege- Ausweisverordnung – GuK-AusweisV (ausgegeben am 24. November 2006);
- Gesundheits- und Krankenpflege- Teilzeitausbildungsverordnung – GuK-TAV (ausgegeben am 24. November 2006);
- Novelle der Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV (ausgegeben am 24. November 2006);
- Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007 (ausgegeben am 9. April 2008).

Der schon im vergangenen Berichtszeitraum für den Zeitraum vom 1. November 2004 bis 31. Oktober 2009 bestellte Akkreditierungsbeirat (GuKG § 65c) zur Bearbeitung der Gleichhaltungsanträge (GuKG §§ 65a und 65b) tagte in regelmäßigen Abständen.

Parallel zu den Aktivitäten in Bezug auf GuKG und die Sonderausbildungsverordnungen wurden von der GÖG/ÖBIG im Auftrag des BMG Curricula für die Grund- und die Sonderausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege entwickelt.

Im Berichtszeitraum wurden zwei Pflegeberichte erstellt (2006 und 2007). Primäres Ziel dieser Berichte war es, den Entscheidungsträgern im Gesundheits- und Sozialwesen eine Grundlage für Maßnahmen im Pflegewesen zu liefern. Der dritte „Österreichische Pflegebericht“ wurde im Jahr 2008 gelegt.

Die Pflegeberichterstattung soll in Zukunft die vorliegenden Kennzahlen zu Praxis und Ausbildung der Pflege regelmäßig aktualisieren, Trendentwicklungen aufzeigen sowie mittels Fragebogenerhebung einzelne Schwerpunktthemen kontinuierlich analysieren. Außerdem sollen Projekte zu empfohlenen Lösungsansätzen (u. a. bundesweite Harmonisierung der Personalschlüsselverordnung) umgesetzt werden.

Gehobene medizinisch-technische Dienste

(Abschnitt 7.3.2, Seite 129 ff.)

Im Berichtszeitraum wurden folgende Änderungen im Bereich der Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste vorgenommen:

- MTD-Gesetz-Novelle 2005 (ausgegeben am 5. Juli 2005);
- FH-MTD-AV (ausgegeben am 5. Jänner 2006);
- MTD-AusweisV (ausgegeben am 8. September 2006).

Im Rahmen des Projekts Qualitätssicherung MTD wurden im letzten Berichtszeitraum gemeinsam mit Expertinnen und Experten der medizinisch-technischen Akademien am ÖBIG sechs Berufsprofile ausgearbeitet. Eine entsprechende Erhebung für den logopädisch-phoniatriisch-audiologischen Dienst wurde 2005 vorgelegt. Die Publikation aller sieben Berufsprofile der gehobenen medizinisch-technischen Berufe erfolgte 2008.

In dem von Österreich ratifizierten Übereinkommen über die Anerkennung von Qualifikationen im Hochschulbereich in der europäischen Region (Lissabonner Anerkennungsübereinkommen), BGBl III 1999/71, verpflichten sich die Teilnehmerstaaten, die Verwendung des „Diploma Supplement“ (Anhang zum Diplom) zu fördern (Art IX.3). Aufgrund dieses Übereinkommens sind auch österreichische hochschulische oder hochschulähnliche Einrichtungen verpflichtet, das „Diploma Supplement“ auszustellen. Das „Diploma Supplement“ wurde, ausgehend von Vorarbeiten der UNESCO und des Europarates, 1996 bis 1998 von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe dieser beiden Organisationen und der Europäischen Kommission entwickelt. Der Anhang zum Diplom enthält einerseits generelle Angaben zur Ausbildung, andererseits individuelle Angaben zur/zum Studierenden bzw. ihres/seines Ausbildungsganges. Weitere zusätzliche Informationen, die der Transparenz der Ausbildung oder der erworbenen Berufsqualifikation dienen, können als Beilagen an den Anhang zum Diplom angefügt werden.

Die Bestimmungen der Richtlinie 2005/36/EG⁵ mussten auch auf das MTD-Gesetz angewendet und eine entsprechende Novellierung des MTD-Gesetzes vorbereitet werden (Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007 (ausgegeben am 9. April 2008).

Hebammen

(Abschnitt 7.3.3, Seite 132 f.)

Im Berichtszeitraum wurden durch die Änderung des Hebammengesetzes (BGBl I 2005/70), durch die FH-Hebammen-Ausbildungsverordnung (BGBl II 2006/1) sowie durch die Einführung des Bundes-Behindertengleichstellungs-Begleitgesetzes (BGBl I 2006/90) Änderungen des Hebammenrechts (betreffend u. a. die Ausbildung in Fachhochschulen und die Registrierung) vorgenommen.

⁵ Siehe auch den Abschnitt Gesundheits- und Krankenpflege.

Kardiotechnischer Dienst

(Abschnitt 7.3.4, Seite 133 f.)

Das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57) weist bezüglich der Kardiotechniker legislative Anpassungen sowie Anpassungen an Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU auf.

Medizinische Masseurinnen/Masseure und Heilmasseurinnen/Heilmasseure

(Abschnitt 7.3.5, Seite 133 f.)

In der Novelle des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes (ausgegeben am 30. März 2006) wurden die Übergangsbestimmungen für gewerbliche Masseure um zwei Jahre bis zum Ablauf des 31. Dezember 2009 verlängert (BGBl I 2006/46).

Die Medizinischer Masseur- und Heilmasseur-Zeugnisverordnung (BGBl I 2006/458, ausgeben am 30. November 2006) legt Form und Inhalt der Zeugnisse und Ausbildungsbestätigungen aller Ausbildungen, Ergänzungsausbildungen und Anpassungslehrgänge fest.

Das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57, ausgeben am 9. April 2008) weist bezüglich der medizinischen Masseure und Heilmasseure legislative Anpassungen sowie Anpassungen an Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU auf.

Die GÖG/ÖBIG führt im Auftrag des Gesundheitsressorts eine Studie zur Evaluierung des MMHmG durch. Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2010 vorliegen.

Novelle des MMHmG im Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007 (ausgegeben am 9. April 2008).

Sanitäterin/Sanitäter

(Abschnitt 7.3.6, Seite 134 ff.)

Das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57) weist bezüglich der Sanitäter legislative Anpassungen sowie Anpassungen an Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU auf. Darüber hinaus wird im neu eingefügten § 26a geregelt, welche Personen im Falle eines nationalen Großereignisses mit einer Vielzahl an in- und ausländischen Teilnehmern und Zuschauern für die Dauer dieses Großereignisses durch Verordnung berechtigt werden können, als Rettungssanitäter oder Notfallsanitäter tätig werden zu können.

Medizinisch-technischer Fachdienst und Sanitätshilfsdienste

(Abschnitt 7.3.7, Seite 135)

Vorbereitet wurde das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57), das bezüglich der MTF und der Sanitätshilfsdienste legislative Anpassungen sowie Anpassungen an Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU aufweist.

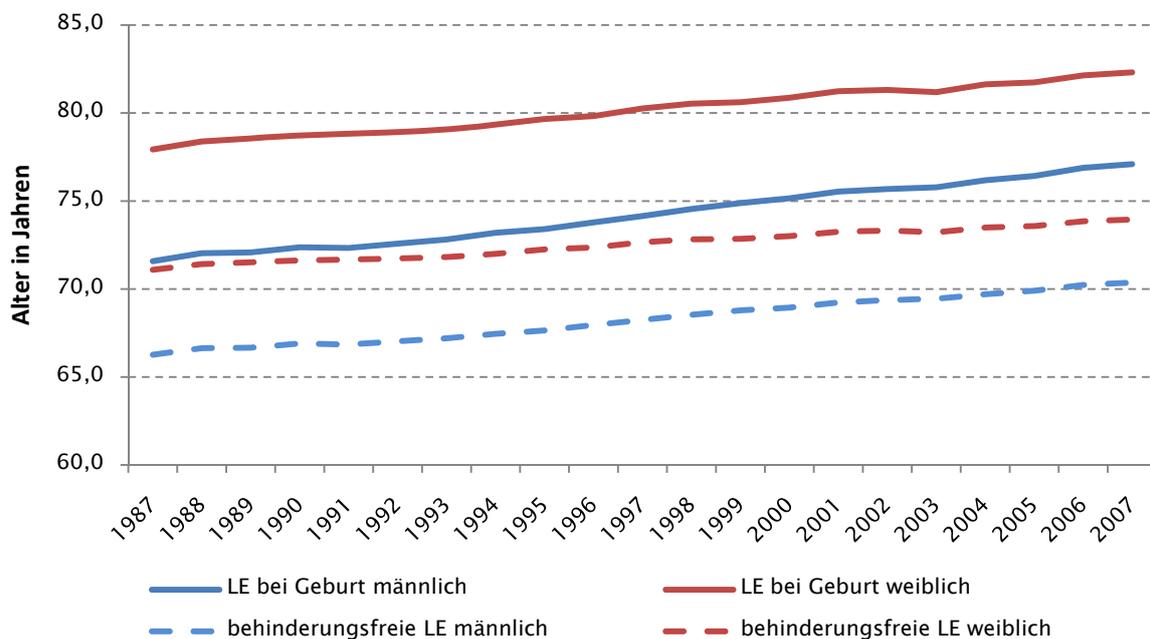
4 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Zielsetzung dieses Kapitels ist eine knappe Darstellung des Gesundheitszustandes der österreichischen Wohnbevölkerung anhand ausgewählter Kennzahlen und Statistiken. Detailliertere Ausführungen bieten das jährlich von der Statistik Austria erstellte „Gesundheitsstatistische Jahrbuch“. Im Auftrag des Gesundheitsressorts wurde von der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) nach dem ersten im Jahr 2004 nunmehr der zweite österreichische Gesundheitsbericht („Gesundheit und Krankheit in Österreich 2009“) erstellt. Dieser Bericht bezieht sich auf den Zeitraum 1998 bis 2007 und enthält Analysen der gesundheitlichen Rahmenbedingungen, des Gesundheitszustandes der österreichischen Bevölkerung, der Einrichtungen des Gesundheitssystems sowie von deren Inanspruchnahme, wobei regionale Differenzierungen sowie geschlechts- und altersgruppenspezifische Aspekte berücksichtigt werden.

4.1 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung der österreichischen Männer lag im Jahresdurchschnitt des Zeitraumes 2005 bis 2007 bei 76,8 Jahren und damit knapp ein Jahr über der Lebenserwartung im Jahresdurchschnitt des Zeitraumes 2002 bis 2004 (Berichtszeitraum des letzten Gesundheitsberichts an den Nationalrat). Die Lebenserwartung der Frauen ist zwischen diesen Berichtszeiträumen von durchschnittlich 81,4 Jahren auf 82,1 Jahre angestiegen. Der Unterschied der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern hat sich zwischen den beiden Betrachtungszeiträumen um weitere 0,2 Jahre verringert. Die „behinderungsfreie Lebenserwartung“ (bei der Geburt) – also die Zahl an Lebensjahren, die frei von erheblichen körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen erwartet werden können – stieg bei Männern von durchschnittlich 69,5 Jahren in den Jahren 2002 bis 2004 auf 70,3 Jahre in den Jahren 2005 bis 2007 und bei Frauen von 73,3 auf 73,8 Jahre. Die „fernere Lebenserwartung“ im Alter von 60 Jahren ist zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen von durchschnittlich 20,1 auf 20,7 Jahre bei Männern und von 23,8 auf 24,3 Jahre bei Frauen gestiegen.

Abbildung 4.1: Lebenserwartung bei Geburt und behinderungsfreie Lebenserwartung österreichischer Männer und Frauen im Zeitraum 1987 bis 2007



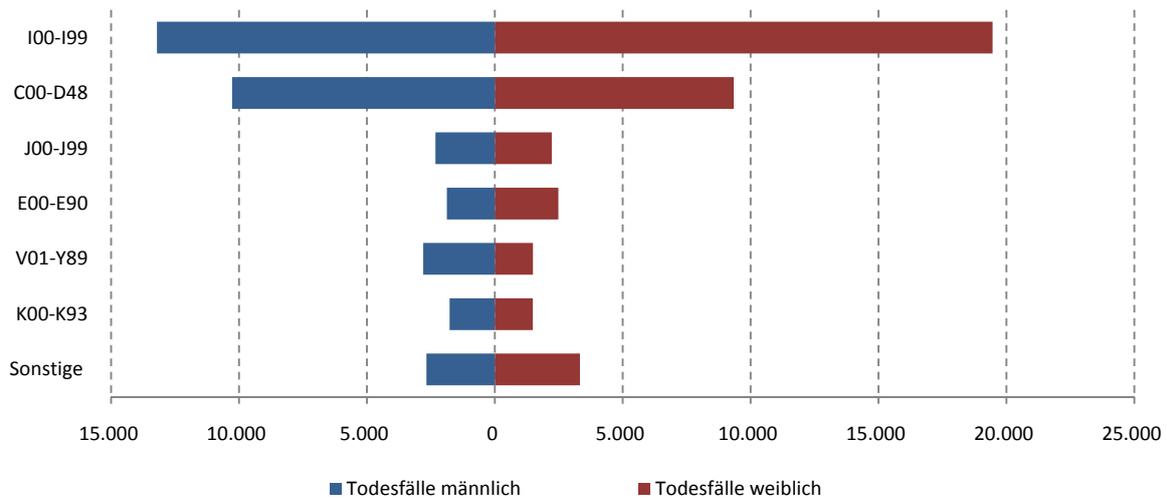
Quellen: Statistik Austria – Volkszählungen 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002–2007, Todesursachenstatistik 1987–2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.2 Todesursachen

Im Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2007 verstarben in Österreich jährlich rund 34.900 Männer und rund 39.800 Frauen (im Vergleich zum Zeitraum 2002 bis 2004 rund 200 Männer und 900 Frauen weniger). Die häufigsten Todesursachen waren bei beiden Geschlechtern Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei Männern wurden rund 38 Prozent und bei Frauen rund 49 Prozent der Todesfälle auf diese Ursache zurückgeführt. Die zweithäufigste Todesursache sowohl bei Männern als auch bei Frauen waren mit 29 bzw. 24 Prozent Neubildungen (davon über 97 % bösartige Neubildungen bei beiden Geschlechtern). Weitere häufige Todesursachen waren Krankheiten des Atmungssystems (rund 7 % der Todesfälle in der männlichen und rund 6 % der Todesfälle in der weiblichen Bevölkerung), Stoffwechselerkrankungen (rund 5 % bzw. rund 6 % der Todesfälle), Verletzungen und Vergiftungen (rund 8 % bzw. rund 4 % der Todesfälle) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (rund 5 % bzw. rund 4 % der Todesfälle).

Während Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Altersgruppe der über 64-Jährigen die häufigste Todesursache darstellen, waren bei den in einem Alter bis 64 Jahre verstorbenen Personen (27 % der Todesfälle bei Männern und rund 11 % der Todesfälle bei Frauen) Neubildungen (insb. Krebs) die häufigste Todesursache.

Abbildung 4.2: Anzahl der verstorbenen Männer und Frauen im Jahresdurchschnitt 2005–2007 in Österreich nach Haupttodesursachen (ICD-10-Kapitel)



I00–I99: Krankheiten des Kreislaufsystems
 C00–D48: Neubildungen
 J00–J99: Krankheiten des Atmungssystems
 V01–Y89: Verletzungen und Vergiftungen
 K00–K93: Krankheiten des Verdauungssystems
 E00–E90: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Quellen: ST.AT – Todesursachenstatistik 2005–2007;
 GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Obwohl Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen quantitativ die weitaus bedeutsamsten Todesursachen sind, zeigt sich hinsichtlich der „verlorenen potenziellen Lebensjahre“ (durch Tod im Alter von unter 65 Jahren) eine andere Gewichtung. Im Zeitraum 2005 bis 2007 gingen bei Männern – bedingt durch das meist relativ niedrige Alter der Unfalltoten – die meisten Lebensjahre durch Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen verloren, gefolgt von Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei Frauen sind die meisten verlorenen Lebensjahre Krebserkrankungen, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zuzuschreiben.

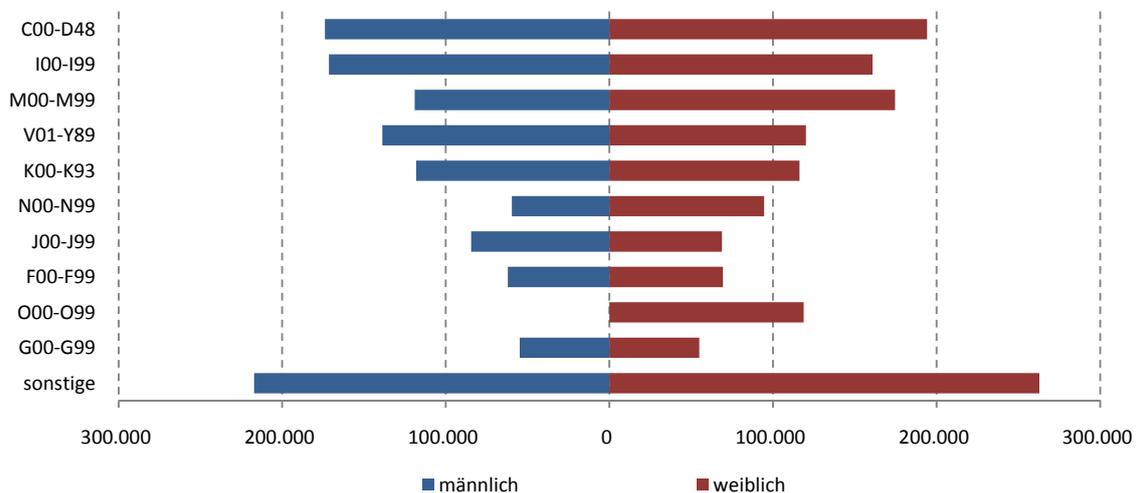
4.3 Krankenhausmorbidity

Im Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2007 wurden jährlich rund 2,6 Mio. Aufnahmen von Personen mit Wohnsitz in Österreich (1,4 Mio. weiblich, 1,2 Mio. männlich) in österreichischen Krankenanstalten dokumentiert⁶ – das bedeutet eine Zunahme von 6,1 Prozent gegenüber der Vorperiode (2002 bis 2004). Die am häufigsten dokumentierten Hauptdiagnosen bei stationären Aufenthalten waren Neubildungen mit rund 14 Prozent (davon rund 84 % Krebserkrankungen), gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit rund 13 Prozent sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Binde-

⁶ Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser, Sanatorien, Rehabilitationszentren sowie sonstige Krankenanstalten

gewebes mit rund 11 Prozent. Weitere häufige Gründe, die zu einem stationären Aufenthalt führten, waren Verletzungen und Vergiftungen (10 %) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (9 %).

Abbildung 4.3: Anzahl stationärer Aufenthalte von Männern und Frauen in österreichischen Krankenanstalten nach den häufigsten dokumentierten Hauptdiagnosen (ICD-10-Kapitel) im Jahresdurchschnitt 2005–2007



C00–D48: Neubildungen

I00–I99: Krankheiten des Kreislaufsystems

M00–M99: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

V01–Y89: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

K00–K93: Krankheiten des Verdauungssystems

N00–N99: Krankheiten des Urogenitalsystems

J00–J99: Krankheiten des Atmungssystems

F00–F99: Psychische und Verhaltensstörungen

O00–O99: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

G00–G99: Krankheiten des Nervensystems

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die häufigsten zu einer stationären Aufnahme führenden Krebserkrankungen im Zeitraum 2005 bis 2007 waren bei Männern bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26; durchschnittlich 42.000 Aufnahmen pro Jahr), der Atmungsorgane (C30–C39; 25.700 Aufnahmen jährlich) und des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes (C81–C96; durchschnittlich 22.500 Aufnahmen pro Jahr), bei Frauen bösartige Neubildungen der Brustdrüse (C50; durchschnittlich 45.300 Aufnahmen pro Jahr), der Verdauungsorgane (C15–C26; durchschnittlich 28.600 Aufnahmen pro Jahr) sowie der weiblichen Genitalorgane (C51–C58; durchschnittlich 19.000 Aufnahmen pro Jahr). Diese jeweils drei häufigsten Diagnosegruppen führten zu knapp 60 Prozent aller stationären Aufenthalte bei Männern und Frauen aufgrund von Krebserkrankungen in den Jahren 2005 bis 2007.

Innerhalb der Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren im Zeitraum 2005 bis 2007 bei Männern ischämische Herzkrankheiten (I20–I25; durchschnittlich 54.500 Aufnahmen pro Jahr), sonstige Formen der Herzkrankheit (I30–I52; durchschnittlich 38.500 Aufnahmen pro Jahr) sowie zerebrovaskuläre Krankheiten (I60–I69; durchschnittlich 25.300 Aufnahmen pro Jahr) die häufigsten Diagnosegruppen. Die häufigsten Diagnosegruppen in diesem Zeitraum bei Frauen waren sonstige

Formen der Herzkrankheit (I30–I52; durchschnittlich 37.700 Aufnahmen pro Jahr), ischämische Herzkrankheiten (I20–I25; durchschnittlich 30.600 Aufnahmen pro Jahr) sowie Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und Lymphknoten (I80–I89; durchschnittlich 25.600 Aufnahmen pro Jahr). Diese jeweils drei häufigsten Diagnosegruppen führten zu knapp 70 Prozent aller stationären Aufenthalte von Männern und zu knapp 60 Prozent aller stationären Aufenthalte von Frauen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Jahren 2005 bis 2007.

Die höchsten Zunahmen an stationären Aufenthalten in absoluten Zahlen gegenüber der Vorperiode (2002 bis 2004) wurden bei Krebserkrankungen (+37.900 im Jahresdurchschnitt) und bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (+26.500) verzeichnet. Die stärksten Rückgänge an stationären Aufnahmen waren bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (–2.370 im Jahresdurchschnitt) sowie bei angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (–500) zu beobachten.

4.4 Ambulante Morbidität

Zur Abschätzung der Häufigkeit von Erkrankungen und körperlichen Beeinträchtigungen, die nicht zu einem stationären Aufenthalt in einer Krankenanstalt führen, muss derzeit nach wie vor auf die Ergebnisse aus Umfragen zurückgegriffen werden. Die aktuellste derartige Erhebung ist die von der Statistik Austria durchgeführte „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“ (Statistik Austria 2007).

Im Rahmen dieser Befragung beurteilten drei Viertel der österreichischen Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren und darüber ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ (37,5 %) oder „gut“ (38,1 %). Der Anteil der in Österreich wohnhaften Bevölkerung, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand demgegenüber als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einstuft, lag bei 6 Prozent. Tendenziell hat sich der (subjektiv empfundene) allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung gegenüber dem vorletzten Befragungsjahr (1999) also verbessert.

Rund 37 Prozent der Befragten gaben an, an einer chronischen, also dauerhaften Krankheit oder an einem chronischen gesundheitlichen Problem zu leiden. Rund ein Drittel der Befragten waren eigenen Angaben zufolge seit einem halben Jahr aufgrund eines gesundheitlichen Problems bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt.

Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen oder Problemen zählen Wirbelsäulenbeschwerden, unter denen rund 37 Prozent der Bevölkerung bereits einmal in ihrem Leben gelitten haben, Allergien (22 Prozent) und Bluthochdruck (21 Prozent). Während der Anteil an Personen mit Wirbelsäulenbeschwerden und Bluthochdruck mit zunehmendem Alter ansteigt, sind von Allergien vorwiegend unter 45-Jährige betroffen.

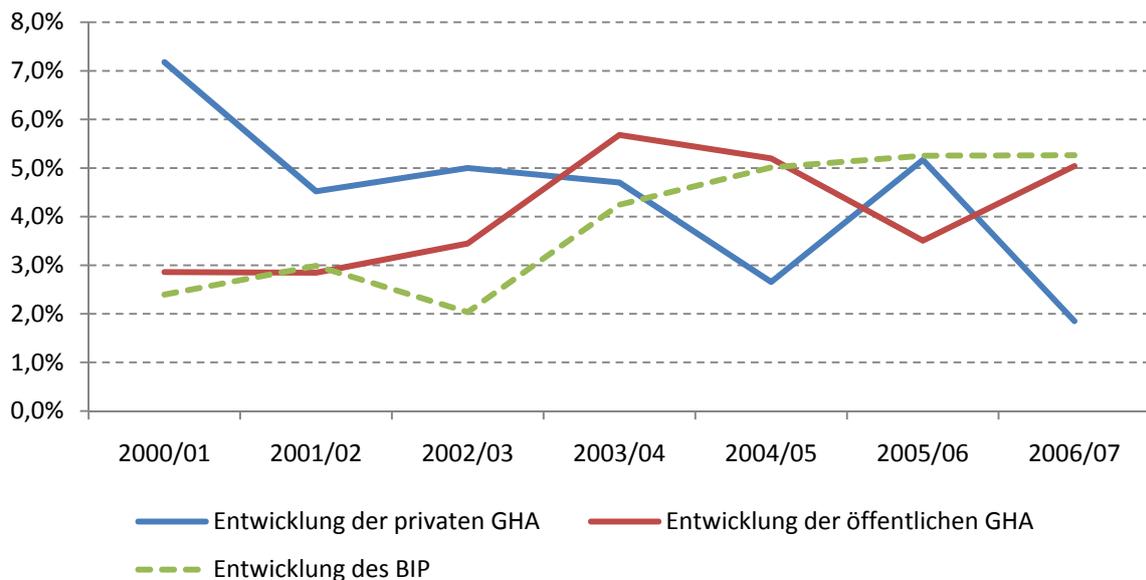
5 Gesundheitsausgaben

5.1 Gesundheitsausgaben gesamt

Die gesamten Ausgaben für Gesundheit beliefen sich in Österreich – unter Verwendung der OECD-Methode „Systems of Health Account“ (SHA)– im Jahr 2007 auf nominell 27,43 Milliarden Euro. Rund 3,5 Milliarden Euro fielen davon für Langzeitpflege an. Über drei Viertel der Gesundheitsausgaben inklusive Investitionen (76,4 %) wurden von der öffentlichen Hand getragen.

Die Gesundheitsausgabenquote, d. h. der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) sank vom bisherigen Höchstwert 10,4 Prozent in den Jahren 2004/05 auf 10,1 Prozent im Jahr 2007⁷. Für die Gesundheit jedes Österreicher / jeder Österreicherin wurden im Jahr 2007 3.308 Euro aufgewendet⁸.

Abbildung 5.1: Entwicklung der privaten und der öffentlichen Gesundheitsausgaben sowie des BIP im Vergleich, 2000–2007



BIP = Bruttoinlandsprodukt, GHA = Gesundheitsausgaben (vorläufige Werte für 2007, Stand September 2009)

Quellen: Statistik Austria 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 5.1 stellt die Entwicklung der Gesundheitsausgaben, getrennt für private und öffentliche Ausgaben, seit dem Jahr 2000 dar. Die durchschnittliche jährliche Steigerung der gesamten Gesundheitsausgaben zwischen 2000 und 2007 betrug 4,2 Prozent. Inflationbereinigt entspricht dies einer realen Steigerung pro Kopf der Bevölkerung von 2,0 Prozent seit dem Jahr 2000.

⁷ Der größte Unterschied zur früheren Berechnungsmethode („Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen 1995“, ESVG 1995) ist, dass nunmehr Ausgaben für Langzeitpflege in den Gesundheitsausgaben inkludiert sind. Seit Einführung der SHA-Berechnungsmethode der OECD wurden die Berechnungen der Statistik Austria jährlich verfeinert (beispielsweise den Privatkonsum betreffend), sodass die ausgewiesenen Daten für das Jahr 2007 etwas von früheren Publikationen abweichen.

⁸ Alle Angaben beruhen auf vorläufigen Werten mit Stand September 2009.

5.2 Ausgaben der Krankenversicherung

Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung beliefen sich 2007 auf 13,178 Milliarden Euro, davon entfielen 12,4 Mrd. Euro (94,1 % der Gesamtausgaben) auf Leistungen für Versicherte. Der Rest setzt sich aus Verwaltungsaufwendungen, Abschreibungen, Überweisungen an den Ausgleichsfonds und ähnlichen Ausgaben zusammen. Die Ausgaben für Versicherte sind von 2005 auf 2007 um rund 11,0 Prozent und damit kaum stärker als das Bruttoinlandsprodukt (2005–2007: +10,8 %) gestiegen.

Tabelle 5.1 veranschaulicht die Entwicklung der einzelnen Ausgabenpositionen. Zwischen 2005 und 2007 sind die Ausgaben für Früherkennung von Krankheiten und für Gesundheitsförderung, allerdings ausgehend von einem niedrigen Niveau, am stärksten gestiegen. Die größte einzelne Ausgabenposition betrifft wie immer die Ausgaben für Anstaltspflege, die sich aus den Überweisungen an die Krankenanstaltenfonds, aus Verpflegskosten und verwandten Leistungen zusammensetzen.

Tabelle 5.1: Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung für Versicherungsleistungen, 2005–2007

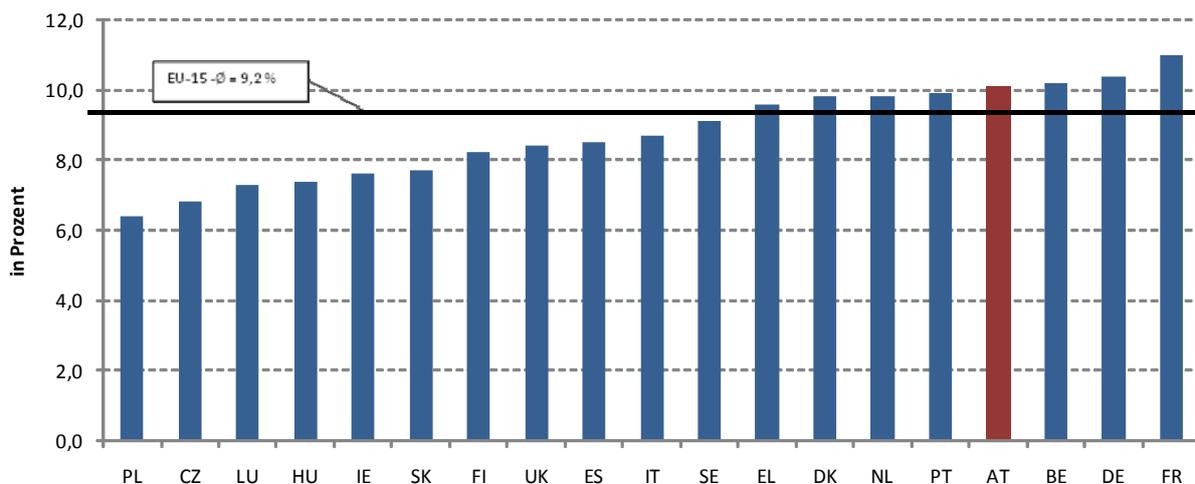
Versicherungsleistungen	Ausgaben 2005 in Mrd. €	Ausgaben 2007 in Mrd. €	Entwicklung in Prozent 2005–2007
Ärztliche Hilfe	2,92	3,22	10,6 %
Krankengeld	0,37	0,42	14,5 %
Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel	2,68	3,06	14,1 %
Gesundheitsvorsorge	0,09	0,11	18,8 %
Zahnbehandlung u. -ersatz	0,70	0,75	6,0 %
Mutterschaftsleistungen	0,47	0,50	7,9 %
Krankenanstalten	3,42	3,76	9,9 %
Rehabilitation, Gesundheitsfestigung u. Hauskrankenpflege	0,30	0,34	11,9 %
Sonstige Leistungen	0,23	0,25	7,9 %
Gesamt	11,17	12,40	11,0 %

Quellen: HVB 2008, HVB 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

5.3 Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich liegt Österreich seit der Neuberechnung der Gesundheitsausgaben im oberen Viertel der europäischen OECD-Länder (durchschnittliche Gesundheitsausgabenquote der EU-15-Staaten: 9,2 %), wie die nachstehende Abbildung veranschaulicht.

Abbildung 5.2: Gesundheitsausgaben in Bezug auf das BIP im internationalen Vergleich, 2007

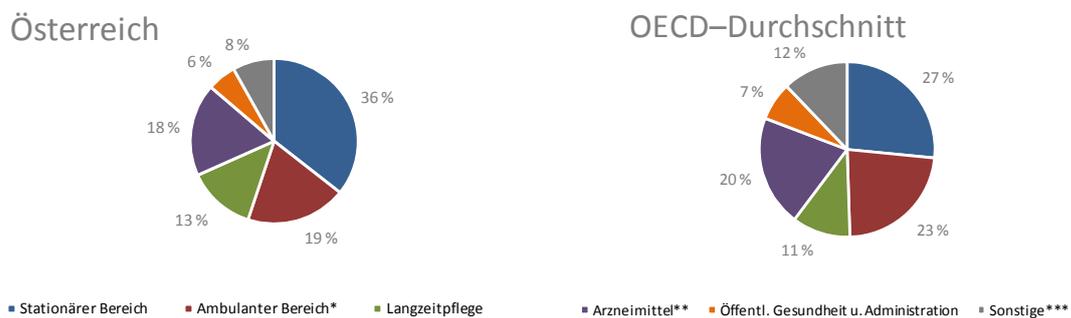


Portugal, Luxemburg = 2006

Quellen: OECD 2009 (Stand: September 2009); GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Eine Betrachtung der Gesundheitsausgaben nach Sektoren (Abbildung 5.3) zeigt, dass die Ausgaben für den stationären Bereich in Österreich mit 36 % deutlich über dem OECD-Durchschnitt liegen.

Abbildung 5.3: Ausgaben nach Sektoren für Österreich und OECD im Vergleich, 2007



* ohne Zahnbehandlung

** inkl. med. Ge- und Verbrauchsgüter

*** Sonstige: Zahnbehandlung, Tagespflege, gesundheitsbezogene Nebenleistungen (z. B. Transporte)

Quellen: OECD 2009 (Stand: September 2009); GÖG/ÖBIG 2008f;

GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Den zweitgrößten Kostenfaktor stellt der ambulante Bereich dar (Ö: 19 %, OECD: 23 %). Bei den Ausgaben für Arzneimittel und Hilfsmittel liegt Österreich mit 18 % unter dem OECD-Durchschnitt (20 %). Dies steht im Zusammenhang mit den im europäischen Vergleich niedrigen Arzneimittelpreisen (vgl. dazu auch Abschnitt 6.12), die unter anderem durch das geltende EU-Durchschnittspreisssystem gewährleistet werden.

6 Versorgungsbereiche

6.1 Ärztliche und zahnärztliche Versorgung

6.1.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

Mit Inkrafttreten des Zahnärztegesetzes im Rahmen der 7. Ärztegesetz-Novelle (BGBl I 2005/156) wurde der Zahnarzt aus dem Ärztegesetz herausgelöst. Da das Inkrafttreten in die Mitte des Berichtszeitraumes fällt und auch nach der Implementierung der Zahnärzteliste nach wie vor einige Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Ärzteliste geführt werden, erfolgt in diesem Bericht noch eine gemeinsame Darstellung der Versorgungssituation.

Die **Gesamtanzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte** sowie der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Österreich ist laut Ärztelisten der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) sowie der Österreichischen Zahnärztekammer (ZÄK)⁹ zwischen 2001 und 2008 um 21 Prozent auf knapp 41.700 Personen gestiegen.

Die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte ist dabei mit einem Plus von 20 Prozent etwas stärker gestiegen als die Zahl der niedergelassenen Ärzteschaft (+16 %). Besonders deutlich zugenommen hat in den letzten Jahren die Zahl der Wohnsitzärzte. Die Zahl der Turnusärztinnen und -ärzte ist weiterhin im Steigen begriffen und liegt derzeit bei über 6.500 Personen (vgl. Tabelle 6.1).

