

# 3. Österreichische Gesundheitskonferenz

## 23. Mai 2002

*Konferenzbericht*



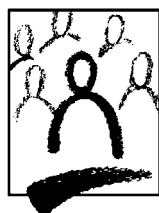
BUNDESMINISTERIUM  
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN



# 3. Österreichische Gesundheitskonferenz

## 23. Mai 2002

*Konferenzbericht*



BUNDESMINISTERIUM  
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

## Impressum

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

Für den Inhalt verantwortlich:  
Sektionschef DI Harald Gaugg

Mai 2002

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

Druck: Hausdruckerei des BMSG, Stubenring 1, 1010 Wien

### **Bestellmöglichkeiten:**

Broschürentelefon: 0800/20 20 74

Fax: 01/715 58 30

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

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

ISBN 3-85010-094-4

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

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	4
<b>I. THEMENKREIS: ARBEITSGRUPPENBERICHTE .....</b>	<b>5</b>
Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomie und Finanzierung“ .....	5
Arbeitsgruppe „Qualität im Gesundheitswesen“ .....	13
Arbeitsgruppe „Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen (Gesundheitstelematik)“ .....	21
Diskussionsforum „Gesunder Lebensstil“ .....	29
Arbeitsgruppe „SeniorInnen in Österreich“ .....	37
Arbeitsgruppe „Medizinischer Fortschritt“ Thema: Medizinische Irrtümer .....	49
<b>II. THEMENKREIS: NATIONALER GESUNDHEITSPLAN .....</b>	<b>53</b>
Selbsthilfe im österreichischen Gesundheitswesen: nationale Umsetzung erfolgreich! .....	53
Ein nationaler Gesundheitsplan – Utopie oder Realität? .....	63
Ein nationaler Gesundheitsplan für Österreich .....	73

## Vorwort

Die vorliegende Publikation dokumentiert die dritte Österreichische Gesundheitskonferenz, die am 23. Mai 2002 im Festsaal der Gesellschaft der Ärzte in Wien stattfand. Der grundlegenden Intention der Österreichischen Gesundheitskonferenz folgend, haben auch heuer Akteure aller im Gesundheitswesen maßgeblichen Bereiche die Konferenz als Gesprächsplattform genutzt.

Die zur Vorbereitung der Österreichischen Gesundheitskonferenz eingesetzten Arbeitsgruppen haben äußerst professionell gearbeitet und die Vorsitzenden haben in ihren Präsentationen wichtige und unterstützenswerte Ideen und Forderungen vorgelegt. Es wird die Aufgabe der Politik sein, diese in die politische Diskussion einzubringen und in der Umsetzung voranzutreiben. Ich möchte mich an dieser Stelle nochmals bei allen TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppen ausdrücklich für das Engagement und die in die Diskussion eingebrachte Expertise bedanken. Die detaillierten Ergebnisse der Arbeitsgruppen sind ein Bestandteil dieses Konferenzberichtes.

Der Nachmittag der Österreichischen Gesundheitskonferenz war zunächst den Selbsthilfegruppen und danach dem Nationalen Österreichischen Gesundheitsplan gewidmet. Aufgabe der Präsentationen von Prof. Wolner und mir war es, den Anstoß für eine strukturierte Diskussion zur Entwicklung eines Nationalen Gesundheitsplanes zu geben. In den Präsentationen und in der darauf folgenden Diskussion wurden eine Reihe von Überlegungen eingebracht, die zu berücksichtigen sein werden. Es ist beabsichtigt, die Arbeiten zur Entwicklung des Nationalen Österreichischen Gesundheitsplanes innerhalb eines Jahres abzuschließen und das Ergebnis anlässlich der Österreichischen Gesundheitskonferenz 2003 zu präsentieren.

Abschließend möchte ich Sie auf die Gesundheitsinformationen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen aufmerksam machen, die im Internet unter der Adresse <http://www.gesundheit.bmsg.gv.at> abrufbar sind. Auch diese Publikation wird unter der genannten Adresse veröffentlicht. Es ist auch geplant, substantielle Fortschritte zum Nationalen Österreichischen Gesundheitsplan im Internet zu dokumentieren.



**Univ.-Prof. Dr. Reinhart WANECK**  
Staatssekretär für Gesundheit im  
Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

# I. THEMENKREIS: ARBEITSGRUPPENBERICHTE

## Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomie und Finanzierung“

### TeilnehmerInnen:

#### Name, akademischer Grad

AINGINGER Prim. Univ.-Prof. Dr. Paul  
BADELTV. Univ.-Prof. Mag. Dr. Christoph

BAUMER Eva-Maria

D'ARON Mag. Erhard

BRUNNER Univ.-Prof. Dr. J.K.

BUCHEGGER Univ.-Prof. Dr. Reiner

CLEMENT o.Univ.-Prof. DDr. Dkfm. Werner

DEZSY Univ.-Prof. Dr. Josef M.

EDER Dipl. PT Gerhard

EICHLER Dr. Peter

FRANK Mag. Dr. Wilhelm

FRIED Mag. Hermann

FRONASCHÜTZ Dr. Ursula

FÜSZL Dr. Sylvia

GEISLER Dkfm. Erhard P.

HAMMER Mag. Volker

HARTL Dr. Friedrich

HARTL Dr. Hubert

HAUKE Univ.-Prof. Dkfm. Dr. Eugen

HOFMARCHER Mag. Maria

HUBER Dr. Wolfgang

JENS Dr. Rolf

KRAMMER Mag. Heinz

LEEB-KLAUS Mag. Ingeborg

LIETZ Mag. Christine

MARINGER Adelheid

MAYR o.Univ.-Prof. Dr. Wolfgang R.

MÖLLER Dr. Barbara

NEUMANN Dr. Thomas

PJETA Dr. Otto

POKORNY Dr. Ilse

RAUNER Dr. Marion

RICHNER Dr. Christian

#### Titel/Funktion, Institution

Ärztlicher Direktor St.-Josef-Krankenhaus

Rektor Institut für Volkswirtschaftstheorie und -politik an der  
Wirtschaftsuniversität Wien

Expertin für Qualität der Strukturkommission im BMSG

Büro Staatssekretär Dr. WANECK

Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der  
Johannes Kepler Universität Linz

Institut für Volkswirtschaftslehre der Johannes Kepler Uni-  
versität Linz

Industriewissenschaftliches Institut

Direktor Rudolfinerhaus und Geschäftsführer der Österrei-  
chischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie

Dachverband der gehobenen MTD und Verband der dipl.  
PhysiotherapeutInnen Österreichs

UNIQA Versicherungen AG

ARWIG – Arbeitskreis wissenschaftsbasierte Gesundheits-  
versorgung

Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizinökonomie in Anästhe-  
sie und Intensivmedizin

Abteilungsleiterin BM für soziale Sicherheit und Generatio-  
nen

Abteilungsleiterin BM für soziale Sicherheit und Generatio-  
nen

p.A. PHARMIG – Vereinigung pharm. Unternehmen

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs

Facharzt für Physikalische Medizin

Büro Staatssekretär Dr. WANECK

Generaldirektor Wiener Krankenanstaltenverbund

Institut für Höhere Studien

SYNERMED GmbH

Österreichischer Hausärzterverband

ARGE Pharmazeutika

BM für soziale Sicherheit und Generationen

Institut für Höhere Studien

Dachverband der gehobenen MTD und Verband der dipl.  
MTA

AKH – Univ. Klinik für Transfusionsmedizin und Blutgrup-  
penserologie

Wiener Gebietskrankenkasse / Abt. Behandlungsökonomie

Wirtschaftskammer Österreich

Präsident Österreichische Ärztekammer

Ärztin für Allgemeinmedizin

Institut für Betriebswirtschaftslehre – Lehre für Innovations-  
und Technologiemanagement

RICHNER Interdisziplin. Beratungen im Gesundheitswesen

SCHRAMMEL Mag. Gabriele	Anstaltsapotheke des A.ö. Krankenhauses Wr. Neustadt
SCHWARZ Univ.-Prof. Dr. Bernhard	Institut für Sozialmedizin Wien, LBI Gesundheitsökonomie
SOMMERSGUTER-REICHMANN Dr. Margit	Institut für Industrie und Fertigungswirtschaft Karl-Franzens-Universität Graz
STAMM Mag. Tanja	Dachverband der gehobenen MTD und Verband der dipl. ErgotherapeutInnen
STEPAN o.Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Adolf	Technische Universität Wien – Institut für Betriebs- und Arbeitswissenschaften
TINHOFER Mag. Heinrich	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
TRAXLER Mag. Martin	p.A. Österreichische Apothekerkammer
WALLNER Mag. Jürgen	Universität Wien – Institut für Ethik und Recht in der Medizin
WALTER Evelyn	Industriewissenschaftliches Institut
WILD Dr. Claudia	Akademie der Wissenschaften – Institut für Technikfolgenabschätzung
ZAPLETAL Mag. Dieter	Die Patienteninitiative

## Vorsitz:

Univ.-Prof. Dr. Bernhard SCHWARZ  
Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesundheitsökonomie  
Institut für Sozialmedizin der Universität Wien

- 1984** Promotion zum Dr. med. in Wien
- 1991** Habilitation für das Fach Sozialmedizin
- 1993** Berufsberechtigung als Facharzt für Sozialmedizin
- 1993** Berufsberechtigung als Gesundheitspsychologe
- 1994** Ruf auf die C4-Professur und 1994/95 Supplierender Direktor des Instituts für Medizinische Epidemiologie und Sozialmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
- 1997** ao. Univ.-Professor am Institut für Sozialmedizin der Universität Wien
- 2000** Obmann der Plattform Gesundheitsökonomie
- 2001** Wissenschaftlicher und administrativer Leiter des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Gesundheitsökonomie
- 2002** Ärztlicher Leiter des Gesundheitszentrums der Bank Austria/Creditanstalt



## Bericht

Die Arbeitsgruppe hat an zwei Terminen getagt. Bernhard SCHWARZ ist Vorsitzender der Arbeitsgruppe, Ilse POKORNY war als Moderatorin für die Gruppendiskussion tätig, Ursula FRONASCHÜTZ ist Kontaktperson für das Ressort.

### Erstes Treffen:

Das Thema des ersten Treffens der Arbeitsgruppe lautete: „**Rahmenbedingungen für gesundheitsökonomische Analyseverfahren in Österreich**“. In einem ersten Schritt wurden von Experten Impulsreferate zu folgenden Themen gehalten:

- Reiner BUCHEGGER: „Gesundheit als Wachstumssektor – Entwicklung und Struktur aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive“
- Heinrich TINHOFER: „Rahmenbedingungen und Beispiele für gesundheitsökonomische Analyseverfahren in der österreichischen Sozialversicherung“
- Claudia WILD: „Evaluation medizinischer Interventionen: Health Technology Assessment und dessen Impact auf Finanzierung“
- Maria HOFMARCHER: „Gesundheitsökonomische Dokumentation und Transparenz für die Öffentlichkeit“

Im Anschluss daran wurden im Rahmen einer moderierten Diskussion die nachstehenden Fragen diskutiert. Als Ergebnisse lassen sich festhalten:

### Fragenkomplex I:

**Welche gesundheitsökonomischen Analyseverfahren werden in Österreich derzeit angewandt bzw. nicht angewandt? Welche Analyseverfahren sollten in Zukunft stärker eingesetzt werden?**

#### 1. Folgende gesundheitsökonomischen Aktivitäten finden derzeit statt:

- **Niedergelassener Bereich:** Diverse Aktivitäten erfolgen auf Ebene des Hauptverbandes und auf Ebene einzelner Krankenkassen. Dazu zählen u.a. einerseits die laufenden gesundheitsökonomischen Abrechnungsanalysen zwischen niedergelassenen Leistungserbringern und der Sozialversicherung sowie andererseits die Einrichtungen im Hinblick auf Behandlungsökonomie und -beratung.
- Wesentliche operationale Umsetzungen von gesetzlich abgeleiteten gesundheitsökonomischen Normen (z. B. Richtlinien für die ökonomische Verschreibung von Heilmitteln, Richtlinien für die ökonomische Krankenbehandlung) erfolgen seitens der niedergelassenen Ärzteschaft. Im Bereich der Apotheken findet Pharmaceutical Care statt.
- **Stationärer Bereich:** Aktivitäten erfolgen insbesondere auf Ebene des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Dazu zählt die Einrichtung und laufende Fortentwicklung des LKF-Systems sowie der Kostenrechnung und des Dokumentationswesens.
- Gesundheitsökonomische Aktivitäten finden überdies auf Ebene der **PHARMIG** und der **privaten Krankenversicherer** statt.

- Als derzeit sowohl auf Makro- als auch auf Mikroebene eingesetzte **Instrumente** werden HTA, generelle Kostenanalysen, Systemanalysen sowie Kosten-Effektivitätsanalysen genannt.

**In folgenden Bereichen finden gesundheitsökonomische Aktivitäten derzeit nicht statt bzw. sollten verstärkt werden:**

- Ambulanzbereich
- Pflegebereich
- Outcome-Research
- LKF-Datenverwertung
- HTA-Analysen
- Folgekostenrechnung für alle finanzierenden Institutionen
- Methodenevaluierung
- Nachhaltigkeit bzw. Konsequenzen des Einsatzes gesundheitsökonomischer Verfahren
- Ethik
- Need Assessment
- Aussagekräftiges Rechnungswesen
- Benchmarking-Verfahren der Anbieter
- Kosten-Nutzwert-Analyse und QUALYS
- Gesundheitsökonomische Langfristplanung
- Evaluierung kostenintensiver Dienstleistungen
- Know-How-Transfer zwischen privatem/öffentlichem Bereich

### **Fragenkomplex II und III:**

**Welche Rahmenbedingungen sind zur Förderung gesundheitsökonomischer Fragestellungen in Österreich erforderlich? Welche konkreten Maßnahmenvorschläge ergeben sich für die Gesundheitspolitik?**

### **Verbesserung des für die Öffentlichkeit zugänglichen Datenmaterials**

- Erarbeitung eines Datenmodells für das österreichische Gesundheitswesen einschließlich der Vorgabe der zu verwendenden Identifikationsvariablen (Codesysteme, einheitliche Datenstrukturvorgaben etc.) und der Verfügbarkeit eines durchgängigen IT-Systems
- Gewährleistung von Datenqualität
- Aufbau von Datenbanken unter Einbindung aller relevanten Akteure
- Verstärkung der Datentransparenz (LKF-Daten, „MBDS für alle“)

### **Zielformulierung im Gesundheitswesen**

- Schaffung eines systematischen (Modell-)Ansatzes im Hinblick auf die Definition gesundheitsökonomischer Ziele
- Abstimmung der gesundheitsökonomischen Ziele mit ethischen Grundsätzen, Public-Health-Systematiken und subjektiven Patientenbedürfnissen
- Darstellung der Gesundheitsökonomie als Hilfsdisziplin für Ziele der Qualitätserzeugung

## Verbesserung des Rechnungswesens

- Kosten- und Periodenwahrheit
- Verbesserung der Schnittstelle/Nahtstelle öffentlicher Sektor/privater Sektor

## Integration der Finanzierungssysteme

- Analyse des derzeitigen Finanzierungssystems
- Sinnvolle Zusammenführung bislang getrennter Finanzierungssysteme
- Konzipierung und Umsetzung effizienter Monitoring- und Controllingssysteme, unabhängig davon, ob das Gesundheitssystem fraktioniert oder integriert ist

## Förderung des Bereichs Gesundheitsökonomie

- Verstärkte Investitionen in den Bereich Gesundheitsökonomie
- Konzertiertes Vorgehen der relevanten Entscheidungsträger

## Zweites Treffen:

Das Thema des zweiten Arbeitstreffens lautete: **„Entwicklung von gesundheitsökonomischen Grundsätzen/Zielformulierungen im Gesundheitswesen als Basis politischen Handelns“**. In einem ersten Schritt wurden von Experten Impulsreferate zu folgenden Themen gehalten:

- Otto PJETA (Österreichische Ärztekammer): „Österreichischer Gesundheitskonsens 2001“
- Jürgen WALLNER (Universität Wien, Institut für Ethik und Recht in der Medizin): „Ethisches Monitoring in der Gesundheitsreform“
- Christian RICHNER (Interdisziplinäre Beratungen im Gesundheitswesen): „Beispiele für die Formulierung gesundheitsökonomischer Ziele und Kriterien“
- Adolf STEPAN (Technische Universität Wien, Abt. Industrielle BWL): „Prioritätensetzung im Gesundheitswesen“

Im Anschluss daran wurde im Rahmen einer moderierten Diskussion die Themenstellung der Arbeitsgruppe diskutiert. Als Ergebnisse lassen sich festhalten:

## Fragenkomplex I: Zu welchen gesundheitsökonomischen Themenstellungen sollten generell Zieldiskussionen geführt werden?

Die Teilnehmer wurden gebeten, aus ihrer Sicht wichtige Themen zu benennen, die an einer Tafel aufgelistet wurden. In weiterer Folge konnte jede/r TeilnehmerIn jeweils vier Themen mit einem Punkt versehen. Die Themen wurden gruppiert, um ein Punktesplitting bei wichtigen Bereichen zu vermeiden. Die nachfolgende Auflistung stellt die Themen dar, mit den seitens der Arbeitsgruppenteilnehmer vergebenen Punkten.

- Standards, Evidence Based Medicine, Health Technology Assessment, Disease Management, Clinical Pathways, Best Practice und Benchmarking (18 Punkte)
- Gesundheitszustand der Bevölkerung, PatientInnenorientierung, Effektivität der Versorgung (14 Punkte), Reparatur- versus Vorsorgemedizin

- Transparenz, Datenqualität, Datenmodell (13 Punkte)
- Zugang zu medizinischen Leistungen, Solidarität, Ethik (12 Punkte)
- Optimale Ressourcenallokation (10 Punkte)
- Finanzierungsmodelle monistisch, harmonisiert (8 Punkte)
- Mängelliste (4 Punkte)
- Mehrsäulenmodell (3 Punkte)
- Anreizkompatibilität (3 Punkte)
- Accountability, Angebotskonkurrenz (3 Punkte)
- Subsidiarität (1 Punkt)

Die Gruppe verständigte sich darauf, die 4 am häufigsten genannten Bereiche in Kleingruppen weiter zu bearbeiten und Fragen wie die erforderlichen Akteure, konfliktierende Ziele und die Operationalisierung der genannten Zielstellungen zu erarbeiten:

### **Ergebnisse der Kleingruppe 1 zum Thema „Standards, Evidence Based Medicine, Health Technology Assessment, Disease Management, Clinical Pathways, Best Practice und Benchmarking“**

Es bedarf insgesamt einer Stärkung der

- Evidenzorientierung
- PatientInnen- und Morbiditätsorientierung

Geeignete Instrumente dazu sind

- Standards
- Leitlinien
- Best-Practice-Modelle
- Disease-Management-Konzepte (sie beinhalten Benchmarking, Outcomemesung und Kosten/Nutzenanalyse)

Die zur Erarbeitung und Umsetzung der Ziele nötigen Akteure sind Wissenschaftler verschiedener Disziplinen, Ärzteschaft, nichtärztliche Gesundheitsberufe, Finanziere, politische Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und PatientInnenvertreter. Nötig wäre die Einrichtung einer unabhängigen Plattform mit dem Zweck der objektiven Informationsaufbereitung. Als Zeitplan für die Erarbeitung von Leitlinien für die häufigsten Erkrankungen werden 1–2 Jahre angenommen.

### **Ergebnisse der Kleingruppe 2 zum Thema: „Gesundheitszustand der Bevölkerung, PatientInnenorientierung, Effektivität der Versorgung, Reparatur- versus Vorsorgemedizin“**

Als Grundlage aller Bemühungen für gesundheitsökonomisches Handeln muss auf verlässliche Daten zurückgegriffen werden. Wichtig sind in diesem Zusammenhang morbiditäts- und mortalitätsbezogene Informationen zu jenen Diagnosengruppen, welche die häufigsten Krankheitsursachen darstellen. Es macht Sinn, in folgenden Bereichen zuerst Initiativen zu setzen:

- Herz-, Kreislauferkrankungen
- Krebs
- Unfälle
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

Der Bereich der Prävention (insbesondere Primär- und Sekundärprävention) und der Bereich der Gesundheitsförderung sind auszubauen. Seitens der Entscheidungsträger im Gesundheitswesen müssen entsprechende Anreize gesetzt werden.

Parallel dazu ist der Kommunikationsprozess zwischen Gesundheitsprofessionisten und den PatientInnen zu verbessern. Dies erscheint durch verbesserte Ausbildung und Zuwendung möglich.

Die Wirkung der gesetzten Maßnahmen muss nachvollziehbar und überprüfbar sein. Zu diesem Zweck sind Instrumente der Effektivitätsmessung (inklusive QUALYS) einzusetzen. Der Vergleich von IST- und SOLL-Zustand sowie die Erfassung durchgeführter Verbesserungen soll transparent gemacht werden, um eine sinnvolle Outcome-Messung zu ermöglichen.

### **Ergebnisse der Kleingruppe 3: „Transparenz, Datenqualität, Datenmodell“**

Die verbesserte Transparenz von Gesundheitsdaten stellt eine wichtige Grundvoraussetzung unter folgenden Gesichtspunkten dar:

- Grundlage für gesundheitspolitische Zielsetzungen
- Ergebniskontrolle (im Sinn der Politik, der PatientInnen und der allgemeinen Öffentlichkeit)
- Akzeptanz für gesundheitspolitische Maßnahmen

Im Konflikt zum Ziel der verbesserten Transparenz von Gesundheitsdaten stehen Pfründepolitik (u.a. Beschäftigungspolitik), Datenschutzbedenken und privatwirtschaftliche Interessen.

Im Hinblick auf die Operationalisierung des Ziels Datentransparenz werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Verstärkte Transparenz der Finanzierungssysteme (inklusive Sozialversicherungsträger, Landesfonds, Krankenanstaltenträger, Privatfinanziers, Allgemeine Unfallversicherungsanstalten)
- Erarbeitung und Einführung eines alle Gesundheitssettings umfassenden einheitlichen Leistungskataloges unter Verwendung einheitlicher Definitionen und Datenfelder
- Erarbeitung von Qualitätsstandards und sinnvollen Parametern für Benchmarks

Als konkrete Anforderung an die Politik wird folgender Wunsch eingebracht:

- Schaffung einer bundesgesetzlichen Grundlage zur Entwicklung von Leistungs- und Qualitätsberichten (unter konkreter Anführung von Aggregationsstufen und Codierungen) mit dem Ziel eines harmonisierten Berichtswesens.

## **Ergebnisse der Arbeitsgruppe 4: „Zugang zu medizinischen Leistungen, Solidarität, Ethik“**

Der erste wesentliche Themenbereich betrifft die Problematik des Zuganges zu Gesundheitsleistungen. In diesem Zusammenhang wird auf folgende Aspekte verwiesen:

- Auswirkungen der Angebotssteuerung
- Die Notwendigkeit des gleichen Zuganges unabhängig von
  - Bildung
  - Geschlecht
  - Geographie
  - sozialem Status
  - SV-Träger
- Die Notwendigkeit der besonderen Berücksichtigung von
  - Alter
  - Eigenverantwortung

Als weitere wichtige Themenbereiche wurden Fragen der Solidarität der Finanzierung und die Initialisierung des Diskussionsprozesses über die Definition des Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenversicherung genannt.

# Arbeitsgruppe „Qualität im Gesundheitswesen“

## TeilnehmerInnen:

<b>Name, akademischer Grad</b>	<b>Titel/Funktion, Institution</b>
ARROUAS Dr. Magdalena	Abteilungsleiterin BM für soziale Sicherheit und Generationen
BAROLIN Univ.-Prof. DDr. h.c. Gerhard	Verband österreichischer Primärärzte/Kuratorium für ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung
BAUMER Eva-Maria	Expertin für Qualität der Strukturkommission im BMSG
D`ARON Mag. Erhard	Büro Staatssekretär Dr. WANECK
DOLINAR Mag. Elfriede	AKH – Anstaltsapotheke
ECKER Christine	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ECKHARD Dr. Christoph	Arzt für Allgemeinmedizin, NÖ Hausärzterverband
FISCHER Dr. Robert	Hofrat, Ministerialrat, Österreichische Ärztekammer
FRADENECK Mag. Christina	AFQM
FRIGO Univ.-Prof. Dr. Peter	Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe AKH Wien
FRONASCHÜTZ Dr. Ursula	Abteilungsleiterin BM für soziale Sicherheit und Generationen
GFRERER Dipl.-Ing. Dr. techn. Robert	Arbeitsgruppenleiter Gesundheitsmanagement Institut für med. Systemtechnik
GOWAYED Gudrun	Präsidentin Verband der dipl. radiologisch-technischen Assistentinnen und Assistenten Österreichs
HABLE Johann	Direktor, Vorsitzender der Bundes- sektion 9 – Anstalten und Betriebe Gewerkschaft öffentlicher Dienst
HAIDINGER Dr. Maria	Landesrätin, Salzburger Landesregierung
HALBMAYER Univ.-Doz. Dr. Michael	Österr. Gesellschaft für Qualitätssicherung und Standardisierung
HARTL Dr. Friedrich	Facharzt für physikalische Medizin
HARTL Dr. Hubert	Büro Staatssekretär Dr. WANECK
HOLLER Mag. Gerhard	Österreichische Ärztekammer
KLAMPFL Dr. Werner	Gruppenleiter BM für soziale Sicherheit und Generationen
KUNAUER Mag. pharm. Thomas	Apotheker
LEEB-KLAUS Mag. Ingeborg	BM für soziale Sicherheit und Generationen
LÖFFLER Primarius Dr. med. Walter	Hofrat, Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin des LNK Wagner-Jauregg
MAUERHOFER Monika	Bundesvorsitzende ÖGB – Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe
NOWAK Mag. Peter	Sozialwissenschaftler, Administrativer Leiter Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie
PELIKAN Univ.-Prof. Dr. Jürgen M.	Wissenschaftlicher Leiter Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie
PIEBER Univ.-Prof. Dr. Thomas	Med. Universitätsklinik Graz
RAINER-HARBACH Dr. Peter	Obermedizinalrat, Ärztekammer für Niederösterreich
SALVENMOSER Renate	DGKS, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Fachbereich Pflege Amt der Steiermärkischen Landesregierung
SCHIMSCHA Sabine	Dachverband der gehobenen MTD, Verband der dipl. PhysiotherapeutInnen Österreichs
SCHMID Barbara	Direktorin Dachverband der gehobenen MTD, Verband der diplomierten DA + EMB
SCHWARZE Gabriele	Dachverband der gehobenen MTD, Verband der dipl. ErgotherapeutInnen
STEKEL Primarius Dr. Herbert	Leiter des Institutes für med.-chem. Labordiagnostik AKH Linz
STELLAMOR Prof. Dr. Kurt	Verband der ärztlichen Direktoren und Primärärzte Österreichs, Kuratorium für ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung
WELLAN Mag. Max	Österreichische Apothekerkammer

WERNISCH Dietmar

Akademischer Krankenhausmanager, Geschäftsbereichsleitung  
Gesundheitswesen ÖQS Zertifizierungs- und Begutachtungs-  
GmbH

WILFING Claudia

Vorsitzende Dachverband der gehobenen MTD, Verband der  
diplomierten MTA

ZAPLETAL Mag. Dieter

Die Patienteninitiative

## Vorsitz:

Prim. Dr. Herbert STEKEL

Arzt für Allgemeinmedizin

Facharzt für medizinisch-chemische Labordiagnostik

## Funktionen am AKH-Linz:

- Vorstand (Primar) des Institutes für med.-chem. Labordiagnostik am AKH-Linz
- Vorsitzender der Ethikkommission
- Mitglied der Qualitätssicherungskommission
- Stellvertreter des medizinischen Direktors
- Medizinisch-wissenschaftlicher Leiter der MTA-Akademie

## Sonstige Funktionen:

- Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ludwig-Boltzmann-Institut für Krankenhausorganisation (Prof. Hauke)
- Mitglied der AG 129.06 „QM in Gesundheitsberufen und –einrichtungen“ am Österreichischen Normungsinstitut
- Assessor nach dem EFQM-Modell
- Lehraufträge zum Thema „QS im Gesundheitswesen“ an mehreren Universitäten, darunter die WU Wien, die Universitäten Wien und Salzburg



## Bericht

**Schriftführung:** Eva-Maria BAUMER, Mag. SCHAFFLER

**Moderation:** Mag. SCHAFFLER

Fünf Impulsreferate zum Thema Ergebnisqualität im Gesundheitswesen und ihre unterschiedlichen Darstellungsformen gaben inhaltlichen Input zu Beginn des Treffens der Arbeitsgruppe Qualität:

- Ergebnisqualitätsmessung
- QIP und Projekt „Ergebnisqualität“
- ISO-Zertifizierung
- EFQM-Modell Qualitätsgütesiegel
- Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser

In weiterer Folge wurde in Gruppenarbeiten zu den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems Aussagen zu folgenden Fragen erarbeitet:

- Welche konkreten Zielsetzungen soll Ergebnisqualität im österreichischen Gesundheitssystem verfolgen?
- Welche gemeinsamen Basiseigenschaften sind für die spezifischen Verfahrensausprägungen daher zu vereinbaren?

Die Ergebnisse wurden durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe endgültig formuliert, in Cluster zusammengefasst, liegen in approbierter Form vor und wurden vom Vorsitzenden der Gruppe bei der 3. österreichischen Gesundheitskonferenz vorgestellt.

Die Reihenfolge der Cluster ist zufällig und stellt keinerlei Gewichtung der Inhalte dar.

Zu **Cluster 1 – Lehre** ging bereits vor der Präsentation eine Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer ein, die hier im Anschluss an Cluster 1 vollinhaltlich wiedergegeben wird.

Die Bedeutung des Begriffes „evidence based medicine“ war der Gruppe so wichtig, dass die Aufnahme des Originalzitates in den Schlussbericht festgelegt wurde.

### Cluster 1 – Lehre

1. Eine begleitende Evaluation durch Lehrenden und Lernenden statt einer isolierten Abschlussprüfung (Rasterzeugnis) plus eine kommissionelle Abschlussprüfung.
2. Schaffung einer Einrichtung (Kommission) zur Evaluierung der postpromotionellen Aus-, Fort-, und Weiterbildung.

Das bestehende Kuratorium für Aus-, Fort- und Weiterbildung des österreichischen Primärärzteverbandes kann damit beauftragt oder sollte beigezogen werden.

Die Lehre soll weder beliebig und unstrukturiert sein, noch komplett verschult. Internationales Benchmarking der Lehre soll angestrebt werden.