Tabelle 6.1: Entwicklung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte (inkl. der Zahnärztinnen und Zahnärzte) in Österreich 2001 bis 2008

Jahr	Alle Ärzte	Ärzte mit Ordination	Angestellte Ärzte	Wohnsitzärzte	Turnusärzte
2001	34.504	16.219	22.204	1.295	5.653
2002	35.435	16.599	22.854	1.408	5.816
2003	36.083	17.093	23.116	1.538	5.910
2004	37.048	17.485	23.707	1.684	6.057
2005	38.089	17.780	24.541	1.742	6.231
2006	40.299	18.085	25.852	2.137	6.493
2007	40.764	18.499	25.957	2.174	6.437
2008	41.664	18.755	26.600	2.304	6.545
2001–2008	21 %	16 %	20 %	78 %	16 %

Quellen: Ärzteliste der ÖÄK 2001–2008; Zahnärzteliste der ZÄK 2006–2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

⁹ Seit dem Jahr 2006 ist seitens der Österreichischen Zahnärztekammer eine eigene Zahnärzteliste zu führen (§ 11 Zahnärztegesetz).

Diese Entwicklung hat zur Folge, dass der Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte an der Gesamtärzteschaft mittlerweile bereits auf 45 Prozent gesunken ist, während immerhin knapp zwei Drittel aller Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte in Österreich (auch) angestellt sind. Rund 6.000 Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte sind dabei sowohl angestellt als auch niedergelassen tätig. Der Anteil der Turnusärztinnen und -ärzte an der gesamten berufstätigen Ärzteschaft beträgt konstant 16 Prozent.

Von den **im Jahr 2008** rd. 41.700 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten sind

- knapp 6.600 Turnusärztinnen und -ärzte (16 %),
- rund 12.300 Ärztinnen und Ärzte mit dem Hauptfach Allgemeinmedizin (29 %; zusätzlich rd. 8.200 im Nebenfach),
- rund 22.900 Fachärztinnen und Fachärzte (55 %).

Dabei bilden Zahnärztinnen und -ärzte die größte Gruppe, gefolgt von Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Chirurgie. Bei den Additivfächern dominieren Intensivmedizin, Kardiologie sowie Gastroenterologie und Hepatologie.

Etwas mehr als die Hälfte aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte sind zwischen 30 und 50 Jahre alt. Jeder achte Berufstätige (12 %) ist 60 Jahre und älter, wobei dieser Anteil mit 16 Prozent bei Männern deutlich höher ist als bei Frauen (5 %). Im Vergleich dazu lag der Anteil der über 60-jährigen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte im Jahr 2004 noch bei 9 Prozent. Im Durchschnitt ist ein berufstätiger Arzt bzw. Zahnarzt in Österreich heute 49 Jahre alt, eine berufstätige Ärztin bzw. Zahnärztin 43 Jahre.

Tabelle 6.2: Berufstätige Ärzte- und Zahnärzteschaft nach Altersgruppen und Geschlecht 2008

Altersgruppe Geschlecht	unter 30 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60–69 Jahre	70 Jahre und mehr	Insgesamt
Männer	726	4.447	7.539	7.389	3.213	709	24.023
Frauen	1.507	5.240	6.312	3.644	789	149	17.641
Gesamt	2.233	9.687	13.851	11.033	4.002	858	41.664
% Frauen	67 %	54 %	46 %	33 %	20 %	17 %	42 %
% Altersgruppe	5 %	23 %	33 %	26 %	10 %	2 %	100 %

Quellen: Ärzteliste der ÖÄK 2008; Zahnärzteliste der ZÄK 2008;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Ebenfalls weiter im Steigen begriffen ist der Frauenanteil unter der berufstätigen Ärzte- und Zahnärzteschaft. Im Jahr 2008 waren 42 Prozent weiblich (2004: 40 %), wobei der Anteil in jüngeren Altersgruppen deutlich höher ist. 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 6.2).

Dabei fällt auf, dass der Anteil der Frauen im Bereich der niedergelassenen Ärzte- und Zahnärzteschaft deutlich geringer ist als beim angestellten ärztlichen Personal, von dem rund die Hälfte weiblich ist.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte sind im Schnitt älter als ihre angestellten Kolleginnen und Kollegen.

Von im Jahr 2008 insgesamt rd. 18.800 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte waren knapp 6.000 zudem in einer Anstellung beschäftigt.

Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte ist in den vergangenen Jahren weiter gestiegen, wobei dieser Anstieg fast ausschließlich auf den neuerlich deutlichen Zuwachs an Wahlärztinnen und -ärzten zurückzuführen ist (vgl. Tabelle 6.3). Mittlerweile sind bereits vier von zehn Ärztinnen und Ärzten mit Ordination ohne Kassenvertrag tätig. Im Hintergrund dieser Entwicklung steht die Tatsache, dass der verhältnismäßig hohen Anzahl an jährlich neu hinzukommenden berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten nur eine relativ geringe Anzahl an nachzubesetzenden oder neuen Kassenvertragsstellen gegenübersteht.

Tabelle 6.3: Entwicklung der Anzahl der Vertrags- und Wahlärztinnen und -ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte

Jahr	Ärzte mit Ordination	mit Kassenvertrag	§-2-Kassenvertrag	ohne Kassenvertrag	Anteil Wahlärzte
2001	16.219	10.653	9.354	5.724	35 %
2002	16.599	10.635	9.342	6.119	37 %
2003	17.093	10.622	9.355	6.633	39 %
2004	17.485	10.583	9.330	7.074	40 %
2005	17.780	10.528	9.295	7.435	42 %
2006	18.085	10.570	9.493	7.667	42 %
2007	18.499	10.584	9.566	8.070	44 %
2008	18.755	10.760	9.714	8.176	44 %
2001–2008	16 %	1 %	4 %	43 %	

Quellen: Ärzteliste der ÖÄK 2001–2008; Zahnärzteliste der ZÄK 2001–2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Anm.: Die Summe aus Wahlärzten und Vertragsärzten ist geringfügig höher als die angeführte Anzahl an Ärzten mit Ordination, da in einigen Fällen eine Person sowohl als Wahlarzt als auch als Vertragsarzt zu zählen ist. Dies ist dann der Fall, wenn sie in mehr als einem Bundesland eine Ordination hat und nicht in allen Bundesländern ein Kassenvertrag besteht. In der Gesamtsumme scheint diese Person jedoch nur einmal auf.

Zu beobachten ist darüber hinaus ein steigender Anteil an Vertragsärztinnen und -ärzten, die (auch) einen §-2-Kassenvertrag, das heißt einen Vertrag mit den Gebiets- oder Betriebskrankenkassen oder der Sozialversicherungsanstalt (SVA) der Bauern, abgeschlossen haben. 2008 lag dieser Anteil bei 90 Prozent. Nur jede/r zehnte Vertragsärztin/-arzt steht ausschließlich bei einem oder mehreren der „kleinen Kassen“ unter Vertrag.

In den vergangenen Jahren etwas stärker gestiegen als die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist die Zahl der **angestellten Ärzteschaft**, und zwar auf mittlerweile 26.600 Berufstätige, davon rd. 6.500 Turnusärztinnen und -ärzte. Knapp 21.000 dieser Ärztinnen und Ärzte sind ausschließlich angestellt tätig.

Während im niedergelassenen Bereich unter den Sonderfächern die Zahnmedizin, die Innere Medizin sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe dominieren, sind im angestellten Bereich die meisten Ärztinnen und Ärzte in den Sonderfächern Innere Medizin, Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie Chirurgie beschäftigt.

In den rund 270 Krankenanstalten, die im bundesweiten Kataster des Gesundheitsressorts enthalten sind, waren im Jahr 2008 insgesamt über 21.100 Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte angestellt, davon 11.400 Fachärztinnen und -ärzte. Darüber hinaus standen etwa 8.000 Personen in Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin / zum Allgemeinmediziner oder zur Fachärztin / zum Facharzt.

6.1.2 Ausblick

Entsprechend den derzeit vorliegenden Grobabschätzungen aus dem Jahr 2005 müssen, über einen Prognosezeitraum von zwanzig Jahren gesehen, jährlich 750 bis 1.000 Ärztinnen/Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte pro Jahr ausgebildet werden. Ein Großteil des künftigen Bedarfs an ärztlichem und zahnärztlichem Personal wird durch das altersbedingte Ausscheiden von Ärztinnen und Ärzten verursacht, ein gewisser Mehrbedarf aufgrund der demografischen und medizinisch-technischen Entwicklung. Dieser Bedarf wird nach jetzigem Wissensstand durch den prognostizierten jährlichen Zuwachs an Ärztinnen/Ärzten sowie Zahnärztinnen/-ärzten auch in den kommenden Jahren gedeckt werden.

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.

6.2 Nichtärztliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Dieser Abschnitt gibt Auskunft über die im Zeitraum 2004 bis 2007 erfolgte Entwicklung ausgewählter nichtärztlicher Berufsgruppen. Die Entwicklung im davor liegenden Zeitraum von 1990 bis 2003 ist im Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006 (BMGF 2006) dargestellt.

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 dem BMG jährlich eine Aufstellung der am 31. Dezember des jeweiligen Jahres beschäftigten Personen zu übermitteln. Die letztverfügbaren Daten beziehen sich auf den Stichtag 31. Dezember 2007.

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 ihrer Entwicklung ist daher nicht möglich.

Im Einzelnen wird über die nichtärztlichen Gesundheitsberufe folgender Gesundheitsdienste berichtet:

- Gesundheits- und Krankenpflegeberufe mit drei Sparten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Pflegehilfe,
- gehobene medizinisch-technische Dienste,
- medizinisch-technischer Fachdienst,
- Hebammen,
- kardiotechnischer Dienst,
- Sanitätsdienst,
- medizinische Masseur/-innen und Heilmasseur/-innen,
- Sanitätshilfsdienste.

Im Jahr 2007 waren in den Krankenhäusern insgesamt knapp 80.000 Personen (exakt 79.822 Personen) in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen beschäftigt. Der Beschäftigtenstand erhöhte sich somit im Zeitraum zwischen 2004 und 2007 um 4,85 Prozent. Der bis Mitte der 1990er Jahre erkennbare deutliche Zuwachs mit jährlichen Steigerungsraten von bis zu knapp 8 Prozent ist in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre deutlich abgeflacht und hat sich mittlerweile auf jährliche Zuwachsraten im Ausmaß zwischen 1 und 2 Prozent eingependelt. In der differenzierten Betrachtung sind strukturelle Veränderungen bzw. Qualitätssteigerungen dahingehend erkennbar, dass beim höher qualifizierten Personal nach wie vor Beschäftigungszuwächse zu verzeichnen sind, während die Pflegehilfe oder der medizinisch-technische Fachdienst sogar Personalrückgänge aufwies.

Die Entwicklung im extramuralen Bereich kann mangels einschlägiger Dokumentation nicht dargestellt werden.

6.2.1 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, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Pflegehilfe.

Im Jahr 2007 waren in den Krankenhäusern insgesamt 61.181 Personen in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen beschäftigt, davon 51.460 (84 %) im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und 9.721 Personen (16 %) in der Pflegehilfe. Die Zusammensetzung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist im Beobachtungszeitraum konstant geblieben (86 % allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, 8 % Kinder- und Jugendlichenpflege und 6 % psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege).

Der Beschäftigtenstand in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen hat sich im Zeitraum zwischen 2004 und 2007 um rund 5 Prozent erhöht. Beachtenswert ist dabei der Umstand, dass der

gehobene Dienst einen Anstieg von 6,4 Prozent aufwies, während die Pflegehilfe einen Rückgang um 1,5 Prozent zu verzeichnen hatte.

Die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind traditionell weiblich dominiert, wobei die Geschlechterverteilung im Zeitraum zwischen 2004 und 2007 gleich geblieben ist (rund 86 % sind Frauen).

6.2.2 Gehobene medizinisch-technische Dienste

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

Im Jahr 2007 waren in den Krankenhäusern insgesamt 10.626 Personen in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten beschäftigt. Die quantitativ größten Berufsgruppen sind der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst, der radiologisch-technische und der physiotherapeutische Dienst (jeweils 2.700 bis 3.200 Personen). Der Beschäftigtenstand in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten hat sich im Zeitraum zwischen 2004 und 2007 um 7 Prozent erhöht, wobei Personalanstiege in allen sieben Sparten erfolgten. Den höchsten personellen Anstieg verzeichnete dabei der ergotherapeutische Dienst (+18 %), die geringste Personalsteigerung gab es beim radiologisch-technischen Dienst (+3 %).

Die Beschäftigten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind zu 87 Prozent weiblich. Einen nennenswerten Männeranteil weisen nur die Sparten physiotherapeutischer Dienst und radiologisch-technischer Dienst (mit 18 bzw. 20 %) auf.

6.2.3 Medizinisch-technischer Fachdienst

Im medizinisch-technischen Fachdienst waren im Jahr 2007 in den Krankenhäusern insgesamt 1.869 Personen beschäftigt. Damit verzeichnet diese Berufsgruppe seit 2004 einen Rückgang um 8,2 Prozent.

Der medizinisch-technische Fachdienst ist klar weiblich dominiert. So waren im Jahr 2007 insgesamt 87,2 Prozent aller Beschäftigten Frauen, wobei dieser Anteil im Beobachtungszeitraum nur geringen Schwankungen unterworfen ist.

6.2.4 Hebammen

Im Jahr 2007 waren 1.271 Hebammen in den Krankenhäusern beschäftigt, das entspricht einem Zuwachs von 11,6 Prozent gegenüber dem Beschäftigtenstand von 2004. Diese Berufsgruppe ist nach wie vor ausschließlich weiblich.

Das vom Österreichischen Hebammen-Gremium geführte Hebammenregister enthält Informationen über die Gesamtzahl an berufsausübenden Hebammen. Demnach waren im Jahr 2007 insgesamt

1.785 Hebammen in Berufsausübung. Hebammen können auch bereichsübergreifend tätig sein, d. h. ihren Beruf neben einer Anstellung an einem Krankenhaus auch freiberuflich ausüben. Rund 45 Prozent der Hebammen machten von dieser Möglichkeit Gebrauch. 42 Prozent waren ausschließlich in einem Krankenhaus beschäftigt und 13 Prozent ausschließlich frei praktizierend. Die Hebammen-dichte stieg zwischen 2004 und 2007 um 6 Prozent und liegt nun bei 21,5 Hebammen je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohnern.

6.2.5 Kardiotechnischer Dienst

Beim kardiotechnischen Dienst handelt es sich um einen vergleichsweise jungen Beruf, der im Jahr 1998 gesetzlich geregelt wurde. Diese Berufsgruppe, die in den österreichischen Herzzentren tätig ist, wird erst seit 2004 in den routinemäßigen Statistiken der Krankenhäuser erfasst.

Im Jahr 2007 waren insgesamt 64 Personen im kardiotechnischen Dienst beschäftigt. Der Beschäftigtenzuwachs zwischen den Jahren 2004 und 2007 beträgt rund 16 Prozent. Der kardiotechnische Dienst ist nach wie vor männlich dominiert (rund 68 %).

6.2.6 Sanitätsdienst

Der ehemals den Sanitätshilfsdiensten zugeordnete Sanitätsdienst umfasst zwei Berufsgruppen: die Rettungssanitäter und die Notfallsanitäter. In der Krankenhausstatistik wird diese Unterscheidung allerdings nicht getroffen.

Im Jahr 2007 waren in den Krankenhäusern 749 Personen im Sanitätsdienst beschäftigt. Die Zahlen zwischen 2004 und 2007 weisen Schwankungen sowohl nach oben als auch nach unten auf, die aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dokumentationsfehler zurückzuführen sind.

Der Sanitätsdienst weist nach dem kardiotechnischen Dienst und den Sanitätshilfsdiensten den dritthöchsten Männeranteil auf. Der Trend ist im Zeitraum 2004 und 2007 zwar sinkend, aktuell liegt der Männeranteil bei 38,5 Prozent.

6.2.7 Medizinische Masseurinnen/Masseure und Heilmasseurinnen/Heilmasseure

Dieser Gesundheitsdienst besteht aus zwei Berufen: den medizinischen Masseurinnen/ Masseuren und den Heilmasseurinnen/Heilmasseuren. Wie im Sanitätsdienst wird auch im Bereich der Massage-techniken in der Krankenhausstatistik die Unterscheidung in die beiden Berufssparten (noch) nicht getroffen.

Die Zahl der medizinischen Masseurinnen/Masseure bzw. der Heilmasseurinnen/Heilmasseuren lag im Jahr 2007 in den Krankenhäusern bei 689 Personen. Der Personenstand in diesen Berufen erhöhte sich in den letzten Jahren kontinuierlich und liegt im Jahr 2007 um rund 26 Prozent über dem Stand des Jahres 2004.

Der Frauenanteil stieg in diesen Berufen zwischen 2004 und 2007 von rund 64 auf 69 Prozent.

6.2.8 Sanitätshilfsdienste

Nach einer Reformierung der Sanitätshilfsdienste (gesetzliche Neuregelungen und damit verbunden die Ausgliederung einzelner Berufsgruppen) umfassen diese nunmehr sieben (gegenüber ursprünglich zehn) Berufsgruppen. Es sind dies:

- Operationsgehilfinnen/-gehilfen,
- Laborgehilfinnen/-gehilfen,
- Prosekturgehilfinnen/-gehilfen,
- Ordinationsgehilfinnen/-gehilfen,
- Heilbadegehilfinnen/-gehilfen (laufen aus, keine Ausbildungen mehr),
- Ergotherapiegehilfinnen/-gehilfen,
- Desinfektionsgehilfinnen/-gehilfen.

Im Jahr 2007 waren in den österreichischen Krankenhäusern insgesamt 3.373 Personen in den Sanitätshilfsdiensten beschäftigt. Die Zahl der Beschäftigten ist dabei im Zeitraum zwischen 2004 und 2007 geringfügig um 0,6 Prozent gesunken.

63,9 Prozent der Berufstätigen waren im Jahr 2007 männlich – der Anteil blieb seit 2004 nahezu konstant. Der Männeranteil ist bei den Prosekturgehilfen am höchsten (92 %), gefolgt von den Operationsgehilfen (74 %) und den Desinfektionsgehilfen (56 %). Am niedrigsten ist der Männeranteil bei den Laborgehilfen (18 %) und bei den auslaufenden Heilbadegehilfen (14 %).

6.2.9 Ausblick

Die Datenlage zu den Beschäftigten nichtärztlicher Gesundheitsberufe ist nach wie vor unvollständig. Während im Krankenhausbereich ein verpflichtendes Dokumentationswesen etabliert ist, fehlt noch immer 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.

Im Jahr 2007 hat das Sozialressort die GÖG mit einer Studie zur Ermittlung des Beschäftigtenstandes von Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen im Bereich der Alten- und Behindertenbetreuung beauftragt. Eine Erhebung in den Alten- und Pflegeheimen, den geriatrischen Tageszentren, bei den mobilen Diensten sowie bei den Betreuungsformen für behinderte Menschen (wie z. B. betreute Wohnformen) sollte ein möglichst vollständiges und differenziertes Bild über die dort beschäftigten Berufsgruppen liefern. Die Erhebung ergab zum Stichtag 31. 12. 2006 einen rückgemeldeten Beschäftigtenstand von rund 25.000 Personen in insgesamt zehn nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

6.3 Rehabilitation

6.3.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

Zielsetzung der Rehabilitation ist es, den Patientinnen bzw. Patienten unabhängig von der Herkunft der Beeinträchtigung die Möglichkeit zu eröffnen, an ihrem bisherigen Leben wieder aktiv teilzunehmen. Die Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben zu führen, einen Beruf auszuüben oder eine Ausbildung zu absolvieren.

Die Rehabilitation umfasst medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen. Für die stationäre medizinische Rehabilitation und für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen gelten folgende Voraussetzungen:

- **Rehabilitationsbedürftigkeit** besteht, wenn bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen bzw. bei drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus ein multimodales Maßnahmenpaket erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlechterung hintanzuhalten.
- **Rehabilitationsfähigkeit** bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung der Rehabilitandin / des Rehabilitanden für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme (Motivation und Belastbarkeit).
- **Rehabilitationsprognose** ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials, der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen einschließlich psychosozialer Faktoren (Rehabilitationspotenzial). Sie gibt Auskunft über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels in einem bestimmten Zeitraum.

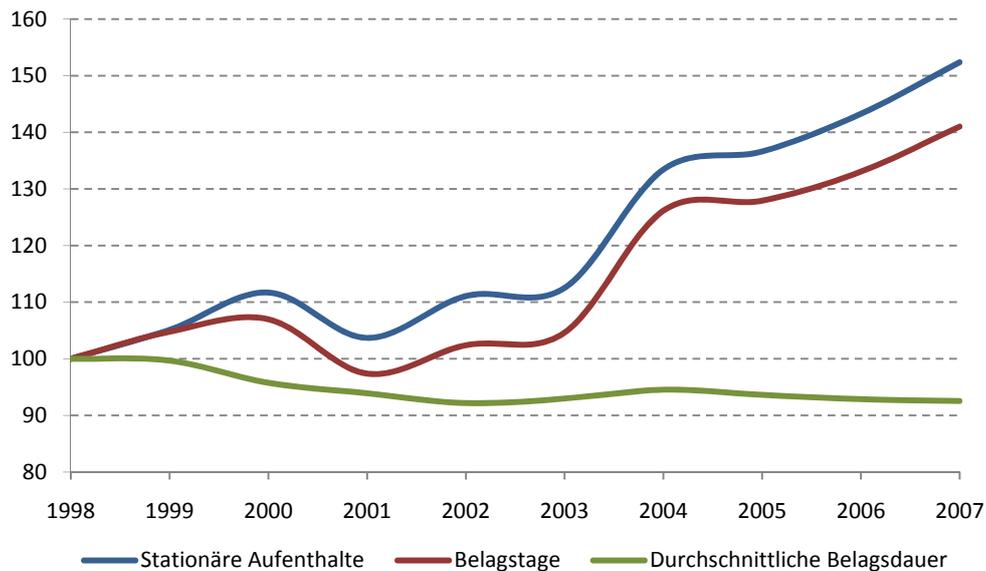
Die stationäre medizinische Rehabilitation ist im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG, § 154a, § 189, §§ 300–307c) geregelt. Sie umfasst die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen (Sonderkrankenanstalten im Sinne von § 2 Abs 1 Z 2 KAKuG). Alle drei Versicherungszweige (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) sind für die Gewährung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuständig. Ebenso gibt es im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG, § 99a, §§ 157–168), im Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG, § 96a, § 148p, §§ 150–160) und im Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG, §§ 65a und 70) gleichlautende oder ähnliche Regelungen für die medizinische Rehabilitation von selbstständig Erwerbstätigen und von Beamtinnen/Beamten.

Im Jahr 2007 bestehen insgesamt 55 Rehabilitationseinrichtungen, in denen rund 7.500 Betten zur Verfügung stehen. Die Anzahl der tatsächlichen Betten ist seit dem Jahr 1998 (rund 5.000 Betten) kontinuierlich angestiegen. Die stationären Aufenthalte, sowohl im Bereich Rehabilitation als auch im Bereich Kur, haben in den letzten Jahren zugenommen. Die meisten stationären Rehabilitationsaufenthalte werden in den Indikationsgruppen Bewegungs- und Stützapparat und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Anspruch genommen. Ein deutlicher Anstieg ist im Bereich der neurologischen

Erkrankungen und in der Rehabilitation nach Unfällen bzw. neurochirurgischen Eingriffen zu bemerken (vgl. Rehabilitationsplan 2009).

Abbildung 6.1 zeigt, dass sowohl bei der Anzahl der stationären Aufenthalte als auch bei der Anzahl der Belagstage in den letzten Jahren ein Anstieg zu verzeichnen ist, während die durchschnittliche Belagsdauer leicht sinkt. Der Anstieg der stationären Aufenthalte und der Belagstage ab 2005 ist u. a. in der Eröffnung neuer Einrichtungen und im Ausbau bestehender Einrichtungen begründet.

Abbildung 6.1: Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation 1998–2007 (indexiert: 1998 = 100 %)



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 1998–2007; GÖG-ÖBIG-eigene Darstellung

6.3.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Im Dezember 2008 wurde der – auf dem Rehabilitationsplan 2004 aufbauende – „**Rehabilitationsplan 2009**“ im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger fertiggestellt. Projektgegenstand des Rehabilitationsplans 2009 sind die stationären und ambulanten Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation in den SV-eigenen Einrichtungen und in den Vertragspartner-Einrichtungen (SKA), wobei auch die gegenwärtig von den SV-Trägern beschickten Einrichtungen im angrenzenden Ausland berücksichtigt wurden. Zentraler Kern des Rehabilitationsplans 2009 ist die Abschätzung des bundesweiten, regional gegliederten Versorgungsbedarfes (nach Versorgungszonen) in den jeweiligen Indikationsgruppen für die Planungshorizonte 2010, 2015 und 2020. Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wird darin als Sonderbereich in einem eigenen Kapitel dargestellt. Der Bericht ist auf der Website des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger verfügbar (<http://www.hauptverband.at>).

Weiters entwickelte die GÖG/ÖBIG Forschungs- und Planungs GmbH in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ein elektronisches Rehabilitationshandbuch in Form einer Website. Der **Österreichische Rehabilitationskompass** (<http://rehakompass.oebig.at>) ist ein elektronisches Verzeichnis, das Informationen zur Organisation,

zum medizinischen Angebot und zur Ausstattung der stationären Rehabilitationseinrichtungen in Österreich bietet. Der Österreichische Rehabilitationskompass ersetzt das bisher vom Hauptverband herausgegebene „Handbuch zur medizinischen Rehabilitation“ und wurde im Jahr 2007 erstmals von den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen mit Informationen befüllt. Der Rehabilitationskompass wird laufend gewartet und einmal jährlich aktualisiert.

Als besonderer Problembereich der Rehabilitation stellt sich die langfristige medizinische, psychosoziale 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 vom apallischen 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 Ergänzung zu den bisher durchgeführten Studien wurde von GÖG/ÖBIG im Jahr 2008 eine schriftliche Erhebung zur **„Langzeitversorgung von Patientinnen/Patienten mit Wachkoma bzw. apallischem Syndrom“** durchgeführt. Dabei wurden österreichweit insgesamt 45 Einrichtungen identifiziert, die 240 Patientinnen und Patienten im Vollbild oder im frühen Remissionsstadium des apallischen Syndroms betreuten (davon 37 in Alten- und Pflegeheimen, vier in Akut-KA und vier in Pflegeanstalten für chronisch Kranke); außerdem bestehen fünf Wachkoma-Stationen mit insgesamt rund 110 Betten. Versorgungsstrukturen und Verfügbarkeit von Konzepten/Planungen zu diesem Bereich sind zwischen den Bundesländern sehr unterschiedlich.

6.3.3 Ausblick

Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) wurde in der 54. Vollversammlung der WHO im Mai 2001 verabschiedet. Sie dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person (DIMDI 2009). Entsprechende Assessment-Instrumente auf Basis der ICF sollen künftig auch in Österreich verstärkt zur Anwendung kommen.

Entsprechend der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens umfasst die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzende Bereiche, u. a. auch den Rehabilitationsbereich mit dem Ziel des weiteren Auf- und Ausbaus einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung mit besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (vgl. Abschnitt 2, Art 3). Dabei sollten insbesondere die Nahtstellen zum Akutbereich, zur Pflege und zum niedergelassenen ärztlichen Bereich besondere Berücksichtigung finden.

In der Weiterentwicklung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) ist der Rehabilitationsbereich in Zukunft im Sinne einer Rahmenplanung für den bedarfsgerechten Ausbau der Rehabilitationsangebote adäquat abzubilden.

Im Bereich der Langzeitversorgung von Patientinnen und Patienten mit Wachkoma bzw. apallischem Syndrom sollte eine wesentliche Zielsetzung für die nächste Zukunft sein, bundesweit einheitliche Qualitätsstandards – insbesondere für die Langzeitversorgung der betroffenen Patientenzielgruppe – zu erarbeiten und deren Umsetzung laufend zu evaluieren.

6.4 Krankenanstalten

6.4.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

Im Berichtszeitraum wurde die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (nachfolgend als 15a-Vereinbarung bezeichnet) in Kraft gesetzt. Diese Vereinbarung – mit einer Laufzeit von 2005 bis 2008 – wurde bereits mit 1. 1. 2008 durch die derzeit gültige, aktualisierte Vereinbarung mit einer Laufzeit bis 2013 abgelöst (BGBl I Nr. 105/2008). 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 Gesundheitsversorgungs-Einrichtungen zu verbessern. Dementsprechend umfasst der Geltungsbereich dieser 15a-Vereinbarung das gesamte österreichische Gesundheitswesen (intra- und extramuraler Bereich, also auch die KA, insbesondere die Akut-KA) sowie die Nahtstellen zum Pflegebereich. Die integrierte Gesundheitsstrukturplanung umfasst nach dieser Vereinbarung 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 und 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).

Mit Anfang 2006 wurde der auf der 15a-Vereinbarung basierende Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2006) als „verbindliche Grundlage für die integrierte Gesundheitsstrukturplanung“ in Kraft gesetzt, der gleichzeitig auch die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene beinhaltet. Im Sinne einer Patientenorientierung und der oben genannten Bestimmungen wurde 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. Insofern war der ÖSG 2006 (mittlerweile ersetzt durch den ÖSG

2008¹⁰) eine konsequente Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP) und im Bereich der Akutkrankenanstalten als Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2010 konzipiert. Er war und ist ein regionaler Rahmenplan für Versorgungsregionen und Versorgungszonen, dessen weitere Einzelheiten unter 6.4.2 beschrieben werden.

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 öffentlichen und alle privat gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten sowie öffentliche Sonderkrankenanstalten im Sinne von § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG). Diese Krankenanstalten unterlagen seit Inkrafttreten der 15a-Vereinbarung für die Jahre 1997 bis 2000 den Bestimmungen des ÖKAP/GGP. Sie werden seither über die Landes(gesundheits)fonds des jeweiligen Bundeslandes finanziert und daher als „Fonds-Krankenanstalten“ (FKA) bezeichnet (darunter fallen jedoch nicht die über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds/PRIKAF finanzierten Krankenanstalten bzw. Sanatorien).

Entwicklung der Betteninanspruchnahme in den Fonds-Krankenanstalten

Die Gesamtanzahl der systemisierten (= sanitätsbehördlich bewilligten) Betten in Österreich sank von knapp 73.000 Anfang der 1990er Jahre auf rund 65.500 im Jahr 2008, jene der systemisierten (Akut-) Betten in den Fonds-Krankenanstalten von rund 59.000 im Jahr 1991 auf rund 50.000 im Jahr 2008. Zwischen 2000 und 2008 reduzierten sich die systemisierten Betten insgesamt nur geringfügig um knapp 200 (rund 0,3 %), in den Fonds-Krankenanstalten jedoch um rund 2.500 Betten (rund 4,7 %) (vgl. Tabelle 6.4).

¹⁰ <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0716&doc=CMS1136983382893>

Tabelle 6.4: Parameter der Betteninanspruchnahme 1991–2008

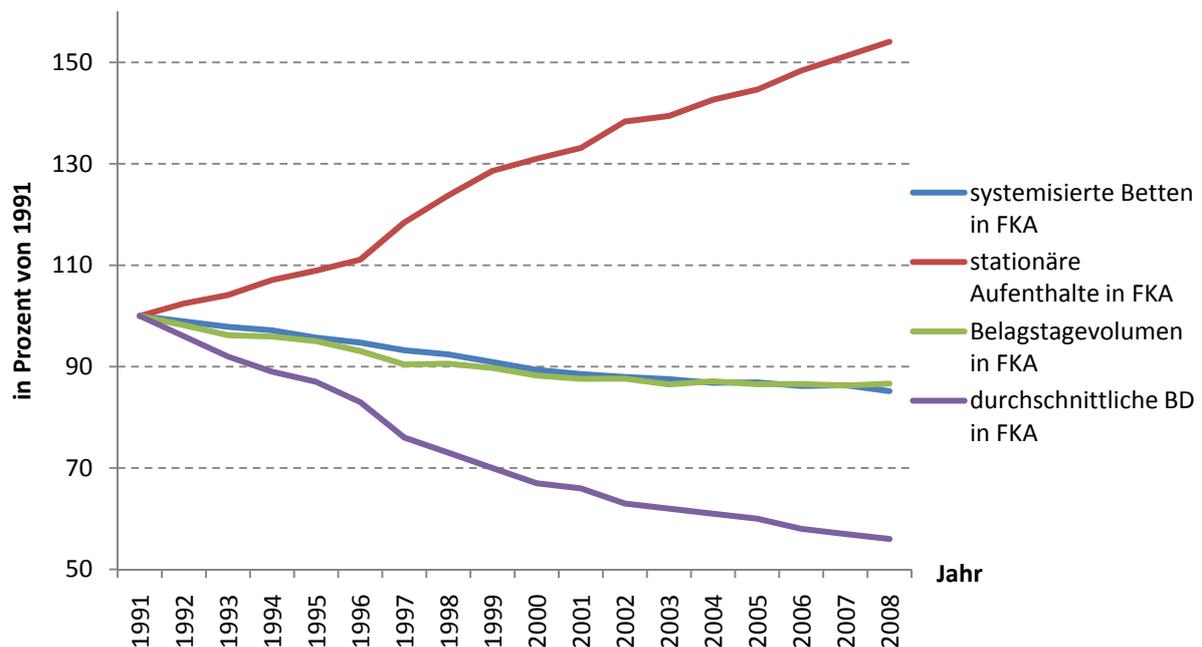
Jahr	systemisierte Betten		stationäre Aufenthalte		durchschn. Belagsdauer	
	insgesamt	davon in FKA	insgesamt	davon in FKA	insgesamt	davon in FKA
1991	72.828	58.711	1.847.708	1.636.544	11,0	10,0
1992	72.274	58.072	1.892.640	1.676.641	10,6	9,6
1993	71.604	57.457	1.922.586	1.703.695	10,2	9,2
1994	70.524	57.038	1.958.744	1.752.204	9,9	8,9
1995	69.814	56.198	1.990.396	1.782.633	9,7	8,7
1996	69.422	55.620	2.025.312	1.818.092	9,3	8,3
1997	68.406	54.729	2.150.069	1.938.047	8,6	7,6
1998	67.930	54.244	2.243.771	2.026.045	8,3	7,3
1999	67.105	53.371	2.328.638	2.104.584	8,0	7,0
2000	65.729	52.465	2.368.954	2.143.919	7,7	6,7
2001	65.363	51.980	2.413.624	2.178.160	7,5	6,6
2002	65.105	51.641	2.511.110	2.264.026	7,2	6,3
2003	65.250	51.391	2.532.357	2.282.097	7,1	6,2
2004	65.053	50.961	2.587.986	2.334.444	6,9	6,1
2005	65.252	51.008	2.618.591	2.366.903	6,8	6,0
2006	65.267	50.585	2.687.912	2.428.370	6,8	5,8
2007	66.236	50.687	2.743.237	2.474.652	6,6	5,7
2008	65.544	49.996	2.797.121	2.521.569	6,6	5,6

Quelle: BMG – Krankenanstalten-Statistik 1991–2008; GÖG-ÖBIG-eigene Darstellung

Die Zahl der stationären Aufnahmen in den Fonds-Krankenanstalten erhöhte sich im selben Zeitraum um rund 17,6 Prozent auf knapp mehr 2,5 Mio. im Jahr 2008 – dieser Anstieg liegt in der Dimension des langjährigen Trends. Parallel dazu sank die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Fonds-Krankenanstalten seit 2000 um 16 Prozent auf 5,6 Tage im Jahr 2008 – hier zeichnet sich ein weiterer kontinuierlicher Trend zur Absenkung der Aufenthaltsdauer ab (vgl. Abbildung 6.2).

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 Aufenthalte) erklären. Der Anteil der Eintagspflegen an allen stationären Aufenthalten ist in den Fonds-KA zwischen 2000 und 2008 von rund 13 Prozent auf rund 18 Prozent angewachsen. Die Steigerungen im Bereich der Eintagspflegen sind zum Teil auf Sonderregelungen in der LKF-Abrechnung zurückzuführen (z. B. im Psychatriebereich 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. 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 2008 bei etwa fünfeinhalb Tagen (vgl. Tabelle 6.4).