3. Die unter 2. genannte Kommission hat eine Reihe weiterer Aufgaben:
  - Besuch vor Ort (periodisch), um Unzukömmlichkeiten zu diagnostizieren und zu verbessern, bevor sie in der Abschlussprüfung zum Tragen kommen.
  - Berufungsinstanz bei unüberwindbaren Schwierigkeiten zwischen Ausbilder und Kandidaten.
  - Zusammenarbeit mit Universität und AHS im Sinne einer kontinuierlichen Evaluierung.
  - Anpassung der Lehre an
    - Fortschritt der Wissenschaft und
    - Ergebnisse der Qualitätssicherung der Lehre.
 Dies auch in Zusammenhang mit periodischer Befragung der niedergelassenen Ärzte.  
 Im Rahmen einer einmal jährlichen Ausbilderkonferenz mit Bekanntgabe der Ergebnisse der Lehrevaluation.  
 Keineswegs aber bürokratische Kontrollen und Entscheidungen unter Umgehung der Kommission.
4. Förderung der Rotation in der Ausbildung
  - abteilungsübergreifend
  - rechtsträgerübergreifend
  - EU-weit
 Bei Ausbildungsschwierigkeiten in begleitender Evaluation neben der Rotation auch Ermöglichung einer notwendigen Verlängerung der Ausbildung.

## Stellungnahme der ÖÄK

Zu den unter Punkt 1 – formulierte Ergebnisse“ enthaltenen Empfehlungen ist grundsätzlich festzuhalten, dass praktisch diese bereits durch gesetzliche Regelungen wie Arztprüfung und Visitationsrecht der Ärztekammer längst umgesetzt sind.

### Zu Punkt 1:

So ist im § 4 Abs 4 und 5 Ärztegesetz normiert, dass die Ausbildungserfordernisse für den Arzt für Allgemeinmedizin bzw. für den Facharzt eine mindestens 3-jährige bzw. 6-jährige praktische Ausbildung sowie die mit Erfolg abgelegte Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharztprüfung sind. Laut § 26 Ärztegesetz ist der Nachweis über die mit Erfolg zurückgelegte Ausbildung durch ein Rasterzeugnis sowie durch ein Prüfungszertifikat über die mit Erfolg zurückgelegte Arztprüfung (Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharztprüfung) zu erbringen. Nähere Ausführungen zum Rasterzeugnis finden sich im § 19 Ärzteausbildungsordnung. Insbesondere legt § 19 Abs 3 fest, dass die Ausbildungsverantwortlichen laufend die Kenntnisse und Fertigkeiten zu überprüfen. Auch ist den Turnusärzten Gelegenheit zu geben, auf den Rasterzeugnissen allfällige Äußerungen schriftlich anzumerken.

### Zu Punkt 2 und Punkt 3:

Gemäß § 66 Ärztegesetz fällt die Überprüfung der Qualität der Ausbildung von Turnusärzten in anerkannten Ausbildungsstätten an Ort und Stelle (Visitation) in den Wirkungskreis der Ärztekammern. § 82 Abs 3 Ärztegesetz regelt weiters, dass zum Zwecke der Visitation die zur Ausbildung von Turnusärzten berechtigten Einrichtungen und Personen den Mitgliedern der Ausbildungskommission Zutritt zu gestatten ist, in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren ist und alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen sind. Die Visitation ist nach einheitlichen Grundsätzen durchzuführen, die von der Österreichischen Ärztekammer festzusetzen sind. In Anwendung des § 82 Abs 4 hat die Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer eine Richtlinie zur Durchführung von Visitationen von Ausbildungsstätten beschlossen. Zur Umsetzung der genannten Paragraphen ist auch im Bundeskrankenanstaltengesetz (§ 8 Abs 4 B-KAG) eine gleichlautende Bestimmung aufgenommen worden.

#### **Zu Punkt 4:**

Die Rotation wird unter Krankenhausträgern bereits derzeit abgewickelt, wenn auch erschwert durch dienstrechtliche Probleme bei trägerübergreifenden Rotationen.

Generell enthält dieser Cluster außerdem keine Vorschläge zur Verbesserung der (Ergebnis-)Qualität im Gesundheitswesen, sondern nur zum Nebenbereich „Qualität der ärztlichen Ausbildung“. Eine Übertragung der Empfehlungen auf andere medizinische Berufe erscheint nicht sinnvoll.

Zusammenfassend wird daher vorgeschlagen, diese Ergebnisse nicht in die Präsentation bei der Gesundheitskonferenz aufzunehmen bzw. wenn dies trotzdem der Fall sein sollte, nicht als Cluster 1 und nur mit richtigstellenden Ergänzungen bzw. Hinweisen auf die Gesetzeslage.

## **Cluster 2 – Anreize & Ziele**

Die Messergebnisse sollen einerseits zur Bestätigung vorhandener Qualität führen bzw. andererseits zu realistischen, positiven Veränderungen des existierenden Systems durch die Anwender Anlass geben. Die dafür zuständigen Stellen sollen hierbei hilfreich zur Seite stehen.

Die Durchführung der Messmethoden soll die Anwender nicht demotivieren, sondern soll viel mehr durch diverse Anreize gefördert werden, wobei damit keine direkte Koppelung mit dem Finanzierungssystem gemeint ist.

## **Cluster 3 – Fehlerkultur**

Ergebnisqualitätsmessung dient in erster Linie der internen Qualitätsverbesserung und nicht nur der externen Q-Kontrolle. Minimalstandards sollen nicht zur Orientierung werden. Vielmehr sollen Fehler rückverfolgbar, Verbesserungspotentiale sichtbar und Strategien zur Fehlervermeidung unterstützt werden. Damit soll ein Beitrag zur Entwicklung einer Fehlerkultur im österreichischen Gesundheitswesen geleistet werden.

## **Cluster 4 – Vergleichbarkeit**

Durch einheitliche Nomenklatur, Zählweisen und standardisierte Methoden muss die Vergleichbarkeit über Organisationsgrenzen hinweg gegeben sein. Dies beinhaltet sowohl Versorgungsbereiche (intra- und extramural), Steuerungsebenen (Träger, Bund, Land, Gemeinden) und Organisationsstruktur.

Bei der Methodenentwicklung ist eine mehrjährige Gültigkeit anzustreben, um Longitudinalvergleiche zu ermöglichen.

## **Cluster 5 – Evaluierung**

Die Entwicklung der Verfahren muss in einem akzeptablen, vordefinierten Zeitraum erfolgen und vor der endgültigen Anwendung in einem Pilotprojekt evaluiert werden. Die freigegebenen Verfahren müssen periodisch auf ihre Angemessenheit hin überprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden. Um die Ergebnistrends einer Periode erkennen zu können, sowie den Änderungsaufwand für Gesundheitseinrichtungen möglichst gering zu halten, darf der Anwendungszeitraum der jeweiligen Methode nicht zu kurz gewählt werden.

## **Cluster 6 – Aufwand**

Verfahren zur Messung der Ergebnisqualität sollen für alle Bereiche und Institutionen des Gesundheitswesens (in denen sie eingesetzt werden) praxistauglich und nicht aufwendig sein. Das bedeutet, dass sie sowohl hinsichtlich der ökonomischen und zeitlichen als auch der technischen Ressourcen im Routinebetrieb leistbar und durchführbar sind. Die Verfahren müssen definiert und möglichst automatisiert sein, ohne jedoch hochspezifische EDV-Lösungen vorauszusetzen.

## **Cluster 7 – Patient im Mittelpunkt**

Die Verfahren der Ergebnisqualitätsmessung müssen an einem ganzheitlichen (biopsychosozialen) Menschenbild orientiert sein und zentral dem Patientennutzen im Sinne der Gesundheitsdefinition laut WHO dienen. Sie sind damit explizit kein Mittel zur gezielten überschießenden standes- und parteipolitischer Beeinflussung. Der Patient steht als Info-Quelle im Zentrum der Datenerhebung, welche unter Einsatz anerkannter Methoden sowohl direkt (z. B. Fragebögen, Interview, etc.) als auch indirekt (z. B. metrische Verfahren) erhoben werden.

## **Cluster 8 – Qualität**

Die Verfahren müssen Rückschlüsse auf die Struktur- und Prozessqualität ermöglichen – und zwar auf die Ebene der Professionen, der Organisationen und des Gesamtgesundheitswesens. Die Verfahren dürfen nicht ausschließlich auf Indikatoren fokussiert sein, sondern müssen sich am Versorgungsbedarf des Patienten und am Aufgaben- und Leistungsprofil der Organisationen ausrichten. Die Verfahren müssen multiprofessionelle und organisationsübergreifende Strukturen und Effekte berücksichtigen.

## **Cluster 9 – Nutzen und Akzeptanz**

Nur wenn der Anwender einen Nutzen für sich erkennt, wird er das Verfahren akzeptieren und anwenden. Damit alle beteiligten Berufsgruppen sich dieser Verfahren im multiprofessionellen Prinzip bedienen können, müssen sie sorgfältig vorbereitet und geschult werden (Mitarbeitereinführungen, schriftliche Unterlagen, mündliche Unterweisungen). Auf eventuell auftretende Ängste ist im Rahmen der Implementierung besonders einzugehen.

## **Cluster 10 – Methodik**

Die Verfahren müssen methodisch abgesichert sein und dürfen nicht ohne entsprechendes Know-how durchgeführt werden. Es sollen wenige aber aussagekräftige Kennzahlen geliefert werden. Diese sollen auf Evidence Based Health Care basieren, und müssen auf ihre Kosteneffektivität überprüft werden.

**Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.**

David Sackett

- By best research evidence we mean clinically relevant research, often from the basic sciences of medicine, but especially from patient centered clinical research into the accuracy and precision of diagnostic tests (including the clinical examination), the power of prognostic markers, and the efficacy and safety of therapeutic, rehabilitative, and preventive regimens. New evidence from clinical research both invalidates previously accepted diagnostic tests and treatments and replaces them with new ones that are more powerful, more accurate, more efficacious, and safer.
- By clinical expertise we mean the ability to use our clinical skills and past experience to rapidly identify each patient's unique health state and diagnosis, their individual risks and benefits of potential interventions, and their personal values and expectations.
- By patient values we mean the unique preferences, concerns and expectations each patient brings to a clinical encounter and which must be integrated into clinical decisions if they are to serve the patient.

Zusammenfassend ist zur Arbeit der Gruppe zu sagen, dass erst bei einem zweiten Anlauf die Interdisziplinarität der Arbeitsgruppe Qualität erreicht werden konnte. Im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung im österreichischen Gesundheitswesen sollte in Hinkunft darauf gedacht werden, Inter- und Multidisziplinarität in solchen Arbeitsgruppen zu fördern und sicherzustellen. Es sollte auch ein ausgewogenes Verhältnis von Vertretern diverser Institutionen, die im Gesundheitswesen tätig sind, hergestellt werden.

Die AG würde es begrüßen, wenn die Ergebnisse umgesetzt und implementiert würden; ein Feedback durch das Staatssekretariat an die Arbeitsgruppe wäre wünschenswert.



## Arbeitsgruppe „Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen (Gesundheitstelematik)“

### TeilnehmerInnen:

#### Name

Helene BREITSCHOPF  
Karin BURKA  
Dr. Gottfried ENDEL  
Dr. Arnold FRAGNER  
Gudrun GOWAYED  
Wolfgang GRUBER  
Dr. Alfred HAYR  
Dr. Hans HEINDL  
Richard HOFBAUER  
Thomas KIESLING  
Dr. Günter KODERHOLD  
DI Dr. Reinhard OESER  
Mag. Alexander ORTEL  
Dipl.-Ing. Heinz OTTER  
Walter PERKMANN  
Dr. Eberhard PIRICH  
OSR DI Heinz SACK  
Mag. Klaus SCHINDELWIG  
SR Dr. Hamid SCHIRASI-FARD  
Dr. Raimund VOGL  
Mag. Monika WILD  
Dr. Peter WÖSS

#### Institution

Verband der dipl. MTA  
WienKom  
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft  
Österreichischer Hausärzteverband  
Verband der dipl. RTA  
Gruber AeDV  
Ärztchammer, Arzt für Allgemeinmedizin  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Data Systems Austria  
Arbeiter Samariter-Bund Österreichs  
Ärztchammer, KH Lainz  
Oeser GmbH.  
Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwaltschaft  
SV Chipkarten Betriebs- und Errichtungsges.m.b.H  
Landeskliniken Salzburg  
Sanochemia Pharmazeutika AG  
WienKom  
Tilak, Datenschutzbeauftragter  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Tilak, Leiter der IT-Abteilung  
Österreichisches Rotes Kreuz  
Ärztchammer für Vorarlberg

## Vorsitz:

Dr. Arnold FRAGNER

- 1983** Promotion Universität Wien
- 1984–1987** Ausbildung in der Allgemeinmedizin von an den Krankhäusern Hainburg und Eisenstadt
- 1987** ÖÄK-Diplom zum Notarzt
- 1997** ÖGUM-Diplom für Ultraschall in der Medizin
- Seit 1987** Praxis für Allgemeinmedizin mit ärztlicher Hausapotheke

### Tätigkeitsfelder, Funktionen:

- 1990–2000** Kammerrat der Ärztekammer f. NÖ
- 1986–1992** Fortbildungsreferent der NÖ Ärztekammer
- 1992–1993** Finanzreferent der NÖ Ärztekammer
- 1994–1999** Referent f. steuerliche Angelegenheiten und EU/Ausland d. NÖ Ärztekammer
- 1991–1999** Mitglied des Vorstandes der NÖ Ärztekammer
- 1994–1999** Präsident des NÖ Hausärzteverbandes und Vizepräsident des österreichischen Hausärzteverbandes (ÖHV)
- 1997–2001** Wissenschaftliche Mitarbeit in der IAAW – „Internationale Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin im Wandel“
- Seit 1984** Laufend zahlreiche Publikationen in öffentlichen Medien und Ärztemedien, Vorträge auf zahlreichen Veranstaltungen zu etlichen Fachbereichsthemen
- Seit 1993** Publizist, redaktionelle Mitarbeit u.a. in den Zeitschriften „Ärztewoche“, „Hausarzt“ und „Praxis & Wirtschaft“, Co-Autor des Buches „Medizin Online“. Initiator von/Mitarbeiter an mehreren Studien zu den Themen „Gesundheitspolitik“, „Ärztliches Praxismanagement“ und „Ärztliche Befindlichkeit“
- 1998** Gründer der Initiative „Praxis Plus“ im Rahmen des Österreichischen Hausärzteverbandes zur Qualitätssicherung und -verbesserung im Rahmen hausärztlicher Praxen
- 2000** Gründung von medWorks – Training und Consulting im Gesundheitswesen, Seminare, Workshops und Kurse für ÄrztInnen und medizinisches Personal, Leiter und Geschäftsführer

Mitglied des ÖHV (Österr. Hausärzteverband), der ÖGAM (Österr. Gesellschaft f. Allgemeinmedizin) und der Österr. Diabetesgesellschaft. Honorable member of the “International Who’s Who Historical Society”.



## Bericht

### 1. Rückblick auf 2001

Im Vorjahr hat die Arbeitsgruppe einen Masterplan erstellt, der für die Vernetzung im Gesundheitswesen klare Vorgaben sowohl in zeitlicher als auch inhaltlicher Hinsicht brachte. Das Endziel dieses Masterplans war schließlich die umfassende elektronische Vernetzung aller Gesundheitseinrichtungen bis zum Jahr 2007. Obwohl es auch innerhalb der Arbeitsgruppe da und dort Zweifel hinsichtlich der Erreichbarkeit dieser Zeitvorgaben gab, war man sich doch darin einig, dass der Masterplan ein geeignetes Instrument sei, um die Vernetzung im Gesundheitsbereich voranzutreiben.

Um es vorweg zu formulieren: keines der kurzfristigen Ziele im Masterplan wurde auch nur annähernd erreicht. Es gab zwar eine Reihe von neuen Initiativen verschiedener Institutionen, wie etwa die Etablierung des Gesundheitsnetzes Vorarlberg oder die Initiative „Wiener Ärzte ans Netz“ des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Sie alle haben in ihrem Wirkungsbereich einiges bewegt. Dennoch darf festgestellt werden, dass all diese Initiativen ohne Koordinierung durch eine österreichweit agierende Stelle zustande kamen und letztlich auf das Engagement einzelner Institutionen zurückzuführen sind.

Das im Vorjahr formulierte Ziel der Arbeitsgruppe, eine Vereinheitlichung der Übertragungsstandards ebenso wie die Zusammenfassung der vielen existierenden Inselösungen herbeiführen zu wollen, wurde nicht erreicht. Ja, es ist den genannten Einzelinitiativen sogar dafür zu danken, dass erst durch ihre Arbeit nicht ein kompletter Stillstand in der Entwicklung eingetreten ist.

Was sind aber die Gründe für das Scheitern des Masterplans, noch bevor überhaupt die ersten Schritte gesetzt wurden?

Die möglichen Antworten darauf sind vielfältig. Vordergründig könnte man fehlende finanzielle Mittel dafür verantwortlich machen. Ebenso leicht wäre es, sich auf die grundsätzlich in Österreich traditionell sehr stark diversifizierten Verantwortlichkeiten – politisch wie finanziell – im Gesundheitswesen zu berufen. Das bereits funktionierende Vorarlberger Gesundheitsnetz ist allerdings vor dem Hintergrund, dass alle relevanten Institutionen des Gesundheitswesens im Land daran beteiligt sind, geradezu der Gegenbeweis für diese These. Möglicherweise liegen die Gründe auch darin, dass für eine Vernetzung die PC-Ausstattung möglichst vieler Dienstleister im Gesundheitswesen Voraussetzung und diese vor allem im Wiener Raum noch lange nicht im anzustrebenden Ausmaß gegeben ist.

Der Hauptgrund dürfte allerdings darin zu suchen sein, dass auch wir, die Experten im Arbeitskreis, die Lage falsch eingeschätzt haben. Der Fehler vieler Experten ist es, die Dinge ausschließlich aus ihrer rationalen Sichtweise zu sehen. Gerade die föderalistisch organisierten Strukturen im österreichischen Gesundheitswesen jedoch sind von Faktoren geprägt, die eine geradlinige Vorgangsweise nach einem strengen Masterplan oft nicht zulassen. Dies bedeutet nicht, dass organisatorische Notwendigkeiten, wie sie ein Masterplan vorgibt, durch die Verantwortlichen auf Ebene der diversen ausführenden Institutionen zwangsläufig behindert oder gar ignoriert werden. Sie werden nur auf anderen Denkebenen einer Umsetzung zugeführt,

die noch viel pragmatischer sind, als jene, eines Expertengremiums. Dem liegt schlicht die aus der Erfahrung resultierende Erkenntnis der Handelnden zugrunde, dass ohne Initiativen im kleineren als österreichweiten Rahmen aufgrund der vorliegenden diversifizierten Verantwortlichkeiten wohl überhaupt keine Vernetzung, weder im regionalen noch im überregionalen Bereich, zustande käme.

Diese Erkenntnis hat die Arbeitsgruppe veranlasst, die Strategie zur Umsetzung des Masterplans – der ja zweifelsohne nach wie vor die richtigen Zielsetzungen hat – neu zu definieren und den politischen, wie den strukturellen Gegebenheiten in unserem Gesundheitssystem anzupassen.

## 2. Die Not mit der Technik

Alle Expert/inn/en im Rahmen des Arbeitskreises sind sich darüber einig, dass es neben dem regional unterschiedlichen Ausstattungsgrad (vor allem der niedergelassenen Ärzteschaft) mit geeigneten PC-Systemen eine Reihe von anderen Hindernissen gibt, die einer umfassenden Vernetzung des Gesundheitswesens im Sinne des Masterplans 2001 entgegenstehen.

Der durch verschiedene auf regionaler Ebene ergriffene Maßnahmen zu erwartende höhere Hard- und Software-Ausstattungsgrad der niedergelassenen Ärzteschaft kann zwar das bisherige Manko in diesem Bereich in absehbarer Zeit ausgleichen, sodass zumindest die Grundvoraussetzungen für eine umfassende Vernetzung zumindest innerhalb der nächsten zwei Jahre gegeben sein werden. Dennoch ist zu vermuten, dass diese Entwicklung nicht unbedingt ein Vorteil für die Vernetzung sein muss. Bisherige Erfahrungen, insbesondere in Wien, zeigen, dass ein Kommunikationsnetz im Gesundheitsbereich in der Lage sein muss, bereits zwischen 10 und 20 verschiedene Datenformate nicht nur zu transportieren, sondern vor allem für den jeweiligen Empfänger lesbar zu machen. Dies erfordert einen entsprechend hohen Aufwand für die Konvertierungen. Das Beispiel des Jahrtausendwechsels mit all seinen Problemen rund um die Umstellung auf vierstellige Jahreszahlen zeigt bereits, an welchen banalen Umständen Konvertierungen verschiedener Datenformate scheitern können, beinhaltet doch etwa die Sozialversicherungsnummer eines Patienten nach wie vor bloß eine zweistellige Zahl als Geburtsjahr. Dies allein schon kann die Zuordenbarkeit eines Befundes durch eine Konvertierungssoftware erheblich behindern. Wenn auch diese Probleme auf technischer Ebene bisher lösbar waren, so erscheint es doch dringend notwendig, vereinheitlichte Standards in der elektronischen Befundkommunikation einzumachen. Es ist nämlich durchaus wahrscheinlich, dass durch die Vielfalt der angebotenen Softwarelösungen mit dem höheren Ausstattungsgrad der Gesundheitsdienstleister mit entsprechenden Systemen auch der Kommunikationssalat immer größer wird!

Wichtig ist daher, zunächst ein österreichweites **Verzeichnis aller Partner im Netz** zu erstellen. Dieses hat die Aufgabe, die organisatorische wie technische Erreichbarkeit aller Teilnehmer sicherzustellen und muss neben den üblichen Angaben über die Benutzer auch technische Angaben – wie z. B. benutzte Datenformate – enthalten, aber auch, welche Dokumente vom einzelnen Nutzer jeweils verarbeitet werden können bzw. welche versendet werden.

Die Datensicherheit ist in diesem Zusammenhang – darauf sei nochmals ausdrücklich hingewiesen – kein Problem, da die MAGDA-LENA-2-Richtlinien diese ausrei-

chend sicherstellt, wenn auch manche Bereiche davon bereits technisch überholt sind und eine laufende Anpassung sinnvoll wäre.

Wichtiger scheint jedenfalls die Harmonisierung der Systeme, um eine elektronische Kommunikation auch für die Zukunft sicherzustellen. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang, etwa Empfehlungen bezüglich der benutzten Datenformate herauszugeben, deren Umsetzung durch begleitende Maßnahmen wie z. B. Positivlisten oder Förderungen auch ohne strenge gesetzliche Regelungen sicherzustellen wären, da letztere unweigerlich dazu führen müssten, dass einzelne Teilnehmer der Vernetzung durch Verwendung anderer, verordneter technischer Standards vom übrigen Netz plötzlich ausgeschlossen bzw. durch den Umstellungsaufwand zumindest mit erheblichen Zusatzkosten konfrontiert wären.

**Das Ziel:** Harmonisierung – ohne verordnete Regulierung.

Tatsache ist – ungeachtet der technischen Fragen – jedenfalls, dass es bislang in Österreich allerdings kein Forum gibt, das all diese Fragen kompetent bearbeiten könnte!

### 3. Juristische Voraussetzungen

Bezüglich des Datenschutzes betreffend den elektronischen Befundaustausch wurden in den letzten Jahren eine Reihe von legislativen Maßnahmen getroffen. Erwähnt seien hier nur die MAGDA-LENA-Richtlinie und das Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000).

So sehr durch diese Maßnahmen in diesem Bereich Sicherheit geschaffen wurde, stehen in anderen Bereichen juristische Grundlagen immer noch aus.

So müssen etwa Fragen rund um die Authentifizierung der Teilnehmer an einem Gesundheitsdatennetz ebenso wie die Nachvollziehbarkeit von Datenflüssen geregelt werden oder auch die simple Frage, wer überhaupt an einem solchen Netz teilnehmen darf und in welchem jeweiligen Umfang (man denke hier etwa bloß an die „Grauzone“ der Anbieter im Wellness-Bereich, die vielfach auch mit medizinischen Leistungen aufwarten!).

All diese Fragen müssen in einem – bereits in Vorbereitung befindlichen – „Gesundheitstelematik-Gesetz“ eindeutig geregelt werden. Dieses Gesetz ist die juristische Voraussetzung für eine umfassende Vernetzung im Gesundheitswesen. Die Arbeitsgruppe urgiert daher ausdrücklich die parlamentarische Beschlussfassung dieses Gesetzes, das eine moderne und praktikable Grundlage für alle weiteren Aktivitäten im IT-Bereich des Gesundheitswesens darstellen sollte.

Ohne klar formulierte Rahmenbedingungen sind schließlich alle noch so gut gemeinten Initiativen rund um die Vernetzung im Gesundheitswesen Erkundungen auf unsicherem Boden. Die bekannten Auswüchse des Internet samt kriminellem Beiwerk und allen bekannten juristischen Unsicherheiten in den letzten Jahren, als die Rahmenbedingungen erst mühsam nachträglich formuliert werden mussten, zeigen nur zu deutlich, was passieren kann, wenn ein Gesetzgeber einer modernen technischen Entwicklung legislativ hinterherhinkt.

## 4. Kooperation statt Konkurrenz

Wie unter Pkt. 2 bereits festgestellt wurde, gibt es derzeit in Österreich kein Forum, das sich kompetent mit den Fragen der Vernetzung im Gesundheitsbereich befasst. Das Fehlen eines solchen Ansprechpartners für alle Institutionen und Akteure hat zur Folge, dass es einzelne Initiativen auf regionaler Ebene sehr schwer haben, sich bereits über die Grenzen ihrer Region hinaus zu orientieren. Andererseits verfügen diese vielfach über einen reichen Schatz an Erfahrungen, der an andere weitergegeben werden sollte.

Dies ist nur im Rahmen eines Forums möglich, das für alle Anbieter in diesem Bereich eine offene Plattform bildet, die zumindest folgende Aufgaben erfüllen sollte:

- Brückenfunktion zum Anwender
- Erstellung eines Anwenderverzeichnisses
- Beobachtung internationaler Entwicklungen
- Support
- Förderung der Kooperation und Koordination
- Weiterentwicklung – Innovation – Erfahrungsaustausch
- Synergievermittler
- Förderung der Standardisierung
- Förderung eines Gesamtkonzeptes
- Public Relations
- Brückenfunktion zu politischen Entscheidungsträgern und Unternehmungen

Dafür gibt es international bereits Vorbilder, wie z. B. das deutsche „ATG – Aktionsforum für Telematik im Gesundheitswesen“, die zeigen, wie man erfolgreich viele Einzelinitiativen in ein Gesamtkonzept einbindet.

Die Strukturierung dieser Koordinations-/Kooperationsstelle sollte aus pragmatischen Gründen so gewählt werden, dass einerseits eine Mitwirkung des BM SG auf Entscheidungsebene ebenso gegeben ist wie jene aller anderen maßgeblich am Input (finanziell) und Output (ideell) beteiligten Stellen, und andererseits Servicecharakter und Offenheit nach außen hin sichergestellt sind.

Detailüberlegungen bezüglich der organisatorischen Struktur einer solchen Institution wären nach einer grundsätzlichen politischen Willensäußerung gemeinsam mit dem BMSG zu treffen.

Die Arbeitsgruppe schlägt daher nachdrücklich vor, eine

**bundesweite Koordinationsstelle für IT-Fragen im Gesundheitswesen**

einzurichten.

## 5. Zusammenfassung

Aus Sicht der Arbeitsgruppe sind zusammenfassend daher folgende Maßnahmen zur Förderung der Vernetzung im österreichischen Gesundheitswesen notwendig:

- Rechtssicherheit schaffen – Gesundheitstelematik-Gesetz
- Erstellung eines Teilnehmer-/Partnerverzeichnisses im Gesundheitsnetz
- Schaffung einer bundesweiten Kooperations/Koordinationsstelle für IT im Gesundheitswesen

Der Leitsatz bei der Entwicklung der vorgeschlagenen Maßnahmen aufgrund der österreichischen Gegebenheiten mit all seinen über Jahrzehnte gewachsenen föderalen Facetten im Gesundheitswesen aus Sicht der Arbeitsgruppe: Harmonisierung statt verordneter Regulierung.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind gerne Bereit, diese Harmonisierung nach Kräften zu unterstützen.

Dr. med. Arnold FRAGNER  
Vorsitzender der Arbeitsgruppe



## Diskussionsforum „Gesunder Lebensstil“

### TeilnehmerInnen:

#### Name

BACHL Norbert, Univ.-Prof. Dr.  
BODE Ulrich, Dr.  
BÜCHLER Ekkehard  
BURCHHART Bruno, Dr. med.  
BUZZI Helmut, Mag.  
FISCHER Robert, Hofrat, Dr.  
FRANK Wilhelm, Dr.  
FUCHS, Dr.  
FYKATAS-GUTH Birgit, Dr.  
GEISLER Erhard, Dkfm.  
GEYER Johanna, Dr.  
GÖBL Manuela  
GOWAYED Gudrun  
HABLE Johann, Dir.  
HABLIK Karl, Prof. Dr.  
HIESS Kurt  
IZAAK Traude  
JENS Rolf, Dr.  
KUNZE Michael, Univ.-Prof. Dr.  
KUNZE Ursula, Univ.-Prof. Dr.  
KÜRZL Eva, Präsidentin  
MAIER Monika, Mag.  
MERIAUX-KRATOCHVILA Silvia  
MUZAR  
NICOLAU Antoniu-Florentin, Dr.  
PFLANZER  
PINTER Kurt, Dr. med.  
PIRICH Eberhard, Dr.  
PREHSLAUER Brigitte, Dr.  
RAPPOLD  
RÜDIGER Hugo, Univ.-Prof. Dr.  
SCHIMANA Harald, Dr.  
SCHIMANA Renate, Dr.  
SCHÜPF Anton, Prof. Dr.  
SCHWARZE Gabriele  
SEIDL Elisabeth, Univ.-Doz. Dr.  
SPRINGER Alfred, Univ.-Prof. Dr.  
STAMM Ines, Dr.  
SVOBODA Brigitte, Dr.  
TAUT Doris, Dr.  
VÖGERLE Bernd, Dir.  
WIESMAYR Anna, Dr. med.  
ZWANZIGLEITNER Werner, Mag.