Abbildung 6.2: Betteninanspruchnahme in Fonds-KA 1991–2008 (als Index: 1991 = 100)



Quellen: BMG – Krankenanstalten-Statistik 1991–2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Die Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Betteninanspruchnahme im Zeitraum 2000 bis 2008 entspricht der Fortsetzung eines langjährigen Trends im Bereich der Fonds-Krankenanstalten. Mit dem kontinuierlich vollzogenen Akutbettenabbau wurde auch 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 9 % Anfang der 1990er Jahre auf rund 4,6 % im Zeitraum 2001 bis 2008) kann als Erfolg im Sinne des Kostendämpfungsziels gewertet werden.

Kostenentwicklung in den Fonds-Krankenanstalten

Der Anteil der in Tabelle 6.5 dargestellten Endkosten der Fonds-Krankenanstalten am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bewegte sich in den Jahren von 2005 bis 2008 zwischen 3,6 Prozent (2007) und 3,7 Prozent (2008). Der relative Anstieg der Krankenanstaltenkosten lag in den Jahren 2005 bis 2007 unter der jährlichen BIP-Entwicklung, im Jahr 2008 jedoch darüber.

Die Entwicklung der Gesamtkosten hängt vor allem mit der quantitativen und qualitativen Entwicklung im Personalbereich zusammen, weil die Personalkosten knapp mehr als die Hälfte der Gesamtkosten betragen. Tabelle 6.6 zeigt, dass die Steigerung der Personalkosten mit 17,3 Prozent nur einen halben Prozentpunkt unter dem Anstieg der gesamten Primärkosten lag. Die Kostensteigerung absolut ist knapp mehr als zur Hälfte auf den Personalbereich zurückzuführen.

Tabelle 6.5: Kostensteigerungsraten in den Fonds-Krankenanstalten im Vergleich zum Wachstum des BIP 2005–2008

Jahr	Bruttoinlandsprodukt		Endkosten der Fondskrankenanstalten		
	in Mrd. €	jährliches Wachstum in %	in Mrd. €	jährliche Steigerung in %	Anteil am BIP in %
2005	243,6	4,6	8,9	4,5	3,65
2006	256,2	5,2	9,3	4,1	3,62
2007	270,8	5,7	9,7	5,2	3,59
2008	281,9	4,1	10,4	7,6	3,68

Quellen: BMG – KA-Kostenrechnung (SKN) 2005–2008; Statistik Austria; GÖG-ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle 6.6: Entwicklung der Primärkosten in den Fonds-Krankenanstalten nach Kostenartengruppen 2005–2008

Kostenartengruppen	Anteil an den Primärkosten 2008 in %	Anteil an der Primärkostensteigerung 2005–2008 in %	Steigerung 2005–2008 in %
Personalkosten (1)	51,1	49,8	17,3
Med. Ge- und Verbrauchsgüter (2)	13,5	12,1	15,8
Kostenartengruppen 3–7*	24,1	24,5	18,3
Kalkulatorische Zusatzkosten (8)	11,4	13,2	21,2
Primärkosten insgesamt	100,0	100,0	17,8

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

Quelle: BMG – KA-Kostenrechnung (SKN) 2005–2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle 6.7: Entwicklung der Endkosten in den Fonds-Krankenanstalten nach Bundesländern 2005–2008

Bundesland	2005	2008	Veränderung 2005–2008 in %	Anteil an Kostensteigerung 2005–2008 in %	Anteil an Endkosten 2008 in %
Burgenland	169.713.193	198.958.629	17,2	2,0	1,9
Kärnten	601.088.859	684.806.868	13,9	5,7	6,6
Niederösterreich	1.196.568.986	1.528.475.191	27,7	22,6	14,7
Oberösterreich	1.403.858.384	1.696.512.174	20,8	20,0	16,3
Salzburg	536.934.772	634.612.070	18,2	6,7	6,1
Steiermark	1.220.806.578	1.412.863.324	15,7	13,1	13,6
Tirol	728.884.395	812.242.991	11,4	5,7	7,8
Vorarlberg	292.984.929	337.063.604	15,0	3,0	3,2
Wien	2.760.062.710	3.071.234.434	11,3	21,2	29,6
Österreich	8.910.902.806	10.376.769.285	16,5	100,0	100,0

Quelle: BMG – KA-Kostenrechnung (SKN) 2005 und 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Die Steigerungsrate der Endkosten der Fondskrankenanstalten ist mit 16,5 Prozent deutlich höher als in der Periode 2001 bis 2004 mit 12,9 Prozent. Die höchste Kostensteigerung wies Niederösterreich mit 27,7 Prozent auf. Am geringsten waren die Anstiege in Tirol (11,4 %) und in Wien (11,3 %). Damit löst im Vergleich zur Periode 2001 bis 2004 Niederösterreich mit 22,6 Prozent das Bundesland Wien mit 21,2 Prozent beim höchsten Anteil an den absoluten österreichweiten Kostensteigerungen ab.

Der Anteil Wiens an den österreichweiten Krankenhauskosten reduziert sich somit um 1,6 Prozentpunkte (stärkster Rückgang aller Bundesländer) auf 29,6 Prozent. Im Gegenzug verzeichnet Niederösterreich mit 1,2 Prozentpunkten den stärksten Anteilszuwachs an den österreichweiten Krankenhauskosten auf 14,7 Prozent (gefolgt von Oberösterreich mit 1,1 Prozentpunkten auf 16,3 %). Der nach wie vor höchste Kostenanteil Wiens lässt sich durch das konzentrierte Angebot an spitzenmedizinischen Leistungen sowie den damit verbundenen intensiveren Ressourceneinsatz begründen.

6.4.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Der ÖSG 2006 setzt (ebenso wie der ÖSG 2008) an der integrativen regionalen Versorgungsplanung an und lässt sich wie folgt beschreiben:

- Die Darstellung von einzelnen Krankenanstalten wurde umgestellt auf die Darstellung von 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen, die Inhalte der festgelegten Qualitätskriterien beziehen sich primär auf Akut-KA, wobei der Geltungsbereich von Fonds-KA auf alle Akut-KA gemäß KAKuG (inkl. UKH und Sanatorien) ausgeweitet wurde. In Ausnahmefällen, d. h., wenn vergleichbare Leistungen erbracht werden, sind auch nicht akutstationäre Bereiche umfasst;
- 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 wurden für jene medizinischen Leistungen vorgegeben, 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“ wurde pro Versorgungsregion bzw. Versorgungszone im Istzustand erfasst, außerdem wurden Kriterien zum Funktionieren des Nahtstellenmanagements in den einzelnen Versorgungsregionen definiert;
- zu den medizinisch-technischen Großgeräten waren und sind allgemeine Planungsgrundlagen und technische Beschreibungen sowie Vorgaben, für welche medizinischen Leistungen welche Großgeräte erforderlich sind, enthalten; 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 wurden ab 2006 auf Bundesebene nur noch grundsätzliche Planungsaussagen festgelegt, sodass Länder, Krankenanstaltenträger und soziale Krankenversicherungsträger im Rahmen der Detailplanung auf regionaler Ebene wesentlich mehr Gestaltungsmöglichkeiten als bis dahin erhielten. Der integrative Ansatz war und ist eine Weichenstellung für Verlagerungen zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens. Damit war der ÖSG 2006 auch eine erste Basis für die Umsetzung und für weitere Schritte der Gesundheitsreform.

Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich

Gegenwärtig gibt es im gesamten ambulanten Bereich keine standardisierte Diagnosedokumentation, und die Leistungsdokumentation erfolgt nach sehr unterschiedlichen Katalogen. Eine sektorenübergreifende Vergleichbarkeit des Diagnosen- und Leistungsgeschehens, wie sie für eine integrierte Gesundheitsversorgung benötigt wird, ist derzeit nicht möglich.

Die im Beobachtungszeitraum gültige Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Laufzeit 2005 bis 2008) sah eine regionen- und sektorenübergreifende Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens vor. Die Einführung einer standardisierten Diagnosen- und Leistungsdokumentation für den gesamten ambulanten Versorgungsbereich (Spitalsambulanzen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen, Ambulatorien) bildete die unverzichtbare Grundlage für die Umsetzung dieser Vereinbarungsinhalte. In Bezug auf die medizinischen Einzelleistungen (MEL) war gemäß Artikel 32 (4) als Grundlage für die Leistungsdokumentation von der Bundesgesundheitsagentur ein Katalog medizinischer Leistungen (KAL) „unter Berücksichtigung des Leistungsgeschehens im niedergelassenen Bereich zu entwickeln“. Diesen Arbeiten war gegenüber der Diagnosedokumentation in zeitlicher Hinsicht Vorzug einzuräumen. Nach ausführlichen Diskussionen aller beteiligten Gruppen war man übereingekommen, ein System zu entwickeln, das bestehende Dokumentationssysteme in einen neuen Leistungskatalog überführt. Dieser Leistungskatalog soll durchgängig über alle Sektoren des Gesundheitssystems eine Vergleichbarkeit ermöglichen. Dadurch soll ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand weitgehend vermieden werden.

Bis Ende 2007 wurde daher im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur ein sogenannter „Startkatalog“ erstellt, der bis Ende 2008 fachlich verfeinert und ergänzt wurde. Als Grundlage für die Entwicklung dieses Katalogs ambulanter Leistungen diente unter anderem ein bereits 2005 erstelltes Datenverwendungskonzept, aus dem wesentliche Zielsetzungen übernommen wurden, wonach der Katalog ambulanter Leistungen als Basis für die Beobachtung von Leistungsentwicklungen, für die Quantifizierung und Bewertung von Veränderungen durch Reformpoolprojekte, für Planungen im Gesundheitswesen und für die Entwicklung von Finanzierungsmodellen im ambulanten Bereich dienen soll.

Weiterentwicklung des LKF-Systems

Im Berichtszeitraum wurde mit dem LKF-Modell 2009 eine maßgebliche Neustrukturierung des LKF-Leistungskataloges erarbeitet. Zielvorstellung war die Schaffung einer einheitlich strukturierten und besser vergleichbaren Leistungsdokumentation im ambulanten und stationären Sektor. Eine grundlegende Revision des stationären Leistungskataloges mehr als zehn Jahre nach seiner Einführung war aber auch aus anderen Gründen erforderlich. So ließ die Systematik des MEL-Kataloges keinen Spielraum für Erweiterungen zu, und die vierstelligen Nummernkreise für neue Leistungen gingen dem Ende zu.

Der Leistungskatalog 2009 beruht inhaltlich im Wesentlichen auf den im Leistungskatalog 2008 enthaltenen Positionen. Den Leistungspositionen wurde eine multiaxiale Systematik hinterlegt. Diese Struktur wird heute auch in mehreren anderen Leistungskatalogen und Dokumentationssystemen verwendet, wie z. B. in der französischen Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) oder im ICD-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS). Der Vorteil dieser Katalogstruktur ist

die leichte systematische Erweiterbarkeit und die Möglichkeit der Aufnahme gegebenenfalls weiter differenzierter Leistungen. Der neue Leistungskatalog weist zudem dieselbe Systematik wie der Katalog ambulanter Leistungen auf, was ein Zusammenführen der beiden Leistungskataloge ermöglicht.

6.4.3 Ausblick

Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit

Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 wurde erstmals eine alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung umfassende integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur verbindlich vereinbart. Mit dem ÖSG 2006 wurde die Grundlage für die integrierte Planung im Gesundheitswesen bereits geschaffen, die mit dem ÖSG 2008 eine Aktualisierung erfuhr und nun schrittweise weiterentwickelt wird.

In der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2013 wurde nun der Schwerpunkt auf die Planung des ambulanten Bereichs gelegt. Mit einer alle Bereiche des Gesundheitswesens umfassenden Planung soll eine möglichst gleichmäßige regionale Versorgung mit medizinischen Leistungen sichergestellt werden (Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit). Weiters wird im Rahmen der Planung auf eine optimale Leistungserbringung aus der Sicht der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgestellt (Qualitätsprinzip). Dabei ist auch auf eine effiziente Erbringung der Leistungen Bedacht zu nehmen (Effizienzprinzip).

Die Landesgesundheitsplattformen haben mittlerweile die Arbeit zur Erstellung Regionaler Strukturpläne Gesundheit (RSG) aufgenommen (und zum Teil auch in einem ersten Schritt bereits abgeschlossen), auf deren Basis erstmals die Kapazitäten und Aufgaben der stationären und ambulanten Versorgungssektoren aufeinander abgestimmt werden sollen. Die Planung des ambulanten Bereichs steht in engem Zusammenhang mit anderen gesundheitspolitischen Arbeitsschwerpunkten wie der sektorübergreifenden Finanzierung. Voraussetzung für eine Leistungsangebotsplanung, die auch den ambulanten Sektor mit einbezieht, ist die Dokumentation im ambulanten Bereich. Ein weiterer Zusammenhang ist naturgemäß mit dem Schwerpunkt zur Entwicklung von Modellen für bedarfsorientierte Versorgung im ambulanten Bereich gegeben.

Ein weiterer Entwicklungsschritt in der neuen Vereinbarung ist in der Übereinkunft der Vertragsparteien zu sehen, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen verstärkt an Public-Health-Grundsätzen zu orientieren.

Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich

Nach Art 37 Abs 4 bis 7 der Vereinbarung gem. Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2013 sind als Voraussetzung zur Planung, Realisierung und Erfolgskontrolle des Konzepts der integrierten Gesundheitsversorgung die notwendigen Schritte zu setzen, um eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Dokumentation im intra- und extramuralen ambulanten Versorgungsbereich sicherzustellen. In zeitlicher Hinsicht ist prioritär die Leistungsdokumentation vorzubereiten und umzusetzen.

Der in den Jahren 2006 bis 2008 erarbeitete Katalog ambulanter Leistungen (KAL) wurde von den Arbeitsgremien der Bundesgesundheitskommission als qualitativ hochwertig anerkannt; der Katalog stellt ein geeignetes Instrument für die künftige Dokumentation im ambulanten Bereich dar. Um für die Zukunft sicherzustellen, dass der Katalog den jeweils aktuellen medizinischen und dokumentarischen Anforderungen gerecht wird, wird er auch in den Folgejahren weiterentwickelt werden. Weiters laufen die entsprechenden Vorbereitungsarbeiten für eine pilothafte Einführung des Katalogs in ausgewählten Pilotbundesländern im Laufe des Jahres 2010.

Weiterentwicklung des LKF-Systems

Mit 1. 1. 2009 wurde das völlig neu strukturierte LKF-Modell 2009 in den über das LKF-System finanzierten Krankenanstalten eingeführt und für das Jahr 2010 ein darauf basierendes aktualisiertes Modell 2010 erarbeitet.

In die darüber hinaus gehende Weiterentwicklung des LKF-Systems sollen unter anderem auch die Erkenntnisse der Evaluierung des LKF-Systems einfließen. Anlässlich des zehnjährigen Bestehens des LKF-Systems in Österreich soll nämlich unter Einbeziehung internationaler externer Expertinnen und Experten eine wissenschaftliche Evaluierung des LKF-Systems – insbesondere hinsichtlich Steuerungs- und Anreizeffekte – durchgeführt werden. Die diesbezüglichen Arbeiten sind bereits in fortgeschrittenem Zustand.

6.5 Psychosoziale Versorgung

6.5.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

Psychiatrische und psychosomatische Versorgung sind hinsichtlich der für sie richtungsweisenden Qualitätskriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) implementiert. Grundlagen für die Planung der extramuralen Bereiche der beiden Versorgungssektoren finden zunehmend Eingang in dieses Regelwerk. Voraussetzungen dazu, wie die kontinuierliche Beobachtung der Entwicklung der Versorgung und der Bedarfslagen der Nutzerinnen und Nutzer, der in der Versorgung tätigen Berufsgruppen sowie der Maßnahmen zur Qualitätssicherung, werden nun standardmäßig untersucht.

6.5.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Psychiatrische Versorgung

Die planerischen Grundlagen für die psychiatrische Versorgung inklusive der Qualitätskriterien für die verschiedenen Versorgungsbereiche sind nunmehr Teil des ÖSG. Im Berichtszeitraum wurden Qualitätskriterien für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung (mittlerweile wurde mit der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 – ÄAO 2006 das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie und das Additivfach Neuropädiatrie geschaffen) sowie für die längerfristige Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen entwickelt und in den ÖSG aufgenommen. Entsprechend

dem integrierten Ansatz des ÖSG sind auch für diese beiden Bereiche die Anforderungen an die außerstationäre gesundheitliche Versorgung berücksichtigt.

Weitere Schwerpunkte der Arbeiten waren die Untersuchung der Versorgungsstruktur im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen, die Evaluierung der tagesklinischen Versorgung sowie die Erstellung von Grundlagen zur Evaluierung der außerstationären psychiatrischen Versorgung.

- Vor dem Hintergrund einer Bedarfsschätzung und der Entwicklung von Qualitätskriterien für die langfristige Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zeigt die Erhebung des Versorgungsstandes, dass für die bedarfsgerechte Versorgung nicht unbedingt ein zusätzlicher Bettenaufbau in den bestehenden bzw. in neuen Spezialeinrichtungen erforderlich ist, sondern die Ausschöpfung der gesamten Angebotspalette (z. B. Ausweitung der tagesklinischen Leistungserbringung, Errichtung von niederschweligen Stationen etc.) sowie die Nutzung von Umlagepotenzialen zwischen einzelnen Fachrichtungen und die Reduktion von bestehenden „Fehlbelegungen“. Weiters wird eine Stärkung des regionalen Angebots als sinnvoll und notwendig erachtet (ÖBIG 2005d).
- Tageskliniken sollen frühere Entlassungen aus der vollstationären Behandlung und eine Alternative zur vollstationären Aufnahme von Menschen mit Bedarf an akutpsychiatrischer Behandlung ermöglichen. Der Anteil der Plätze der 24 allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken an den gesamten allgemeinspsychiatrischen Bettenkapazitäten liegt bei 11 Prozent (GÖG/ÖBIG 2007e). Die Größe der Tageskliniken schwankt zwischen sechs und zwanzig Behandlungsplätzen, im Durchschnitt stehen rund 13 Plätze zur Verfügung. Im Vergleich zu 2003 nahmen die tagesklinischen Fälle um rund 25 Prozent zu. Nur in den Bundesländern Burgenland und Vorarlberg wird noch keine tagesklinische Behandlung angeboten. Die meisten Plätze sind in Wien und Oberösterreich vorhanden. Zurzeit werden durch die tagesklinische Versorgung teilweise auch bestehende Defizite in der außerstationären psychiatrischen Versorgung kompensiert.
- Zur Integration der außerstationären allgemeinspsychiatrischen Versorgung in den ÖSG wurden Vorarbeiten zur Schaffung einer einheitlichen Datenbasis durchgeführt (GÖG/ÖBIG 2007d).

Infolge der 2005 veröffentlichten „Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit“ (Mental Health Declaration for Europe) anlässlich einer von der WHO Europa initiierten Konferenz der Gesundheitsministerinnen und -minister aller Mitgliedstaaten der WHO-Region wurde vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend der Beirat für Psychische Gesundheit eingerichtet. Seither wurden vier Themenbereiche in Angriff genommen:

- Die Pilotstudie zur Prävalenz psychischer Störungen entwickelt Grundlagen für die Erfassung der Häufigkeit psychischer Störungen, des Bedarfs an Behandlung (z. B. Psychotherapie, ambulante und stationäre Betreuung, Medikamente) sowie der Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme.
- Die „Replikationsstudie Stigma-Erhebung“ überprüft die Auswirkungen der Anti-Stigma-Kampagne auf die Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, vergleicht die gegenwärtigen Haltungen zu verschiedenen Formen psychischer Erkrankungen sowie die Einstellungen zu Schizophrenie mit jenen, die in der ersten Studie zu diesem Thema festgestellt wurden, und erarbeitet Empfehlungen für weitere Maßnahmen und Projekte zur Stigmareduktion.
- Das Projekt „Behandlungspfade psychisch Kranker „PSY-PFADE 1“ untersucht, welche Kosten Personen, die an einer psychischen Störung leiden, verursachen und wie sich die Kosten auf diese

Zielgruppe verteilen, da anzunehmen ist, dass ein kleiner Anteil dieser Personen besonders hohe Kosten verursacht („heavy users“). Diese Daten sollen in der Gesundheitsplanung genutzt werden.

- Der „Schizophreniebericht“ führt eine Bestandsaufnahme der Situation von an Schizophrenie erkrankten Menschen durch, die für die Planung präventiver Maßnahmen genutzt werden kann.

Extramurale psychiatrische Versorgung

Zur Integration der außerstationären allgemeinpsychiatrischen Versorgung in den ÖSG wurden Vorarbeiten zur Schaffung einer einheitlichen Datenbasis durchgeführt (GÖG/ÖBIG 2007d). Die Arbeiten daran werden fortgeführt, um methodische Schwierigkeiten wie die unterschiedliche Verfügbarkeit und Qualität der Daten in den Bundesländern lösen zu können. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass in den psychosozialen Beratungsstellen, die in der Regel in jeder Versorgungsregion vorhanden sind, mit Stand 2005 über 46.500 Personen betreut wurden (das sind 0,7 Personen pro 1.000 Einwohner). Eigene psychosoziale Notdienste gehören nur in den Bundesländern Kärnten, Oberösterreich, Salzburg und Wien zur psychiatrischen Standardversorgung. Die Anzahl vorhandener Plätze in tagesstrukturierenden Einrichtungen schwankt in den Bundesländern zwischen 1,4 und 5,9 Plätzen pro 10.000 Einwohner.

Stationäre psychiatrische Versorgung

Seit dem Beginn der Dezentralisierung und dem damit einhergehenden Abbau der Betten der psychiatrischen Großkrankenhäuser in den 1970er Jahren ist nunmehr ein weitgehend stabiles Niveau hinsichtlich der stationären Kapazitäten erreicht. So ist der Bettenstand 2008 gegenüber 2004 nur marginal gesunken. 2008 stehen 3.325 Betten für die allgemeinpsychiatrische, 397 für die kinder- und jugendpsychiatrische und 905 für die längerfristige Sucht-Versorgung zur Verfügung. Bezogen auf die Bevölkerungszahl entsprechen die vorhandenen Kapazitäten einer Bettenmessziffer von 0,4 tatsächlichen Betten pro 1.000 Einwohner für die Allgemeinpsychiatrie, von 0,05 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und von 0,11 für die längerfristige psychiatrische Versorgung von Abhängigkeitserkrankten.

Im Berichtszeitraum ist die Gesamtzahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund psychiatrischer Hauptdiagnosen weitgehend stabil geblieben: Pro 100.000 Einwohner waren in den österreichischen Krankenanstalten rund 1.370 Aufenthalte wegen psychiatrischer Erkrankungen zu verzeichnen. Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den Abteilungen und Krankenhäusern für Psychiatrie nahm hingegen zu: von rund 890 im Jahr 2005 auf 955 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2007. Damit sinkt offensichtlich der Anteil an Patientinnen und Patienten, die trotz psychiatrischer Hauptdiagnose außerhalb der stationären psychiatrischen Versorgung behandelt werden. 56 Prozent der wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose behandelten Personen waren weiblichen Geschlechts, 44 Prozent männlich. In den psychiatrischen Einrichtungen sind es 53 Prozent Patientinnen und 47 Prozent Patienten.

In den Jahren 2006 und 2007 haben sich ebenso wie die stationären Aufenthalte in den psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern auch die Unterbringungen ohne Verlangen gemäß Unterbringungsgesetz (UbG) weiter erhöht. Insgesamt wurden im Jahr 2007 von den Krankenhäusern und Abteilungen 17.246 Patientinnen und Patienten ohne Verlangen untergebracht; dies entspricht 26,6 Prozent aller stationären Aufnahmen dieses Jahres. Dabei zeigt sich sowohl zwischen den ver-

schiedenen Versorgungsstrukturen (psychiatrisches Krankenhaus, psychiatrische Abteilung, Universitätsklinik) als auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Abteilungen einer Versorgungsstruktur eine große Variationsbreite. Darüber hinaus schwanken die Unterbringungsrate von Jahr zu Jahr beträchtlich in den einzelnen Einrichtungen. In Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden insgesamt 779 Patientinnen und Patienten ohne Verlangen untergebracht; die Unterbringungsrate liegt in diesem Bereich etwas unter jener in der Erwachsenenpsychiatrie.

Die Geschlechterverteilung zeigt ein Überwiegen der Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie und eines der Patientinnen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hinsichtlich der Altersgruppen liegt der Schwerpunkt in der Erwachsenenpsychiatrie bei der Gruppe der 35- bis 49-Jährigen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei der Gruppe der mündigen Minderjährigen (14 bis 18 Jahre). Die häufigste Diagnosegruppe nach ICD-10 ist bei den Erwachsenen mit über einem Viertel der Fälle die Schizophrenie bzw. sind schizotype und wahnhaftige Störungen, gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (rund 22 %) und affektiven Störungen (rund 20 %). In Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiegen die folgenden drei Diagnosegruppen: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, affektive Störungen sowie Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend. Der Großteil der Patientinnen und Patienten wird für einen kurzen Zeitraum untergebracht, d. h. maximal vier Tage. Rund ein Viertel wird länger als 18 Tage untergebracht. Das bedeutet, dass der unfreiwillige Aufenthalt meist rasch beendet werden kann. Gleichzeitig führt dies dazu, dass die gerichtliche Kontrolle im Rahmen einer Anhörung oft gar nicht mehr stattfindet bzw. stattfinden kann (eine Anhörung ist innerhalb der ersten vier Tage der Unterbringung vor Ort abzuhalten). In den Jahren 2006 und 2007 hoben die Gerichte jeweils rund 8 Prozent der Unterbringungen im Rahmen der Anhörung auf. Zur mündlichen Verhandlung kam es im Jahr 2007 in 3.733 Fällen, wovon 5,5 Prozent mit der Aufhebung der Unterbringung endeten (GÖG/ÖBIG 2008l).

Der Ausbau wohnortnaher, dezentraler psychiatrischer Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern ist ein wesentlicher Indikator der kontinuierlich und erfolgreich laufenden Psychiatriereform. Im Berichtszeitraum wurden die psychiatrischen Abteilungen in Eisenstadt, Baden, Braunau und Steyr eröffnet. Bis auf Eisenstadt haben diese neuen dezentralen Abteilungen bereits Vollversorgungsfunktion übernommen. Die Dezentralisierung der Standorte ist somit in den beiden Bundesländern Niederösterreich und Oberösterreich abgeschlossen. Weitere fünf dezentrale Abteilungen sind in Planung (Villach, KH BB in Graz, Leoben, Lienz und KH Hietzing in Wien). Insgesamt ist die Anzahl der dezentralen Abteilungen für Psychiatrie von zehn im Jahre 2004 mit 613 Betten (inklusive Tagesklinikplätze) auf 15 mit 806 Betten (inklusive Tagesklinikplätze) im Jahre 2008 gestiegen (GÖG/ÖBIG 2008h).

Planung und Koordination

In sämtlichen Bundesländern gibt es entweder eigene Psychiatriepläne, die vereinzelt bereits aktualisiert wurden, oder Planungen dieses Bereichs innerhalb der Regionalen Strukturpläne. Mit Ausnahme der Steiermark ist jedoch in keinem Land eine Psychiatriekoordination als eigenständige Stabstelle eingerichtet.

Psychosomatische Versorgung

Im ÖSG sind nunmehr Qualitätskriterien für die akutstationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychosomatischem Behandlungsbedarf inkludiert. Mit Stand 2007 sind insgesamt 433 Betten für die psychosomatische Versorgung in den österreichischen Krankenanstalten eingerichtet. Nahezu die Hälfte davon – insgesamt 200 – sind in den beiden Psychosomatik-Kliniken Bad Aussee sowie Eggenburg angesiedelt (GÖG/ÖBIG 2006a und 2007a). Die Leistungsangebote der einzelnen Departments, Abteilungen und der Kliniken unterscheiden sich beträchtlich. Es bestehen abgestufte, auf den unterschiedlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Leistungsangebote, niederschwellige Angebote zur kurzfristigen Abklärung und Motivationsarbeit sowie spezialisierte Angebote ausschließlich für Patientinnen und Patienten mit hoher Psychotherapiemotivation.

Um die wichtigste Zielsetzung psychosomatischer Versorgung zu erreichen – nämlich die niederschwellige frühzeitige Erfassung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychosomatischem Behandlungsbedarf sowie die Integration psychosomatischer Expertise in die somatische ärztliche Diagnostik und Therapie und in die Pflege –, ist der Ausbau von Konsiliar- und Liaisondiensten zu forcieren. Der ÖSG sieht vor, dass an jeder Krankenanstalt ein solches Angebot vorzuhalten ist. Zudem wurden für den Konsiliar- und Liaisondienst Qualitätskriterien erarbeitet (ÖBIG 2005a) und weiterentwickelt (GÖG/ÖBIG 2008b), die Orientierung für die Implementierung dieser Struktur unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen in den Krankenanstalten geben.

Weiters wird im Auftrag des Gesundheitsressorts laufend das „Netzwerk Psychosomatik“ aufgebaut. Für die österreichische Gesundheitsversorgung bietet es eine effiziente Möglichkeit, regional wie überregional und themenbezogen psychosomatisch kompetente Ansprechpersonen im ambulanten und stationären Bereich zu kontaktieren, Beratungs- und Behandlungsempfehlungen einzuholen und eine gezielte psychosomatische Fachbehandlung in die Wege zu leiten.

Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie und Musiktherapie

Der psychotherapeutische und die beiden psychologischen Berufe sind mittlerweile seit bald zwanzig Jahren gesetzlich geregelt. Psychotherapeutische Behandlung und die klinisch-psychologische Diagnostik sind der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen.

Jüngste Gesetzgebung

Die Berufsgruppe der Musiktherapeutinnen und -therapeuten übte bislang ihren Beruf im Bereich des Gesundheitswesens ohne berufsrechtliche Absicherung aus, obwohl Musiktherapie ein Standardleistungsangebot in der gesundheitlichen Versorgung geworden ist. Im Berichtszeitraum wurde daher eine Regierungsvorlage für ein Musiktherapiegesetz ausgearbeitet, in der die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der musiktherapeutischen Ausbildung, der Formen der Berufsausübung, der Voraussetzungen der Berufsausübung, der Führung der Musiktherapeutenliste sowie der Berufspflichten geregelt wird. Mittlerweile trat das Musiktherapiegesetz (MuthG) in Kraft (BGBl I 2008/93).

Qualitätssicherung

Im Zuge der kontinuierlichen Aktivitäten zur Qualitätssicherung des Gesundheitsressorts wurde im Berichtszeitraum eine Internetrichtlinie mit Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet erstellt. Weiters wurde im Anschluss an die Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeuten ein umfangreiches Manual zum psychotherapeutischen Status entwickelt und veröffentlicht. Auch der professionelle Umgang mit dem Einholen der Einwilligung in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie -psychologie wurde nunmehr in einem kompakten Informationspapier publiziert.

2007 wurde mit den Arbeiten zur Aktualisierung der Nachweise zur Wirksamkeit der anerkannten wissenschaftlichen Methoden der psychotherapeutischen Behandlung begonnen, die in den Folgejahren fortgeführt werden.

Der Bericht „Ausbildungsstatistik – Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie“ informiert detailliert über die aktuelle Ausbildungssituation vor dem Hintergrund der wichtigsten Entwicklungen seit dem Jahr 2000. Der vorliegende Bericht stellt eine wichtige Informationsgrundlage für das BMG dar und dient als Instrument der Qualitätssicherung im Bereich der Ausbildung (GÖG/ÖBIG 2008c).

Personalangebot im Bereich der Psychotherapie

Mit Stichtag 31. 12. 2007 sind 6.442 Personen in der Psychotherapeutenliste eingetragen, rund zwei Drittel davon sind Frauen. Da mehr Frauen eine Psychotherapieausbildung absolvieren, wird sich ihr Anteil in den nächsten Jahren voraussichtlich auf 75 Prozent erhöhen. Etwas mehr als drei Viertel der Frauen – und damit ein etwas höherer Anteil als bei den Männern – sind mit zumindest einer fachspezifischen Zusatzbezeichnung in die Psychotherapeutenliste eingetragen.

Die Berufsgruppe ist in den vergangenen fünf Jahren langsam gewachsen. Bleiben die jährlichen Zuwächse auf dem durchschnittlichen Niveau dieser fünf Jahre, ist in absehbarer Zeit durch Pensionierungen mit einer Stagnation bzw. einem sehr geringen Wachstum der Berufsgruppe zu rechnen.

Das psychotherapeutische Angebot konzentriert sich auf die städtischen Gebiete und hier wiederum vor allem auf die größeren Städte und deren Umland. In einigen ländlichen Regionen ist von einer Unterversorgung auszugehen. Der Anteil der ausschließlich in freier Praxis tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nimmt seit etwa zehn Jahren kontinuierlich zu und liegt derzeit bei über fünfzig Prozent. Vermutlich hängt diese Verschiebung auch mit dem kaum anwachsenden Angebot an Arbeitsplätzen in Institutionen zusammen (GÖG/ÖBIG 2008i).

Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung

Die Ausgaben der Sozialversicherungen für Psychotherapie erhöhten sich von 29 Mio. Euro im Jahr 2001 auf 45 Mio. Euro im Jahr 2004 und betragen 54,8 Mio. Euro im Jahr 2007. Mit rund 30 Mio. Euro entfällt der größte Anteil davon auf die von Versorgungsvereinen und Institutionen erbrachte Psychotherapie als Sachleistung. Unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ wurden von Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzten rund 11,8 Mio. Euro abgerechnet. Die Ausgaben für Kos-

tenzuschüsse beliefen sich auf rund 12 Mio. Euro. Die Ausgaben für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen betrugen rund 800.000 Euro.

Mit diesen Mitteln wurden im Jahr 2007 über 1,4 Millionen Therapieeinheiten ganz oder teilweise finanziert. Von den Psychotherapeutinnen und -therapeuten der Versorgungsvereine und der Institutionen wurden rund 500.000 Einheiten als Sachleistung angeboten, wobei das Einzelsetting die wichtigste Angebotsform darstellt. Vertragsärztinnen und -ärzte erbrachten rund 188.000 Leistungen, wobei der größte Anteil davon auf Einheiten à 30 Minuten entfällt. Wahlärztinnen und -ärzte rechneten rund 161.000 Einheiten ab, die überwiegend in einstündigen Sitzungen stattfanden. Die kasseneigenen Einrichtungen verzeichneten rund 17.000 Einheiten.

Die Ausgabensteigerungen der vergangenen Jahre resultieren hauptsächlich aus der Erhöhung der Mittel für Psychotherapie als Sachleistung, die von den Patientinnen und Patienten kostenlos in Anspruch genommen werden kann. Trotz dieser positiven Entwicklung übersteigt die Nachfrage bei weitem das Angebot, was vor allem Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und geringem Einkommen trifft, da sich diese eigenfinanzierte Psychotherapie nicht leisten können. Weiters ist festzustellen, dass sich die Versorgung in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich entwickelt. Das Angebot ist im Bundesländervergleich ungleichmäßig gewachsen, und zwar in Abhängigkeit von den Versicherungsträgern, deren Ausgaben sich prozentuell unterschiedlich auf die einzelnen Angebotsformen verteilen. Die jeweiligen Versicherungsträger setzen verschiedene Schwerpunkte in der Versorgung, die Ausgaben pro versicherte Person variieren sehr stark, und die Steuerungsmechanismen der Versicherungsträger sind ebenfalls heterogen (GÖG/ÖBIG 2009).

Personalangebot im Bereich der psychologischen Tätigkeit

Die Anzahl der klinischen Psychologinnen und Psychologen hat sich seit 1991 um mehr als das Fünzfache erhöht und beträgt derzeit 5.456 Personen (Stichtag: 31. 12. 2007). Hält das starke Wachstum der vergangenen Jahre an, wird in absehbarer Zeit die Anzahl der klinischen Psychologinnen und Psychologen jene der Psychotherapeutinnen und -therapeuten übersteigen. In der Regel sind klinische Psychologinnen und Psychologen mehrfach qualifiziert: 96,4 Prozent sind auch Gesundheitspsychologinnen bzw. -psychologen, rund 34 Prozent auch Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten.

Wien und Salzburg sind die am besten mit klinischen Psychologinnen und Psychologen versorgten Bundesländer. Über die kleinste Anzahl verfügen nach wie vor das Burgenland, Niederösterreich und Oberösterreich. Der Großteil der klinischen Psychologinnen und Psychologen arbeitet im städtischen Bereich. In ländlichen Regionen existiert zum Teil ein sehr geringes Angebot. Ebenso wie im Bereich der Psychotherapie ist bei den klinischen Psychologinnen und Psychologen zu beobachten, dass der Anteil der ausschließlich freiberuflich Tätigen kontinuierlich ansteigt (GÖG/ÖBIG 2008i).

Zugang zur psychologischen Tätigkeit

Erstmals wurden zusätzlich zur Informationsbroschüre über Psychotherapie auch eine Informationsbroschüre über klinische Psychologie und eine über Gesundheitspsychologie erstellt. Die beiden Broschüren bieten in für Laien verständlicher Form Informationen über Zweck und Arbeitsweisen,

Hinweise zur Inanspruchnahme der beiden Berufsgruppen sowie einen Serviceteil mit Adressen, Telefonnummern, Internetadressen und Literaturangaben an.

Im Bereich der klinischen Psychologie werden lediglich diagnostische Leistungen finanziert, sofern sie von Vertragspsychologen und -psychologinnen der Sozialversicherung erbracht werden und auf ärztliche bzw. psychotherapeutische Zuweisung erfolgen. Dieselben Leistungen können auch auf Basis von Kostenerstattung bei Wahlpsychologinnen und -psychologen in Anspruch genommen werden.

Tabelle 6.8: Vertrags- sowie Wahlpsychologinnen und -psychologen nach Bundesländern und insgesamt, Stand: Mai 2009

Bundesland	Vertragspsychologinnen und -psychologen		Wahlpsychologinnen und -psychologen
	Planstellen	Besetzte Stellen	
Burgenland	3	3	9
Kärnten	10	10	30
Niederösterreich	20	20	96
Oberösterreich	9	7	24
Salzburg	6	6	22
Steiermark	7	7	74
Tirol	5	7	34
Vorarlberg	0	0	0
Wien	32	34	193
Österreich	92	94	482

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Die Anzahl der Planstellen für Vertragspsychologinnen und -psychologen ist seit 2006 gesunken, die der besetzten Stellen gleich geblieben, die Anzahl der Wahlpsychologinnen und -psychologen ist hingegen um fünfzig Prozent gestiegen.

6.5.3 Ausblick

Das gesundheitspolitische Grundanliegen der Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung ist mittlerweile in einigen Regionen umgesetzt bzw. steht auf der Agenda der regionalen Strukturplanung Gesundheit der Bundesländer. Die extramurale psychosoziale Versorgung hat inzwischen ein Grundangebot in jeder Region implementiert. Die Nahtstellen zwischen stationärem und extramuralem Bereich sowie die zum sozialen Versorgungssektor müssen jedoch weiterentwickelt werden. Insbesondere ist dies für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung der besonders vulnerablen Zielgruppen (z. B. Kinder und Jugendliche sowie betagte Menschen) mit ihren komplexen Problemlagen unverzichtbar.

Sektorenübergreifende Versorgung und interdisziplinäres Arbeiten sind darüber hinaus auch an den Schnittstellen zwischen psychosozialer und somatischer Versorgung weiterhin ein zentrales Anliegen. Die Forcierung biopsychosozialer Konsiliar- und Liaisondienste nicht nur im akutstationären Sektor, sondern auch in ambulanten Versorgungsangeboten sowie in der langfristigen Versorgung von psychisch und/oder somatisch chronisch erkrankten Menschen (z. B. in Pflegeheimen) scheint hier, wie internationale Erfahrungen zeigen, zukunftsweisend zu sein.

Die kontinuierliche Beobachtung der Entwicklung der psychosozialen Versorgung, der Berufsgruppen und ihrer Ausbildung sowie der Wirksamkeit der Behandlungsmodelle werden weiterhin Grundlagen für eine bedarfsorientierte Versorgungsplanung bleiben.

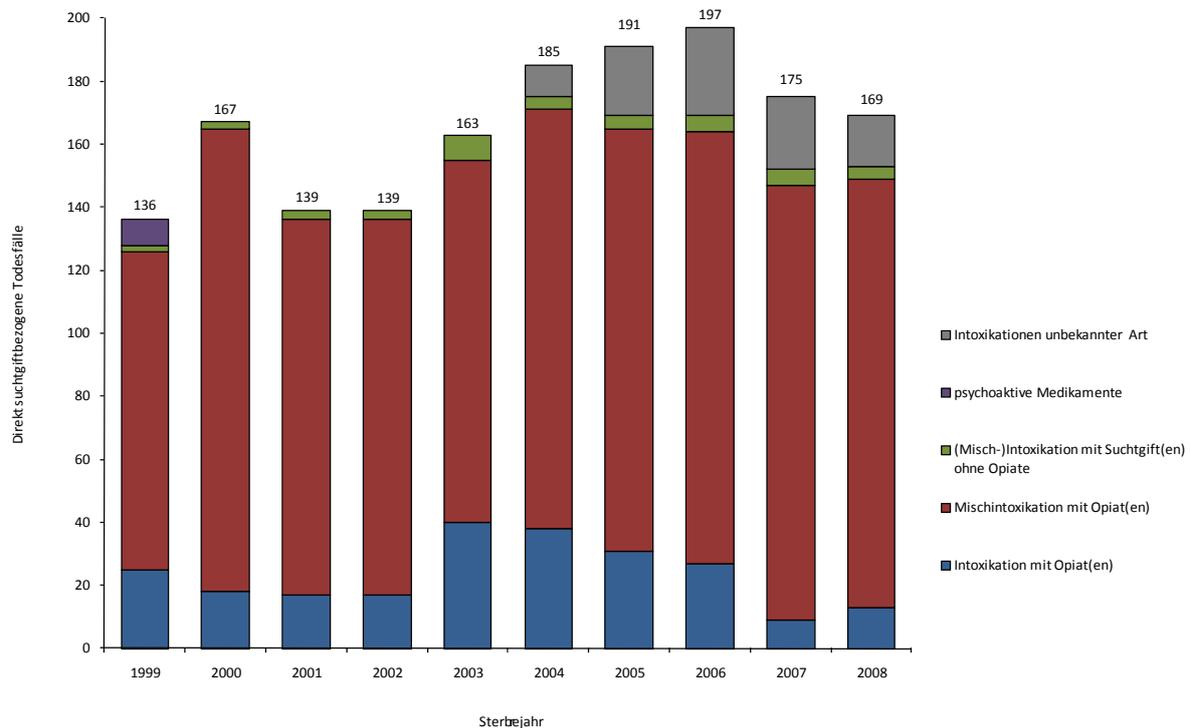
6.6 Suchterkrankungen

6.6.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

Die Datenlage zu Substanzkonsum und Sucht hat sich in den letzten Jahren laufend verbessert (vgl. auch Abschnitt 6.1.2). Die verfügbaren Daten bestätigen, dass der Konsum von Alkohol in Österreich zum Alltag gehört, wobei sowohl die Trinkhäufigkeit als auch die Trinkmenge bei den Männern deutlich höher ist als bei den Frauen (z. B. durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag: 42 Gramm vs. 14 Gramm; vgl. Uhl et al. 2009). Drei Viertel der Bevölkerung haben schon einmal Tabak konsumiert, wobei es beim Rauchen kaum Geschlechterunterschiede gibt. So gaben in der ESPAD-Studie 2007 (vgl. auch Abschnitt 6.6.2) etwas mehr (48 % vs. 42 %) der befragten 15- bis 16-jährigen österreichischen Schülerinnen und Schüler an, in den letzten dreißig Tagen Zigaretten geraucht zu haben (Hibell et al. 2009). Rund ein Fünftel der Bevölkerung hat bereits einmal Cannabis konsumiert. Für alle anderen illegalen Substanzen sind die Werte deutlich geringer und liegen meist bei maximal 2 (Heroin) bis 4 Prozent (Ecstasy, Amphetamine, Kokain) für die Gesamtbevölkerung. Zudem sind die Raten für den aktuellen Konsum (die letzten zwölf Monate) nochmals deutlich geringer – dies belegt, dass der Konsum von illegalen Substanzen meist auf Probiererfahrungen und eine begrenzte Lebensphase beschränkt ist (vgl. GÖG/ÖBIG 2008d).

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. 6 % der Frauen und ca. 14 % der Männer) erkranken im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus. Insgesamt gibt es in Österreich etwa 340.000 Alkoholranke und weitere rund 715.000 Personen mit Alkoholmissbrauch (vgl. Uhl et al. 2009). Rauchen gilt als wichtigste vermeidbare Ursache von Krankheit und vorzeitigem Tod. Rund 9.000 Personen sterben in Österreich jährlich an den Folgen von Tabakkonsum (Schätzung basierend auf einer Berechnung für das Jahr 2003; Pock et al. 2008). Der Missbrauch von illegalen Drogen geht weniger in quantitativer Hinsicht – da das Problem im Vergleich zu Alkohol und Nikotin Größenmäßig beschränkt ist – als bezüglich der qualitativen Ausprägung mit erheblichen gesundheitlichen und sozialen Problemen und Folgen einher. Die verfügbaren Daten lassen darauf schließen, dass der problematische Drogenkonsum bis 2004 stark angestiegen ist, seither jedoch stabil bleibt oder leicht zurückgeht. Für das Jahr 2007 wurde geschätzt, dass etwa 22.000 bis maximal 33.000 Personen einen problematischen Opiatkonsum bzw. Mehrfachkonsum von illegalen Drogen aufweisen. Die Daten aus dem Behandlungsberichtswesen DOKLI (vgl. Abschnitt 6.6.2) zeigen, dass in Österreich die Opiate beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum im Vordergrund stehen. Die Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle ist 2007 erstmals seit einigen Jahren wieder gesunken (vgl. Abbildung 6.3).

Abbildung 6.3: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 1998 bis 2007



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

Quelle: GÖG/ÖBIG 2008k; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

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. Weiters wird Angeboten zur Entwöhnung, Behandlung und vor allem im Bereich der illegalen Substanzen auch der Schadensminimierung große Bedeutung beigemessen (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006; BMGF 2006).

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, europäische Alkohol-Aktionspläne der WHO; EU-Richtlinie 2003/33/EG zu Werbeverböten im Tabakbereich, Tabakrahmenübereinkommen der WHO; EU-Drogenstrategie 2005 bis 2012 und dazugehörige Aktionspläne).

6.6.2 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 (vor allem

Unterricht, Jugend). Im Rahmen des Präventionsprogramms „Zum Thema Sucht“ erhielten die Fachstellen für Suchtprävention seitens des Gesundheitsressorts in den Jahren 2005 bis 2007 jährlich Förderungen in Höhe von rund 130.000 Euro, wobei ein Teil dieses Förderbudgets der Finanzierung einer jährlichen Fachtagung der ARGE Suchtvorbeugung diente (2005 zu Drogenpolitik, 2006 zu Methoden und 2007 zu Familie). Darüber hinaus wurden auch vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wieder eine Reihe von suchtpreventiven Projekten und Maßnahmen finanziert (vgl. auch 6.7.2.1).

Forschung und Monitoring: Im Auftrag des Gesundheitsressorts beteiligte sich Österreich 2007 – nach 2003 zum zweiten Mal – an der europäischen ESPAD-Studie zu Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen bei Schülerinnen und Schülern. Weiters wurde eine Wiederholung der Repräsentativstudie zu Konsummustern in der Gesamtbevölkerung vorbereitet, die 2008 durchgeführt wurde.

Suchthilfekompass: Der im Auftrag des Gesundheitsressorts von der GÖG koordinierte Suchthilfekompass steht im Internet zur Verfügung¹¹ und bietet für Betroffene, Angehörige wie Fachleute Informationen zu Einrichtungen zur ambulanten und stationären Betreuung und Behandlung von Drogenkonsumierenden und Alkoholkranken in Österreich.

Alkohol

Koordination: 2007 wurde das österreichische Alkoholforum gegründet, das sich unter Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern von Ministerien, Ländern, Interessenvertretungen, Prävention, Forschung und Therapie in beratender Funktion dauerhaft mit Fragen der österreichischen Alkoholpolitik befassen soll. Vier Arbeitsgruppen – Alkohol und Wirtschaft, Suchtprävention, Suchtbehandlung und Medizin, Fragen zu Beratungs- und Therapieeinrichtungen – wurden zur Erarbeitung von Empfehlungen installiert, die in die Ausarbeitung einer österreichischen Alkoholstrategie einfließen sollen.

Prävention: Im Rahmen des Alkoholforums wurde eine Arbeitsgruppe „primäre Suchtprävention“ eingerichtet, die sich mit der Thematik unter dem besonderen Blickwinkel des Alkoholkonsums befasst. In die Diskussionen fließen auch die im Berichtszeitraum im Auftrag des Gesundheitsressorts geleisteten Arbeiten der Alkoholkoordinations- und Informationsstelle (AKIS) am Anton-Proksch-Institut (API) zu Präventionskonzepten für Jugend und Alkohol und zu Alkohol allgemein ein.

Kampagnen: In den Jahren 2006 und 2007 stellte der FGÖ Alkohol in den Mittelpunkt seiner jährlichen Kampagne. 2006 zielte die bundesweite Kampagne „Mehr Spaß mit Maß“ darauf, Jugendliche zu einem selbstständigen und reflektierten Umgang mit Alkohol anzuregen. 2007 betonte die Kampagne „Nachdenken statt Nachschenken“ die Verantwortung der gesamten Gesellschaft und insbesondere der Wirtschaft für den Umgang der Jugend mit Alkohol.

Monitoring: Die Alkoholkoordinations- und Informationsstelle am API dient weiterhin als zentrale Drehscheibe für Datensammlung und -aufbereitung im Alkoholbereich (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003; BMGF 2004). In dieser Funktion wurde im Berichtszeitraum u. a. für das Gesundheitsressort ein „Factsheet: Alkoholkonsum in Österreich“ erstellt, die Broschüre „Der ganz normale Alkoholkonsum und seine gesundheitlichen Folgen“ wurde aktualisiert, vorbereitet wurde

¹¹ <http://suchthilfekompass.oebig.at>

die – 2009 publizierte – neue Auflage des „Handbuchs Alkohol – Österreich“, und laufend wurden aktuelle Daten zur Epidemiologie von Alkohol auf der Website 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 wurde auch im Berichtszeitraum die Mitarbeit des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung in internationalen Projekten vom Gesundheitsressort unterstützt („Alcohol Policy Network in the Context of a Larger Europe: Bridging the Gap“, „Enforcement of national Laws and Self-regulation on advertising and marketing of Alcohol, ELSA“, „European network for children affected by risky environments within the family, ENCARE International“; vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006; BMGF 2006).

Rauchen

Rechtliche Rahmenbedingungen: Um der sich nach unten drehende Preisspirale bei Billigzigaretten zu begegnen, wurde im Jahr 2006 eine Verordnungsermächtigung der damaligen Gesundheitsministerin zur Festlegung des Mindestkleinverkaufspreises für Tabakerzeugnisse im Tabakgesetz verankert und auf dieser Basis die „Mindestpreisregelungsverordnung“ erlassen. Seitdem wird jährlich der Mindestkleinverkaufspreis neu bestimmt und vom Gesundheitsministerium im Amtsblatt der „Wiener Zeitung“ kundgemacht.¹² Weiters wurde die Einfuhr von Tabakerzeugnissen, deren Warnhinweise nicht den österreichischen Bestimmungen entsprechen, beschränkt (Tabakgesetznovelle 2007). Schließlich wurden die Auswirkungen einer 2004 zwischen der Gesundheitsministerin und den Verantwortlichen der Wirtschaftskammer (Fachverband Gastronomie) getroffenen Vereinbarung zur Verbesserung des Nichtraucher-schutzes überprüft; im Hinblick auf das nicht zufriedenstellende Ergebnis wurde eine entsprechende Regelung auf gesetzlicher Ebene vorbereitet (Tabakgesetznovelle 2008), die mit Wirkung von 1. Jänner 2009 in Kraft trat.

Prävention: Das Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheits- und Medizinsoziologie führte in den Jahren 2004 und 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Kooperation mit dem Gesundheitsressort das Projekt „Die rauchfreie Schule“ durch, das ab der fünften Schulstufe ansetzt. Weiters wurden Tabakprävention und Raucherentwöhnung durch die 2006 in Kooperation von Sozialversicherungsträgern, Gesundheitsministerium und Ländern erfolgte Einrichtung eines bundesweiten Rauchertelefons forciert, das seit der Tabakgesetznovelle 2007 auch durch einen verpflichtenden Hinweis auf den Zigarettenpackungen beworben wird. Das Raucher-telefon (betrieben von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse) bietet auf niederschwelliger Basis professionelle Hilfe in der Tabakentwöhnung an und dient auch der Vermittlung von ambulanten oder stationären Entwöhnungsangeboten.

Kampagnen: Das Gesundheitsressort unterstützte mehrere Aktivitäten in diesem Bereich. So wurde z. B. im Jahr 2005 in Kooperation mit dem ORF die Nichtraucher-kampagne „Rauchen ist blöd“ mit der Zielgruppe Jugendliche durchgeführt. Im Jahr 2006 wurde der zum dritten Mal stattfindende Wettbewerb „Quit and Win – Rauchfrei ab Mai“ unterstützt und im Jahr 2007 die Kampagne „Ka Tschick

¹² Zur Mindestpreisregelungsverordnung hat inzwischen der EuGH der Klage der Europäischen Kommission gegen Österreich (analog auch gegen Frankreich und Irland) wegen Vertragsverletzung stattgegeben (Urteil in der Rechtssache C 198/08 vom 4. 3. 2010).

ist an! – das Auto wird zur rauchfreien Zone“ zu Gefahren des Rauchens im Auto und zur Erhöhung des Bewusstseins für den Nichtraucherchutz.

Internationale Kooperation: Der Schwerpunkt der internationalen Kooperation lag bei der Ratifikation des WHO-Rahmenübereinkommens zur Tabakkontrolle im Jahr 2005 und bei der Beteiligung an den Vorbereitungsarbeiten von verschiedenen Durchführungsrichtlinien zum Rahmenübereinkommen bzw. eines Protokolls betreffend den illegalen Tabakhandel.

Drogen

Rechtliche Rahmenbedingungen: Mit einer Novelle zur Suchtgiftverordnung 2005 wurden die vierteiligen Suchtgiftrezepte durch eine Suchtgiftvignette, mit der Kassen- oder Privatrezepte als Suchtgiftrezepte gekennzeichnet werden, ersetzt. Mit dem Inkrafttreten der Novelle der Suchtgiftverordnung und der Weiterbildungsverordnung orale Substitution am 1. März 2007 wurde die länger geplante Änderung der Rechtsbasis für die Substitutionsbehandlung umgesetzt und die fehlende unmittelbare Rechtsverbindlichkeit für die behandelnde Ärzteschaft sichergestellt. Ziel der Änderungen ist die Verbesserung von Sicherheit und Qualität der Behandlung. Dies soll insbesondere durch die verpflichtende Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte und die Aufwertung der Rolle der Gesundheitsbehörden gewährleistet werden. Die beiden Verordnungen wurden 2008/09 evaluiert und nach Vorliegen der Evaluationsergebnisse novelliert. Weiters wurde eine Novelle des Suchtmittelgesetzes vorbereitet, die vor allem den Verkehr und die Gebarung mit Suchtmitteln und mit Drogenausgangsstoffen an die EU-Erfordernisse anpasst und die Suchtmittel-Datenevidenz im Sinne einer modernen und effizienten Neugestaltung (siehe unten) regelt (im Dezember 2008 erlassen).

Prävention: In Ergänzung zu den primärpräventiven Maßnahmen wurden auch Projekte der zielgruppenspezifischen Sekundärprävention finanziell unterstützt und damit insbesondere die Beratung und Informationstätigkeit auf Rave-Veranstaltungen, der Einsatz neuer Medien (z. B. Internet) und die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation dieser Maßnahmen ermöglicht. Weiters förderte das Gesundheitsministerium 2007 die Fachtagung „ReDUse“ des Vereins Wiener Sozialprojekte, die den Trends und der Frühintervention beim sogenannten Freizeit-Drogenkonsum gewidmet war.

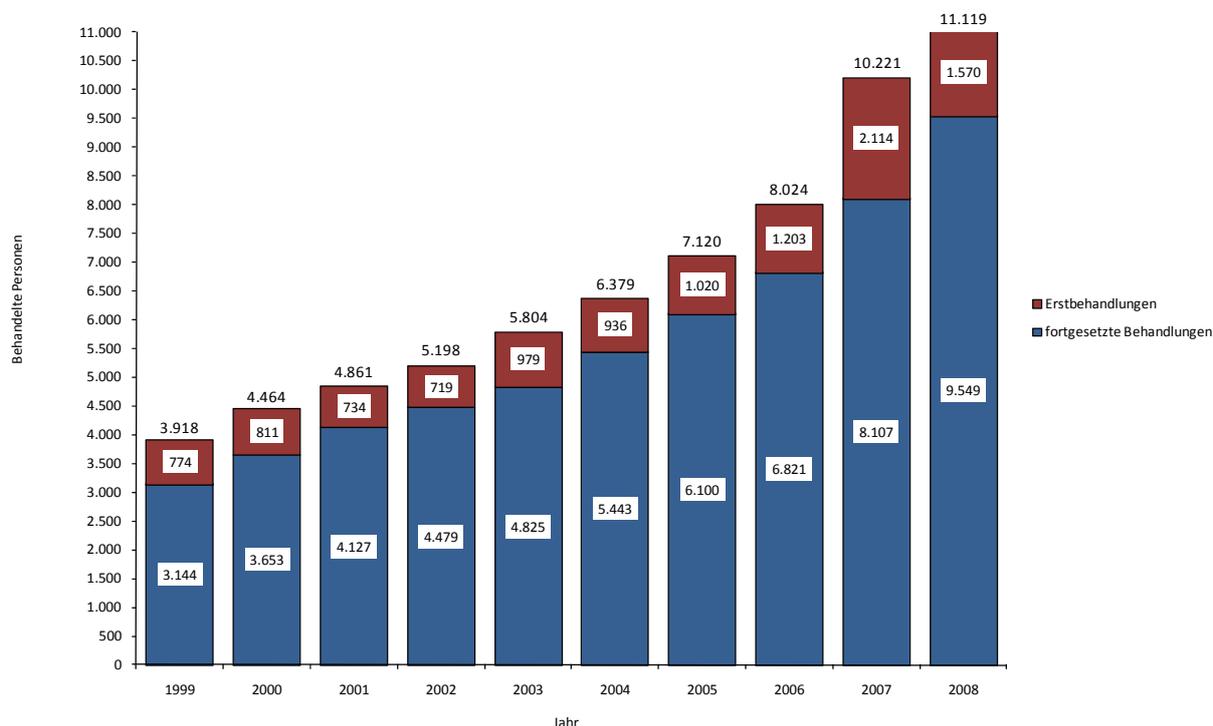
Maßnahmen der Drogenhilfe: Im Bereich der Drogenhilfe standen dem Gesundheitsressort jährlich Subventionsmittel im Umfang von rund 1,9 bis 2 Millionen Euro zur Förderung von Einrichtungen mit Betreuungsangeboten für Personen mit Drogenproblemen und im Bereich Prävention zur Verfügung. Weiters trug das Gesundheitsministerium mit der Förderung jährlicher Fortbildungsveranstaltungen des österreichischen Vereins für Drogenfachleute (ÖVDF) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Drogenhilfe (2005: Drogenkonsumierende Jugendliche; 2006: Motivationale Gesprächsführung; 2007: Reintegration Suchtkranker in die Arbeitswelt; 2008 Ressourcenorientierte Ansätze im Umgang mit traumatisierten Klientinnen) zur Professionalisierung und Qualitätssicherung im Behandlungs- und Resozialisierungsbereich bei. Ein weiterer Schwerpunkt bei der Qualitätssicherung wurde mit dem Beginn der Arbeiten an einer Standardisierung der Berichterlegung der gemäß § 15 SMG im BGBl I kundgemachten Drogenhilfeeinrichtungen gelegt.

Monitoring: Eine Schlüsselrolle in Hinblick auf das drogenspezifische Monitoring hat der am ÖBIG (nunmehr: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG) seit 1995 im Auftrag und mit

finanzieller Unterstützung des Gesundheitsressorts eingerichtete Focal Point (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003; BMGF 2004) 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 2005b, GÖG/ÖBIG 2006b, GÖG/ÖBIG 2007b, GÖG/ÖBIG 2008d).

Das Gesundheitsressort ist für die Sammlung und Verwaltung einer Reihe von drogenspezifischen Daten verantwortlich (z. B. suchtgiftbezogene Todesfälle, Substitutionsbehandlungen – vgl. Abbildung 6.4, Suchtmittel-Datenevidenz; vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003; BMGF 2004). Die Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Monitoringsystems sowie zur Qualitätssicherung der erhobenen Daten wurden im Berichtszeitraum in Kooperation mit dem ÖBIG bzw. der GÖG fortgesetzt. Im Jahr 2005 wurde die Implementierung des einheitlichen Dokumentations- und Berichtssystems zu den Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen (DOKLI) abgeschlossen. Seit Beginn 2006 läuft DOKLI im Routinebetrieb, die laufende Einbindung aller Systempartner wird durch den DOKLI-Beirat sichergestellt. Die Ergebnisse werden jährlich in einem Jahresbericht publiziert (vgl. GÖG/ÖBIG 2007c, GÖG/ÖBIG 2008g) und sollen auch in DOKLI-Tagungen – eine erste Tagung fand 2008 statt – mit den Fachleuten diskutiert werden.

Abbildung 6.4: Entwicklung der Anzahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erstbehandlung und fortgesetzter Behandlung 1998–2007



Anmerkung: 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: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Im Jahr 2007 begannen die Arbeiten zum im Gesundheitsressort angesiedelten Projekt „e-Suchtmittel – Modernisierung der Suchtmittel-Datenevidenz“, dessen Ziel es ist, die seit langer Zeit

bestehende Datenevidenz auf eine neue technische, E-Government- bzw. E-Health-kompatible Basis zu stellen und zugleich die inhaltliche Gestaltung zu modernisieren und mit anderen drogenrelevanten Monitoringsystemen zu harmonisieren. Weiters wurde im Rahmen einer SMG-Novelle auch das Substitutionsregister neu geordnet, um ein verlässliches Instrument zur frühzeitigen Erkennung von Mehrfachbehandlungen bzw. -verschreibungen von Substitutionsmitteln zu schaffen. Die GÖG wurde damit beauftragt, das Gesundheitsressort bei der technisch-fachlichen Umsetzung zu unterstützen.

Weiters wurde die Einrichtung eines Informations- und Frühwarnsystems über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum vorbereitet, das 2008 seine Funktion aufnahm und durch den REITOX Focal Point koordiniert wird. Es zielt ab auf die rasche Gewinnung von Informationen und deren Nutzung für Prävention und Therapie sowie in besonders akuten Fällen auf die Durchführung von Sofortmaßnahmen zur Minimierung der Gesundheitsgefahren.

Koordination: In Hinblick auf die notwendige Abstimmung mit den Ländern traf zweimal jährlich das „Bundesdrogenforum“ zusammen. Daneben gab es außerordentliche Sitzungen (z. B. zum Thema „Schadensminimierende Angebote im Österreichischen Drogenhilfssystem“ im Juni 2007), zudem waren Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen tätig (Optimierung der Substitutionsbehandlung, Erarbeitung von Richtlinien für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG durch die Bezirksgesundheitsbehörden).

Internationale Kooperation: Auf europäischer wie internationaler Ebene kooperiert das Gesundheitsressort mit den einschlägig befassen Institutionen, insbesondere den Vereinten Nationen (UNODC), der Pompidou-Gruppe des Europarats und mit verschiedenen Gremien und Institutionen der EU (insbesondere der „Horizontalen Drogengruppe“ und EBDD).

6.6.3 Ausblick

Die bewährten Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Monitoring, Forschung, nationale Koordination und internationale Kooperation sowie Drogenhilfe sollen in den nächsten Jahren weitergeführt werden. Ergänzend soll in Zukunft den substanzungebundenen Süchten über die Suchtprävention hinaus – wo sie derzeit schon Berücksichtigung finden – verstärkt Beachtung gewidmet werden.

Im Tabakbereich sind in den nächsten Jahren neben der Fortführung der präventiven Aktivitäten vor allem weitere rechtliche Maßnahmen, insbesondere im Bereich des Nichtraucherschutzes, vorgesehen. Das Alkoholforum soll als ständiges Gremium seine Tätigkeit fortsetzen. In einem nächsten Schritt sollen die seitens der Arbeitsgruppen vorbereiteten Empfehlungen für Maßnahmen im Alkoholbereich weiterbearbeitet werden.

In Hinblick auf illegale Drogen sollen die bereits seit einigen Jahren laufenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Verbesserung des Drogenmonitorings fortgesetzt und weiterentwickelt werden. Insbesondere soll die Modernisierung der Suchtmittel-Datenevidenz abgeschlossen werden und auf Basis der Ergebnisse der Evaluation der geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen zur Substitutionsbehandlung eine neuerliche rechtliche Anpassung erfolgen.

6.7 Gesundheitsförderung und -vorsorge

6.7.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

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 (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003; BMGF 2004). Neben der Verhaltensprävention, die auf gesundheitsförderliche Veränderungen des individuellen Lebensstils abzielen, sind dabei insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen von Bedeutung, die darauf abzielen, die Lebenswelt (Settings wie Schule, Arbeit, Gemeinde) und die Lebenssituation der Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit zu verbessern. Ergänzend wird auch der Sekundärprävention oder Vorsorge großes Augenmerk gewidmet, um durch Früherkennung von schon bestehenden Schäden oder Krankheitsrisiken in Kombination mit (Früh-)Intervention das Entstehen eines manifesten Krankheitsbilds zu verhindern.

Im Regierungsprogramm 2007 bis 2010 wird eine Ausweitung von Prävention und Gesundheitsförderung auf inhaltlicher, struktureller und finanzieller Ebene als Ziel definiert, wobei die Menschen in ihren Lebensumwelten wie Arbeit, Kindergarten, Schule oder Gemeinde erreicht werden sollen. Vorgesehen ist insbesondere ein Gesundheitsförderungsgesetz, das u. a. eine Zielvereinbarung bezüglich Förderung gesunder Lebensumwelten wie Lebensstile, die Bündelung der Aktivitäten und eine epidemiologisch abgesicherte Präventions- und Gesundheitsberichterstattung, Forschung und Evaluierung sicherstellen soll. Weiters soll die Ausweitung der Finanzierung für Gesundheitsförderung und Prävention geprüft werden. Im Bereich Vorsorge werden der gezielte Einsatz von Impfprogrammen und der Aufbau von systematischen Screeningprogrammen als Ziele genannt.

Die Finanzierung von öffentlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erfolgt in Österreich durch Gemeinden, Länder, Sozialversicherung und Bund sowie – seit Inkrafttreten des Gesundheitsförderungsgesetz 1998 – durch den Fonds Gesundes Österreich (vgl. dazu Punkt 6.7.2.1). Weiters wurden im Berichtszeitraum im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens Mittel für Vorsorgemaßnahmen gewidmet.

Auch die EU räumt der Gesundheitsförderung und Prävention hohen Stellenwert ein (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003; BMGF 2004). Im Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2003–2008 war Prävention und Gesundheitsförderung eines der drei Hauptziele (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006; BMGF 2006).

6.7.2 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. Punkt 6.7.2.1), 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 (vgl. auch Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006; BMGF 2006) betont, wo u. a. die Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung als Aufgabe der Bundesgesundheitsagentur ebenso wie der Ländergesundheitsplattformen definiert ist. Weiters wurde festgelegt, 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 bis 2008 legt fest, dass jährlich 3,5 Mio. Euro für die Förderung von Vorsorgeprogrammen und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung (u. a. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm) zur Verfügung stehen (Artikel 28), und sieht die Analyse und Evaluation der epidemiologischen Auswirkungen bestehender und zukünftiger Vorsorgemaßnahmen im Gesundheitswesen vor (Artikel 29). In diesem Zusammenhang wurde im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur vom ÖBIG ein Konzept für überregional bedeutsame Vorsorgemaßnahmen erarbeitet (ÖBIG 2006a).

Das Gesundheitsressort fördert darüber hinaus auf Basis einer Sonderrichtlinie Projekte und Maßnahmen im Bereich Gesundheitsvorsorge und Prävention, wobei die inhaltlichen Schwerpunkte jährlich festgelegt werden. Im Berichtszeitraum waren dies unter anderem Kinder- und Jugendgesundheit, Frauengesundheit, Bewegung, betriebliche und interkulturelle Gesundheitsförderung und Diabetes mellitus.

6.7.2.1 Gesundheitsförderung

Fonds Gesundes Österreich

Die Arbeit des FGÖ (vgl. www.fgoe.org) basiert auf dem 1998 in Kraft getretenen Gesundheitsförderungsgesetz. Im Rahmen dieses Gesetzes stellt der Bund jährlich Mittel von 7,2 Millionen Euro für Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung, deren administrative und inhaltliche Abwicklung durch den FGÖ erfolgt (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003; BMGF 2004). 2006 wurde der FGÖ in eine neue organisatorische Struktur – die Gesundheit Österreich GmbH – übergeführt, die Aufgaben blieben dabei gleich (vgl. BGBl I 2006/132). Ebenfalls 2006 wurde die Arbeit des FGÖ im Zeitraum 2002 bis 2005 evaluiert, dabei konnte eine deutliche Qualitätserhöhung der Tätigkeiten gegenüber der letzten Evaluierung festgestellt werden (FGÖ 2007).

Im Berichtszeitraum wurden beim FGÖ 440 Projekte eingereicht und 291 Projekte genehmigt oder dem Kuratorium zur Genehmigung empfohlen. Die mit insgesamt 180 Projekten am häufigsten geförderte Thematik betraf wie in der Vergangenheit den Bereich „Umfassende Gesundheitsförderung“, gefolgt von „Psyche“ (38 Projekte) und „Suchtprävention“ (25 Projekte). Die Kampagnen befassten sich 2005/06 mit dem Thema Ernährung und 2006 und 2007 mit Alkohol (vgl. auch Abschnitt 6.6.2). Die Schwerpunkte, in denen der FGÖ spezielle Aktivitäten setzt und an einer Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins arbeitet (themenspezifisch: Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit; zielgruppenspezifisch: Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich, Erwerbstätige in

Klein- und Mittelbetrieben, ältere Menschen), wurden im Berichtszeitraum beibehalten und ab 2007 um das Thema Herz-Kreislauf-Gesundheit ergänzt.

Die Serviceleistungen des FGÖ – wie Magazin „Gesundes Österreich“, Gesundheitsplattform www.gesundesleben.at, Projektdatenbank, Website, SIGIS-Datenbank und SIGIS-Servicetelefon – wurden im Berichtszeitraum ebenso wie die Aktivitäten im Bereich Fort- und Weiterbildung (Bildungsnetzwerk „Seminarprogramm Gesundheitsförderung“, Lehrgänge) und Vernetzung weitergeführt (vgl. auch Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003; BMGF 2004). Die vom FGÖ in den Jahren 2005 bis 2007 organisierten Präventionstagungen und Gesundheitsförderungskonferenzen befassten sich mit den Themen Evaluation, Alkohol, 20 Jahre Ottawa Charta, generationenspezifische Ansätze für Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderungsstrategie und soziale Ungleichheit und Gesundheit.

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung

In den maßgeblichen sozialen Systemen Stadt, Schule, Krankenhaus und Betrieb wurden in den letzten fünfzehn bis zwanzig Jahren auf Initiative des Gesundheitsressorts Modellprojekte und Kooperationsstrukturen zum Zweck der Gesundheitsförderung ins Leben gerufen. Diese Netzwerke sind zumeist 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 an den Nationalrat 2003 (BMGF 2004). Die wichtigsten Aktivitäten im Berichtszeitraum werden nachfolgend kurz beschrieben.