#### Dienststelle/Organisationseinheit

Institut für Sportwissenschaft, Universität Wien  
PHARMIG  
Martha-Frühwirth-Zentrum f. med. Selbsthilfegruppen  
Ärztammer Kärnten  
Versicherungsverband  
Donauuniversität Krems, ÖÄK  
ARWIG  
Sozialversicherungsanstalt d. gewerbl. Wirtschaft  
MA – Landessanitätsdirektion Wien  
PHARMIG  
BMSG  
Verband d. Dipl. DiätassistentInnen & EMB  
Verband d. Dipl. med.-techn. AssistentInnen Österreichs  
ÖGB-GÖD, Sektion 9  
Marketing Vertrieb Immuno AG Wien, i.R.  
Selbsthilfe, Krebshilfe Forum Gesundes NÖ  
Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen  
Hausärzterverband  
Institut für Sozialmedizin, Universität Wien  
Institut für Sozialmedizin, Universität Wien  
ÖGKV  
ARGE Selbsthilfe Österreich  
Österr. Bundesverband dipl. PhysiotherapeutInnen  
Österr. Bundesverband dipl. PhysiotherapeutInnen  
MA – Landessanitätsdirektion Wien  
ÄK  
Österr. Hausärzterverband  
Fachverb. d. chem. Industrie, Berufsgr. Pharma-Industrie  
Amt d. Kärntner Landesregierung, Abt. 12 UAGSM  
Forschungsabteilung  
Klinische Abt. Arbeitsmedizin, Universität Wien  
Hausärzte Verband  
Hausärzte Verband  
Finanzwissenschaft WU  
Verband d. Dipl. ErgotherapeutInnen  
Abt. Pflegeforschung d. IPG d. Johann-Kepler-Universität Linz  
Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung  
BMSG  
BMSG  
Versicherungsverband  
Österr. Gemeindebund  
Hausärzte Verband OÖ  
Versicherungsverband

## Vorsitz:

Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE

- 1960** Matura, Studium an der Universität Wien, philosophische Fakultät, dann medizinische Fakultät, Tätigkeit in der empirischen Sozialforschung (Markt- und Meinungsforschung)
- 1968** Eintritt in das Hygiene-Institut der Universität Wien (Mykoplasmen-Labor)
- 1969** Promotion zum Dr. med. univ.
- 1972** Übernahme des Arbeitsbereiches Sozialhygiene und Epidemiologie des Hygiene-Instituts der Universität Wien
- 1974** Leiter der Abteilung Sozialhygiene und Epidemiologie, Hygiene-Institut der Universität Wien
- 1976** Habilitation für Hygiene und Mikrobiologie, Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie
- 1977** Außerordentlicher Professor für Hygiene und Mikrobiologie
- Seit 1983** Ordentlicher Professor für Sozialmedizin, Facharzt für Sozialmedizin, Vorstand des Instituts für Sozialmedizin der Universität Wien

Ca. 600 Publikationen, zahlreiche (z. T. leitende) Funktionen im Gesundheitswesen (national und international) sowie im nationalen Hochschulwesen.



## Bericht

**Protokoll:** Dr. Johanna GEYER

Viele Gesundheitsstörungen, die heute in den Industriestaaten das Erkrankungsspektrum und die Todesursachen dominieren, stehen in enger Beziehung zu unserem Lebensstil. Dies hat zu einer Neubewertung des Stellenwertes gesundheits-schädigender bzw. gesundheitsfördernder Lebensweisen geführt. Betrachtet man die „vorzeitige“ Sterblichkeit, so wird das Gewicht chronischer Erkrankungen – und damit der sie bedingenden Risikofaktoren – noch gravierender. Zu diesen Einflussfaktoren zählen neben genetischen Dispositionen in erster Linie gesundheitsrelevante Lebensweisen wie Ernährung, Bewegung, Arbeit, Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum sowie riskante und schädigende Verhaltensmuster. Lebensstilmedizin befasst sich mit allen Risikofaktoren, die zu lebensstilassoziierten Krankheiten führen unter besonderer Berücksichtigung sozioökonomischer, kultureller, gesellschaftlicher, soziostruktureller, regionalspezifischer und geschlechtsspezifischer Aspekte.

Inputreferate als Konnex zur Gesundheitskonferenz 2001 in stark gekürzter Form:

### Zivilisationskrankheiten und deren Vorbeugung durch Sport

Univ.-Prof. Dr. Norbert BACHL

Körperliche Inaktivität und falsche Ernährung können als heimliche Epidemie in unserer Zivilisationsgesellschaft bezeichnet werden und sind ursächlich für zahlreiche chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Osteoporose und psychische Erkrankungen mitverantwortlich. Dabei könnte durch einen zusätzlichen Verbrauch von ca. 2000 kcal/Woche (optimaler Bereich 3500 kcal/Woche) durch Sport und Bewegung im Alltag das Risiko für viele dieser Zivilisationskrankheiten deutlich gesenkt werden. Leider ist der Anteil derer, die tatsächlich eine durch sportliche Betätigung verbesserte Leistungsfähigkeit haben, wesentlich geringer als der Anteil derjenigen, die im Rahmen einer repräsentativen Umfrage angaben, Sport zu betreiben. (Fitnessparadoxon – Wunsch und Wirklichkeit stimmen nicht überein)

### Betriebliche Gesundheitsförderung

Univ.-Prof. Dr. Hugo W. RÜDIGER

Während Arbeitslosigkeit mit Sicherheit ein soziales und gesundheitliches Problem darstellt, ist die Frage, ob Arbeit krank macht, viel komplexer zu sehen. Arbeit kann, muss die Gesundheit jedoch nicht gefährden. Die Anforderungen der neuen Arbeitswelt verlangen ein hohes Maß an Flexibilität und Weiterbildungsbereitschaft von den ArbeitnehmerInnen. Die MitarbeiterInnen sind das teuerste und wertvollste Produktionskapital eines Unternehmens. Betriebliche Gesundheitsförderung muss daher ein zentrales Anliegen der modernen Unternehmenskultur sein. Im Bereich der Arbeitsmedizin ist es zu einem Wandel der Prioritäten von der Verhältnis- zur Verhaltensprävention gekommen. Die arbeitsmedizinischen Zentren entwickeln sich zu Kompetenzzentren für Gesundheitsförderung mit umfassender Beratungskompetenz.

## **Alkohol und Gesundheit**

Univ.-Prof. Dr. Alfred SPRINGER

Im Umgang mit Alkohol hat die Lebensstilmedizin bereits eine lange Tradition. Der Konsum von Alkohol ist ein multifaktorielles Geschehen, bei dem das soziale Umfeld, die kulturelle Verankerung und die Art des Lebensstils eine bedeutende Rolle spielen. Alkoholkonsum ist gefühls- und triebhaft gesteuert und daher rationalen Konzepten nur bedingt zugänglich. Ca. 13 % der ÖsterreicherInnen gelten als alkoholgefährdet, 5 % als Alkoholiker. Leider wird heute von Jugendlichen Alkohol wieder verstärkt als Rauschdroge konsumiert.

Die Vorbeugung der Alkoholprobleme muss darauf abzielen, das Einstiegsalter hinaufzusetzen und damit die Suchtentwicklung zu verhindern. Dieses Ziel kann durch Förderung des Gesundheitsbewusstseins und durch verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol erreicht werden.

## **Rauchen und Gesundheit**

Univ.-Prof. Dr. Ursula KUNZE

Ca. 29 % der ÖsterreicherInnen sind Raucher. Rauchen stellt die wichtigste Einzelursache für Erkrankungen und Todesfälle in Europa dar. In Österreich sind ca. 14.000 Todesfälle pro Jahr auf tabakassoziierte Erkrankungen zurückzuführen. Die Dosis/Wirkungsbeziehung ist beim Bronchuskarzinom besonders deutlich. Die Zahl der Erkrankungen bei Frauen nimmt dabei stetig zu.

Primäre Zielgruppe der Prävention sollten die nikotinabhängigen Raucher sein, da bei dieser Gruppe das Erkrankungsrisiko am höchsten ist. Diagnose und Therapie der Nikotinabhängigkeit müssen verbessert werden.

## **Ernährung, Bewegung, Organisation**

Im Anschluss an eine freie Diskussion wurden die Themen Ernährung, Bewegung und Organisation für die vertiefende Bearbeitung ausgewählt.

Ernährung und Bewegung sind sicherlich die wichtigsten Einstiegsthemen, wenn eine Modifikation des Lebensstils angestrebt wird.

Als primäre Zielgruppe für gesundheitspolitische Maßnahmen im Bereich Lebensstil wurden jene 50 % der Bevölkerung identifiziert, die prinzipiell daran interessiert sind, ihr gesundheitsrelevantes Verhalten zu ändern, jedoch entweder nicht wissen wie oder es fehlt ihnen ein gewisser Anstoß.

Ca. 25 % der Bevölkerung lebt ohnedies sehr gesundheitsbewusst (teilweise sogar schon in übertriebener Weise – Orthorexia nervosa), ca. 25 % haben nicht den Wunsch, ihr Verhalten zu ändern und wären daher nur mit einem unverhältnismäßig hohen Einsatz zu motivieren.

Die erforderlichen Strategien für Information, Motivation und Hinführung zur Verhaltensänderung müssen sich dabei an den unterschiedlichen Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe orientieren. Folgende Zielgruppen wurden als prioritär genannt:

- Senioren (sind keine einheitliche Gruppe)
- Chronisch Kranke
- Eltern unter Einbeziehung ihrer Kinder
- Schüler von 10–16 Jahren
- Berufstätige im mittleren Alter
- Kinder im Vorschul- und Volksschulalter

### **Ernährung:**

Auf Defizite in der Ärzteausbildung in diesem Bereich wurde aufmerksam gemacht. Ernährungsmedizin ist noch kein Thema, das systematisch gelehrt wird. Seitens der Ärztekammer wird die Schaffung eines ÖAK-Diploms für Lebensstil diskutiert.

Es sollten jedenfalls nur Profis Dienstleistungen in diesem Bereich erbringen (kein Ausschließlichkeitsrecht für bestimmte Berufsgruppen – aber keinesfalls Spielfeld für selbsternannte Gurus).

Die Bildung der Bevölkerung wird als wichtiger Filter zur Beurteilung der Informationsflut angesehen. Informationsmanagement (Aufbau eines Ernährungsinformationssystems) und die Weitergabe von gesicherten (evidence based) Informationen in einer für medizinische Laien verständlichen Form werden daher als prioritär angesehen.

### **Bewegung:**

Bewegung wurde auch international als ein wichtiges Thema erkannt, wenn es um die Prävention von Zivilisationserkrankungen geht. Daher wurde der Weltgesundheitstag 2002 von der WHO unter das Motto „Move for health“ (Gesund leben – in Bewegung bleiben) gestellt um auf diese Weise Bewegung, sowohl im Alltag als auch in der Freizeit, stärker zu verankern.

Demgegenüber gaben 60 % der ÖsterreicherInnen an, nur unregelmäßig Sport zu betreiben, 22 % 1–2 Mal/Woche und nur 18 % mindestens 3 mal/Woche (Studie von Weiss). Ein mögliches Ziel könnte es sein, jeweils 50 % von der ersten in die zweite Gruppe und von der zweiten in die dritte Gruppe zu bekommen.

Wichtige Zielvorstellungen im Bereich Bewegungsförderung sind:

- Regelmäßigkeit der sportlichen Betätigung
- Bewegungschance im Alltag
- Sport in der Freizeit

Zehn Minuten kontinuierliche Bewegung/Tag sind die Grundlage für präventive Effekte durch Bewegung.

Die Anbindung von lebensstilbezogenen Projekten an bestehende Strukturen wird für wichtig erachtet, da über die Strukturen die Finanzierung ermöglicht wird.

## Organisation:

Hier wurde auf die Bedeutung der Vernetzung auf nationaler und internationaler Ebene, sowohl im wissenschaftlichen Bereich als auch im Bereich der Umsetzungsstrategien, hingewiesen. Selbsthilfegruppen stellen eine wichtige Unterstützungsstruktur im Gesundheitssystem dar. Hier besteht die Notwendigkeit einer Vernetzung von Fach- und Erfahrungskompetenzen. Aber auch die Vernetzung mit neuen Strukturen, wie Gesundheitszentren, muss gefördert werden. Die Bevölkerung sollte in die Entwicklung von Strukturen verstärkt eingebunden werden um die Akzeptanz zu verbessern. (Gesundheitsförderung im Settingansatz, z. B. Gesunde Gemeinden).

Selbsthilfe braucht: Anerkennung, ehrenamtliche Tätigkeit und mediale, logistische und finanzielle Unterstützung. Ein möglicher Ansatz dabei: „Hilfe zur Selbsthilfe“, z. B. Anbieten von Seminaren für Selbsthilfegruppen.

## Zusammenfassung und Empfehlungen

- Das Gesundheitsverhalten wird als Teil eines spezifischen Lebensstils betrachtet, der soziokulturell geformt ist, und den Individuen sich über Lernen, Gewohnheitsbildung und durch soziale Prozesse aneignen.
- Gesundheitsförderndes Verhalten setzt in der Regel ein gewisses Wissen (Bildung) voraus. Die Bildung ist ein wichtiger Filter für die Verarbeitung der angebotenen Informationen.
- Im Bereich „Gesunder Lebensstil“ herrscht eine große Orientierungslosigkeit – daher wird eine Verbesserung des Informationsmanagements und die Schaffung einer Plattform für qualitätsgesicherte (evidence bases) Gesundheitsinformation sowie die Durchführung von Zertifizierungen (Gütesiegel für Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils) empfohlen.
- Aufbau eines Gesundheitsförderungsmonitorings und Evaluation
- Anbieten von Seminaren, z. B. zum Thema Marketing oder Umgang mit Medien für Selbsthilfegruppen, „Hilfe zur Selbsthilfe“
- Gesundheitsrelevantes Wissen ist sicherlich eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für positives Gesundheitsverhalten. Oft findet man eine Dissonanz zwischen Wissen, Einstellung und Verhalten.
- Wissensbestände und Einstellungen sind leichter zu ändern als Verhaltensweisen (Motivation!).
- Präventionsprogramme sollten verstärkt die positiven Aspekte „Lebensfreude und Lebenslust“ hervorheben und darauf abzielen, die gesundheitsförderlichen Potenziale zu stärken.
- Die Prinzipien des Social Marketing, d.h. der Beeinflussung der Marktteilnehmer im Sinne einer Verstärkung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, sollten stärker beachtet werden; das Problem lässt sich jedoch nicht auf eine Marketingstrategie reduzieren.
- Ziele (ev. auch Etappenziele) und Visionen sollen formuliert und Prioritäten gesetzt werden.
- Ziele der Bemühungen um einen gesunden Lebensstil sind: die Verbesserung der Lebensqualität, die Erhöhung der Lebenserwartung, die Reduzierung der vermeidbaren, vorzeitigen Todesfälle und das Empowerment – die Befähigung von Individuen und Bevölkerungsgruppen zu mehr Selbstbestimmung und zu aktiver Gestaltung von Lebenskontexten.

- Programme müssen maßgeschneidert an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert sein. Dies setzt die Analyse der Bedürfnisse der Zielgruppen voraus.
- Jugendliche stellen eine besonders wichtige Zielgruppe dar. Sie sollten vor Beendigung der Schulpflicht noch einmal, z. B. in einem persönlichen Beratungsgespräch mit dem Schularzt/der Schulärztin, für einen gesunden Lebensstil sensibilisiert werden.
- Anreizsysteme (z. B. Mutter-Kind-Pass) stellen einen wichtigen Motivationsfaktor dar – aber Ethikproblem bei Bonus/Malussystem beachten!
- Beim Wettbewerb der Nationen ist gesunder Lebensstil auch ein Wettbewerbsvorteil (Standortfaktor).
- Geld für gesunden Lebensstil daher nicht nur aus dem Gesundheitssektor, sondern auch aus der Wirtschaft ansprechen.
- Gesundheitsförderung und Prävention stellen einen Wert dar – sie führen jedoch nicht zu Kosteneinsparungen!