Gesundheitsförderung in der Schule

Das Österreichische Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ wurde durch das Projekt „Gesunde Schule“ ersetzt, das im Frühling 2007 vom Bundesministerium für Gesundheit in Kooperation mit dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ins Leben gerufen wurde und auf eine nachhaltige und qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen abzielt. Dies soll durch eine Reihe von Maßnahmen erreicht werden, wie z. B. den Aufbau einer Organisationsstruktur zur schulischen Gesundheitsförderung in Österreich, die Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die Schaffung eines bedarfsorientierten und qualitätsgesicherten Dienstleisterpools oder die Entwicklung und Erprobung von Qualitätssicherungsinstrumenten für die schulische Gesundheitsförderung (vgl. www.gesundeschule.at). Zentraler Bestandteil des Projekts Gesunde Schule ist Qualitätssicherung. Daraus resultierte die Entwicklung von Qualitätsstandards einerseits für Gesunde Schulen und andererseits für schulexterne Dienstleister, die Schulen mit Interventionen im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung unterstützen. Erarbeitet wurden weiter eine „Gesunde Schule“-Online-Datenbank als Kommunikationsschnittstelle zwischen Schulen und schulexternen Dienstleistern sowie ein Online-Ist-Analyse-Tool und ein Online-Dokumentationstool für Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Im Bereich der Gesundheitsbetreuung fand eine umfangreiche Iststandserhebung statt, beauftragt wurde eine Studie mit dem Titel „Gesundheitsbetreuung in der Schule“ mit dem Ziel der Bewertung der aktuellen Gesundheitsbetreuung in Schulen mit

Empfehlungen für die weitere Vorgehensweise aus Expertensicht. Das Projekt lief in einer österreichweiten Pilotierungsphase an 22 Schulen.

Gesundheitsförderung im städtischen Bereich („Gesunde Städte“)

Das 1992 gegründete Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“ läuft autonom und umfasst mittlerweile 32 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“, wobei Wien die einzige österreichische Stadt ist, die am internationalen WHO-Projekt beteiligt ist. Einer der Schwerpunkte im Berichtszeitraum war „Healthy ageing“ (gesund alt werden), wozu unter anderem im November 2005 in Knittelfeld eine Netzwerk-Tagung mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus ganz Österreich stattfand.

Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen

Das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ (ÖNGK) wurde im Einklang mit den internationalen Entwicklungen auf gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtungen ausgedehnt. Seit 2006 ist das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (ÖNGKG) als gemeinnütziger Verein aktiv, den das Gesundheitsressort als förderndes Mitglied unterstützt (vgl. www.ongkg.at). Die Koordinationsstelle des Vereins ÖNGKG ist am WHO-Kooperationszentrum für Gesundheitsförderung in Krankenhaus und Gesundheitswesen angesiedelt und bietet Information, Austausch, Vernetzung (z. B. jährliche ÖNGKG-Konferenz, halbjährlich erscheinender nationaler Rundbrief), Forschung und Entwicklung, Training und Weiterbildung sowie Unterstützung der Implementierung von Gesundheitsförderung in den Mitgliedseinrichtungen an. Zur Unterstützung der Integration von Gesundheitsförderung in die Organisationsprozesse von Gesundheitseinrichtungen wurden 18 Kernstrategien und fünf Standards entwickelt, die mit Unterstützung des Gesundheitsressorts auch in Österreich getestet wurden.

Gesundheitsförderung im Betrieb

Das „Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) (vgl. www.netzwerk-bgf.at) verfügt weiterhin über eine Koordinierungsstelle an der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und Regionalstellen in allen Bundesländern. Sie organisiert einen jährlichen Informationstag, gibt vierteljährlich den BGF-Newsletter heraus und vergibt etwa alle drei Jahre (zuletzt 2005 und 2008) den BGF-Preis für besonders innovative Projekte. Weiters unterstützt das Netzwerk Betriebe mit einer Datenbank zu regional verfügbaren Moderatorinnen und Moderatoren und einer Projektdatenbank mit „Beispielen guter Praxis“. Das Netzwerk kooperiert auch eng mit dem FGÖ (siehe oben). Im Jahr 2005 wurde vom Netzwerk ein vom FGÖ gefördertes Qualitätssicherungsprogramm entwickelt, das Klein- und Mittelbetrieben ermöglicht, sich über ein Stufenprogramm an die BGF anzunähern. In den Jahren 2005 bis 2007 haben 205 Betriebe die BGF-Charta unterzeichnet, und 68 Betrieben konnte das BGF-Gütesiegel verliehen werden. Im Rahmen der FGÖ-Fortbildungsaktivitäten werden in enger Kooperation mit dem Netzwerk ein Ausbildungsprogramm zu BGF sowie spezifische Seminare angeboten.

Spezifische Gesundheitsförderung

Seit langem ist bekannt, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention umso besser angenommen werden und effektiver sind, je genauer sie auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt

werden. 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 Lebensstil abhängig.

Die Berücksichtigung von Frauengesundheit als relevantem Thema der Gesundheitspolitik hat sich im Berichtszeitraum vertieft. Im Auftrag des Gesundheitsressorts wurde der Frauengesundheitsbericht 2005 (vgl. BMGFJ 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. Ein erster Schritt erfolgte im Rahmen eines Gesundheitsdialoges zum Thema „Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Maßnahmen und Strategien“. Frauengesundheit war eines der beiden gesundheitspolitischen Schwerpunktthemen im Rahmen der österreichischen EU-Präsidentschaft 2006. Auch beim zweiten Schwerpunktthema Diabetes sowie bei der Vorsorgeuntersuchung Neu (vgl. Punkt 6.7.2.2) wurden genderspezifische Aspekte besonders berücksichtigt.

Altersunterschiede fanden ebenfalls Beachtung. So wurden Gesundheitspässe und Broschüren für verschiedenste Altersgruppen aufgelegt. Als nationale Umsetzungsmaßnahme des „Children Environment and Health Action Plan for Europe“ der WHO wurde in Zusammenarbeit mit dem Umweltressort im Jahr 2007 der „Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Österreich“ (BMLFUW 2007) erstellt. Weiters wurde im Auftrag des Gesundheitsressorts das Projekt „Kids: healthy feet – healthy life“ durchgeführt, das auf eine Gesunderhaltung der Füße von Kindern abzielt.

Soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit bzw. das Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ fanden ebenfalls auf vielen Ebenen Berücksichtigung. So wurden beispielsweise im Rahmen der von der Statistik Austria im Auftrag des Gesundheitsressorts und der Bundesgesundheitsagentur durchgeführten Gesundheitsbefragung 2006/07 soziale Faktoren vertiefend berücksichtigt und in einer eigenen Publikation „Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit“ (vgl. BMGFJ 2008) dargestellt. Bei den jährlichen Zahnstatuserhebungen (vgl. auch Punkt 6.7.2.2) wurde ab dem Jahr 2006 ein besonderer Schwerpunkt auf Kinder mit Migrationshintergrund gelegt. Im Auftrag des Gesundheitsressorts wurde von einer Projektgruppe ein Bericht zur „Interkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen“ (BMGF 2005b) verfasst. Ein weiteres Beispiel ist die vom FGÖ 2007 organisierte Präventionstagung zum Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ (siehe auch oben).

Themenspezifisch wurde eine Reihe von Maßnahmen zum Thema Ernährung gesetzt, das große Relevanz für Gesundheit im Allgemeinen hat, darüber hinaus auch in Hinblick auf die steigende Prävalenz von Übergewicht bzw. Adipositas schon bei Kindern an Bedeutung gewinnt. Seitens der AGES wurde 2007 ein Workshop zum Thema „Ernährungsprävention in Österreich“ organisiert. Auf Basis der Ergebnisse wurde in der Folge vom Gesundheitsressort in Kooperation mit AGES und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger das Projekt „Richtig essen von Anfang an“ in Auftrag gegeben, das basierend auf nationalen und internationalen „models of good practice“ und unter Berücksichtigung der Ist-Situation für Österreich einen Maßnahmenkatalog zur Stärkung der gesundheitsfördernden Elemente der Ernährung entwickeln soll. 2007 wurden auch die Broschüren „Ernährung auf einen Blick“ und „Gesund kochen – leicht gemacht“ herausgegeben, weitere, vor allem auch zielgruppenspezifische (Kinder, Senioren, Migrantinnen und Migranten) Ernährungsbroschüren folgten 2008.

6.7.2.2 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 an den Nationalrat 2003; BMGF 2004.) Im Berichtszeitraum gab es weder Änderungen des Untersuchungsprogramms noch hinsichtlich der Koppelung mit der Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006; BMGF 2006). Die Broschüre „Mein Baby kommt“, die 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, sie erstellte Empfehlungen, die 2007 erstmals herausgegeben und 2009 aktualisiert wurden. Im Auftrag des Gesundheitsressorts wurde eine repräsentative Stillstudie bei 700 Müttern durchgeführt, die drei, sechs und zwölf Monate nach der Geburt telefonisch zur Ernährung ihres Kindes befragt wurden. Der Endbericht „Säuglingsernährung heute 2006“ (BMG 2007) enthält aktuelle Informationen zum Thema Stillen und Ernährungsverhalten von Säuglingen in Österreich sowie Erkenntnisse über die Rahmenbedingungen für das Stillen in den Geburtenkliniken. Die Broschüre „Stillen – ein guter Beginn“ wurde 2007 und 2009 aktualisiert.

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 Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003; BMGF 2004).

Im Jahr 2005 startete die Umsetzung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU NEU), die eine Weiterentwicklung auf Grundlage der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse unter der Prüfung der lokalen Anwendbarkeit darstellt (vgl. auch Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006; BMGF 2006). Die Vorsorgeuntersuchung wurde nicht nur modernisiert, sondern auch um neue Themenfelder wie z. B. Lebensstil-Medizin, Parodontalerkrankungen und Koloskopie erweitert. Neu ist vor allem, dass die VU neben der Früherkennung verbreiteter Zivilisationskrankheiten insbesondere auch auf Aufklärung und Unterstützung bei gesundheitsfördernden Veränderungen des Lebensstils bei den Kernthemen Bewegung, Ernährung und Rauchen abzielt. Zur Verbesserung der Inanspruchnahme wurde ein Einladesystem installiert, das spezielle Zielgruppen zur Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung motiviert bzw. im Recall-Verfahren an eine neuerliche Teilnahme erinnern soll.

Tabelle 6.9: Entwicklung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen 1998–2007

Jahr	Anzahl Basisuntersuchungen	Änderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl gynäkologische Untersuchungen	Änderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl Untersuchungen insgesamt	Änderung zum Vorjahr in Prozent
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 %
2005	775.723	-4,7 %	119.805	+3,9 %	895.528	-3,6 %
2006	791.370	+2,0 %	112.277	-6,3 %	903.647	+0,9 %
2007	821.655	+3,8 %	115.308	+2,7 %	936.963	+3,7 %

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,
Daten auf elektronischen Datenträgern;
GÖG/ÖBIG-eigene Zusammenstellung

Die Inanspruchnahme der Basisuntersuchung ist im Jahr 2005 kurzfristig gesunken, in den Folgejahren aber wieder gestiegen und hat im Jahr 2007 einen neuen Höchstwert erreicht. Die Inanspruchnahme der gynäkologischen Untersuchungen schwankt traditionell etwas mehr, liegt aber auch in den Berichtsjahren auf hohem Niveau (vgl. Tabelle 6.9).

Mammographie-Screening

Mit der Diagnose Brustkrebs werden jährlich etwa 4.810 Österreicherinnen konfrontiert, 1.560 Frauen versterben jährlich daran. Das Brustkarzinom ist damit die häufigste Krebstodesursache in der weiblichen Bevölkerung (vgl. GÖG/ÖBIG 2008e). Um die Brustkrebsmortalität zu senken sowie 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.

In Österreich wird bereits seit 1999 zum Thema gearbeitet, im Berichtszeitraum begannen die konkreten Umsetzungsschritte für ein qualitätsgestütztes Mammographie-Screening im Einklang mit den „Europäischen Leitlinien“ auf Basis eines im Auftrag der Bundesgesundheitskommission vom ÖBIG im Jahr 2005 erstellten Gesamtkonzepts. Erste Pilotprojekte (Burgenland, Vorarlberg, Wien, Tirol) starteten noch in den Jahren 2006/07, ein weiteres (Salzburg) 2008, alle Pilotprojekte wurden 2009 evaluiert. An der GÖG wurde eine Koordinationsstelle eingerichtet, deren Hauptaufgabe vorerst darin lag, durch Überzeugungsarbeit und konkrete Lösungsvorschläge in allen Projekten die Einführung der Qualitätsstandards zu verankern. In Zukunft soll sich der Arbeitsschwerpunkt deutlich in Richtung Schulungen, technische Qualitätssicherung, Aufbau von Referenzressourcen und Auswertung der eingelangten Daten verlagern. Bezüglich der Dokumentation wird mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger kooperiert, der eine Datenschnittstelle zwischen Koordinationsstellen und Projekten programmierte. Weiters wurde mit dem Aufbau einer standardisierten Brustkrebsberichterstattung ein neuer Aufgabenbereich übernommen, der in Zukunft wesentliche Rückschlüsse

über die Versorgungssituation in Österreich liefern soll und für eine zukünftige Ergebnisqualitätsmessung der Pilotprojekte von Relevanz ist.

Kariesprophylaxe

Karies ist noch immer die am weitesten verbreitete Zivilisationskrankheit, für die aber medizinisch wirksame und kostengünstige Vorbeugungsmaßnahmen verfügbar sind. Das BMG nimmt seine Verantwortung in diesem Bereich in Form der GÖG/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. Im Jahr 1999 wurde im Obersten Sanitätsrat (OSR) die Kommission „Zahnmedizin, Prophylaxe“ eingerichtet. Diese hat u. a. Empfehlungen zur Fluoridprophylaxe und zur Interdentalreinigung sowie Standards für die Gruppenprophylaxe erarbeitet, die auf der Website des BMG publiziert sind und laufend überarbeitet werden.

Turnusmäßig wurde 2005 der Zahngesundheitszustand der erwachsenen Bevölkerung erhoben. Aufgrund der Schwierigkeit, die Zielgruppe zu erreichen, wurde statt einer Zahnstatuserhebung eine telefonische Befragung unter Anwendung des international gebräuchlichen OHIP-Fragenkatalogs (Oral Health Impact Profile) durchgeführt. 2006 und 2007 wurden in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Bundesländern unter finanzieller Beteiligung des Fonds Gesundes Österreich die Sechs- und Zwölfjährigen mit besonderem Fokus auf Kinder mit Migrationshintergrund untersucht. Diese Kooperation ermöglichte eine Vergrößerung der Stichprobe und damit auch Auswertungen auf Länderebene. Damit werden die Träger der Kariesprophylaxeaktivitäten in die Lage versetzt, ihre Ergebnisse mit jenen der anderen zu vergleichen (sämtliche Publikationen zu den Zahnstatuserhebungen können bei der GÖG/ÖBIG-Koordinationsstelle bezogen werden). 2011 – wenn turnusmäßig wieder die Sechsjährigen zu untersuchen sind – soll diese Kooperation fortgesetzt werden.

2006 wurde weiters die Dokumentation der Kariesprophylaxeaktivitäten erstellt. Entsprechend dem dreijährigen Erhebungsintervall wurde 2009 die nächste Dokumentation erstellt.

Entsprechend dem Auftrag, die Ergebnisse der Zahnstatuserhebungen möglichst vielfältig zu publizieren und zu diskutieren, wurden die Ergebnisse auf den jährlichen Fachtagungen der Koordinationsstelle präsentiert. 2005 wurde der Gesamtbefund nach zehn Jahren Zahnstatuserhebung präsentiert, 2006 standen die von der OSR-Kommission entwickelten Standards für die Gruppenprophylaxe zur Diskussion. Auf der Tagung des Jahres 2007 wurden die Ergebnisse der Sechsjährigen („Zahnstatuserhebung 2006 bei Sechsjährigen und Kindern mit Migrationshintergrund“) vorgestellt und diskutiert. Die Fachtagungen dienen darüber hinaus der Vernetzung all jener, die in Österreich mit Kariesprophylaxe befasst sind.

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.) und
- das Zoonosengesetz (BGBl I 2005/128).

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 festgeschrieben. Für diese Erkrankungen ist eine beschränkte Meldeverpflichtung vorgesehen.

Im Aids-Gesetz ist die Meldepflicht für jede manifeste Aids-Erkrankung und jeden Aids-Todesfall geregelt (Initialen, Geburtsdatum und Geschlecht).

Das Bundesgesetz zur Überwachung von Zoonosen und Zoonoseerregern legt die Meldung von Zoonose-Humanfällen sowie die Vorgangsweise bei lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen fest und definiert erstmalig einen Ausbruch. Mit diesem Gesetz ist die Grundlage für die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Überwachung, Untersuchung und Verhütung von Zoonosen geschaffen worden.

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 von Freiwilligkeit und Einverständnis der betreffenden Person (bzw. des Einverständnisses des gesetzlichen Vertreters). Impfprogramme basieren auf Impfpfehlungen, die von Impfsachverständigen und -expertinnen (Impfausschuss) des Obersten Sanitätsrates, des höchsten medizinischen Beratungsgremiums des BMG, jährlich unter Zugrundelegung des aktuellen Erkenntnisstandes adaptiert und vom BMG publiziert werden.¹³

Eine wichtige Aufgabe des Gesundheitsressorts in Bezug auf die Prävention von Infektionskrankheiten besteht im Monitoring der übertragbaren Krankheiten. Das Ressort führt die laufende Statistik

¹³ Vgl. http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/4/0/CH0780/CMS1038913010412/impfplan_2009_final.pdf.

über alle meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten. Im Berichtszeitraum erfolgte die Vorbereitung des mit 1. 1. 2009 in Betrieb gegangenen Epidemiologischen Meldesystems (EMS), mit dem nunmehr alle meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten auf Basis einer elektronischen Einzelfallmeldung erfasst werden. Damit wird eine Verbesserung der Datenqualität und eine beschleunigte Datenübermittlung erreicht.

Der im Jahr 2003 aufgrund der sich damals abzeichnenden Gefahr einer Grippe-Pandemie erstellte Pandemieplan wurde seither weiterentwickelt¹⁴. Wesentliche Elemente des Planes sind – neben der Darstellung der medizinischen und rechtlichen Grundlagen, der Diagnostik, des Influenza-Überwachungssystems, der Krankenhausversorgung und krankenhaushygienischer Richtlinien sowie der Impfstoffe und Medikamente – die detaillierte Beschreibung der Zuständigkeiten und Maßnahmen der Gesundheitsbehörden sowie ein Medienkonzept. 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. Im Jahr 2009 wurde der Pandemieplan wegen der von der Weltgesundheitsorganisation ausgerufenen Pandemie operativ umgesetzt.

Das Gesundheitsressort förderte in den Berichtsjahren weiterhin die Arbeit der regionalen Aids-Hilfen.¹⁵

Die Bekämpfung der Zoonosen wurde mittels einer eigenen EU-Richtlinie gesondert geregelt, die durch das Bundesgesetz zur Überwachung von Zoonosen und Zoonoseerregern (BGBl I 2005/128) auf nationaler Ebene umgesetzt wurde. Für den Humanbereich ist dabei die verpflichtende Abklärung lebensmittelbedingter Krankheitsausbrüche besonders wichtig. Diese Aktivitäten müssen auch im Rahmen des jährlichen Zoonose-Berichtes, der an die Europäische Kommission bzw. an die 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. Seit der letzten Novelle des Epidemiegesetzes im Juni 2008 (BGBl I 2008/76) sind die per Verordnung zu meldenden Krankheiten in den § 1 des Epidemiegesetzes 1950, aufgenommen worden. Weiters wurden auf Bundes- und Landesebene Zoonosen-Kommissionen eingerichtet, die koordinativ tätig sind.

Basierend auf der Entscheidung Nr. 2119/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. September 1998 über die Schaffung eines Netzes für die epidemiologische Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten in der Gemeinschaft wurde in Österreich das Epidemiologische Meldesystem implementiert, welches mit 1. 1. 2009 in Betrieb ging.

Aktivitäten betreffend Überwachung und Bekämpfung der nosokomialen Infektionen (NI) und der antimikrobiellen Resistenz (AMR) umfassten:

- jährliche Veröffentlichung eines umfassenden nationalen Berichts zur Resistenzlage (= AURES) seit 2005;

¹⁴ Vgl. http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/3/6/8/CH0981/CMS1126084167391/pp_inetversion12_061.pdf.

¹⁵ Vgl. <http://www.aidshilfen.at>.

- flächendeckende Erhebung des Antibiotikaverbrauchs im niedergelassenen Bereich und punktuelle Erfassung des Verbrauchs in Spitälern seit dem Jahr 2002 (die ausgewerteten Daten werden in den Fachmedien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie in anderen Fachmedien veröffentlicht; die jährlichen Daten werden auch im österreichischen Resistenzbericht (= AURES) kundgemacht);
- ein umfangreiches Assessment des ECDC im Jahr 2007, bei dem die österreichischen Aktivitäten im Bereich AMR/NI untersucht wurden (Österreich hat entsprechend dem ECDC-Assessment-Bericht eine im EU-Vergleich günstige Ausgangslage, allerdings wird die Erstellung eines Nationalen Aktionsplanes angeregt, der alle bislang gestarteten Aktivitäten unter Koordination des BMG bündelt);
- Beteiligung am erstmals im Jahr 2008 stattgefundenen Europäischen Antibiotikatag (= European Antibiotic Awareness Day – EAAD), an dem alle EU-Mitgliedstaaten mitwirkten. In Österreich fanden im Vorfeld und am EAAD selbst eine Reihe von Aktivitäten statt:
 - BMG-Workshops mit allen relevanten Interessengruppen wie Ärztekammer, Apothekerkammer, Hauptverband der Sozialversicherungen, Fachgesellschaften etc.,
 - Medienseminar für Fachjournalistinnen und Fachjournalisten,
 - Plakataktion und Patienteninfo-Broschüren in Krankenhäusern,
 - bilaterale Arbeitsmeetings Österreich/Ungarn, wissenschaftliche Symposien ...

Sonstige Vorsorgemaßnahmen

Neben den oben ausführlicher dargestellten Bereichen finden sich Aktivitäten im Bereich Prävention und Vorsorge auch noch zu anderen Themen bzw. Krankheiten. Seitens des Gesundheitsressorts wurde in den letzten Jahren Typ-2-Diabetes verstärkte Beachtung gewidmet. 2005 wurde der Österreichische Diabetesplan erstellt, der eine Verbesserung der Betreuung und Datenerfassung von Diabetespatientinnen und -patienten sowie der Vorsorge und Forschung in Österreich zum Ziel hat (BMGF o. J.). Diabetes war eines der gesundheitspolitischen Schwerpunktthemen im Rahmen der österreichischen EU-Präsidentschaft im Frühjahr 2006. Im Vorfeld erstellte das ÖBIG eine Studie zu „Diabetes als gesundheitspolitische Herausforderung“, die eine Bestandsaufnahme und Analyse der Maßnahmen in Österreich und der EU vornahm (BMGF 2005a). Während der Präsidentschaft fand im Februar 2006 in Wien die EU-Konferenz zur Prävention von Typ-2-Diabetes statt, an der 200 internationale und nationale Fachleute teilnahmen.

6.7.3 Ausblick

Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge sollen in Zukunft einen noch größeren Stellenwert haben. Entsprechend den im Regierungsprogramm 2007 bis 2010 festgelegten Zielen sollen Prävention und Gesundheitsförderung auf inhaltlicher, struktureller und finanzieller Ebene ausgeweitet werden. Im Rahmen eines Gesundheitsförderungsgesetzes oder einer Präventionsstrategie sollen insbesondere Zielvereinbarungen bezüglich der Förderung gesunder Lebensumwelten wie Lebensstile festgelegt und eine Bündelung der Aktivitäten sichergestellt werden.

Im Sinne einer stärkeren Verankerung von struktureller Prävention und „Gesundheit in allen Politikfeldern“ sollen die Möglichkeiten und Voraussetzungen für die Implementierung von Health Impact Assessment in Österreich geprüft werden. Die Umsetzung würde sicherstellen, dass Maßnahmen in unterschiedlichsten Politikbereichen in Hinblick auf ihre möglichen gesundheitlichen Auswirkungen analysiert werden und Potenziale zur Gesundheitsförderung in allen Lebensumwelten besser als bisher genutzt werden können.

Darüber hinaus gab es im Berichtszeitraum eine Reihe von Maßnahmen, die entweder in den nächsten Jahren fortgesetzt oder erst umgesetzt werden, teilweise mit etwas geänderten Schwerpunktsetzungen.

Der FGÖ wird in Zukunft sowohl für seine eigenen Aktivitäten als auch für die Projektförderung eine Priorisierung vornehmen, um eine stärkere Bündelung der Ressourcen im Feld der Gesundheitsförderung und eine schnellere Entwicklung wichtiger Bereiche zu ermöglichen. Als Schwerpunkte der nächsten Jahre wurden dabei Herz-Kreislauf-Gesundheit, Gemeinde/Region, Kindergarten/Schule und Arbeitsplatz/Betrieb festgelegt. Weiters sollen bei allen Aktivitäten der soziale Status und „Gender Mainstreaming“ berücksichtigt werden. Der Settings-Ansatz und die Gesundheitsförderungsnetzwerke werden weiterhin große Relevanz haben. Das Projekt Gesunde Schule soll auch nach Abschluss der Pilotphase weitergeführt werden.

Die zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung wird in Zukunft noch forciert werden, wobei Kinder- und Schulgesundheit ebenso wie Gesundheitsförderung für ältere Menschen Schwerpunkte darstellen werden. Weiters werden Aktivitäten in den Bereichen von Mental Health und Krebsprävention gesetzt werden.

Im Bereich Vorsorge werden die etablierten Maßnahmen ebenfalls weitergeführt. Die Umsetzung der Vorsorgeuntersuchung Neu wird evaluiert werden, um die Erfahrungen und Ergebnisse zu überprüfen und allenfalls notwendige Änderungen zu veranlassen. Die Erkenntnisse aus den Pilotprojekten des qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings sollen in ein nationales Mammographie-Screeningprogramm einfließen. Weiters soll eine bundesweite Qualitätsrichtlinie zum Mammographie-Screening entwickelt werden. Mit weiteren Screeningprogrammen wird man sich kritisch auseinandersetzen. Die Standards für Gruppenprophylaxe von Karies sollen in der Praxis erprobt werden.

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

- nationale Adaptierung des derzeit vom EU-Health-Security-Committee in Überarbeitung befindlichen Konzepts eines „Generic Preparedness Plan“ (dieser Rahmenplan soll aus einem allgemeinen Teil für Gesundheitsbedrohungen sowie einzelnen Modulen mit Maßnahmen für spezifische Gesundheitsbedrohungen bestehen; insbesondere Maßnahmen für durch chemische, nukleare und radioaktive Agenzien ausgelöste Krisenfälle);
- weiterer Ausbau des Epidemiologischen Meldesystems für Infektionskrankheiten (EMS) sowie Verbesserung der Datenqualität;

Mit der Überarbeitung der PROHYG-Leitlinie (= Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene), die eine wesentliche Grundlage für die Qualitätskontrolle der Krankenhaushygiene darstellt, wurde bereits begonnen.

6.8 Transplantationswesen

6.8.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

6.8.1.1 Organtransplantation

Die Organtransplantation ist ein medizinisch etabliertes Therapieverfahren zur Behandlung eines terminalen Organversagens. Durch die Transplantation von Herz, Leber oder Lunge kann bislang tödlich verlaufenden Erkrankungen erfolgversprechend begegnet werden. Die Nierentransplantation eröffnet einer Vielzahl von Dialysepatienten die Chance, eine bessere Lebensqualität und/oder eine Verlängerung ihres Lebens zu erreichen. Inzwischen zählt auch die Pankreastransplantation zu den routinemäßig angewandten Eingriffen.

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 zu koordinieren. Das Gesundheitsressort hat in Verfolgung dieses Ansatzes im November 1991 das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; seit 2006 ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH – GÖG/ÖBIG) mit der Führung des Koordinationsbüros für das Transplantationswesen – ÖBIG-Transplant – beauftragt. Das Koordinationsbüro besteht seit nunmehr 18 Jahren und nimmt im Auftrag des Gesundheitsressorts zentrale Steuerungsfunktionen (Administration des Transplantationsbeirates, Erstellung des Transplant-Jahresberichtes, Widerspruchregister gegen Organspende u. v. m.) im Bereich des Transplantationswesens wahr.

Die rechtliche Grundlage für das Transplantationswesen in Österreich bilden die §§ 62a bis 62e des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) in der jeweils geltenden Fassung. Diese gesetzliche Bestimmung etabliert die in Österreich realisierte Widerspruchslösung, die in der Mehrzahl der europäischen Länder gilt. Demzufolge gilt eine verstorbene Person als potenzieller Spender / als potenzielle Spenderin, sofern von ihm / von ihr nicht zu Lebzeiten ein Widerspruch gegen die Organ- oder Gewebespende kundgetan wurde. Weitere rechtliche Grundlagen sind die Maßnahmen zur Förderung der Organspende, die in die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG (über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005 bis 2007 sowie 2008 bis 2013) eingegangen sind sowie in die von der Bundesgesundheitsagentur erlassenen „Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens“. Im Berichtszeitraum wurde darüber hinaus ein Entwurf für eine EU-Richtlinie im Bereich der Organspende und Organtransplantation erarbeitet, der am 8. Dezember 2008 dem Europäischen Parlament und dem Rat zur weiteren Befassung übergeben wurde („Proposal for a directive of the european parliament and of the council on standards of quality and safety of human organs intended for transplantation“ – COM (2008) 818 final).

Österreich hat inklusive der Spenderinnen und Spender aus Bozen mit derzeit zwanzig Organspendenden pro Million EW (2008) ein Spenderaufkommen, das sich im internationalen Mittelfeld

bewegt, bleibt mit der Anzahl an gemeldeten Organspendern jedoch hinter dem gewünschten Zielwert (verankert in der Vereinbarung gem. Art 15a BV-G über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008 bis 2013) von dreißig Organspendenden pro Million EW deutlich zurück. Die Anzahl an Spenderinnen und Spendern pro Million EW in den Jahren 2004 bis 2008 ist Tabelle 6.10. zu entnehmen. In Tabelle 6.11. ist das Transplantationsgeschehen des Jahres 2008 nach Transplantationszentren und Organen abgebildet.

Tabelle 6.10: Gemeldete Organspenderinnen und -spender pro Million EW nach Bundesländern 2005–2008

Bundesland	Organspendende pro Million EW					Durchschnitt 2004–2008
	2004	2005	2006	2007	2008	
Burgenland	3,6	0,0	3,6	7,1	3,6	3,6
Kärnten	8,9	28,6	14,3	17,8	32,1	20,3
Niederösterreich	10,3	16,6	15,8	8,8	13,8	13,0
Oberösterreich	30,2	28,6	30,7	32,0	22,7	28,9
Salzburg	22,9	20,9	13,2	22,7	9,4	17,8
Steiermark	32,7	24,2	33,3	20,8	22,4	26,7
Tirol	18,9	27,5	17,2	42,8	18,5	25,0
Vorarlberg	14,0	22,2	33,0	19,2	16,4	20,9
Wien	19,4	26,4	25,4	21,0	24,4	23,3
Gesamt Österreich	20,1	23,4	23,0	21,7	19,8	21,6
Gesamt Österreich inkl. Spender/innen Bozen*	22,0	24,4	24,3	21,8	20,0	22,5

* Im Rahmen von Eurotransplant werden die Spender/innen aus Bozen Österreich zugerechnet, da sie an das Transplantationszentrum Innsbruck gemeldet werden. Das Transplantationszentrum Innsbruck erbringt die Versorgung der Population der Provinz Bozen mit Transplantationsleistungen (sowohl hinsichtlich der Organspende als auch hinsichtlich der Organtransplantation).

Quelle: ÖBIG-Transplant; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle 6.11: Transplantationsgeschehen 2008 in Österreich, gegliedert nach Transplantationszentren und Organen

Transplantationszentrum	Herz	Herz und Lunge	Lunge	Leber*	Niere**	Pankreas***	Dünndarm
Graz	6	–	–	15	41	5	–
Innsbruck	13	2	12	49	121	21	–
Region Linz	–	–	–	–	47	–	–
Wien	40	1	104	52	152	8	1
Summe	59	3	116	116	361	34	1

* inkl. 4 Transplantationen durch Lebendspenden

** inkl. 58 Transplantationen durch Lebendspenden

*** davon 31 kombinierte Pankreas- und Nierentransplantationen

Quelle: ÖBIG-Transplant; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

6.8.1.2 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 mangelnde 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 allogenen 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 allogenen 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 2005 bis 2007 fortgesetzt. Die Arbeiten betreffen grundsätzlich alle in Österreich zur Anwendung kommenden Gewebearten; im Berichtszeitraum standen die Gewebearten Knochen, Hornhaut und Herzklappen sowie im Jahr 2007 Haut und Hautersatzstoffe im Vordergrund.

Grundsätzlich handelt es sich bei Gewebepräparaten – 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. Die Umsetzung der Richtlinien des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen (2004/23/EG), zur Gewährleistung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Spende, Entnahme sowie Testung von menschlichem Gewebe und Zellen (2006/17/EG) und zu Anforderungen bezüglich Rückverfolgung und Meldung schwerwiegender Zwischenfälle (2006/86/EG) wurde mit 19. März 2008 durch das Gewebesicherheitsgesetz verlautbart.

Hinsichtlich der relevanten Rechtsgrundlagen ist weiters auf das Hauptstück F des Krankenanstaltengesetzes (KAKuG) zu verweisen, in dem die Entnahme von Organen und Organanteilen sowie von Gewebe zum Zweck der Transplantation geregelt ist. Somit kommt die in § 62a Abs 1 KAKuG angeführte Widerspruchsregelung auch im Bereich der Gewebeentnahme von Verstorbenen zur Anwendung. Weiters hat das in § 62a Abs 4 KAKuG geregelte Gewinnerzielungsverbot Bedeutung für die Verrech-

nung von Kostenersätzen bei der Verteilung von Gewebepräparaten 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 verpöner 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.

6.8.1.3 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 oder 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 oder Spendern, die in internationalen Registern verwaltet werden, herangezogen werden.

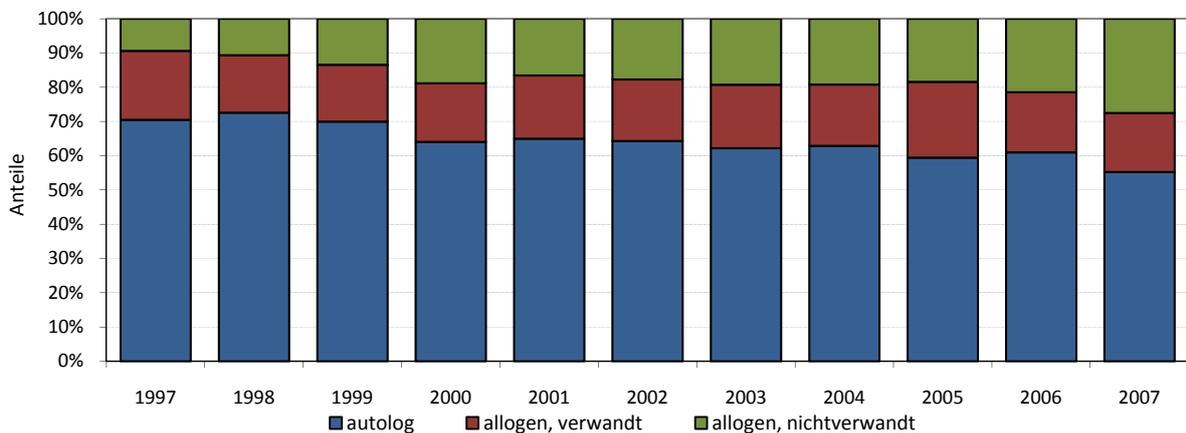
Darstellung der SZT-Frequenzen

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. Im Jahr 2007 kam es zu einem deutlichen Rückgang auf 360 Transplantationen, wobei sich diese Verringerung durch eine Reduktion der autologen Transplantationen (-15,7 % im Vergleich zu 2006) erklären lässt. Diese Tendenz ist international beobachtbar. Bei den allogenen Transplantationen hingegen konnte ein Anstieg um 6,6 Prozent verzeichnet werden. Im Jahr 2008 blieb die Zahl der Transplantationen auf dem Niveau des Vorjahres.