## Arbeitsgruppe „SeniorInnen in Österreich“

### TeilnehmerInnen:

#### Name

Univ.-Prof. DDr. h.c. Gerhard S. BAROLIN  
Prim. Dr. Franz BÖHMER  
DI Dr. Otto Klaus BURGER  
Prim. Univ.-Doz. Dr. Peter FASCHING  
Univ.-Prof. Dr. Peter FISCHER  
Univ.-Prof. Dr. Christoph GISINGER  
Präs. Prim. Dr. Wolfgang GRISOLD  
Prof. Dr. Karl HABLIK  
Dieter JENNY  
Dr. Irene KLOIMÜLLER  
Prim. DDr. Marina KOJER  
Eva KÜRZL  
Hella MANGER-KOGLER  
Mag. Monika MAYER  
DDA & EMB Jutta MOLL  
Mag. Peter NOWAK  
Prim. Dr. Katharina PILS

#### Institution

Verband österreichischer Primärärzte/Kuratorium für ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung  
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien  
Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Wien  
Pflegeheim Baumgarten  
Allgemeines Krankenhaus/Klinik für Psychiatrie  
Haus der Barmherzigkeit  
Österreichische Gesellschaft für Neurologie  
IAP Sozialzentrum  
IBG-Österreich GesmbH  
Palliativgeriatriezentrum am Wienerwald  
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband  
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband  
ARGE Selbsthilfe Österreich, Selbsthilfe Kärnten  
Geriatrizentrum am Wienerwald  
Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie  
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien

## Vorsitz:

Prim. Univ.-Doz. Dr. Peter FASCHING

- 1987** Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde an der Universität Wien
- 1987–1993** Assistent an der 1. Med. Universitätsklinik Wien und an der Universitätsklinik III für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel
- 1993** Verleihung des Facharztdekretes für Innere Medizin, anschließend Verwendung als leitender Facharzt der Diabetes-, Lipid- und Endokrinen Hypertonieambulanz der Klinischen Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Universitätsklinik III für Innere Medizin
- 1996** Habilitation in „Innerer Medizin“ (Habilitationsthema: „Zur Genese und Therapie der Insulinresistenz bei Diabetes mellitus“) an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien
- 1997** Verleihung des Zusatzfacharztdekretes für Endokrinologie und Stoffwechsel
- Seit 1.1.1997** Vorstand der 3. Internen Abteilung mit Kurzzeitpflege des Geriatriezentrums Baumgarten, A-1140 Wien

### **Mitglied bei medizinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften:**

- Österreichische und Wiener Gesellschaft für Innere Medizin
- Österreichische Diabetesgesellschaft
- European Association for the Study of Diabetes (EASD)
- American Diabetes Association (ADA)
- Österreichische Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel
- Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE)
- Österreichische Gesellschaft für Nephrologie & Dialyse
- Österreichische Gesellschaft für Geriatrie & Gerontologie



## Bericht

### Organisation der Arbeitsgruppe:

Mag. Herta Rack, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

### Moderation der Workshops:

Dr. Irene Kloimüller, IBG Österreich GesmbH

Dieser Bericht wurde in zwei Workshops am 12. 2. 2002 und am 9.4.2002 jeweils von 13 Uhr–17.30 Uhr erarbeitet.

## Einleitung

Die **Arbeitsgruppe „SeniorInnen in Österreich“** setzte gemäß dem Auftrag des Staatssekretärs für Gesundheit, Herrn Univ.-Prof. Dr. Waneck, ihre bisherige Tätigkeit, welche im Rahmen der Gesundheitskonferenz im Mai 2001 präsentiert wurde, fort. Während anlässlich der Präsentation 2001 in erster Linie die zukünftigen Szenarien und Problemfelder im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik angesichts des stattfindenden demografischen Umbaus der Gesellschaft (steigende Lebenserwartung, prozentuelle Erhöhung des Anteils der über 65-Jährigen, der über 75-Jährigen und der über 85-Jährigen an der österreichischen Gesamtpopulation in den kommenden Jahrzehnten) diskutiert wurde, setzte sich die Arbeitsgruppe für das Jahr 2002 zum **Ziel, konkret umsetzbare Vorschläge für Neuerungen, Änderungen und Reformen im Gesundheits- und Sozialsystem betreffend der Versorgung der älteren Bevölkerung zu erarbeiten**. Der potentielle Zeithorizont für eine allfällige Realisierung der Vorschläge sollte nicht länger als eine Legislaturperiode sein.

Als praxisnaher Kristallisationskern bestehender Probleme im Bereich der medizinischen und sozialen Altenversorgung wurde das Thema **„Schnittstellenmanagement zwischen ambulantem und stationärem Bereich für chronisch Kranke bzw. Hochbetagte“** gewählt, da nach Aussagen betroffener PatientInnen, deren Verwandte und vieler in diesem Bereich tätigen Professionisten in diesem Spannungsfeld allfällige Mängel und Unzulänglichkeiten bzw. Inkongruenzen zwischen medizinischem und Sozialsystem am deutlichsten zutage treten und die unmittelbar Betroffenen in dieser Situation oft großen Leidensdruck und Hilflosigkeit zum Ausdruck bringen.

## Prozessablauf

Im Rahmen der ersten Sitzung am 12.2.2002 wurden in zwei Kleingruppen von den TeilnehmerInnen die ihrer Meinung nach wichtigsten Problemfelder bezüglich des Schnittstellenmanagements erarbeitet und präsentiert. Nach thematischer Zusammenfassung wurden in einem Ranking die **fünf wichtigsten Problemfelder** definiert (Reihenfolge nach der Wertigkeit):

1. **Angehörigenarbeit (inkl. Betreuung des sozialen Umfeldes)**
2. **Case-Management**
3. **Ausbildung der beteiligten Professionen (z. B. ÄrztInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen usw.)**
4. **Pflegeversicherung/Rehabilitationsversicherung (auf Solidarprinzip)**
5. **Gesundheitsversorgung/Prävention im Alter**

Zu den jeweiligen Problemfeldern wurden konkret bestehende Defizite oder dringende Verbesserungswünsche angeführt.

**Weitere Problemfelder**, die nicht unter die fünf dringlichsten Themenbereiche mittels Rankings fielen:

- Fehlende Qualitätsstandards (vor allem in Pflegeheimen und bei mobilen sozialen Diensten)
- Mangelnde Einbindung der SeniorInnen in die Seniorenarbeit
- Mangelnde Förderung der Kommunikation zwischen „Alt“ und „Jung“
- Problem des „Asylierungsparagraphen“ im ASVG
- Mangelnde Finanzierung medizinischer und rehabilitativer Leistungen in Langzeiteinrichtungen (z. B. Pflegeheimen, Geriatriezentren)
- Mangelnde Kostentransparenz erbrachter Leistungen im ambulanten oder stationären Pflegebereich
- Vermehrte Standardisierung der Verpflichtung der Länder laut § 15a zur Organisation der ambulanten und stationären Altersrehabilitation und Langzeitpflege

Die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe wurden ersucht, zu den fünf wichtigsten Themenbereichen konkrete, relativ kurzfristig umsetzbare Verbesserungs- und Reformvorschläge für die nächste Arbeitsgruppensitzung am 9.4.2002 vorzubereiten. Weiters herrscht Übereinstimmung, die Arbeitsgruppe offen für weitere TeilnehmerInnen zu halten, welche für die Bearbeitung der angesprochenen Themen relevante Fachbereiche und Berufsgruppen vertreten. Eine Kontaktaufnahme mit entsprechenden Personen und eine entsprechende Einbindung wurde mit Frau Mag. Rack vom BMSG abgesprochen.

## Ergebnisse

### Zu 1. Angehörigenarbeit:

Einhellige Meinung herrschte darüber, dass **betreuende Angehörige** oder Personen aus dem sozialen Umfeld in dieser wichtigen Aufgabe **vermehrt unterstützt, gefördert** (z. B. durch entsprechende Schulungen in Pflegeverrichtungen), **begleitet** (Möglichkeit zur Supervision) und **auch entlastet** werden müssen, um eine Überlastung der pflegenden Angehörigen und ein Burn-out zu vermeiden.

Als eines der wichtigsten Anliegen im Bereich des „Schnittstellenmanagements zwischen stationären und ambulanten Bereich“ wurde dabei eine möglichst **früh beginnende und intensive Kommunikation und Informationsaustausch** zwischen betreuender Einheit (z. B. Krankenhausabteilung) und sozialem Umfeld angesehen. Dabei sollte das weitere Procedere der betreuten und zu pflegenden Person abgeklärt werden.

Bei einem absehbaren Pflegebedarf nach Entlassung ist der Angehörige durch entsprechende **Schulungsmaßnahmen** (falls sie bzw. er in der Lage ist Teile der Pflege selbst zu übernehmen) und entsprechende **Information über die Beschaffung notwendiger Pflegemittel** adäquat vorzubereiten. Weiters muss sie bzw. er über

alternative Betreuungsmöglichkeiten, deren Zugang und Finanzierung ausreichend informiert werden.

**Für diese Aufgabe (in erster Linie im Krankenhaus) ist eine verantwortliche Funktionseinheit zu definieren (siehe Case-Management).** Diese Funktionseinheit hat die notwendigen vorbereitenden Maßnahmen zu koordinieren und dafür Sorge zu tragen, dass sie entsprechend ausgeführt werden (z. B. mittels Checklisten).

Das Informationsangebot hat auch die Bereitstellung entsprechender **Kontaktmöglichkeiten zu Selbsthilfegruppen** zu beinhalten bzw. Möglichkeiten einer eventuell gewünschten **Supervision** (z. B. psychologische Betreuung, Treffen in Gruppen pflegender Angehöriger) herzustellen.

Besonders betont wurde auch die Notwendigkeit, pflegenden und betreuenden Angehörigen **bedarfsgerechte Entlastungsmöglichkeiten** anzubieten. In diesem Zusammenhang wurde neben der ausreichenden Schaffung von „**Urlaubsbetten**“ oder „**SOS-Betten**“ im stationären Bereich auch die Bereitstellung von „**Tagesbetreuungsplätzen**“ oder „**Nachtbetreuungseinheiten**“ angeführt. Diese Betreuungsstätten sollten den betreuenden Angehörigen bei Bedarf die Möglichkeit eines Freiraums einräumen bzw. durch die Bereitstellung sowohl geriatrisch-medizinischer als auch fachpflegerischer Leistungen eine Erleichterung der Pflegesituation herbeiführen (z. B. Kontrolle der adäquaten Schmerztherapie, Stoffwechseleinstellung, Infektionsbehandlung bzw. große Körperpflege, Wundversorgung etc.).

In diesem Zusammenhang wird ein weiterer **Ausbau der rehabilitativen Angebote** (vor allem Physio- und Ergotherapie) im häuslichen und ambulanten Bereich, um das Verbleiben in der gewohnten Umgebung bei Vorhandensein sonst ausreichender Ressourcen zu ermöglichen, als wichtig erachtet.

Als ein **wesentliches Strukturproblem** wurde dabei erkannt, dass mit Ausnahme Wiens, wo etwa 6.000 kontinuierlich medizinisch betreute Langzeitbetten zur Verfügung stehen, in den anderen Bundesländern mit wenigen Ausnahmen eine **strikte Unterteilung in (Akut-)Krankenhausbetten und Pflegeheime** besteht. Dies führt sicherlich zu einer erhöhten Aufnahmefrequenz von chronisch Kranken und geriatrischen PatientInnen in Akutkrankenhäusern bei Exazerbation der chronischen Erkrankung oder kurzfristigen Pflegenotstand (z. B. Ausfall der Betreuung durch die Angehörigen durch eigene Erkrankung, Abwesenheit oder Überlastung).

Eine **Mischfinanzierung** (medizinische Leistung aus Krankenversicherung, Pflegeleistung aus dem sozialen Bereich, Unterbringung, Kost aus Eigenmitteln) derartiger „**Sonderkrankenanstalten für chronisch Kranke und besonders pflegebedürftige Menschen**“ könnte die Etablierung einer derartigen **Intermediärstufe zwischen reinem Pflegeheim und Akutkrankenhaus bundesweit** fördern. Abgesehen von einer patienten- und klientengerechteren Organisation der Betreuung (der chronische Patient bzw. die chronische Patientin kann immer wieder an der ihm/ihr bekannten Stelle aufgenommen und versorgt werden) sind in derartigen Intermediärbereichen medizinisch, pflegerische und soziale Leistungen ohne Qualitätseinbußen mit deutlich geringeren Tageskostensätzen als im Akutkrankenanstaltenbereich zu erbringen.

Davon unbenommen ist natürlich die Aufnahme chronisch kranker und betagter PatientInnen bei entsprechender Indikation (z. B. Operationsbedürftigkeit usw.) in eine entsprechende Akutkrankenhausabteilung.

**Die nach Meinung der Arbeitsgruppe notwendige Schaffung einer derartigen Intermediärstruktur im Schnittstellenbereich zwischen Medizin und Pflege scheidet derzeit im wesentlichen an der strikten Trennung der Finanzierung und Zuständigkeit von Gesundheits- und Sozialbudgets.** Für die Bewältigung kommender Herausforderungen durch das starke Ansteigen von chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen werden eine **ganzheitliche Sicht und auch entsprechende Finanzierungsmodelle für medizinische und soziale Bedürfnisse erforderlich** sein.

## Zu 2. Case-Management:

Wie im Punkt 1 „Angehörigenarbeit“ angeführt, wurde als eine der wesentlichen Schwachstellen das **Fehlen definierter Funktionseinheiten**, vor allem im Krankenhausbereich, erkannt, welche sich um eine rasch einsetzende, kontinuierlich den Aufenthalt der PatientInnen begleitende und **vernetzte interdisziplinäre Organisation** der Entlassungsvorbereitung kümmern („**Koordinierte Entlassung**“). Laut österreichischer und internationaler Studien **bedürfen etwa 15 bis 20 % aller stationären KrankenhauspatientInnen** auf Grund der komplexen medizinischen, pflegerischen und/oder sozialen Situation prinzipiell **eines derartigen Services**. Studien haben gezeigt, dass eine suffiziente Betreuung dieser PatientInnen inklusive Entlassungsvorbereitung dort stattfindet, wo definierte „Case-Manager“ auf Abteilungsebene oder abteilungsübergreifend in Krankenhäusern tätig sind. Prinzipiell dürfte sich nach Meinung der Arbeitsgruppe am ehesten **eine Person mit Grundausbildung als DGuKS und entsprechender Zusatzschulung** vor allem in psychologischen und sozialrechtlichen Fragestellungen dafür eignen, einerseits als KoordinatorIn der unterschiedlichen Bedürfnisse der PatientInnen und deren Angehörigen bzw. als VermittlerInnen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und dem intra- und extramuralen Bereich aufzutreten, da abgesehen von der pflegerischen Kompetenz auch medizinische und bei entsprechender Schulung soziale Problemstellungen erkannt und bearbeitet werden können. Natürlich kann diese Funktion nur in enger Kooperation und Absprache mit den behandelnden ÄrztInnen, den unmittelbar befassten Pflegepersonen, den dipl. TherapeutInnen und den SozialarbeiterInnen vor Ort erfolgen.

Die Schaffung dieser Funktionseinheiten in Krankenhäusern erscheint deshalb sinnvoll, da einerseits der sozialarbeiterische Dienst für spezielle pflegerische und medizinische Problemstellungen in vielen Fällen nicht ausreichend qualifiziert erscheint und andererseits die unmittelbar betreuende Ärzteschaft bzw. die Stationspflege üblicherweise nicht optimal über die organisatorischen Bedürfnisse einer komplexen Entlassungsvorbereitung informiert ist (z. B. Kontaktadressen, sozialrechtliche Rahmenbedingungen, AnsprechpartnerInnen für Genehmigung spezieller Ansuchen auf Pflegemittel). Derzeit ist keine ausreichende Zahl von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen in den einzelnen Krankenanstalten tätig, um diese Arbeitsaufgaben zusätzlich übernehmen zu können.

Die **Einrichtung eines Case-Managers** für die Organisation der Entlassung unter Einbindung aller medizinisch und pflegerisch befassten Fachleute sowohl im extra-

muralen als auch intramuralen Bereich ist daher wichtig. Dafür müsste aber auch genügend Personal (Kostendeckung) zur Verfügung gestellt werden, insbesondere dann, wenn es keine Angehörigen oder andere dem Pflegebedürftigen nahe Menschen gibt und dieser auf öffentliche Einrichtungen angewiesen ist. Derartige Fälle werden auch in Zukunft verstärkt zu betreuen sein.

**Diese Case-Manager sollten sicherstellen, dass ein pflegender Angehöriger ausreichend Information und Schulung bzw. Hilfestellung bei der Organisation der Anschlussbetreuung des betroffenen Patienten bekommt.** Weiters hat der Case-Manager entsprechende Kontakte mit nachbetreuenden Einheiten (z. B. extramurale Pflegedienste, Essensversorgung zu Hause, zuständiger sozialer Stützpunkt, betreuender Hausarzt) herzustellen.

Von der Organisationsstruktur her sollte der **Case-Manager** vom Krankenhausträger nach einem festzulegenden Schlüssel für eine gewisse Anzahl von Betten bereit gestellt werden. Die Leistung „**Case-Management**“ sollte in den erforderlichen etwa 15 bis 20 % **als Krankenhausleistung definiert**, ausgewiesen und nach LKF bepunktet werden (z. B. in Analogie zur Diabetesschulung). Dieses Case-Management müsste demnach definierten Qualitätskriterien entsprechen und hinsichtlich der Leistungserbringung überprüfbar sein (z. B. entsprechende Personalressourcen müssten bereit gestellt sein, um diese zusätzliche Leistung in Rechnung stellen zu können). **Ein Recht des betroffenen Patienten auf ein adäquates Case-Management könnte in Analogie zum Recht auf klinisch-psychologische Betreuung in Krankenanstalten gesetzlich festgeschrieben werden (z. B. Novelle zum KAG).**

Absehen von höherer Patientenzufriedenheit könnten für die Spitalsträger konkret auch Erleichterungen durch Verkürzung der Verweildauer und Reduktion von kurzfristigen Wiederaufnahmen durch adäquates Case-Management zu erwarten sein. Diese Konsequenzen kommen natürlich auch global dem Gesundheits- und Sozialsystem zugute.

Als eine **wichtige Funktion im Case-Management** wurde auch die **standardisierte und strukturierte Weitergabe und Übermittlung von notwendigen Befunden an nachbetreuende Stellen** erachtet. Ob diese Befundübermittlung (z. B. Arztbrief, Pflegebericht, Hilfsmittelverzeichnis usw.) mittels Papierunterlage (z. B. „Gesundheitsmappe“) oder mittels elektronischen Medien gewährleistet wird, ist von den jeweiligen Rahmenbedingungen abhängig. Die „**Gesundheitsmappe**“ (ein Modellvorhaben der Landessanitätsdirektion Steiermark) ist ein Instrument zur gebündelten Weitergabe von Gesundheitsdaten zur Verbesserung der Schnittstellenproblematik und zur Selbstbefähigung (Empowerment) der betroffenen Personen, deren Angehörigen und HelferInnen. Die Gesundheitsmappe sollen jene Personen/PatientInnen erhalten, bei welchen nach dem Krankenhausaufenthalt ein Pflege-, Behandlungs- und Hilfebedarf besteht. Der Inhalt der Gesundheitsmappe besteht aus: Arztbrief, Pflegebericht, Bericht der TherapeutInnen, Bericht der SozialarbeiterInnen, Bericht zur Hilfsmittelversorgung. Diese Mappe dient dem Informationstransfer zwischen Akutversorgung und dem extramuralen Versorgungssystem und sollte als fortlaufende Dokumentation auch bei der Wiederaufnahme im Krankenhaus Verwendung finden. Abgesehen von der elektronischen Befundübermittlung an nachbetreuende Stellen wurde auch an eine spätere Möglichkeit der Übermittlung notwendiger Befunde mittels „Chipkarte“ gedacht. In diesem Zusammenhang sei auf die Tätigkeit des Arbeitskreises „Gesundheitstelematik“ verwiesen.

Prinzipiell könnte sich durch die Schaffung der Funktionseinheiten Case-Management ein neues Berufsbild im Gesundheits- und Sozialbereich herausbilden. Prinzipiell sind Case-Manager sicherlich auch im extramuralen Bereich zur Organisation komplexer Betreuungssituationen erforderlich. Diese Case-Management-Situation kann natürlich auch bei entsprechender Organisation der engagierte Hausarzt bzw. die engagierte Hausärztin übernehmen.

### **Zu 3. Ausbildung der beteiligten Professionen (z. B. ÄrztInnen, Pflegeberufe, TherapeutInnen in definierten geriatrischen Fragestellungen):**

Die Ausbildung der beteiligten Professionen zählt neben anderen zu den Qualitätsstandards. In dieser Diskussion wird nachdrücklich von den TeilnehmerInnen **Qualitätsstandards in Pflegeheimen** eingefordert, um die notwendige Betreuungsqualität zu gewährleisten.

#### **3.1. Ärzteausbildung:**

Von einzelnen Mitgliedern der Arbeitsgruppe – vor allem aus dem ärztlichen Bereich – wurde neuerlich der dringliche Wunsch nach einer universitären Verankerung der Geriatrie laut („Lehrstuhl für Geriatrie und Gerontologie“). Bestrebungen zur Errichtung einer derartigen Lehrereinheit an der Universität Wien sind im Laufen, an den Fakultäten Graz und Innsbruck werden Überlegungen angestellt.

Die ärztliche Qualifikation sollte stufenweise vom Studierenden her aufgebaut werden:

**3.1.1. Vermehrt studentische Praktika und Bedside-Teaching in geriatrischen Einheiten** (wird im neuen Wiener Medizincurriculum bereits berücksichtigt).

**3.1.2. Verstärkte Ausbildung von TurnusärztInnen in geriatrischen Institutionen:** Es wurde dabei vor allem auch auf eine spezielle Ausbildung in geriatrischen Langzeitbereichen (Pflegeheimen und Geriatriezentren) hingewiesen, wobei in der Diskussion bemerkt wurde, dass in nicht kontinuierlich ärztlich betreuten Pflegeeinrichtungen ÄrztInnen ohne Jus practicandi ausschließlich unter Aufsicht des betreuenden Arztes für Allgemeinmedizin im Sinne einer Lehrpraxis tätig sein könnten. Die Absolvierung eines Teils des Turnus zum Arzt bzw. Ärztin für Allgemeinmedizin in der Lehrpraxis ist bisher bereits gesetzlich definiert, sollte jedoch um den Schwerpunkt Geriatrie (Pflegeheim) erweitert werden. Anrechenbare Ausbildungszeiten (zumindest 3 Monate) in kontinuierlich ärztlich betreuten Langzeiteinrichtungen (z. B. Sonderkrankenanstalten für chronisch Kranke, besonders Pflegebedürftige, Geriatriezentren der Stadt Wien) sollten verstärkt angeboten werden (derzeit laut Ärzteausbildungsordnung rechtlich schwierig). Wenn der schulende praktische Arzt bzw. Ärztin ein Pflegeheim mitbetreut, kämen auch Lehrpraxen in Frage.

**3.1.3. Weiterführende Ausbildung nach dem Jus practicandi:** Wünschenswerte Absolvierung des **Ärztammerdiploms für Geriatrie** (derzeit bereits etabliert), von manchen TeilnehmerInnen wurde **mehr Praxisnähe** der geriatricspezifischen Weiterbildung angeregt (z. B. mehrwöchiges Praktikum in entsprechender geriatrischer Einheit).

**Facharzt/Additiv-Facharzt für klinische Geriatrie:** Bisher liegt ein Antrag der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie für die Schaffung eines Additiv-Facharztes für Geriatrie, aufbauend auf den Sonderfächern Innere Medizin und Neurologie vor. Von der Österreichischen Ärztekammer wurde der Antrag vorläufig abgelehnt, da die Geriatrie prinzipiell als Domäne der Allgemeinmedizin betrachtet wurde. Auch die Fachgesellschaften für Innere Medizin und Neurologie verhalten sich derzeit zögerlich. Andererseits ist dieser Zusatzfacharzt als Qualifikationskriterium für die Leitung einer Abteilung oder eines Departements für Akutgeriatrie im österreichischen Krankenanstaltenplan festgeschrieben.

Als eventuelle Alternative bietet sich die Schaffung eines eigenen Sonderfaches für Geriatrie an, welches nach einer gewissen Übergangsfrist nur nach einem bestimmten Ausbildungscurriculum (mindestens 6 Jahre zusammengesetzt aus innerer Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie und physikalischer Medizin) erworben werden könnte.

Abschließend wurde festgehalten, dass aufgrund des fächerübergreifenden Aspektes der Geriatrie dem Allgemeinmediziner bzw. der Allgemeinmedizinerin eine bedeutende Rolle zukommt, da er bzw. sie als Hausarzt/Hausärztin Familien – vom Kind bis ins hohe Alter – betreut.

### 3.2. Ausbildung der Pflegeberufe:

Von einigen VertreterInnen der Pflegeberufe wird die **Schaffung einer Sonderausbildung „Geriatripflege gem. GuKG § 63“** sowie eine bundeseinheitlich geregelte Weiterbildung gem GuKG § 64 insbesondere für Geriatrische Pflege und Gerontopsychiatrie und Palliativpflege angeregt. Diese Sonderausbildung sollte aber berufsbegleitend erfolgen, damit keine allzu lange Absenzzzeit an den jeweiligen Arbeitsplätzen anfällt, und diese Ausbildung sollte in erster Linie bereits in der Geriatrie tätige Pflegepersonen betreffen. Das Ziel dieser Initiative ist einerseits eine Hebung der geriatricspezifischen Qualifikation in der Pflege (z. B. reaktivierende Pflege, Validation, Umgang mit verhaltensauffälligen Personen und dementen PatientInnen, geriatrierelevante Pflegeprobleme usw.) und andererseits das Image der in der Geriatrie tätigen Pflegepersonen heben. Durch diese Sonderausbildung sollen die Arbeitsbedingungen im Pflegealltag verbessert werden und damit die Möglichkeit schaffen, dass wieder vermehrt jüngere Pflegepersonen diese Tätigkeit ausüben.

Weiters wird diskutiert, dass eine verbesserte und spezifische Ausbildung unmittelbar von einer gleichzeitigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen (bessere Bezahlung, bessere Personalausstattung) begleitet werden muss, um bei gesteigener Qualifikation einer Unzufriedenheit vorzubeugen, welche zu vermehrter Fluktuation und Abwanderung aus dem Beruf führen kann. Generell wird in stationären geriatrischen Einrichtungen ein eklatanter Mangel an diplomierten und undiplomierten Pflegepersonen in der Altenbetreuung festgestellt. Abgesehen von der Qualifikation, einer **verbesserten Arbeitssituation durch vermehrten Personaleinsatz und eventuell höherer Bezahlung sollte eine bundesweite PR-Kampagne zur Hebung des Image der Altenpflege und zum vermehrten Zustrom in diesem Bereich initiiert werden.** Eine beispielhafte Initiative wurde im Frühjahr 2002 in Wien ins Leben gerufen.

Weitgehende Einigkeit herrschte darin, dass es nicht zielführend sein würde, vermehrt niedrig qualifizierte und angelernte Personen in der Altenpflege zu beschäftigen, da dadurch sowohl die Qualität der Betreuung als auch die Arbeitsbedingungen für höher qualifiziertes Personal leiden würden. Andererseits scheint dies der einzige Weg bei drohendem Mangel an qualifiziertem und diplomiertem Altenpflegepersonal zu sein, um die pflegerische Betreuung überhaupt aufrecht zu erhalten.

In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Erstellung bundesweit einheitlicher Qualitätskriterien für stationäre und ambulante Altenpflege hingewiesen.

#### **Zu 4. Pflegeversicherung/Rehabilitationsversicherung (auf Solidaritätsprinzip):**

Auf Grund von Zeitproblemen konnte dieser Punkt von der Arbeitsgruppe nur kurz gestreift werden. Bezüglich des derzeit gültigen Bundespflegegesetzes wurde erörtert, dass eine vom BMSG in Auftrag gegebene Studie belegt, dass der überwiegende Teil der Pflegegeldes (97 %) widmungsgerecht verwendet wird. Von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe wurde angeregt, den Bedürfnissen dementer PatientInnen (Bedarf nach dauernder Aufsicht) in der Zuerkennung des Bundespflegegeldes mehr Berücksichtigung einzuräumen.

Weiters wurde diskutiert, **Pflegefachkräfte** zur Feststellung des Pflegebedarfes im Rahmen der PflegegeldEinstufung einzusetzen (Pflegebedarf ist nicht von der Diagnose abhängig). Zu diesem Punkt wird seitens des BMSG klargestellt, dass eine Begutachtung durch Pflegefachkräfte **nicht** zulässig sei, da im Gesetzestext als Grundlage zur Einstufung des Pflegebedarfes ein **ärztliches Sachverständigengutachten** vorgesehen ist.

Festgehalten wurde, dass das Bundespflegegeldgesetz in der derzeitigen Form in erster Linie als öffentliche Unterstützungsleistung für den Grundpflegebedarf und nicht zur finanziellen Abdeckung aller Bedürfnisse betreuungsbedürftiger Menschen gedacht ist. Weiters wurde festgestellt, dass seit Einführung des Bundespflegegesetzes keine entsprechende Inflationsabgeltung (Valorisierung) durchgeführt wurde und demnach die durch das Pflegegeld abgedeckten Pflegeleistungen immer weniger werden.

In diesem Zusammenhang wurde von einigen TeilnehmerInnen darauf hingewiesen, dass zur Aufrechterhaltung der Finanzierung der in Zukunft deutlich ansteigenden Pflegebedürfnisse neue Vorsorgemodelle angedacht werden müssen. Eine reine Finanzierung aus dem Steueraufkommen wie bisher scheint an ihre Grenzen zu kommen. **Vorsorgemodelle (im Sinne einer Pflege- und Rehabilitationsversicherung auch für Altersrehabilitation) auf Solidaritätsbasis bzw. unter Förderung der Eigenvorsorge erscheinen in diesem Zusammenhang gefragt.** Diese Problematik sollte in den nächsten Jahren öffentlich diskutiert werden.

#### **Zu 5. Gesundheitsvorsorge/Prävention im Alter:**

Aufbauend auf einem Impulsreferat von Frau Prim. Dr. Pils wurde das Ziel von Vorsorgeprogrammen für alternde Menschen von „Healthy aging“ in „**Active aging**“ umgewandelt.