Im Zeitraum 1997 bis 2007 ist der Anteil der SZT mit autologen Stammzellen von rund 70 Prozent auf rund 55 Prozent zurückgegangen, der Anteil der allogenen nicht verwandten SZT von rund 9 Prozent auf rund 28 Prozent angestiegen. Der Anteil der allogenen verwandten SZT schwankte zwischen 17 und 22 Prozent (vgl. Abbildung 6.5).

Hinsichtlich der Stammzellquelle zeigt sich bei autologen SZT genauso wie bei allogenen SZT die weiterhin zunehmende Bedeutung der peripheren Blutstammzellen (PBSZ). Transplantationen mit Knochenmark werden in immer weniger Fällen durchgeführt. Diese anhaltende Entwicklung spiegelt auch den internationalen Trend wider.

Abbildung 6.5: Entwicklung der Anzahl an autologen, allogenen verwandten und allogenen nicht verwandten Stammzellentransplantationen bei Erwachsenen und Kindern 1997–2007



Quellen: Österreichisches Stammzelltransplantationsregister (ASCTR); GÖG/ÖBIG; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Seit dem Jahr 1999 ist im allogenen Bereich ein deutlicher 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 55 bis 60 RIC in den Jahren 2003 bis 2007 deutlich zugenommen. Im Jahr 2006 wurden 45 Prozent aller allogenen SZT bei Erwachsenen mit einem dosisreduzierten Therapieschema vorgenommen. Im Jahr 2007 betrug dieser Anteil rund 50 Prozent aller allogenen SZT bei Erwachsenen.

Bei den Kindern ist nach einem Anstieg des RIC-Anteils an den allogenen SZT im Jahr 2006 auf rund 54 Prozent im Jahr 2007 ein leichter Rückgang auf rund 48 Prozent ersichtlich.

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 Gewebemerkmale 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 2008 für seine Tätigkeiten jährlich Mittel aus der Förderung des Transplantationswesens in Höhe von maximal 33.500 Euro erhielt.

Im nationalen Österreichischen Stammzell-Register waren per Dezember 2008 rund 60.000 potenzielle Stammzellspendende registriert. Weltweit standen rund 13 Millionen typisierte potenzielle Stammzellspendende und Nabelschnurblut-Einheiten für Patientinnen und Patienten, die eine nicht

verwandte Stammzellspenderin oder einen entsprechenden Spender benötigen, zur Verfügung (Stand: Ende März 2009, Quelle: Bone Marrow Donors Worldwide).

Seit dem Jahr 1991 konnten bis zum Jahr 2008 durch das Österreichische Stammzell-Register für 1.043 österreichische Patientinnen und Patienten eine passende nicht verwandte Stammzellspenderin oder 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 weiter reduziert werden und lag im Jahr 2008 bei 1,8 Monaten (54 Tagen).

6.8.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

6.8.2.1 Organtransplantation

Das Koordinationsbüro für das Transplantationswesen nimmt im Auftrag des Gesundheitsressorts und der Bundesgesundheitsagentur unter anderem folgende Aufgaben wahr:

- Dokumentation des Organspende- und Organtransplantationswesens in Österreich (u. a. Entgegennahme und Überprüfung der Spenderprotokolle),
- Informations- und Datenaustausch,
- Jahresbericht über das Transplantationswesen in Österreich,
- Administration des Transplantationsbeirates (BMG, Länder, Patienten, Ärzte),
- Führung und Wartung des Widerspruchregisters gegen Organspende,
- Entwicklung von Leitfäden,
- Entwicklung von Empfehlungen,
- Durchführung der Maßnahmen zur Förderung der Organspende.

Informationen zu den einzelnen Aufgaben können in diesem Zusammenhang nur cursorisch gegeben werden. Nähere Informationen bietet der Transplant-Jahresbericht, der über ÖBIG-Transplant bezogen werden kann.

Dokumentation des Transplantationswesens, Informations- und Datenaustausch

Jene Aufgaben, die für einen Datenaustausch zwischen den österreichischen Transplantationszentren notwendig sind, werden großteils 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 Förderung der Organspende 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. Die Informationen in den Spenderprotokollen sind nicht personenbezogen.

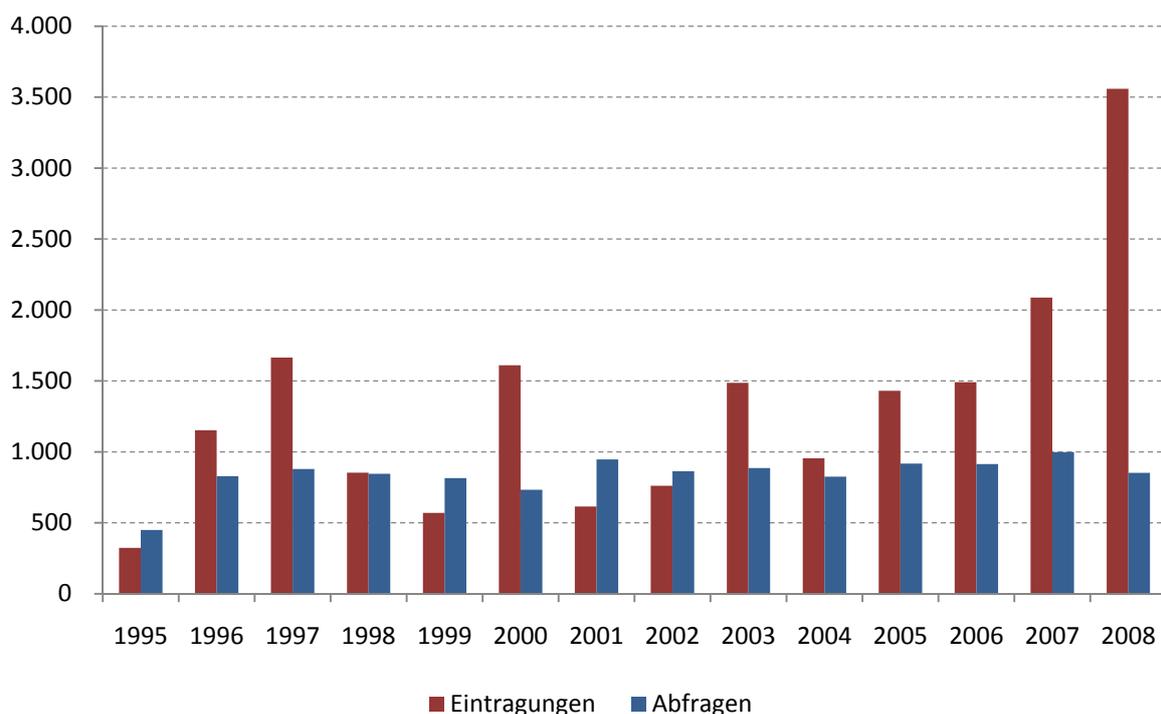
Seit 1994 wird eine eigene, auf den von Eurotransplant übermittelten Rohdaten basierende Datenbank zur Durchführung standardisierter Datenbankabfragen geführt, um im Bedarfsfall (beispielsweise bei Anfragen seitens gesundheitspolitischer Entscheidungsträger oder seitens der Medien) aktuelle Informationen über das gesamtösterreichische Transplantationsgeschehen zur Verfügung stellen zu können.

Führung und Wartung des Widerspruchregisters gegen Organspende

Die Entnahme von Organen Verstorbener zum Zweck der Transplantation ist gesetzlich in den §§ 62a bis 62d KAKuG geregelt. In Österreich ist im Rahmen der sogenannten Widerspruchslösung die Explantation eines oder mehrerer Organe dann möglich, wenn der oder die Verstorbene nicht zu Lebzeiten eine Organspende abgelehnt hat. Zur besseren Dokumentation eines möglichen Widerspruchs wurde im Jänner 1995 das Widerspruchregister gegen Organ- und Gewebespende eingerichtet, dessen Führung von ÖBIG-Transplant und der Vergiftungsinformationszentrale wahrgenommen wird.

Die Zahl der Eintragungen in das zentrale Widerspruchregister betrug mit 31. Dezember 2008 rund 18.500 Personen. Damit ist die aktuelle Anzahl der Eintragungen gegenüber der österreichischen Gesamtbevölkerungszahl weiterhin eine relativ geringe Größe. Der Abbildung 6.6. ist die Entwicklung der jährlichen Eintragungen in das Widerspruchregister sowie der durchgeführten Abfragen von 1995 bis 31. Dezember 2008 zu entnehmen.

Abbildung 6.6: Widerspruchregister gegen Organspende – jährliche Eintragungen und Abfragen 1995 bis 31. Dezember 2008



Quelle: ÖBIG-Transplant; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Durchführung der Maßnahmen zur Förderung der Organspende

Die 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 Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens eingegangen. 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“.

Gemäß diesen Richtlinien wurden jährlich Fördergelder im Ausmaß von 2.900.000 Euro 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 dreißig Organspendern pro Million EW zu heben. Ein Erreichen dieses Wertes wird aufgrund internationaler Erfahrung (Spanien) und Expertise des Transplantationsbeirates für möglich und wünschenswert gehalten.

Die bereitgestellten Fördermittel wurden für die folgenden Maßnahmen verwendet:

- Kostenersätze an spenderbetreuende Krankenanstalten,
- Einrichtung von regionalen Transplantationsreferenten,
- Einsatz mobiler Hirntoddiagnostik-Teams,
- Kostenersätze für die Koordination,
- Abrechnung von Organtransporten,
- Kommunikationsseminare („Das Gespräch mit den Angehörigen“),
- Schulung der Transplantationskoordinatorinnen und -koordinatoren,
- internationale Kooperationen.

Kostenersätze an spenderbetreuende Krankenanstalten

Diese Fördermittel sollen für die spenderbetreuende Krankenanstalt insofern einen Anreiz setzen, potenzielle Organspenderinnen bzw. -spender auch tatsächlich zu melden, zu melden, als der Krankenanstalt Mittel für den durch die Spenderpflege verursachten Mehraufwand zur Verfügung gestellt werden. Die Richtlinien empfehlen, diese Mittel innerhalb der Krankenanstalt zweckgewidmet einzusetzen.

Einrichtung von regionalen 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 regionaler Transplantationsreferent zum Einsatz kommen. Zu den primären Aufgaben der Referenten zählt der Kontakt mit den Intensivseinheiten in der betreffenden Region mit dem Ziel, in diesen Krankenanstalten durch diverse Aktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen. Im Jahr 2008 waren in vier Regionen (Nord, Süd und West und Ost: Niederösterreich) Transplantationsreferenten aktiv. Für die Region Ost/Wien wurde die Einrichtung

eines weiteren regionalen Transplantationsreferenten angestrebt. Die tatsächliche Einsetzung eines zusätzlichen Transplantationsreferenten für Wien wurde für das Jahr 2009 in Aussicht genommen.

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.

Kostensätze für die Koordination

Kostensätze 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

Eine wesentliche Maßnahme des Förderungsprogrammes ist die Abrechnung der für Organtransporte zum Transplantationszentrum anfallenden Kosten. Auch Kosten für den Organtransport aus dem Ausland werden ersetzt, wenn das Organ in einem österreichischen 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 potenziell organspendenden Person 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 intensivmedizinischem Personal (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal) sowie Personen, die im konkreten Fall die Information der Angehörigen wahrnehmen.

Schulungen von Transplantationskoordinatorinnen und -koordinatoren

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. Außerdem wird dadurch ein internationaler Erfahrungsaustausch ermöglicht. Weiters wird im Rahmen des Förderprogramms eine österreichische Schulung für die Koordinatoren angeboten, die einmal im Jahr stattfindet und von ÖBIG-Transplant organisiert wird.

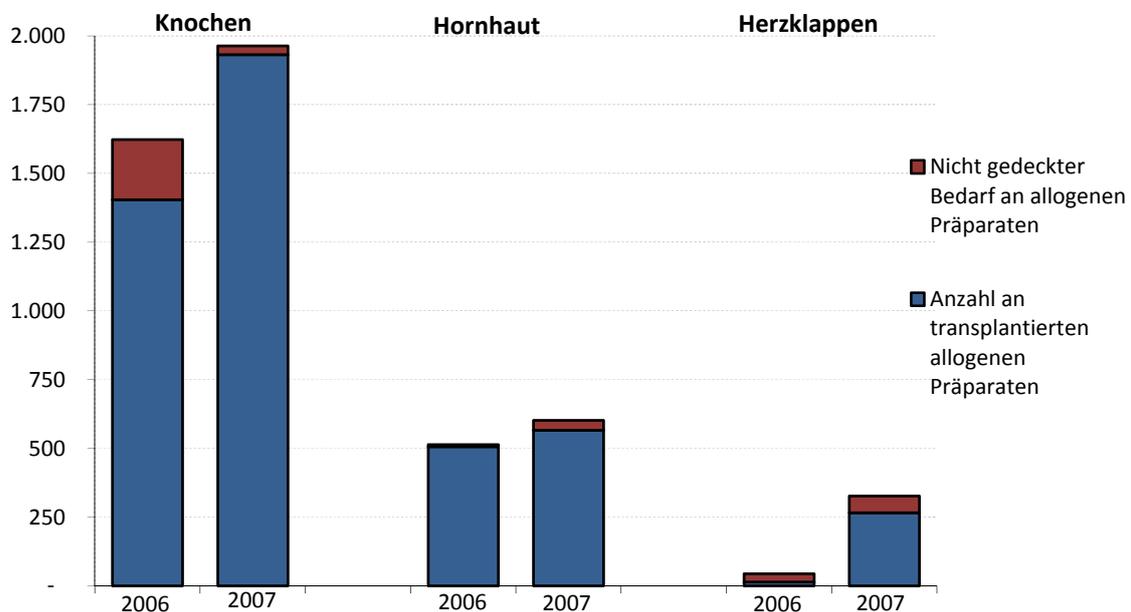
Internationale Kooperationen

ÖBIG-Transplant betreut im Rahmen der internationalen Kooperationen die Mitgliedschaften Österreichs in supranationalen Organisationen wie Eurotransplant (ET) und ETN (European Transplant Network) und betreut darüber hinaus die bestehenden bilateralen Kooperationen (wie etwa mit Ungarn oder mit Südtirol). Zudem werden laufend internationale Anfragen beantwortet. Eine weitere Aufgabe im Berichtszeitraum war die Mitarbeit im Entstehungsprozess der EU-Richtlinien im Bereich der Organspende und Organtransplantation, die in einer Entwurfsfassung am 8. Dezember 2008 dem Europäischen Parlament und dem Rat übergeben wurden.

6.8.2.2 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 Gewebepräparaten erhoben. Im Zuge der Befragungen zeigt sich, dass der nicht gedeckte Bedarf nicht immer allein auf die unzureichende Verfügbarkeit von Gewebepräparaten, sondern auch auf organisatorische Mängel sowie – da Ersatzstoffe mitunter günstiger sind – auf finanzielle Gründe zurückzuführen ist. Weiters ist zu erwähnen, dass das ÖBIG für das Jahr 2005 nicht mit der Erhebung der Transplantationsfrequenzen beauftragt wurde. Seit dem Jahr 2006 findet die Dokumentation wieder statt.

Abbildung 6.7: Gesamtbedarf an Gewebepräparaten 2006 und 2007 für die Gewebearten Knochen, Hornhaut und Herzklappen



Quellen: Erhebungen der Koordinationsstelle für Gewebetransplantation; GÖG/ÖBIG; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Insgesamt ist die Anzahl der dokumentierten Herzklappen-Transplantationen zwischen 2006 und 2007 um 13 Prozent gesunken, wobei im Bundesland Wien eine Abteilung ihre Daten nicht rückgemeldet hat. Ab dem Jahr 2007 ist GÖG/ÖBIG ebenfalls mit der Erhebung der Transplantationsfrequenzen von Haut und Hautersatzstoffen beauftragt. Es wurden insgesamt 5.760 allogene und autologe Hautpräparate sowie Hautersatzstoffe transplantiert. Aufgrund fehlender Vergleichsmöglichkeiten erscheint eine einzelne Darstellung noch nicht sinnvoll.

6.8.2.3 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“ eingerichtet; sie besteht aus je sieben Mitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin sowie der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. Auf Wunsch der Expertinnen und Experten der §-8-Kommission wurden nach der zwischenzeitlichen Auflösung der §-8-Kommission im Jahr 2005 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 soll auf diese Weise gewährleistet werden.

- **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 2005–2008 mit einem Kostenersatz für die Durchführung von HLA-A- und HLA-B-Typisierungen unterstützt. Zentren, in denen die lokale Spenderdatei vollständig gewartet ist, erhalten für die Durchführung von HLA-DR-Typisierungen ebenfalls eine Unterstützung. Der 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. Die weiterführende HLA-DR-Typisierung dient der genaueren Typisierung und führt somit zur Erleichterung und Verkürzung der Suche nach einer potenziellen Stammzellspenderin oder eines potenziellen Stammzellspenders. Das österreichische Stammzellregister erhielt bis Ende 2008 gemäß den Förderrichtlinien Mittel in Höhe von jährlich maximal 33.500 Euro.
- **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 rund 60.000 potenzielle Stammzellspenderinnen und -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 zu warten. Neu rekrutierte Spenderinnen und Spender sind unverzüglich einzugeben und ausscheidende Spenderinnen und 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.
- **Datenadministration des Österreichischen Stammzelltransplantationsregisters (ASCTR):** In Österreich werden entsprechend den „Richtlinien für die Transplantation von Stammzellen“ alle durchgeführten Stammzelltransplantationen an das Österreichische Stammzelltransplantationsregister (ASCTR) gemeldet, und dieses meldet die Daten unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen an die European Group of Blood and Marrow Transplantation (EBMT) weiter.

Es stehen Transplantationsdaten ab dem Jahr 1991 zur Verfügung, die ständig aktualisiert und jährlich in Hinblick auf Transplantationsüberleben, Rezidivraten und Transplantationsmortalität ausgewertet werden. Dieses Register stellt damit ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung in der Durchführung von Stammzelltransplantationen mit unverwandten Spendern dar und ermöglicht es, Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsabläufe zu treffen.

6.8.3 Ausblick

6.8.3.1 Organtransplantation

Als besonders wichtiges Projekt für die Jahre 2005 bis 2008 galt die Umsetzung der Fördermaßnahmen, die vom Transplantationsbeirat angeregt wurden und deren Finanzierung aus den Mitteln zur Förderung des Transplantationswesens durch die Bundesgesundheitskommission beschlossen und gesetzlich verankert wurde. Die Ergebnisse des Förderprogramms wurden von der Bundesgesundheitskommission zur Kenntnis genommen, und es wurde beschlossen, das Förderprogramm auch in der Periode 2009 bis 2013 fortzusetzen. Auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurden die Förderrichtlinien für den betreffenden Zeitraum überarbeitet, das entsprechend adaptierte Förderprogramm vom Transplantationsbeirat befürwortet und in der Folge von der Bundesgesundheitskommission als „Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens“ mit dem Geltungszeitraum 2009 bis 2013 beschlossen.

Gemäß den erwähnten Richtlinien ist eine Fortführung bzw. auch Erweiterung der oben genannten Maßnahmen und Aktivitäten vorgesehen. Zu den wichtigsten Neuerungen des Förderprogramms zählt die Einrichtung eines weiteren regionalen Transplantationsreferenten für die Region Ost in Wien. Somit sollen insgesamt fünf regionale Transplantationsreferenten zum Einsatz kommen.

Weiters soll in der kommenden Förderperiode die Einrichtung von lokalen Transplantationsbeauftragten vorangetrieben werden. Es ist daran gedacht, in den wichtigsten spenderbetreuenden Abteilungen zentrale Ansprechpersonen (eben lokale Transplantationsbeauftragte) einzurichten, um die Meldung und den Ablauf der Organspende in Österreich zu optimieren. In einer ersten Phase (2009 und 2010) sollen in den wichtigsten Spenderkrankenanstalten elf Beauftragte implementiert werden. Auf Basis einer Evaluierung dieser ersten Phase wird über die weitere Vorgehensweise entschieden. Zur sinnvollen Realisierung dieser Maßnahme ist eine Unterstützung der Projektidee auf allen Ebenen (politische Ebene, Bund, Länder, Träger, Finanzierungsträger bis hin zum leitenden und durchführenden Personal der Krankenanstalten) unabdingbar.

6.8.3.2 Gewebetransplantation

Das Gewebesicherheitsgesetz (GSG) lenkt das Augenmerk vor allem auf Produktsicherheit und -qualität. Die im Bereich Organspende durch die GÖG bereits etablierten Strukturen sollen auch im Bereich Gewebespende verankert werden. Festgelegt wurde ein genereller Vorrang der Organspende vor der Gewebespende (§ 62a Abs 5 KAKuG), außerdem wurde der Auftrag der GÖG im GSG festgeschrieben, um mögliche Auswirkungen von Gewebespenden auf das Organaufkommen und somit auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten erkennen zu können. Im Rahmen dessen hat das

Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) dem an der GÖG bereits bestehenden Transplantationsbeirat jährlich einen Bericht über die Tätigkeiten der Entnahmeeinrichtungen und Gewebebanken zu übermitteln (§ 40 GSG). Die Basis für diesen Bericht sind die Jahresberichte der Gewebebanken. Ausgehend von diesen Daten – in Verbindung mit den an der GÖG vorhandenen Daten zur Organspende – hat der Transplantationsbeirat bei negativen Auswirkungen der Gewebeauf die Organspende dem Bundesminister für Gesundheit eine Stellungnahme zu übermitteln.

6.8.3.3 Stammzelltransplantation

Die inhaltliche Fortführung der Arbeiten wie beispielsweise im Bereich der Einlagerung von Nabelschnurstammzellen oder der Überarbeitung von Richtlinien soll – nach Auflösung der „Kommission für die Weiterentwicklung des österreichischen Stammzellspende und –transplantationswesens“ durch die Einbindung dieser Bereiche in den Transplantationsbeirat weiterhin gewährleistet bleiben.

In der Förderperiode 2009 bis 2013 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 den österreichischen Spenderzentren kontinuierlich durchgeführt werden. Hierzu werden in den einzelnen Zentren Arbeitskräfte finanziell unterstützt.

Das österreichische Stammzell-Register erhält in der Periode 2009 bis 2013 weiterhin Fördermittel, wobei die Höhe der Förderung gemäß den aktuellen Richtlinien jährlich maximal 33.600 Euro beträgt.

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

6.9 Onkologische Versorgung

6.9.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

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. Bei rund einem Viertel der Verstorbenen wird diese Krankheitsgruppe als Todesursache dokumentiert (vgl. Kapitel 4.2).

6.9.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Um eine qualitativ hochstehende Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten zu gewährleisten, wurden in den letzten Jahren u. a. auch organisatorische Bemühungen unternommen bzw. weitergeführt. Dabei konnten unter anderem die Qualitätskriterien für die Versorgung von Krebskranken insofern weiterentwickelt werden, als gemeinsam mit den Fachgesellschaften der an der Krebsversorgung beteiligten medizinischen Sonderfächer Präzisierungen der Strukturqualitätskriterien vorgenommen wurden. Ergänzend zu diesen Präzisierungen konnte festgelegt werden, dass die

Durchführung von onkologischer Versorgung sowie die Abhaltung von Tumorboards auf interdisziplinärer Basis zu erfolgen hat. Die entsprechenden Vorgaben haben Eingang in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gefunden.

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 und eines schwierigen, personal- und zeitintensiven Versorgungsmanagements in 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 Anhaltszahlen für das erforderliche Personal zu ermitteln. Aus Gründen der Erreichbarkeit und unter Bedachtnahme auf die epidemiologische Lage sowie zum Zweck der Qualitätssicherung sind für Österreich fünf Zentren vorgeschlagen. Die für die Versorgung von krebskranken Kindern und Jugendlichen entwickelten Anforderungen und Qualitätskriterien haben in den ÖSG Eingang gefunden.

Therapie mit Radionukliden

In Österreich gibt es derzeit zehn Standorte mit nuklearmedizinischen Therapiebetten, an denen rund 2.400 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 13 Standorte, an denen Strahlentherapien durchgeführt werden. Für die Behandlungen stehen insgesamt 38 Linearbeschleuniger und zwei Gamma-Knives zur Verfügung. Weiters sind zwei zusätzliche Standorte und sechs 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.

6.9.3 Ausblick

Die gemeinsam mit den Fachgesellschaften der an der Krebsversorgung beteiligten medizinischen Sonderfächer erarbeiteten Qualitätskriterien für die jeweiligen Sonderfächer sollen ebenso wie die Anforderungen an die pädiatrisch-hämatologisch-onkologische Versorgung bei künftigen Revisionen des ÖSG weiterentwickelt werden. Darüber hinaus wird es Aufgabe der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sein, jeweilige Krankenanstalten den definierten Versorgungsstufen zuzuordnen.

6.10 In-vitro-Fertilisation

6.10.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

Seit 1. Jänner 2000 ist das Bundesgesetz, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF-Fonds-Gesetz, BGBl I 1999/180, in der Fassung 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 (BMG) 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.

Im IVF-Fonds-Gesetz (§ 7) ist geregelt, dass ein Register einzurichten ist, in dem 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.

6.10.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Das ÖBIG (seit 2006 Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH) ist seit dem Jahr 2000 vom Bundesministerium für Gesundheit 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. Es wird weiters jährlich ein Jahresbericht erstellt, der von der Website des Bundesministeriums für Gesundheit abrufbar ist.

Die Datenauswertungen aus dem IVF-Register der Jahre 2005 bis 2007 zeigen, dass in diesem Zeitraum mit Unterstützung des IVF-Fonds 14.013 IVF-Versuche von 12.390 Kinderwunschpaaren durchgeführt wurden. Im Jahr 2005 wurden IVF-Fonds-Versuche in 24 Vertragskrankenanstalten durchgeführt. Die Anzahl der Vertragskrankenanstalten erhöhte sich bis zum Jahr 2007 auf 26.

Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion lag im Jahr 2005 durchschnittlich bei 31,1 Prozent und stieg im Jahr 2007 auf durchschnittlich 32,6 Prozent (vgl. Tabelle 6.12).

Tabelle 6.12: Anzahl der IVF-Versuche und Schwangerschaftsraten in den Jahren 2005 bis 2007

Jahr	Anzahl Versuche	Anzahl Paare	Anzahl Follikelpunktion	Anzahl Schwangerschaften	Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion
2005	5.506	3.998	5.028	1.564	31,1 %
2006	5.575	4.070	5.035	1.568	31,1 %
2007	5.932	4.322	5.324	1.738	32,6 %

Quelle: GÖG/ÖBIG, IVF-Register; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Im Jahr 2008 stieg die Anzahl der Paare, die Leistungen des IVF-Fonds in Anspruch nehmen, um etwas mehr als 1 Prozent auf 4.483 an. Die durchschnittliche Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion verringert sich geringfügig auf 32,5 Prozent.

6.11 Blut und Blutprodukte

6.11.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

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 Schritte in dieser Hinsicht getätigt, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf den Bereich der Hämovigilanz gelegt wurde.

6.11.2 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 und 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 und Spendern, Patientinnen und 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 den §§ 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 angeschlossene Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wahrgenommen.

Im Berichtszeitraum wurde neben dem Verfassen der Hämovigilanzberichte in Umsetzung der EU-Richtlinien 2002/98/EG („Blutdirektive“) und 2005/61/EG („Durchführungsdirektive“) die Hämovigilanzverordnung fertiggestellt, diese trat Mitte 2007 in Kraft. Im Zuge dessen mussten Anpassungen im österreichischen Hämovigilanz-System vorgenommen werden. Neben den nunmehr neu zu meldenden ernstesten unerwünschten Zwischenfällen und Reaktionen im Rahmen des Herstellungsprozesses wurden mit der Hämovigilanzverordnung auch weitgreifende Meldepflichten zum Schutz von Spenderinnen und Spendern sowie Empfängerinnen und Empfängern berücksichtigt. Weiters fanden bereits Vorarbeiten zur Übergabe des Hämovigilanz-Registers an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) statt, die Mitte 2008 erfolgte.

Neben den Tätigkeiten im Rahmen des Hämovigilanz-Registers ist das ÖBIG seit dem Jahr 1999 mit der Erhebung des österreichischen Blutverbrauchs befasst. Hier zeigt sich über die vergangenen Jahre ein konstanter Verlauf. Mit rund 50 transfundierten Erythrozytenkonzentraten pro 1.000 Einwohner befindet sich Österreich im europäischen Spitzenfeld. Diese Entwicklung muss auch in den kommenden Jahren weiter beobachtet werden.

6.11.3 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. Im Bereich der Hämovigilanz erfolgten im Jahr 2007 die rechtlichen Anpassungen an die Vorgaben der EU-Direktiven sowie darüber hinaus die Umsetzung von Meldungen zur Sicherheit nicht nur von Produkten und Empfängerinnen und Empfängern, sondern auch von Spenderinnen und Spendern. Der Erfolg sämtlicher in Österreich durchgeführter Maßnahmen zeigt sich in einem generell sorgsamem und bewussten Umgang mit Blut und Blutprodukten. Dies spiegelt sich einerseits in einer Stabilisierung der Anzahl an transfundierten und verworfenen Blutprodukten (Letztere sind solche, die an Krankenanstalten ausgeliefert, aber nicht verwendet wurden) und andererseits in den positiven Rückmeldungen zum Hämovigilanz-System wider.

6.12 Arzneimittel

6.12.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

Zentrale gesetzliche Grundlagen im Arzneimittelwesen sind das Arzneimittelgesetz, das Arzneiwareneinfuhrgesetz, das Arzneibuchgesetz, das Apothekengesetz, das Rezeptpflichtgesetz, die Apothekenbetriebsordnung und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Die europarechtlichen Vorgaben zur Harmonisierung der unterschiedlichen Standards in den EU-Mitgliedstaaten werden laufend in österreichisches Recht umgesetzt.

Aufgabe des Gesundheitsressorts ist die Sicherstellung der Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen, unbedenklichen und therapeutisch wirksamen Arzneimitteln. Aufgrund eingeschränkter Mittel sollen – soweit möglich – kostengünstige Arzneimittel angeboten werden.

Mit der Durchführung zentraler Aufgaben im Arzneimittelwesen sind neben dem Bundesministerium für Gesundheit weitere Institutionen und Akteure befasst, insbesondere das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) / AGES PharmMed und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Zulassung und Vigilanz

Um ein Arzneimittel auf den Markt zu bringen, bedarf es einer behördlichen Zulassung, die für die Mitgliedstaaten der Europäischen Union seit 1995 einheitlich geregelt ist. Im Jahr 2005 traten infolge des Pharmaceutical Review der Europäischen Kommission (2001–2004) einige Änderungen rund um die europäische Zulassung in Kraft (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003; BMGF 2004). Dazu gehörten:

- Eine Definition für Generika wurde eingeführt.
- Falls ein Arzneimittel nicht innerhalb von drei Jahren nach der Zulassung auf den Markt gebracht wird, wird die Zulassung entzogen (sogenannte Sunset Clause).
- Das Verfahren der gegenseitigen Anerkennung wurde geändert; ergänzend wurde ein neues dezentralisiertes Verfahren eingeführt.

Diese Änderungen wurden umgesetzt mittels der Richtlinie 2004/27/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel und der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittelagentur.

Die Kompetenz für die Zulassung von Arzneimitteln liegt auf europäischer Ebene bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA, European Medicines Agency), die mittels erwähnter Verordnung (EG) Nr. 726/2004 neu organisiert wurde und einen neuen Namen erhielt, und auf der Ebene der Mitgliedstaaten bei den nationalen Zulassungsbehörden. In Österreich übernahm im Berichtszeitraum das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) vom Gesundheitsressort die Aufgabe, als nationale Zulassungsbehörde zu agieren.

Das BASG wurde als eine dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordnete Behörde im Jahr 2005 eingerichtet, im Jänner 2006 nahm es seine Tätigkeit auf. Unterstützt wird das BASG von der AGES PharmMed, einem Geschäftsbereich der seit 1. Juni 2002 bestehenden Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES). Gesetzliche Basis dafür ist das Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz, Arzneimittelgesetz, Medizinproduktegesetz, Arzneiwareneinfuhrgesetz und das Blutsicherheitsgesetz geändert wurden (BGBl I 2005/107 bzw. BGBl I 2005/153).

Im Zusammenwirken mit AGES PharmMed vollzieht das BASG hoheitliche Aufgaben im Kontroll- und Zulassungsbereich der Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. Kapitel 6.13). Dazu gehören:

- Arzneimittelzulassung,
- Pharmakovigilanz (Arzneimittelsicherheit),
- Marktüberwachung von Medizinprodukten,
- Inspektion von pharmazeutischen Unternehmen,
- Hämo- und Gewebevigilanz,
- wissenschaftliche Beratung,
- Überprüfung der Arzneimittelqualität,
- klinische Prüfungen,
- internationale Vertretung Österreichs in diversen pharmazeutischen Gremien.

Preise und Erstattung

Zur Umsetzung des Arzneimittelpakets 2003 waren grundsätzliche Änderungen beschlossen worden, die zum Teil vor, zum Teil zu Beginn des Berichtszeitraums in Kraft traten. Relevante gesetzliche Grundlage ist die 61. Novelle des ASVG (veröffentlicht im Jahr 2003) und darauf basierend die Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex (VO-EKO) gemäß § 351g ASVG sowie die Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission bei der Ermittlung des EU-Durchschnittspreises gemäß § 351c Abs 6 ASVG.

- *Berechnung der Arzneimittelpreise gemäß EU-Durchschnittspreisverfahren:* Für alle Arzneyspezialitäten, deren Aufnahme in den Erstattungskodex der Sozialversicherung beantragt wird, wird seit 2004 von der am BMG angesiedelten Preiskommission ein europäischer Durchschnittspreis auf Basis einer Meldung des vertriebsberechtigten Unternehmens ermittelt. Gemäß ASVG wird die Preiskommission von der GÖG/ÖBIG unterstützt, welche die gemeldeten Preise stichprobenartig überprüft.

Die Berechnung erfolgt als arithmetisches Mittel der Fabriksabgabepreise identer Arzneyspezialitäten in allen übrigen EU-Mitgliedsländern. Voraussetzung für die Berechnung eines EU-Durchschnittspreises ist das Vorliegen eines Fabriksabgabepreises in mindestens der Hälfte bzw. im Fall von Generika in mindestens zwei der EU-Mitgliedstaaten. 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 Fabriksabgabepreis liegt, so muss das Unternehmen die Differenz am Ende des Jahres dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger rückerstatten.

- *Handelsspannen:* Seit 2004 sind die aktuell gültigen Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel und für Apotheken in Kraft. Im Großhandel bestehen zwei degressive Aufschlagschemen – eines für Arzneimittelspezialitäten im gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex (niedrigere Höchstaufschläge) und eines für alle übrigen Arzneimittelspezialitäten. Für Apotheken kommen ebenfalls zwei degressive Aufschlagschemen zur Anwendung – eines für begünstigte Bezieher wie die Sozialversicherung oder gemeinnützige Krankenanstaltenträger und eines für Privatkunden.

- *Erstattung:* Im Jänner 2005 wurde der neue Erstattungskodex (EKO) des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger eingeführt, der aus verschiedenen Bereichen besteht. In den roten Bereich des EKO werden alle neuen Arzneimittel und alle Arzneimittel, für die um Aufnahme in den EKO angesucht wurde, für maximal 24 Monate aufgenommen. Der rote Bereich fungiert als Eintrittsbereich in die Erstattung. Arzneimittel mit einem fundamentalen therapeutischen Vorteil sowie als innovativ eingestufte Arzneimittel kommen anschließend in den gelben oder hellgelben Bereich des EKO. Standard-Arzneimittel, die früher im Heilmittelverzeichnis enthalten und somit frei verschreibbar waren, und magistrale Zubereitungen sind im grünen Bereich eingeordnet. Darüber hinaus gibt es entsprechend § 351c ASVG eine Liste der Arzneimittelkategorien, die im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung im niedergelassenen Bereich geeignet sind.

Mit dem neuen Erstattungskodex wurde auch die Chefärztlipflicht neu geregelt. Arzneimittel aus dem roten und gelben Bereich benötigen eine chefärztliche Bewilligung, die jedoch vom verschreibenden Arzt und nicht mehr von den Patientinnen und 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.

Seit der Einführung des Erstattungskodex hat die Anzahl der darin enthaltenen Arzneimittel zugenommen. Am 1. Jänner 2005 umfasste der EKO 5.266 Arzneimittel (gezählt pro Packung), am 1. Jänner 2008 enthielt er 5.942. Eine deutliche Zunahme zeigt sich insbesondere beim Vergleich mit der Anzahl der Arzneimittel im Heilmittelverzeichnis, dem Vorläufer des Erstattungskodex, das Ende 2004 4.518 Arzneimittel anführte (PPRI 2008a).

Eine detaillierte Beschreibung der Preisbildung und Erstattung von Arzneimitteln findet sich im PPRI Pharma-Profil Österreich (PPRI 2008a) sowie im Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006 (BMGF 2006).

6.12.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Eine der zentralen Aktivitäten im Berichtszeitraum war die Schaffung des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) und des AGES-Geschäftsbereichs PharmMed, denen vom Gesundheitsministerium operative Aufgaben im Bereich Arzneimittelzulassung und -sicherheit übertragen wurden. 2006 nahmen BASG und AGES PharmMed ihre Tätigkeit auf (vgl. Abschnitt 6.12.1). In den Jahren 2006 bis 2008 wurden von der AGES PharmMed 526 nationale Arzneimittelzulassungen, 1.480 Zulassungen im Rahmen der gegenseitigen Anerkennung bzw. des dezentralisierten Verfahrens und 41.954 Änderungen bei Zulassungen bearbeitet. Im Bereich der Arzneimittelsicherheit behandelte die AGES PharmaMed in diesem Zeitraum 6.574 nationale Nebenwirkungsmeldungen, 2.525 Änderungen der Fachinformation, 512 Qualitätsmängel und 67 Rückrufe von Arzneimitteln (AGES PharmMed 2009).

Das BASG ist auch für die Überwachung der Werbeaktivitäten für Arzneimittel zuständig. In diesem Zusammenhang ist die Novelle des Arzneimittelgesetzes 2005 (BGBl I 2005/153), die Anfang 2006 in Kraft trat, erwähnenswert, mit der zur Umsetzung der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Schaffung eines Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel die Werbebeschränkungen für Arzneimittel in Österreich neu geordnet wurden.

Mit der Novelle des Arzneimittelgesetzes 2005 wurden für Arzneimittel, die im Erstattungskodex des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger enthalten sind, Naturalrabatte an zur Verschreibung oder Abgabe berechnete Personen verboten (§ 55b AMG 2005).

Im Berichtszeitraum nahm die Europäische Kommission verstärkt die Niederlassungs- und Eigentumsregelungen im Apothekenbereich ins Visier und eröffnete Vertragsverletzungsverfahren gegen einige Mitgliedstaaten (Italien, Spanien). 2005 leitete die Europäische Kommission ein Mahnverfahren gegen die Republik Österreich wegen der Regelungen im Apothekenbereich (Vorbehalte bezüglich der Niederlassungsmodalitäten für Apotheken, der Gesellschaftsform und des Verbots der Kettenbildung bei Apotheken) ein (Europäische Kommission 2006).

Im September 2006 verteidigte das österreichische Gesundheitsressort in einem Antwortschreiben die geltenden Regelungen zur Niederlassung und zum Eigentum von Apotheken (BMeiA 2008). Die Frage der Niederlassungsmöglichkeit für Apothekerinnen und Apotheker aus anderen EU-Staaten wurde gesetzlich neu geregelt; hinsichtlich der Entwicklungen beim Eigentum siehe Abschnitt 6.12.3.

Im Berichtszeitraum wurden infolge des Beitritts von zehn neuen Mitgliedstaaten zur EU im Mai 2004 und von Bulgarien und Rumänien Anfang 2007 Maßnahmen gesetzt, um das EU-Durchschnittspreisverfahren an die erweiterte Europäische Union anzupassen. Dazu beauftragte das Gesundheitsressort das ÖBIG bzw. die GÖG/ÖBIG mit der Erarbeitung von entsprechenden Grundlagen (Recherche der Preislisten, Kenntnis der Arzneimittelsysteme), die auch in den beiden ÖBIG-Publikationen „Pharma-Preisinformation (PPI). Gesundheits- und Arzneimittelsysteme in den zehn neuen EU-Mitgliedstaaten“ (ÖBIG 2005c) und „Arzneimittelsysteme in Bulgarien und Rumänien“ (GÖG/ÖBIG 2008a) dokumentiert sind. Seit Ende 2007 kann der PPI-Service der GÖG/ÖBIG Preise und Systeminformationen für alle 27 Mitgliedstaaten der EU liefern. Aufgrund der volks- und betriebswirtschaftlichen Besonderheiten Bulgariens und Rumäniens im Vergleich zu Österreich, vor allem bei diversen Wertschöpfungs- und Arbeitsmarktfaktoren, werden diese Länder entsprechend anderer Übergangsbestimmungen erst ab dem Jahr 2011 für die Ermittlung des EU-Durchschnittspreises durch die Preiskommission herangezogen. Während des Berichtszeitraumes wurde die Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission bei der Ermittlung des EU-Durchschnittspreises gemäß § 351 c Abs 6 präzisiert und mit 1. Jänner 2008 im Internet veröffentlicht.

Im Jänner 2005 wurde der neue Erstattungskodex eingeführt, und zu dem Zeitpunkt wurde auch die Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex nach § 351g ASVG (VO-EKO) als Verordnung veröffentlicht. Der VO-EKO enthält nunmehr Regeln und Kriterien, denen beim Antrag auf Erstattung eingereichte gesundheitsökonomische Evaluationen entsprechen müssen. Darüber hinaus produzierte 2006 eine Expertengruppe, in der unter anderem das Gesundheitsressort, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Verband der pharmazeutischen Industrie PHARMIG und die Österreichische Ärztekammer vertreten waren, ein Konsenspapier mit Richtlinien zur gesundheitsökonomischen Evaluierung (IPF 2006).

Das österreichische Arzneimittelsystem kennt im Vergleich zu zahlreichen anderen europäischen Ländern, wo die Patientinnen und Patienten einen prozentuellen Anteil des Arzneimittelpreises selbst zahlen müssen, nur eine einzige Form der Selbstbeteiligung: die Rezeptgebühr. Im Berichtszeitraum wurde die Rezeptgebühr jährlich an die Inflation angepasst und betrug 4,50 Euro (2005), 4,60 Euro (2006) bzw. 4,70 Euro (2007). Seit Jänner 2008 ist die Rezeptgebühr gedeckelt; die

Patientinnen und Patienten müssen maximal zwei Prozent ihres Jahreseinkommens für Rezeptgebühren ausgeben.

Mit der 60. Novelle des ASVG war die Unabhängige Heilmittelkommission (UHK) als Berufungsinstanz über Entscheidungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die Aufnahme von Arzneimitteln in den Erstattungskodex geschaffen worden. In den Jahren 2005 bis 2007 reichten vertriebsberechtigte Unternehmen rund dreißig Beschwerden nach § 351i Abs 2 ASVG, d. h. gegen Erstattungsentscheidungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, bei der UHK ein. Die Zahl der Beschwerden ist im Vergleich zu den ersten Jahren des Bestehens der UHK rückläufig.

Das Arzneimittelgesetz (§ 49) sieht die Einrichtung eines Arzneimittelbeirates vor, wobei spezifische Aufgaben bestimmten Ausschüssen zugewiesen werden können. Im Dezember 2007 fand die konstituierende Sitzung des Arzneimittelbeirates statt, bei der die Geschäftsordnung des Arzneimittelbeirates angenommen wurde. Diese sieht die Einrichtung von zumindest zwei Unterausschüssen vor:

- eines wissenschaftlichen Unterausschusses zur Unterstützung des BASG für Fragen der Zulassung, Vigilanz, klinische Prüfung,
- eines Unterausschusses für den rationalen Einsatz von Arzneimitteln zur Förderung eines evidenzbasierten, sicheren, effizienten und ökonomischen Einsatzes von Arzneimitteln in Österreich.

Der wissenschaftliche Unterausschuss wurde im Frühjahr 2008 und der Unterausschuss für den rationalen Einsatz von Arzneimitteln im Frühjahr 2009 eingerichtet.

Neben der Preisregelung (siehe EU-Durchschnittspreisverfahren) setzte das Gesundheitsressort im Berichtszeitraum verstärkt auf Maßnahmen zur Mengensteuerung bei Arzneimitteln. Als Entscheidungshilfen dienten Erfahrungen aus anderen Ländern, wie sie von der GÖG/ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsressorts untersucht wurden (z. B. GÖG/ÖBIG-Studien „Steuerung des Arzneimittelverbrauchs am Beispiel Dänemark“, 2008j) und „Nahtstellenmanagement bei Arzneimitteln. Österreich und Niederlande im Vergleich“, 2006b).

Auf europäischer Ebene war das österreichische Gesundheitsressort stark vernetzt und eingebunden. Von 2005 bis 2007 fand das von der Europäischen Kommission initiierte „Pharmaceutical Forum“ statt, an dem alle Mitgliedstaaten sowie relevante Akteure im Arzneimittelbereich (Sozialversicherung, Pharmaindustrie, Patienten ...) beteiligt waren. Ziel der Veranstaltungen war, Lösungen zur Verbesserung des Zugangs zu Arzneimitteln bei gleichzeitiger Stärkung des Wettbewerbs und Kostendämpfung für die Mitgliedstaaten zu entwickeln. In drei Unterarbeitsgruppen (Patienteninformation, Preisbildung und Erstattung, vergleichende Wirksamkeit) wurden Empfehlungen entwickelt; das Gesundheitsressort war in den Arbeitsgruppen vertreten.

Weiters unterstützte das Gesundheitsressort durch Ko-Finanzierung das von 2005 bis 2007 laufende EU-Projekt „Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information“ (PPRI), bei dem ein Netzwerk von zuständigen Behörden und Sozialversicherungen aus über dreißig Ländern (darunter alle Mitgliedstaaten) aufgebaut und Länderberichte zu den Arzneimittelsystemen (PPRI Pharma Profiles) erstellt wurden. Der „PPRI Report“ zu Arzneimittelpreisbildung und -erstattung in den EU-Mitglied-

staaten (PPRI 2008b) gilt als Referenzwerk; dessen Ergebnisse wurden auf der hochrangig besuchten PPRI-Konferenz im Juni 2007 vorgestellt.

Das im Herbst 2003 beschlossene Arzneimittelpaket, das grundlegende Änderungen im Erstattungssystem (Erstattungskodex) mit sich brachte, führte zunächst zu einer Dämpfung der Steigerungsraten bei den öffentlichen Arzneimittelausgaben, doch in den Jahren 2007 und 2008 lagen diese bei 7,7 bzw. 11 Prozent. Der Sozialversicherung wurde von der Regierung eine Finanzspritze von rund 450 Millionen Euro in Aussicht gestellt, geknüpft an die Bedingung, dass sie selbst Einsparungen generiere.

Daraufhin wurde im Frühjahr 2008 ein Gesetzesentwurf erarbeitet, der die Einführung eines Referenzpreissystems, begleitet von verpflichtender Generikasubstitution und Wirkstoffverordnung, vorsah. Das Gesetz wurde aufgrund der politischen Situation nicht ins Parlament eingebracht, und im Jahr 2009 wurde die Diskussion zur „Kassensanierung“ mit neuen Vorschlägen fortgesetzt.

Eine konkrete Maßnahme, die nach dem Berichtszeitraum umgesetzt wurde, betraf die Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel: Seit 1. Jänner 2009 wird auf Arzneimittel ein Mehrsteuersatz von 10 Prozent – anstelle des bislang gültigen Standardsteuersatzes von 20 Prozent – angewandt.

Im Mai 2009 entschied der Europäische Gerichtshof in den Vertragsverletzungsverfahren gegen Deutschland und Italien, dass das Fremdbesitzverbot bei Apotheken in diesen Ländern konform mit EU-Recht ist. Wenngleich diese Verfahren in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit dem 2005 gegen die Republik Österreich eingeleiteten Vertragsverletzungsverfahren (noch im Stadium des Vorverfahrens) stehen, werden diese Urteile als richtungweisend auch für das weitere Verfahren gegen Österreich eingeschätzt.

6.12.3 Ausblick

Eine der größten Herausforderungen liegt in der Sicherstellung einer hochwertigen Arzneimittelversorgung für die Bevölkerung angesichts steigender Arzneimittelausgaben. Wie dargestellt, wurde in den letzten Jahren vermehrt der Mengenkompente Bedeutung beigemessen, da bei den Arzneimittelpreisen das Potenzial an Maßnahmen (europäischer Durchschnittspreisvergleich) ausgereizt zu sein scheint.

Ein wichtiges Thema, an dem zukünftig weiter gearbeitet wird, ist das Arzneimittelmanagement im stationären Sektor sowie das Nahtstellenmanagement zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich. Das Gesundheitsressort forcierte in den letzten Jahren dieses Thema; so unterstützt es auch das 2008 gestartete EU-Projekt „Pharmaceutical Health Information System“ (PHIS) unter der Leitung der GÖG/ÖBIG, die sich intensiv diesem Thema widmet.

Daneben ist das Gesundheitsressort auch nach Ende des Pharmaceutical Forum (vgl. 6.12.2) weiterhin in europäischen Gremien präsent, etwa im von der Europäischen Kommission 2008 geschaffenen Netzwerk der zuständigen Behörden für Preisbildung und Erstattung.

6.13 Medizinprodukte

6.13.1 Ausgangslage und Entwicklungstendenzen

Der Begriff Medizinprodukte wird durch europäische Richtlinien definiert und umfasst einen sehr weiten Produktbereich, der vom einfachen Pflaster bis zum Kernspintomografen reicht. Er beinhaltet unter anderem medizinische Geräte, Verbrauchsmaterialien, Hilfen für Behinderte und Produkte zur Empfängnisregelung. Die europäischen Medizinprodukte-Richtlinien und deren nationale Umsetzung, das Medizinproduktegesetz (MPG), definieren Anforderungen an die Sicherheit von Medizinprodukten sowie Regeln für die Zulassung einschließlich klinischer Evidenz, für das Inverkehrbringen, die Marktüberwachung und den Umgang mit fehlerhaften Produkten.

Da der Bereich Medizinprodukte einen Bereich mit hohem Innovationsgrad darstellt, unterliegen die europäischen Richtlinien für Medizinprodukte und deren nationale Umsetzung in österreichisches Recht durch das MPG (BGBl 1996/657 i. d. g. F.) einem ständigen Aktualisierungs- und Anpassungsprozess.

6.13.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Im Berichtszeitraum erfolgte eine Änderung des MPG durch ein Bundesgesetz, mit dem GESG, AMG, MPG, Arzneiwareneinfuhrgesetz und Blutsicherheitsgesetz geändert wurden (BGBl I 2005/107 bzw. BGBl I 2005/153). Dabei wurde das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) geschaffen, das mit 2. Jänner 2006 operative Agenden im Medizinproduktebereich übernommen hat (Medizinprodukte-Vigilanz, Marktüberwachung, Registrierung und Freigabe klinischer Prüfungen, Inspektionen von Herstellern, Vertreibern und Gesundheitseinrichtungen, Ausstellung von Freiverkaufszertifikaten). Dabei wird das BASG von der AGES PharmMed, einem neu geschaffenen Bereich der seit 1. Juni 2002 bestehenden Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), unterstützt.

Durch die am 2. April 2007 in Kraft getretene Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBV BGBl II 2007/70 und BGBl II 2007/163) wurde das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenanstalten, Ordinationen, Kuranstalten, Pflegeheimen, medizinischen Labors, Einrichtungen der Rettungsdienste, Optiker, Orthopädietechniker, Hörgeräteakustiker etc.) detailliert geregelt. Schwerpunkte dieser Verordnung bilden Vorgaben für die wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung und messtechnische Kontrolle der in diesen Einrichtungen verwendeten Medizinprodukte, für die Einschulung des Personals und für die Dokumentation.

Durch die Änderung der Klassifizierungsverordnung (BGBl II 2007/136) erfolgte entsprechend der in der Richtlinie 2005/50/EG vorgesehenen Neuklassifizierung von Gelenkersatz für Hüfte, Knie und Schulter eine Einstufung dieser Implantate in die höchste Risikoklasse III, wodurch diese Produkte einem strengeren Zulassungs- bzw. Konformitätsbewertungsverfahren unterliegen. Entsprechend den Vorgaben der Richtlinie 2005/50/EG wurde die Verordnung über die Konformitätsbewertung durch das BGBl II 2007/137 geändert; damit wurde den Herstellern eine Anpassung des Konformi-

tätsbewertungsverfahrens bereits zugelassener Produkte an die für Klasse-III-Produkte vorgesehenen Verfahren innerhalb der in dieser Richtlinie vorgegebenen Fristen vorgeschrieben.

Während der österreichischen EU-Präsidentschaft im ersten Halbjahr 2006 wurden unter österreichischem Vorsitz wesentliche Teile der Revision der Medizinprodukte-Richtlinien 93/42/EWG und 90/385/EWG in der EU-Ratsarbeitsgruppe Arzneimittel und Medizinprodukte beraten. Schwerpunkte dieser Verhandlungen, die letztendlich in der Verabschiedung der Richtlinie 2007/47/EG zur Änderung der beiden oben genannten Richtlinien mündeten, bildeten die Erweiterung des Medizinprodukte-Begriffs auf Software, die Verbesserung der klinischen Evaluierung von Medizinprodukten und die Etablierung einer stringenteren Zulassung durch die benannten Stellen („Notified Bodies“).

Im Rahmen der von österreichischer Seite organisierten Konferenz aller europäischen Medizinproduktebehörden („Competent Authorities“) am 3./4. April 2006 in Wien wurden unter anderem die Revision der Medizinprodukte-Richtlinien, Fragen der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen nationalen Behörden auf dem Gebiet der Marktüberwachung, der klinischen Prüfung und Überwachung der Notified Bodies sowie zukünftige regulatorische Entwicklungen auf dem hochinnovativen Gebiet der Medizin und Medizintechnik behandelt.

Im Zuge einer vom Bundesministerium für Gesundheit geführten Arbeitsgruppe wurden verschiedene Szenarien für die Weiterführung des von 1980 bis 2006 von der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft betriebenen Herzschrittmacherregisters gemeinsam mit den betroffenen Kreisen (Kardiologen, Spitäler, Datenschützer) entwickelt. Ergebnis dieses Prozesses war die Weiterführung dieses Registers durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Gesundheitsressorts mit EDV-mäßiger Neuimplementierung und Erweiterung auf implantierbare Cardioverter Defibrillatoren (ICDs) und Loop-Recorder. Die gesetzlichen Voraussetzungen dafür wurden im Jahr 2008 geschaffen (siehe 6.13.3).

Im Berichtszeitraum wurde das österreichische Medizinprodukteregister (MPR), das seit 2002 vom ÖBIG unter der Internetadresse <http://medizinprodukte.goeg.at> geführt wird, erweitert. Nach einer Pilotphase im Jahr 2006 wurde das Register um die Zertifikatsmeldungen der beiden benannten österreichischen Stellen erweitert. Ende 2007 hatten mehr als 1.000 Unternehmen rund 3.500 Medizinprodukte und 1.070 IVD gemeldet; außerdem waren 305 Zertifikate im MPR vermerkt.

6.13.3 Ausblick

Im Jahr 2008 wurden durch eine Änderung des Medizinproduktegesetzes und des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH (BGBl I 2008/77) die Patientenrechte bei Zwischenfällen mit fehlerhaften Medizinprodukten verbessert und Implantatregister (Herzschrittmacher-, ICD-, Looprecorder-Register sowie weitere Implantate) spezifiziert und gesetzlich verankert. Durch die genannte Gesetzesnovelle wurde die Gesundheit Österreich GmbH berechtigt, Implantatregister für aktive implantierbare Medizinprodukte, Weichteilimplantate, kardiovaskuläre, neurologische und orthopädische Implantate zum Zwecke des Gesundheitsschutzes, der Medizinproduktevigilanz und Marktüberwachung, der Qualitätssicherung und zu wissenschaftlichen Zwecken zu führen.

Ein Meilenstein auf EU-Ebene ist die verpflichtende Verwendung der zentralen Medizinproduktedatenbank EUDAMED, an welche die nationalen Register voraussichtlich ab 2010/2011 zu melden

haben. Dafür sind umfangreiche nationale Vorarbeiten erforderlich, wie die Umstellung aller bisherigen Freitextmeldungen auf ein international anerkanntes Klassifizierungssystem oder die Einrichtung einer technischen Schnittstelle.

6.14 Öffentlicher Gesundheitsdienst

6.14.1 Ausgangslage

Der Zuständigkeitsbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes 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).

Die meisten Amtsärztinnen und Amtsärzte bei den Bezirksverwaltungsbehörden, den städtischen Magistraten und den Landesbehörden beschäftigt. Ein wichtiger Aufgabenbereich des Gesundheitsressorts besteht in der Durchführung der Fortbildungskurse für Amtsärztinnen und Amtsärzte.

Im Rahmen der Bundesverwaltung steht dem ÖGD die AGES (der Zusammenschluss der ehemaligen bundesstaatlichen Untersuchungsanstalten) zur Verfügung.

6.14.2 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.

Der Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums umfasst u. a. gesetzliche Initiativen, insbesondere im Bereich Impfungen und übertragbare Erkrankungen, die AGES sowie die Durchführung von jährlichen Fortbildungsveranstaltungen für Amtsärztinnen und Amtsärzte.

Damit der ÖGD den Herausforderungen des 21. Jahrhunderts – wie z. B. SARS (Severe acute respiratory syndrome), drohende Influenza-Pandemien, massiv steigende Kosten im Krankenversorgungssystem oder Vorbereitung von Großveranstaltungen – gerecht werden kann, wurde 2005 ein Reformprozess ÖGD eingeleitet.

Dazu wurde in der GÖG eine Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Landessanitätsdirektionen sowie des BMG, eingerichtet. Basierend auf den aktuellen Herausforderungen für den ÖGD, wurden Themenbereiche und Arbeitspakete für den Reformprozess definiert.

Als Erstes wurde das Aufgabenspektrum eines modernen ÖGD in Angriff genommen und in Form eines Handbuches zusammengefasst. Dieses Handbuch wird mit allen Beteiligten und Verantwortlichen intensiv diskutiert, damit es als Grundlage für die Weiterentwicklung des ÖGD dienen kann. Das Handbuch ÖGD beschreibt neun Aufgabenbereiche (in alphabetischer Reihenfolge) mit folgenden Zielsetzungen:

- Aufsicht und Qualitätssicherung in Gesundheitswesen und in die Gesundheit möglicherweise gefährdenden Einrichtungen, um Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aus gesundheitlicher Sicht zu sichern, fördern und zu entwickeln;
- Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, um gesundheitlich relevante Trends, Zusammenhänge, Ressourcen und Probleme in der Bevölkerung zu beobachten und daraus wissenschaftliche Empfehlungen abzuleiten;
- Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung, um die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu fördern;
- Gesundheitsplanung und Beratung der Politik zu gesundheitsrelevanten Entwicklungen, um eine bereichsübergreifende Steuerung und Begleitung der bedarfsorientierten Entwicklung in Angelegenheiten der öffentlichen Gesundheit herzustellen, wobei sich Gesundheitsplanung auf Gesundheit, Prävention und Krankenversorgung bezieht;
- Infektionsschutz, um die Bevölkerung vor Infektionskrankheiten zu schützen;
- medizinisches Krisenmanagement, um rasch und koordiniert auf Bedrohungsszenarien zu reagieren;
- Mitwirkung bei sozialkompensatorischen Aufgaben, um darauf zu achten, dass keine Bevölkerungsgruppe aus dem Gesundheitssystem fällt, und um die gesundheitliche Versorgung spezieller Bevölkerungsgruppen (z. B. Randgruppen mit einem beeinträchtigten Hilfsverhalten) sicherzustellen;
- Umweltmedizin/Umwelthygiene, um ein gesundes Lebensumfeld sicherzustellen und zu fördern, um einen Interessenausgleich unter Einbindung der Bürgerinnen und Bürger herzustellen und unabhängigen Sachverstand einzubringen;
- Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche, der Exekutive und der Justiz bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, um die Allgemeinheit vor möglicherweise die Gesundheit gefährdenden Tätigkeiten Einzelner (und diese vor sich selbst) zu schützen.

Mit dem „ÖGD neu“ soll auch ein Wandel im Selbstverständnis und im Verständnis, wer bzw. welche Organisationen zum ÖGD gehören, einhergehen. Demzufolge gehören alle Berufsgruppen und Einrichtungen zum ÖGD, deren Hauptaugenmerk auf der gesamten Bevölkerung oder auf definierten Bevölkerungsgruppen (im Gegensatz zum Individuum) und auf Gesundheitsschutz, -erhaltung und -förderung (im Gegensatz zu Therapie) liegen.

6.14.3 Ausblick

Auf der Basis des Aufgabenkataloges soll ab 2009 eine moderne Ausbildung für die Berufsgruppen im ÖGD entwickelt werden. Als Erstes wird die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte bearbeitet werden. Die Ausbildung soll modular aufgebaut sein und modernen Ausbildungskonzepten entsprechen.

7 Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen

Unter einem Gesundheitsberuf ist ein auf Grundlage des Kompetenztatbestandes „Gesundheitswesen“ (Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG) gesetzlich geregelter Beruf zu verstehen, dessen Berufsbild die Umsetzung von Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst. Darunter sind Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu verstehen, die unmittelbar am bzw. unmittelbar oder mittelbar für den Menschen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens erbracht werden (BMG 2009).

7.1 Ärzteschaft

Durch das Verwaltungsreformgesetz 2001 erhielt die Österreichische Ärztekammer maßgebliche Vollzugskompetenzen, insbesondere im Bereich der Anerkennung von Ausbildungsstätten. Im Zuge der 5. Ärztegesetznovelle (BGBl I 2003/140) wurde der Österreichischen Ärztekammer hinsichtlich der ärztlichen Ausbildung weitreichende Verordnungskompetenzen übertragen.

Durch eine Änderung des Ärztegesetzes 1998 (BGBl I 2005/156) trat mit 1. 1. 2006 insofern eine Neuerung in Kraft, als für die Ausbildung auf den Gebieten der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch Krankenabteilungen in Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, und Krankenabteilungen in Justizanstalten von der Österreichischen Ärztekammer als Ausbildungsstätten anerkannt werden können.

Mit 1. 2. 2007 trat in Österreich eine neue Ärztinnen-/Ärzteausbildungsordnung (ÄAO 2006) in Kraft.

Wesentliche Neuerungen der ÄAO 2006 sind:

- Begriffsbestimmungen zu: „Kenntnissen“, „Erfahrungen“ und „Fertigkeiten“;
- Umgestaltung des Sonderfaches Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, aufbauend auf der Doppelapprobation als Dr. med. univ. und Dr. med. dent. mit verkürzter Ausbildungsdauer;
- Erweiterungen des Aufgabengebietes des Sonderfaches Kinder- und Jugendheilkunde bei spezifischen Krankheitsbildern;
- Ausweitung der Schwerpunktsetzung im Rahmen der Additivfachausbildung „Neonatalogie und Intensivmedizin“;
- Einführung von regelmäßigen, zu dokumentierenden Ausbildungsevaluationsgesprächen zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Turnusarzt;
- Einführung der Verpflichtung, die Rasterzeugnisse nach Absolvierung der jeweiligen Mindestausbildungszeit in den Ausbildungsfächern unverzüglich dem Turnusarzt auszustellen;
- Einführung einer verpflichtenden Selbstreflexion (Supervision) für Turnusärzte (ausgenommen in der Additivfachausbildung) im Rahmen des Erwerbs psychosomatisch-psychosozialer Kompetenz;

- Verankerung folgender Ziele in der allgemeinärztlichen und fachärztlichen Ausbildung:
 - Diagnostik und Behandlung unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Besonderheiten,
 - Berücksichtigung der Querschnittsmaterien Geriatrie, Schmerztherapie, medizinische Betreuung behinderter Menschen und palliativmedizinische Versorgung;
- Umwandlung bzw. Einführung von Sonder- und Additivfächern.

Durch die Einführung des Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie inklusive der diversen Additivfächer wurde ein Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendmedizin mit einer Optimierung der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gesetzt.

Mit 13. Februar 2008 (BGBl II 2008/56) kam zu den bereits vorhandenen medizinischen Fakultäten in Graz, Innsbruck und Wien die Paracelsus-Universität als medizinische Privatuniversität in Salzburg dazu.

7.2 Zahnärzteschaft

Mit Inkrafttreten des Zahnärztegesetzes (BGBl I 2005/156) im Rahmen der 7. Ärztegesetz-Novelle wurde der Zahnarzt aus dem Ärztegesetz herausgelöst. Das Zahnärztegesetz (ZÄG) umfasst als berufsspezifische Weiterentwicklung des Ärztegesetzes 1998 für Zahnärzte die berufsrechtlichen Regelungen des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (BGBl I 2005/126). Mit dem Zahnärztekammergesetz (ZÄKG) wurde die neue Standesvertretung für die Angehörigen des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs beschlossen. Gleichzeitig wurde im Rahmen des Zahnärztereform-Begleitgesetzes (BGBl I 2005/155) das Dentistengesetz aufgehoben. Da bereits seit der Universitätsreform 1970 keine Dentisten mehr ausgebildet werden, verbleiben im Zahnärztegesetz die Zahnärzte sowie die aufgrund des Ärztegesetzes ausgebildeten Ärzte für Zahnheilkunde. Für die Anerkennung der zahnärztlichen Lehrpraxen ist mit der Zahnärztekammer die eigene Interessenvertretung zuständig.

Die ehemalige Ausbildung zum Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Rahmen eines postpromotionellen Lehrganges wurde durch das eigenständige Studium der Zahnheilkunde abgelöst. Im Gegensatz zur Ausbildung der Ärzte erlangen die Zahnärzte bereits unmittelbar nach Beendigung des Studiums mit dem Doktorat für Zahnheilkunde (Dr. med. dent.) die Berechtigung für eine eigenständige Ausübung des Berufes. Die Ausbildungsinhalte der Zahnärzte werden nicht wie bei den Allgemeinmedizinern und Fachärzten durch die Standesvertretung¹⁶ beschlossen, sondern durch studienrechtliche Vorschriften.

¹⁶ Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin / zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin / zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse und Prüfungszertifikate gem. § 118 Abs 2 Z 13b i. V. m. § 128 Ärztegesetz, genehmigt mit Schreiben des BMGF vom 8. 2. 2007, GZ.: BMFG-92107/0005-I/7/2007

7.3 Nichtärztliche Gesundheitsberufe

Im Berichtszeitraum hatte ein Gesetz Auswirkungen auf alle in diesem Kapitel behandelte Gesundheitsberufe und wird daher bei den einzelnen Berufen nicht mehr erwähnt.

Bundes-Behindertengleichstellungs-Begleitgesetz (ausgegeben am 23. Juni 2006)

Im Zusammenhang mit dem am 6. Juli 2005 vom Nationalrat beschlossenen Behindertengleichstellungspaket (BGBl I 2005/82), das am 1. Jänner 2006 in Kraft getreten ist, sollen sämtliche Bestimmungen in der Rechtsordnung beseitigt werden, die Menschen mit Behinderungen benachteiligen bzw. von Menschen mit Behinderungen als benachteiligend empfunden werden können. Zukünftig wird der generelle Begriff „gesundheitliche Eignung“ bzw. „Gesundheitszustand“ anstelle der „körperlichen Eignung“ bzw. „körperlichen und geistigen Eignung“ verwendet (BGBl I 2006/90).

Zeugniserläuterungen

Die Europass Zeugniserläuterung ist eine begleitende Beschreibung zum Berufsabschlusszeugnis über Kompetenzen und Qualifikationen, die in der Ausbildung erworben wurden. Sie beschreibt Fähigkeiten und Kompetenzen, die im Rahmen der beruflichen Ausbildung erworben wurden in einem europaweit einheitlich gestalteten Formular und erleichtert so insbesondere Arbeitgebern und Organisationen im Ausland die Einschätzung des gesamten berufsbildenden Ausbildungsabschlusses. Sie ist eine begleitende Beschreibung zum berufsbildenden Abschlusszeugnis/Diplom und kein Ersatz für das Original-Abschlusszeugnis/Diplom. Die Europass Zeugniserläuterung sollte von der Ausbildungseinrichtung gemeinsam mit dem Abschlusszeugnis/Diplom ausgehändigt werden. Europass Zeugniserläuterungen können unter www.zeugnisinfo.at heruntergeladen und ausgedruckt werden. Für sämtliche Ausbildungen in Gesundheitsberufen (ausgenommen Sanitätshilfsdienste), die nicht tertiär ausgebildet werden, stehen Zeugniserläuterungen in deutscher und großteils auch in englischer Sprache zur Verfügung. Seitens des BMG wurde empfohlen, Absolventinnen und Absolventen in den angeführten Gesundheitsberufen gemeinsam mit dem Diplom/Abschlussprüfungszeugnis die entsprechende Europass Zeugniserläuterung auszuhändigen.

Broschüre Gesundheitsberufe

Das Gesundheitsressort hat Beschreibungen der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe in Österreich mit Informationen zu Berufsbild und Tätigkeitsbereich, Berufsbezeichnung, Ausbildung und Rechtsgrundlagen herausgegeben. Die laufend aktualisierte Broschüre kann entweder von der Website des BMG (www.bmg.gv.at) heruntergeladen oder kostenlos als gebundene Fassung im Bundesministerium angefordert werden.

Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (ausgegeben am 9. April 2008)

Die Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen u. a. für alle nichtärztlichen Gesundheitsberufe – außer Gesundheits- und klinischen Psychologen sowie Psychotherapeuten – machte im Berichtszeitraum die Vorbereitung von Novellen der Gesundheitsberufe-Gesetzgebung notwendig. Die entsprechenden Änderungen wurden in einem gemeinsamen Gesetz, dem Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57), verlautbart. Soweit es sich dabei nicht nur um legistische Anpassungen und Anpassungen von Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU handelt, wird auf die Änderungen bei den einzelnen Berufen näher eingegangen.

7.3.1 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Seit 1. September 1998 wird die Ausbildung auf Basis des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) und der entsprechenden Verordnungen durchgeführt. Das ÖBIG hat im letzten Berichtszeitraum (2002–2004) Curricula für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege sowie für die Pflegehilfe neu erarbeitet bzw. aktualisiert. Für die Grund- und Sonderausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege wurden die Curriculumarbeiten begonnen, der erste Zwischenbericht wurde 2004 gelegt.

Im Berichtszeitraum wurden zwei Gesetze und sieben Verordnungen erlassen bzw. novelliert, die ausschließlich oder teilweise die Gesundheits- und Krankenpflege betreffen.

GuKG-Novelle 2005 (ausgegeben am 5. Juli 2005)

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 Novellierung des GuKG (BGBl I 2005/69) u. a. mit folgenden Änderungen durchgeführt werden:

- Berechtigung für Heimhelfer/innen, Fach-Sozial- und Diplom-Sozialbetreuer/innen mit dem Schwerpunkt Behindertenbegleitung, unterstützende Tätigkeiten im Rahmen der pflegerischen Basisversorgung durchzuführen (Modul: Unterstützung bei der Basisversorgung);
- aufgrund der EU-Erweiterung Anerkennung von Diplomen der allgemeinen Krankenpflege für Staatsangehörige der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, der ehemaligen Tschechoslowakei, der ehemaligen Sowjetunion (Estland, Lettland, Litauen) und Jugoslawien/Slowenien sowie Polen;
- Liberalisierung der Berufsausübungsregelungen: Anbieter von Pflegeleistungen können den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes (AÜG, BGBl 1988/196) beschäftigen;
- Möglichkeit der Teilzeitausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege;
- Schaffung der Möglichkeit, im Rahmen von Berufserfahrung erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten zu berücksichtigen, sofern dadurch die erforderlichen Kompetenzen erworben

wurden und diese der praktischen Ausbildung der entsprechenden Sonderausbildung gleichwertig sind (Gleichhaltung von Lehr- und Führungsaufgaben);

- Einführung einer „Speziellen Sonderausbildung für Kinderintensivpflege“;
- verkürzte Ausbildung in der Pflegehilfe nur noch für Personen mit abgeschlossenem Studium der Human- oder Zahnmedizin, da die bisher dazu berechtigten Stationsgehilfen/Stationsgehilfinnen seit 1. 1. 1996 nicht mehr ausgebildet werden und deren Berufsberechtigung mit dem Inkrafttreten dieser Novelle erloschen ist.

GuK-Spezialaufgaben-Verordnung – GuK-SV

(ausgegeben am 27. Dezember 2005)

Um in dem erweiterten Tätigkeitsbereich der Spezialaufgaben gemäß § 17 GuKG tätig sein zu können, sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verpflichtet, eine Sonderausbildung¹⁷ zu absolvieren (§§ 66–68 und § 70 GuKG), die mit einem Diplom abgeschlossen wird. Die Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung (BGBl II 2005/452) regelt diese Sonderausbildungen¹⁸.

GuK-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV

(ausgegeben am 27. Dezember 2005)

Lehr- oder Führungsaufgaben im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege dürfen gemäß Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung (BGBl II 2005/453) 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.

Die Lehr- und Führungsaufgabenverordnung 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 Fachhochschulausbildungen¹⁹.

Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-

Ausbildungsverordnung – GuK-BAV (ausgegeben am 28. Juli 2006)

In der Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung (BGBl II 2006/281) werden die Sozialbetreuungsberufe gemäß Artikel 15a B-VG zwischen Bund und Ländern geregelt. Heimhelfer/innen, Fach-Sozial- und Diplom-Sozialbetreuer/innen mit dem Schwerpunkt Behinderten-

¹⁷ 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).

¹⁸ 1) Kinder- und Jugendlichenpflege, 2) Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, 3) Intensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie (Basisausbildung), 4) Intensivpflege, Kinderintensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie (spezielle Zusatzausbildung), 5) Pflege im Operationsbereich und 6) Krankenhaushygiene.

¹⁹ Inhalt: Ausbildungsziel, -verlauf, -inhalt; Qualifikation der Lehrkräfte; Regelung der Gleichhaltung von Universitäts- und Fachhochschulausbildungen; Ausbildungskonzepte (Lernfelder, zu erreichende Kompetenzen, Stundenverteilung und Prüfungsmodus); Auflistung der diesen Sonderausbildungen gleichgehaltenen Universitäts- und Fachhochschulausbildungen.

begleitung sind nach Absolvierung ihrer Ausbildung berechtigt, unterstützende Tätigkeiten im Rahmen der pflegerischen Basisversorgung durchzuführen.

Das Ausbildungsmodul umfasst zwei theoretische Schwerpunkte – „Gesundheits- und Krankenpflege“ sowie „Einführung in die Arzneimittellehre“ – im Gesamtausmaß von 100 Unterrichtseinheiten sowie 40 Unterrichtseinheiten praktische Unterweisung.

Gesundheits- und Krankenpflege- Weiterbildungsverordnung – GuK-WV (ausgegeben am 24. November 2006)

Aufgrund §§ 73 und 104b des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurde zur Erweiterung und Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten eine Verordnung zur Regelung der Weiterbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie – erstmals – in der Pflegehilfe (BGBl II 2006/453) erlassen. Die vom Gesetzgeber anerkannten Weiterbildungen können unterschiedlich lange dauern, müssen aber mindestens 160 Stunden umfassen und werden mit einer schriftlichen und mündlichen Prüfung abgeschlossen.

Für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege werden derzeit 41 unterschiedliche Weiterbildungsmöglichkeiten anerkannt, für die Pflegehilfe elf.

Gesundheits- und Krankenpflege- Ausweisverordnung – GuK-AusweisV (ausgegeben am 24. November 2006)

Aufgrund § 10 Abs 3 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurde für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege eine neue Verordnung (BGBl II 2006/454) mit detaillierten Bestimmungen zum Berufsausweis erlassen.

Gesundheits- und Krankenpflege-Teilzeitausbildungsverordnung – GuK-TAV (ausgegeben am 24. November 2006)

In dieser Verordnung (BGBl II 2006/455) wird die in der GuK-Novelle 2005 erfolgte Ergänzung zum § 41, die Möglichkeit zur Absolvierung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Teilzeit, geregelt.

Novelle der Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV (ausgegeben am 24. November 2006)

Die Novelle der GuK-LFV (BGBl II 2006/456) beinhaltet neben legislatischen Klärungen eine optische Veränderung des Diploms sowie Ergänzungen in den Anlagen 6 und 7 (Listen gleichgehaltener Universitäts- und Fachhochschulausbildungen für Lehr- sowie Führungsaufgaben).

Akkreditierungsbeirat

Der schon im vergangenen Berichtszeitraum für den Zeitraum vom 1. November 2004 bis 31. Oktober 2009 bestellte Akkreditierungsbeirat (GuKG § 65c) zur Bearbeitung der Gleichhaltungsanträge (GuKG §§ 65a und 65b) tagte in regelmäßigen Abständen.

Entwicklung von Curricula für die Grund- und Sonderausbildungen in den GuK-Berufen

Parallel zu den Aktivitäten in Bezug auf GuKG und die Sonderausbildungsverordnungen wurden von der GÖG/ÖBIG im Auftrag des BMG Curricula für die Grund- und die Sonderausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege entwickelt. Der zweite Zwischenbericht wurde im Sommer 2006 übermittelt. Die Fertigstellung erfolgte im Herbst 2008.

Die Curricula werden in einem Entwicklungsprozess als offene, ergebnis-, handlungs-, und situationsorientierte, fächerintegrierte, exemplarische, spiralförmige, praxisintegrierte, entwicklungslogische Unterrichtsmaterialien mit stufenweisem Kompetenzerwerb ausgearbeitet. Berücksichtigt werden Schlüsselqualifikationen bzw. -kompetenzen sowie didaktische Prinzipien (vom Gesunden zum Kranken, vom Einfachen zum Komplexen, vom Ich über das Du zum Wir, vom Bekannten zum Unbekannten sowie Struktur vor Detail).

Pflegeberichte

Im Berichtszeitraum wurden zwei Pflegeberichte erstellt (2006 und 2007). Primäres Ziel dieser Berichte war es, den Entscheidungsträgern im Gesundheits- und Sozialwesen eine Grundlage für Maßnahmen im Pflegewesen zu liefern. Die Berichte sollten ein Gesamtbild über die Pflege bieten, in welchem die in Österreich verfügbaren Daten und Informationen systematisch aufgearbeitet sind²⁰.

Der erste „Österreichische Pflegebericht“ 2006 liefert eine umfassende Bestandsaufnahme

- zur aktuellen Datensituation im Pflegebereich (Anzahl an Pflegekräften inklusive internationaler Vergleich, Absolventenzahlen zur Ausbildung usw.), zeigt Datendefizite auf und liefert Verbesserungsvorschläge sowie
- zur Umsetzung von Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997) und Ausbildungsverordnung (1999) aus Sicht der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte.

Darüber hinaus wurde auf Basis der derzeit gegebenen Pflegekräfteausstattung im Gesundheits- und Sozialwesen sowie vor dem Hintergrund der diesbezüglichen Entwicklung in den letzten zehn Jahren der Personalbedarf 2010 für die Settings Krankenhaus, Alten-/Pflegeheim und Mobile Dienste abgeschätzt.

²⁰ Enthalten sind: 1) Gesetzliche Grundlagen, 2) Politische Rahmenbedingungen, Versorgungsstrukturen und Kostenträger, 3) Handlungsfelder (Freiberuflichkeit, Gesundheitsförderung und Prävention, Pflegeforschung usw.), 4) Personalsituation, 5) Ausbildungssituation, 6) Leistungsempfänger 7) Bedarfsschätzung und 8) Maßnahmenempfehlungen.

Der zweite Pflegebericht 2007 ist eine Fortsetzung der für das Monitoring erhobenen Zahlen und liefert Grundlagen für den Aufbau eines kontinuierlichen Monitorings der Personalausstattung in den Bereichen Akut-, Langzeit- und Mobile Versorgung (Vorarbeiten für die Registrierung der Gesundheitsberufe). Weitere Schwerpunkte sind die Information über Impulse zur Umsetzung der im Pflegebericht 2006 enthaltenen Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Situation sowie eine differenzierte Darstellung u. a. von Kompetenzverletzungen, nicht geklärter Letztverantwortung, Rahmenbedingungen/Personalplanung, Fachqualifikation Lehrender und Praktikumsstellenmangel in Bezug auf Ursachen und Wechselwirkungen anhand vorliegenden Datenmaterials.

Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007 (ausgegeben am 9. April 2008)

Das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57) weist bezüglich der Gesundheits- und Krankenpflege einige legislative Klärungen auf und hat neben legislativen Anpassungen und Anpassungen an das Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU folgende Schwerpunkte:

- Erweiterung des Geltungsbereichs des GuKG auf Personen, die betreuungsbedürftige Menschen unterstützen (Personenbetreuung § 3b), sowie Laien, die den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (persönliche Assistenz § 3c) unterstützen, sowie Regelung ihrer Tätigkeiten;
- Anpassung der derzeitigen Bestimmungen betreffend das Führen der gesetzlichen Berufsbezeichnungen an das EU-Recht. Das Führen einer Berufsbezeichnung wird in Zukunft mit der Berufsberechtigung für die jeweilige Bezeichnung verknüpft sein, nicht mehr wie bisher mit der Absolvierung der entsprechenden Ausbildung.
- Ergänzung (§ 14) des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege um Anleitung, Unterweisung und Kontrolle von Personen gemäß §§ 3b und 3c (Personenbetreuung und persönliche Assistenz);
- Berechtigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs (§ 15) nach Maßgabe ärztlicher Anordnung im Einzelfall bestimmte Tätigkeiten an Personen gemäß §§ 3b und 3c (Personenbetreuung und persönliche Assistenz) zu übertragen²¹;
- Ergänzung des Qualifikationsnachweises Inland (§ 28) um Bestimmungen, die sich durch Ausbildungen im Rahmen eines Fachhochschul-Bachelorstudienganges ergeben;
- Ausweitung der Regelung betreffend die Dienstleistungsfreiheit auf alle Zweige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 39), u. a. die vorübergehende Dienstleistungserbringung in Österreich ohne österreichischen Berufssitz bei im Ausland erworbenem Qualifikationsnachweis;
- Normierung des Anwendungsbereichs der Richtlinie 2005/36/EG im Hinblick auf die Anerkennung von Qualifikationsnachweisen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 28a);

²¹ Es sind dies: 1) Verabreichung von Arzneimitteln 2) Anlegen von Bandagen und Verbänden 3) Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln 4) Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens sowie 5) einfache Wärme und Lichtanwendungen.

- Ermöglichung der Anrechenbarkeit als Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben durch den GuK-Akkreditierungsbeirat von an Pädagogischen Akademien und Hochschulen und an Akademien für Sozialarbeit absolvierten Ausbildungen, von Sonderausbildungen nach dem GuKG bzw. dem (ehemaligen) Krankenpflegegesetz sowie der einen Teil der Sonderausbildung für Führungsaufgaben abdeckenden Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement sowie Berücksichtigung von Prüfungen und Praktika, die im Rahmen einer nicht abgeschlossenen einschlägigen Ausbildung positiv absolviert wurden.

GuK-EWR-Verordnung (ausgegeben am 16. Juni 2008)

Durch die Richtlinie 2005/36/EG der Europäischen Gemeinschaft wird ein einheitlicheres, transparenteres und flexibleres System der Anerkennung von beruflichen Qualifikationen geschaffen und in der GuK-EWR-Verordnung (BGBl II 2008/193) für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege umgesetzt.

FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – FH-GuK-AV (ausgegeben am 17. Juni 2008)

Die Verordnung (BGBl II 2008/200) regelt die Bestimmungen über die Kompetenzen, die im Rahmen des Fachhochschul-Bachelorstudienganges erworben werden müssen, einschließlich der Mindestanforderungen an die Ausbildungen²².

Novelle des GuKG anlässlich des Justizbetreuungsagentur-Gesetzes (ausgegeben am 3. Juli 2008)

Zur Reduzierung der Kosten für externe Versorgungsleistungen im Gesundheitsbereich wird mit diesem Bundesgesetz eine Justizbetreuungsagentur als Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet. Durch das JBA-G (BGBl I 2008/101) ist zukünftig auch für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege eine Berufsausübung im Dienstverhältnis zur Justizbetreuungsagentur möglich.

Zukünftige Pflegeberichterstattung

Die Pflegeberichterstattung soll in Zukunft die vorliegenden Kennzahlen zu Praxis und Ausbildung der Pflege regelmäßig aktualisieren, Trendentwicklungen aufzeigen sowie mittels Fragebogenerhebung einzelne Schwerpunktthemen (u. a. illegale Pflege) kontinuierlich analysieren. Außerdem sollen Projekte zu empfohlenen Lösungsansätzen (u. a. bundesweite Harmonisierung der Personalschlüsselverordnung) umgesetzt werden.

Der dritte „Österreichische Pflegebericht“ wurde im Jahr 2008 gelegt.

²² Das sind: 1) Qualifikationsprofil (Fachkompetenz, sozialkommunikative Kompetenz und Selbstkompetenz sowie wissenschaftliche Kompetenz), 2) Mindestanforderungen an die Ausbildung, 3) Fachliche und didaktische Grundsätze der Ausbildung, 4) Mindestanforderungen an Studierende, Lehrende und Praktikumsanleitung, 5) Mindestanforderungen der Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege sowie 6) Mindestanforderungen an die praktische Ausbildung.

7.3.2 Gehobene medizinisch-technische Dienste

Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste umfassen gemäß MTD-Gesetz BGBl 1992/460 sieben Berufsgruppen²³.

Berufs- und Ausbildungsbestimmungen

Im Berichtszeitraum wurden zwei Änderungen des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste vorgenommen (siehe BGBl I 2005/70 und BGBl I 2006/90) sowie zwei Verordnungen erlassen (siehe BGBl II 2006/2 und BGBl II 2006/343).

MTD-Gesetz-Novelle 2005 (ausgegeben am 5. Juli 2005)

Die Änderung des MTD-Gesetzes (BGBl I 2005/70) diente dem Ziel, die Ausbildungen in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten, die bis dato an den medizinisch-technischen Akademien stattfanden, im Fachhochschulbereich zu etablieren bzw. eine Überführung der derzeitigen Ausbildungen in den Fachhochschulbereich einzuleiten. Dazu wurden neben den Ausbildungen an den medizinisch-technischen Akademien Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge (nunmehr: Fachhochschul-Bachelorstudiengänge) für Ausbildungen in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten ermöglicht.

Mit dieser Reform sollte insbesondere auch internationalen Entwicklungen im Hochschulbereich Rechnung getragen werden. In diesem Zusammenhang ist auf die Ziele des sogenannten Bologna-Prozesses zur Verwirklichung eines gemeinsamen europäischen Hochschulraumes hinzuweisen, der in der Europäischen Union unter anderem zu einer besseren Vergleichbarkeit der Abschlüsse, zu mehr Transparenz und Mobilität führen soll.

Obwohl die dreijährigen postsekundären MTD-Ausbildungen unter die 1. Anerkennungsrichtlinie 89/48/EWG fielen (heute: RL 2005/36/EG) und entsprechend dieser Richtlinie als hochschulähnliche Ausbildungen gelten, sind sie mit anderen europäischen MTD-Ausbildungen, die großteils im tertiären Bildungssektor angesiedelt sind, schwer vergleichbar und schwer einzuordnen. Dieser Umstand erschwert bzw. verhindert zum Teil sogar de facto die Anerkennung dieser Ausbildungen im Ausland wie auch die Möglichkeit weiterführender Hochschulausbildungen und steht nicht im Einklang mit den Zielen des Bologna-Prozesses.

Im Berufsrecht wird sichergestellt, dass die Absolventinnen und Absolventen dieser Fachhochschul-Bachelorstudiengänge auch die Berufsberechtigungen in dem jeweiligen Gesundheitsberuf erlangen.

Neben der Richtigstellung redaktioneller Versehen sind weitere Inhalte der Novelle:

- Änderung der Berufsausübungsregelungen für den Diätendienst und ernährungsmedizinischen Beratungsdienst;

²³ Das sind: 1) Physiotherapeutischer Dienst, 2) Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst, 3) Radiologisch-technischer Dienst, 4) Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst, 5) Ergotherapeutischer Dienst, 6) Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst und 7) Orthoptischer Dienst.

- Verankerung von gleichen Berufsbezeichnungen für Absolventen und Absolventinnen von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen sowie von Akademien im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste²⁴ sowie
- Anpassung der Berufsbezeichnungen von drei Sparten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste an international gebräuchliche Berufsbezeichnungen²⁵.

FH-MTD-AV (ausgegeben am 5. Jänner 2006)

Aufgrund der oben genannten MTD-Gesetz-Novelle 2005 wurde eine Verordnung über Mindeststandards für die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten im Rahmen von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen erlassen (BGBl II 2006/2).

Schwerpunkte der Verordnung sind:

- Regelung der Ausbildung durch Ausbildungsziele und Beschreibung des Kompetenzerwerbs;
- Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten im Selbststudium sowie durch eigene Recherchen;
- Sicherstellung der Befähigung, nach Absolvierung der Ausbildung entsprechend den im MTD-Gesetz festgelegten Berufsbildern handeln zu können (insbesondere bezüglich der Berechtigung zur freiberuflichen Berufsausübung unmittelbar nach Abschluss der Ausbildung);
- Mindeststandards für die praktische Ausbildung;
- duales Ausbildungssystem (praktische Anwendung von theoretischen Lehrinhalten parallel und kontinuierlich während der gesamten Ausbildungszeit).

Die fachlichen Grundlagen der Verordnung wurden gemeinsam mit Expertinnen und Experten der medizinisch-technischen Akademien und des ÖBIG ausgearbeitet.

Berufsausweisverordnung für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste – MTD-AusweisV (ausgegeben am 8. September 2006)

Mit der MTD-AusweisV (BGBl II 2006/343) wird § 5 des MTD-Gesetzes umgesetzt; sie enthält nähere Bestimmungen über Form und Inhalt der Berufsausweise.

Projekt Qualitätssicherung MTD

Im Rahmen des Projekts Qualitätssicherung MTD wurden im letzten Berichtszeitraum gemeinsam mit Expertinnen und Experten der medizinisch-technischen Akademien am ÖBIG sechs Berufsprofile ausgearbeitet. Eine entsprechende Erhebung für den logopädisch-phoniatriisch-audiologischen Dienst wurde 2005 vorgelegt.

²⁴ Eliminierung des Ausdrucks Diplomierte/Diplomierter.

²⁵ 1) biomedizinische Analytikerin / biomedizinischer Analytiker für den medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst, 2) Radiologietechnologin/Radiologietechnologe für den radiologisch-technischen Dienst, 3) Diätologin/Diätologe für den Diätendienst und ernährungsmedizinischen Beratungsdienst.

Anhang zum Diplom für gehobene medizinisch-technische Dienste

In dem von Österreich ratifizierten Übereinkommen über die Anerkennung von Qualifikationen im Hochschulbereich in der europäischen Region (Lissabonner Anerkennungsübereinkommen), BGBl III 1999/71, verpflichten sich die Teilnehmerstaaten, die Verwendung des „Diploma Supplement“ (Anhang zum Diplom) zu fördern (Art IX.3). Aufgrund dieses Übereinkommens sind auch österreichische hochschulische oder hochschulähnliche Einrichtungen verpflichtet, das „Diploma Supplement“ auszustellen. Das „Diploma Supplement“ wurde, ausgehend von Vorarbeiten der UNESCO und des Europarates, 1996 bis 1998 von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe dieser beiden Organisationen und der Europäischen Kommission entwickelt. Der Anhang zum Diplom enthält einerseits generelle Angaben zur Ausbildung, andererseits individuelle Angaben zur/zum Studierenden bzw. ihres/seines Ausbildungsganges. Weitere zusätzliche Informationen, die der Transparenz der Ausbildung oder der erworbenen Berufsqualifikation dienen, können als Beilagen an den Anhang zum Diplom angefügt werden.

Novelle des MTD-Gesetzes im Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007 (ausgegeben am 9. April 2008)

Das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57) weist bezüglich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste einige legislative Klärungen sowie Anpassungen an das Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU auf und hat folgende Schwerpunkte:

- zukünftige Anerkennung bzw. Nostrifizierung von Ausbildungen und außerhalb des EWR oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft erworbenen Qualifikationsnachweisen in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten gemäß Fachhochschul-Studiengesetz (BGBl 1993/340);
- Abschlussurkunden von Fachhochschulen weisen gemäß § 4a in Zukunft die entsprechenden Berufsbezeichnungen bzw. die Berechtigung zur Führung dieser Berufsbezeichnung aus;
- Neuregelung von Anpassungslehrgang, Eignungsprüfung sowie Beurteilung, Bestätigung und Berichte der Eignungsprüfungen (§§ 6c bis 6e);
- Umsetzung der Regelung betreffend Dienstleistungsfreiheit für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste (§ 8a);
- Rechtsgrundlage für die unselbstständige Ausübung des Berufes unter Anleitung und Aufsicht, entweder im Rahmen eines Anpassungslehrganges oder im Rahmen der Ausbildung (§ 8b).

Novelle des MTD-Gesetzes anlässlich des Justizbetreuungsagentur-Gesetzes (ausgegeben am 3. Juli 2008)

Durch das zur Kostenreduktion der Justiz erlassene JBA-G (BGBl I 2008/101)²⁶ ändert sich das MTD-Gesetz im Wesentlichen durch Ergänzungen in den §§ 7 und 36. Nunmehr ist auch ein Dienstverhältnis zur Justizbetreuungsagentur möglich.

²⁶ Ausführliche Erläuterungen siehe Abschnitt „Novelle des GuKG anlässlich des Justizbetreuungsagentur-Gesetzes“.

Projekt Qualitätssicherung MTD

Die Publikation aller sieben Berufsprofile der gehobenen medizinisch-technischen Berufe erfolgte 2008.

7.3.3 Hebammen

Im Berichtszeitraum wurden durch die Änderung des MTD-Gesetzes und des Hebammengesetzes (BGBl I 2005/70), durch die FH-Hebammen-Ausbildungsverordnung (BGBl II 2006/1) sowie durch die Einführung des Bundes-Behindertengleichstellungs-Begleitgesetzes (BGBl I 2006/90) Änderungen des Hebammenrechts vorgenommen.

Hebammen-Gesetz-Novelle 2005 (ausgegeben am 5. Juli 2005)

Die Änderung des MTD-Gesetzes und des Hebammengesetzes (BGBl I 2005/70) diente dem Ziel, die Ausbildungen zur Hebamme, die bis dato an den Hebammen-Akademien stattfanden, im Fachhochschulbereich zu etablieren bzw. eine Überführung der derzeitigen Ausbildungen in den Fachhochschulbereich einzuleiten. Dazu wurden neben den Ausbildungen an den Hebammen-Akademien Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge (nunmehr: Fachhochschul-Bachelorstudiengänge) für Ausbildungen im Hebammenwesen ermöglicht²⁷.

FH-Hebammen-AV (ausgegeben am 5. Jänner 2006)

Aufgrund der oben genannten Hebammen-Gesetz-Novelle 2005 wurde eine Verordnung über Mindeststandards für die Ausbildung zur Hebamme im Rahmen von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen erlassen (BGBl II 2006/1)²⁸.

Anhang zum Diplom für Hebammen

Siehe den entsprechenden Abschnitt bei den gehobenen medizinisch-technischen Diensten.

Novelle des Hebammen-Gesetzes im Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007 (ausgegeben am 9. April 2008)

Das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57) weist bezüglich des Hebammenwesens neben legislativen Anpassungen und Anpassungen an Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU folgende Schwerpunkte auf:

- Abschlussurkunden von Fachhochschulen mit Berufsbezeichnung Hebamme und Hinweis auf die Anerkennung von Berufsqualifikationen;

²⁷ Siehe auch die Erläuterungen im Abschnitt „MTD-Gesetz-Novelle 2005“.

²⁸ Die Schwerpunkte entsprechen denen der FH-MTD-AV, siehe entsprechenden Abschnitt.

- Anerkennung bzw. Gleichstellung mit österreichischen Qualifikationsnachweisen gemäß Richtlinie 2005/36/EG;
- Anpassung des Wirkungskreises des Österreichischen Hebammengremiums an die geänderten Aufgaben im Zusammenhang mit der Richtlinie 2005/36/EG.

Hebammen-EWR-Qualifikationsnachweis-Verordnung 2008 – Heb-EWRV 2008 (ausgegeben am 16. Juni 2008)

Durch die EU-Erweiterung finden die Hebammenrichtlinien 80/154/EWG und 80/155/EWG auch auf die neuen EU-Staaten Anwendung, was die Novellierung (BGBl II 2008/195) der Hebammen-EWR-Verordnung von 2002 erforderlich machte.

Novelle des Hebammen-Gesetzes (ausgegeben am 3. Juli 2008)

In Artikel 1 (BGBl I 2008/102) erfolgen Änderungen und Erweiterungen der Regelungen betreffend Registrierung im Hebammengesetz. Darüber hinaus werden die unabhängigen Verwaltungssenate der Länder als Berufungsinstanz für Entscheidungen betreffend die Aufnahme und Beendigung der Ausübung des Hebammenberufes normiert.

7.3.4 Kardiotechnischer Dienst

Novelle des Kardiotechnikergesetzes im Gesundheitsberufe- Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007 (ausgegeben am 9. April 2008)

Das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57) weist bezüglich der Kardiotechniker legislative Anpassungen sowie Anpassungen an Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU auf.

7.3.5 Medizinische Masseurinnen/Masseure und Heilmasseurinnen/Heilmasseure

Am 23. Dezember 2002 wurde das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG, BGBl I 2002/169) erlassen; es trat am 1. März 2003 in Kraft. Die Ausbildungsverordnung (BGBl II 2003/250) folgte am 20. Mai 2003. Am 14. August 2003 (BGBl I 2003/66) folgte die erste legislative Anpassung des Gesetzes und am 24. Oktober 2003 (BGBl II 2003/493) die Berufsausweisverordnung.

Novelle des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes (ausgegeben am 30. März 2006)

Die Übergangsbestimmungen für gewerbliche Masseure (MMHmG § 84 Abs 1 und 2) werden um zwei Jahre bis zum Ablauf des 31. Dezember 2009 verlängert (BGBl I 2006/46).

Medizinischer Masseur- und Heilmasseur-Zeugnisverordnung – MMHmZV (ausgegeben am 30. November 2006)

Die Verordnung (BGBl I 2006/458) legt Form und Inhalt der Zeugnisse und Ausbildungsbestätigungen aller Ausbildungen²⁹, Ergänzungsausbildungen und Anpassungslehrgänge fest. Als Anlagen finden sich Vorlagen für Zeugnisse und Bestätigungen.

Novelle des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes im Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007 (ausgegeben am 9. April 2008)

Das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57) weist bezüglich der medizinischen Masseure und Heilmasseure legislative Anpassungen sowie Anpassungen an Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU auf.

Evaluierung des Medizinischen Masseur- und Heilmasseurgesetzes

Die GÖG/ÖBIG führt im Auftrag des Gesundheitsressorts eine Studie zur Evaluierung des MMHmG durch. Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2010 vorliegen.

Novelle des MMHmG im Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007 (ausgegeben am 9. April 2008)

Das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57) weist bezüglich der Medizinischen Masseure und Heilmasseure legislative Anpassungen, Anpassungen an Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU sowie Regelungen bezüglich der vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen auf.

7.3.6 Sanitäterin/Sanitäter

Am 18. Jänner 2002 wurde das Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (BGBl I 2002/30) erlassen. Am 12. September 2003 folgten die Sanitäter-Ausbildungsverordnung – San-AV (BGBl II 2003/420) und die Sanitäter-Ausweis- und Fortbildungspass-Verordnung – SanAFV (BGBl II 2003/421).

Das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57) weist bezüglich der Sanitäter legislative Anpassungen sowie Anpassungen an Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU auf. Darüber hinaus wird im neu eingefügten § 26a geregelt, welche Personen im Falle eines nationalen Großereignisses mit einer Vielzahl an in- und ausländischen Teilnehmern und Zuschauern für die Dauer

²⁹ Es sind dies: 1) Ausbildung in der medizinischen Massage, 2) Ausbildung in der Heilmassage, 3) Ausbildung für Lehraufgaben, 4) Spezialqualifikationsausbildung Elektrotherapie, 5) Spezialqualifikationsausbildung Hydro- und Balneotherapie.

dieses Großereignisses durch Verordnung berechtigt werden können, als Rettungssanitäter oder Notfallsanitäter tätig werden zu können.

Zur Sicherstellung der sanitätsdienstlichen Versorgung im Rahmen der Europameisterschaften 2008 wurde die Verordnung Einsatz ausländischer Sanitäter/innen im Rahmen der EURO 2008 vorbereitet (BGBl II 2008/178) und am 29. Mai 2008 ausgegeben. Sie enthält die befristete³⁰ generelle Anerkennung ausländischer Qualifikationen³¹ als Sanitäter/innen für die Zeit der EURO 2008.

7.3.7 Medizinisch-technischer Fachdienst und Sanitätshilfsdienste

Vorbereitet wurde das Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (BGBl I 2008/57), das bezüglich der MTF und der Sanitätshilfsdienste legislative Anpassungen sowie Anpassungen an Gemeinschaftsrecht innerhalb der EU aufweist.

³⁰ Die Befristung dauert vom 6. Juni 2008 bis längstens 5. Juli 2008.

³¹ Die befristete generelle Anerkennung gilt für Berufsberechtigungen der Länder: Bundesrepublik Deutschland, autonome Provinz Bozen, Ungarn, Slowakische Republik, Tschechische Republik, Schweizerische Eidgenossenschaft.

8 Quellenverzeichnis

AGES PharmMed 2009: Übersicht Erledigungen AGES PharmMed.

<http://www.basg.at/news-center/statistiken/ages-pharmmed/> (15. 10. 2009)

BMeiA 2008: Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Apothekengesetz und das Apothekerkammergesetz 2001 geändert werden; Stellungnahme des BMeiA.

http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/ME/ME_00156_05/fname_099873.pdf (15. 10. 2009)

BMG 2007: Säuglingsernährung Heute 2006. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMG 2009: Gesundheitsberufe in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMG 1999–2008: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1998–2007, Daten auf elektronischen Datenträgern

BMGF 2004: Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003. Berichtszeitraum 1999–2001.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

BMGF 2005a: Diabetes mellitus als gesundheitspolitische Herausforderung.

Bestandsaufnahme und Analyse der Maßnahmen in Österreich und Europa.

Erstellt vom ÖBIG. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

BMGF 2005b: Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

BMGF 2006: Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006. Berichtszeitraum 2002–2004.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen Wien

BMGF (o. J.): Österreichischer Diabetesplan. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

BMGFJ 2005: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

BMGFJ 2008: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

BMLFUW 2007: Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplans für Österreich.

Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. Wien

Bone Marrow Donors Worldwide (<http://www.bmdw.org/>)

DIMDI 2009: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, <http://www.dimdi.de>

Europäische Kommission (2006): Vertragsverletzungsverfahren gegen Italien, Österreich und Spanien – Vorschriften für Apotheken sind unvereinbar mit dem Binnenmarkt. Brüssel, Juni 2006. IP/06/858

FGÖ 2007: Jahresbericht 2006 des Fonds Gesundes Österreich. Fonds Gesundes Österreich. Wien

GÖG/ÖBIG2006a: Aufbau der Psychosomatik in Österreich. Begleitung und Steuerung im Jahr 2006.

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2006b: Bericht zur Drogensituation 2006.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2007a: Aufbau der Psychosomatik in Österreich. Begleitung und Steuerung im Jahr 2006.
Ergänzung 2007. Psychosomatik-Kliniken. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2007b: Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH /
Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2007c: Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten
der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich GmbH /
Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2007d: Planung Psychiatrie 2007. Dokumentation der außerstationären psychiatrischen Versorgung.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2007e: Planung Psychiatrie 2007. Tagesklinische und tagesstrukturierende
Behandlung in der Psychiatrie. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008a: Arzneimittelsysteme in Bulgarien und Rumänien.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008b: Aufbau der Psychosomatik in Österreich. Begleitung und Steuerung im Jahr 2008.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008c: Ausbildungsstatistik. Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008d: Bericht zur Drogensituation 2008.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008e: Brustkrebsbericht 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008f: Die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien, 2008

GÖG/ÖBIG 2008g: Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten
der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich GmbH /
Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008h: Planung Psychiatrie 2008. Betten-Ist-Stand in der Psychiatrie.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008i: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie.
Berufsgruppen 1991–2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008j: Steuerung des Arzneimittelverbrauchs am Beispiel Dänemark.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008k: Suchtgiftbezogene Todesfälle 2007.

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008l: Unterbringungsgesetz 2006/2007. Statistische Informationen zur

Vollziehung des Unterbringungsgesetzes. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2009: Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka.

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Hibell, Björn; Guttormsson, Ulf; Ahlström, Salme; Balakireva, Olga; Bjarnason, Thoroddur; Kokkevi, Anna;

Kraus, Ludwig (2009): The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries.

The Swedish Council for Information on Alcohol and Other drugs. Stockholm

HVB 2006: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsanstalten. Wien

HVB 2008: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsanstalten. Wien

IPF 2006: Richtlinien zur gesundheitsökonomischen Evaluation – Konsenspapier.

http://www.ipf-ac.at/pdf/aktuell/Konsens_Guidelines.pdf (15. 10. 2009)

OECD Health Data 2009, Version Juli 2009

ÖBIG 2005a: Aufbau der Psychosomatik in Österreich. Begleitung und Steuerung im Jahr 2005.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG 2005b: Bericht zur Drogensituation 2005. Österreichisches Bundesinstitut

für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG 2005c: Pharma-Preisinformation (PPI). Gesundheits- und Arzneimittelsysteme

in den zehn neuen EU-Mitgliedstaaten. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG 2005d: Planung Psychiatrie 2005. Versorgungsstruktur Abhängigkeitserkrankungen.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG 2006a: Konzept für überregional bedeutsame Vorsorgemaßnahmen.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG 2006b: Nahtstellenmanagement bei Arzneimitteln. Österreich und Niederlande im Vergleich.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

Pock, Markus; Cypionka Thomas; Müllbacher Sandra; Schnabl Alexander (2008):

Volkswirtschaftliche Effekte des Rauchens. Wien

PPRI 2008a: PPRI Pharma-Profil Österreich, September 2008. Erstellt von der GÖG/ÖBIG im Rahmen von PPRI.

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

PPRI 2008b: PPRI Report, June 2008. Erstellt von der GÖG/ÖBIG im Rahmen von PPRI.

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Statistik Austria 2005–2008: Gesundheitsstatistische Jahrbücher 2004–2007

Statistik Austria 1987–2008: Todesursachenstatistik 1987–2008, Daten auf elektronischen Datenträgern

Statistik Austria 2007: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien

Statistik Austria 2009: Gesundheitsausgaben in Österreich, Stand per 28. 1. 2009.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html#index2 (29. 9. 2009)

Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobrna, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, Nikolaus; Beiglböck, Wolfgang; Eisenbach-Stangl, Irmgard; Preinsperger, Wolfgang; Musalek, Michael (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends 2009. Dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage 2009. Bundesministerium für Gesundheit. Wien