„**Active aging**“ umfasst eine breite Palette von Maßnahmen, die den Alterungsprozess von Menschen begleiten sollen. Angeführt wurde eine **altersgerechte Integration in das Berufsleben** (Abkehr vom Drang zur Frühpensionierung) eine **sinnvolle Aufgabenstellung in der Gesellschaft** (z. B. durch Übernahme von sozialen Aufgaben), die Ermöglichung einer möglichst großen **Flexibilität** (Bereitstellung adäquater öffentlicher Verkehrsmittel) und größtmöglicher **Sicherheit** (Bereitstellung sicherer, altersgerechter Unterkünfte). Bezüglich der Wohnbauförderung wurde angeregt, auch die Wohnbauförderung privater Wohneinrichtungen an den Bau „alters- und behindertengerechter“ Wohnungen und Häuser zu binden (z. B. Sanitäreinrichtungen, Stiegeein-/aufgänge usw.).

**Wesentliche Maßnahmen für „active aging“ aus medizinischer Sicht sind**

1. **regelmäßige körperliche Aktivität,**
2. **Vermeidung bzw. Abbau von Übergewicht,**
3. **Reduktion oder Karenz von Nikotinabusus.**

Diese drei Ziele treffen sich prinzipiell mit dem Anliegen gesundheitsfördernder PR-Aktivitäten des Bundesministeriums. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Arbeitsgruppe „Gesunder Lebensstil“ verwiesen. Auch eine andere Arbeitsgruppe im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen zum Thema „Männergesundheit“ unter Leitung von Dir. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Krepler hat sich für die Zukunft PR-Aktivitäten vor allem auch zum Nikotinabusus vorgenommen.

Als weitere Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge werden erwähnt:

1. **Präventionsmaßnahmen gegen soziale Isolierung im Alter**
2. **Aktivierung und Mobilisierung im Alter (inkl. kognitiven Trainingsangeboten)**
3. **Sicherheit (Sturzprophylaxe, Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen)**

Als weitere **zu fördernde Bereiche** wurden **adäquate altersgerechte Ernährung** angesehen, wobei in diesem Zusammenhang auch eine adäquate **altersgerechte Versorgung durch Großküchen** diskutiert wurde. Diesbezüglich wurde berichtet, dass **praxisgerechte Richtlinien** für die Ernährung von Älteren und Hochbetagten von einer Arbeitsgruppe der diplomierten DiätassistentInnen und ernährungsmedizinischen BeraterInnen ausgearbeitet und derzeit zur Veröffentlichung vorbereitet werden. **Das BMSG könnte bei der Verbreitung dieser Richtlinien Hilfestellung leisten.**

Besonders herausgegriffen wurde auch die **Notwendigkeit der Förderung von Impfkationen** gegen Infektionserkrankungen, die vor allem im höheren Lebensalter eine besondere Rolle spielen (**Grippe- und Pneumokokken-Impfung**). Entsprechende **Aufklärungs- und PR-Programme bzw. die Übernahme dieser beiden Impfungen durch die Krankenversicherung bei älteren Patienten** wurden gefordert. Zudem wurde auch auf die in Zukunft erhöhte Gefahr einer Verbreitung von fast ausgestorbenen geglaubten Erkrankungen wie TBC bei alten und immungeschwächten PatientInnen hingewiesen.

## Weitere Prozessstruktur der Arbeitsgruppe

Im Resümee der Sitzung wurde das von den TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe beabsichtigte weitere Vorgehen diskutiert. **Der Leiter der Arbeitsgruppe meinte, dass aus seiner Sicht erforderlich sei, für die Fortsetzung der Arbeitsgruppe einen konkreten Auftrag des Gesundheitsstaatssekretariats zur weiteren vertiefenden Bearbeitung eines konkreten Vorschlages zu erhalten.** Diesbezüglich müsste aber auch ein konkreter politischer Wunsch zur Umsetzung und Realisierung des Vorschlages gegeben sein. Ein entsprechendes Feedback könnte sich aus dem ursprünglich in Aussicht gestellten direkten Gesprächen der Arbeitsgruppenleiter mit dem Staatssekretär ergeben.

**Prof. Dr. Barolin** meint, dass das ganze bisherige Unternehmen wenig konkreten Ausfluss habe, wenn es mit der Gesundheitskonferenz beendet sei. Der Arbeitskreis solle initiativ den Staatssekretär ersuchen, einen **SeniorInnen-Beirat** in Fortsetzung des Arbeitskreises zu institutionalisieren. Hauptanliegen dieses Beirates sollten sein:

1. Organisation einer **Altersrehabilitations-Versicherung**
2. Bindende Festlegung gewisser **Strukturqualitätsnormen und Prozessqualitätsnormen der Alters- und Pflegeheime**
3. Institutionalisierung eines **neurologischen Rehabilitationsdienstes**, wie er in Vorarlberg (nach Initiierung durch Dr. Barolin) seit Jahren gut funktioniert
4. Einbringung neuer wesentlicher Gesichtspunkte für das Gesundheitsstaatssekretariat aus der **wissenschaftlichen Entwicklung und den Evaluationen des Bisherigen**

## Arbeitsgruppe „Medizinischer Fortschritt“ Thema: Medizinische Irrtümer

### TeilnehmerInnen:

#### Name

DIERICH, Univ.-Prof. Dr. Manfred  
GRABNER, Mag. Sabine  
GROSSBICHLER, Renate  
HARTL, Dr. Hubert  
HAUSHOFER, OA Dr. Alexander Ch.  
KALHS, Univ.-Prof. Dr. Peter  
KOGELBAUER, Vizepräs. OA Dr. Gabriele  
LECHNER, Prof. Dr. Klaus  
LOBNIG, Mag. Dr. Hubert  
MAGISTRIS, Dr. Brigitte  
PATEISKY, Univ.-Prof. Dr. Norbert  
QUITTAN, Univ.-Prof. Dr. Michael  
WATZKE, Univ.-Prof. Dr. Herbert

#### Institution

Universität Innsbruck, Institut für Hygiene  
BMSG/III/2a  
Präsidentin des Österr. Hebammengremiums  
Büro des Herrn Staatssekretärs – BMSG  
Krankenhaus St. Pölten/Institut f. Laboratoriumsmedizin  
Allgemeines Krankenhaus, Univ.-Klinik f. Innere Medizin  
Österr. Ärztekammer  
Univ.Klinik f. Innere Medizin I  
Lemon Consulting Lobnig & Untermarzoner OEG  
BMSG/VIII/B/1  
Universitäts-Frauenklinik Wien  
Stv. Vorstand der Univ.-Klinik f. physikalische Medizin und  
Rehabilitation  
AKH – Abt. für Hämatologie-Hämostaseologie

## Vorsitz:

Univ.-Prof. Dr. Norbert PATEISKY

- 1977** Promotion  
Nach der Ausbildung zum praktischen Arzt Eintritt an der I. Univ.-Frauenklinik Wien.  
Im Rahmen der wissenschaftlichen Laufbahn Studienaufenthalte in England und Kanada.
- 1988** Nach der Erlangung des Facharztdekretes folgte die Habilitation für das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe.
- 1993** Verleihung der o.a. Professur an der Wiener medizinischen Fakultät. Den Schwerpunkt der klinisch-medizinischen Tätigkeit bildeten Forschungsarbeiten im Rahmen der gynäkologischen Onkologie und der Geburtshilfe.
- Seit 1990** Intensive theoretische und praktische Beschäftigung mit den Themen Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung.  
Ausbildung zum geprüften „Qualitätsmanager im Gesundheitswesen“. Seither funktionell als Qualitätsmanager der Abt. f. Geburtshilfe und Frauenheilkunde an der Univ. Frauenklinik Wien tätig.  
Mitglied der Qualitätssicherungskommission des AKH Wien.
- 1994–1996** Präsident der Arbeitsgemeinschaft f. Endoskopie in Gynäkologie und Geburtshilfe
- 1998–1999** Sekretär der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- 2000–2003** Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Mitglied des Beirates des ÖBIG (Österr. Bundesinstitut für Gesundheitswesen)

## Die Präsentation der Ergebnisse der Arbeitsgruppe erfolgt durch

OSR Univ.-Prof. Dr. Manfred DIERICH  
Vorstand des Instituts für Hygiene der Universität Innsbruck

## Bericht

Als Thema für die Diskussionen der AG Medizinischer Fortschritt im Jahr 2002 hat der Vorsitzende **Prof. Dr. Pateisky** ein durchaus aktuelles, aber auch sehr brisantes Thema, nämlich „Medical Errors“ vorgeschlagen.

Auf Basis seines Impulsreferates zur Einleitung in das Thema führte der interdisziplinär zusammengesetzte Teilnehmerkreis eine 1. Diskussionsrunde, in welcher jene Bereiche angesprochen wurden, die einer vertieften Auseinandersetzung bedürfen. Stichwortartig waren dies folgende:

- Abgrenzung adverse events, medical errors, near misses
- „echte“ Fehler versus Meinungsverschiedenheiten
- systemische Fehler versus individuelle Fehler
- Fragen der Dokumentation und Kommunikation
- Definition von Fallgruppen/Fällen
- Umgang mit Fehlern: im Hinblick auf versicherungsrechtl. Aspekte, im Hinblick auf Sanktionierung durch Vorgesetzte, in bezug auf den allgemeinen Umgang mit MitarbeiterInnen
- Wie können Fehler verhindert werden? Ansätze dazu interdisziplinäre Gespräche, Beziehung von Konsiliarii bei speziellen Fragen
- Definition von Verantwortlichkeiten der handelnden Personen und Abgrenzungsfragen

In den weiteren Diskussionen wurden sowohl Schwierigkeiten als auch Chancen bei der Behandlung dieses Themas sehr deutlich. Es soll nicht verschwiegen werden, dass einige AG-Mitglieder zu gewissen Zeiten die Sinnhaftigkeit der Weiterführung der Arbeiten in Frage stellten. Dies v.a. wegen der möglichen für die Medizin per se damit verbundenen kontraproduktiven Auswirkungen und der Gefährdung des Vertrauens der PatientInnen in die medizinische Versorgung und die Gesundheitsberufe. Es wurde jedoch beschlossen, am Thema weiter zu arbeiten.

In einer Phase wurde die Bearbeitung des Themas anhand einer Auflistung bereits bestehender Good Clinical Practice-Dokumentationen, Durchführung von Einzelfallanalysen und Studien erwogen.

Viel Raum wurde auch dem Versuch gewidmet, eine Definition des Begriffes „Medizinischer Irrtum“ zu erarbeiten, nachdem dies für viele Teilnehmer eine wesentliche Grundlage für weiterführende Überlegungen darstellte. Ein für alle Beteiligten befriedigendes Ergebnis konnte jedoch nicht erzielt werden.

Einig waren sich die AG-Teilnehmer darüber, dass auch in der Medizin, wie in jedem anderen Tätigkeitsbereich, Fehler passieren, die nachteilige Auswirkungen auf die PatientInnen haben und bei Vorhandensein entsprechender Sicherheitselemente im medizinischen Alltag vermieden werden können.

Es wurde ansatzweise versucht, die Bereiche aufzulisten, die mit Schuld am Entstehen von Fehlern haben bzw. haben können. Dabei wurden u.a. mangelnde oder schlechte Kommunikation bzw. das Fehlen von Checklist, Standards und Guidelines in manchen Bereichen hervorgehoben.

Als für die weiteren Diskussionen sehr nützlich erwies sich ein Dokument des Robert-Koch-Institutes zu „Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland“.

Das Ergebnis der Beratungen in der Arbeitsgruppe ist der Vorschlag zur Durchführung einer Studie zu „Medizinischen Behandlungsfehlern in Österreich“.

Orientieren soll sich diese Studie an den im Dokument des Robert-Koch-Institutes zu „Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland“ definierten 5 Teilbereichen sowie spezifischen weiteren Aspekten (z. B. Arbeitszeitregelung für Ärzte in Österreich, bestehende gesetzlichen Vorschriften zu Dokumentations-/Meldepflichten von Behandlungsfehlern).

Die Arbeitsgruppe schlägt weiters vor, dass sie das Studienprojekt als Steering-Committee begleitet.

## II. THEMENKREIS: NATIONALER GESUNDHEITSPLAN

### Selbsthilfe im österreichischen Gesundheitswesen: nationale Umsetzung erfolgreich!

Mag. Monika MAIER  
Sprecherin der ArGe Selbsthilfe Österreich

Obwohl hinter dem Titel meines Referates ein Rufzeichen steht, kann ich ihnen keine fertige Erfolgsstory anbieten. Die Implementierung der Selbsthilfe in das Gesundheitswesen ist als Prozess zu sehen, der angestoßen wurde, aber noch lange nicht abgeschlossen ist.

Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen notwendig sind, um die Selbsthilfe im Gesundheitswesen zu verankern und welchen Beitrag die ArGe Selbsthilfe Österreich als Zusammenschluss von themenübergreifenden Selbsthilfe-Dachverbänden und Selbsthilfe-Kontaktstellen dazu leisten kann, werden die Schwerpunkte meiner Ausführungen bilden.

### Der Begriff Selbsthilfe als Handlungsgrundlage für Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen

Bevor ich aber konkret auf die nationale Umsetzung der Selbsthilfe im Gesundheitswesen eingehe, erscheint es mir wichtig aufzuzeigen, wie der Begriff **Selbsthilfe** in den Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen als Handlungsgrundlage verwendet wird. Dieser Exkurs ist notwendig, da der Begriff Selbsthilfe in den unterschiedlichsten Zusammenhängen gebraucht und oft auch missbraucht wird.

Selbsthilfe ist ein Prozess, der durch erlebte Defizite vor allem im physischen, psychischen und sozialen Bereich und durch persönliches Leid angeregt wird. Selbsthilfegruppen sind eine Antwort auf diesen Prozess. Menschen schließen sich mit Betroffenen, die unter vergleichbaren Belastungen leiden, zusammen, um ihre Situation zu verbessern.

Die steigende Zahl an Selbsthilfegruppen zeigt, dass für immer mehr chronisch kranke und behinderte Menschen die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ein Weg ist, um das Leben mit der Krankheit so gut wie möglich zu erlernen und so trotz der schwierigen Situation auch wieder mehr Lebensqualität zu haben. Die Diagnose einer schwerwiegenden Gesundheitsstörung ist natürlich ein Schockerlebnis und die Betroffenen und auch die Angehörigen müssen das Leben mit der Krankheit in einem langen und oft schmerzhaften Prozess erst erlernen. Dieser Lernprozess kann durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe positiv beeinflusst werden. An die Stelle von Resignation, Verleugnung und gesellschaftlicher Isolation, die als zusätzliche Krankheitsrisikofaktoren wirken, tritt Aktivität, das Sprechen über Ängste und Belastungen, Enttabuisierung von Krankheiten und selbstbestimmter Umgang mit einer schwierigen Situation, Krankheit oder Behinderung.

In der allgemeinen Diskussion zum Thema Selbsthilfe wird meist undifferenziert von Selbsthilfegruppen gesprochen. Die Selbsthilfe im Gesundheitsbereich ist aber durch

unterschiedliche Organisationsstrukturen und Zielsetzungen gekennzeichnet, z. B. Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Selbsthilfegruppen sind lose Zusammenschlüsse von Betroffenen, die primär eine Veränderung ihrer persönlichen Lebenssituation anstreben, d.h., die Aktivitäten sind meist nach innen orientiert.

Je vielfältiger und umfangreicher die Aktivitäten der Selbsthilfegruppe werden, um so mehr Organisationsstruktur ist notwendig. Selbsthilfeorganisationen sind vereinsmäßig organisierte Zusammenschlüsse, deren Aktivitäten vielfach auch nach außen orientiert sind, d.h. Interessenvertretung der Betroffenen, Einflussnahme auf die Gesundheits- und Sozialpolitik und die Versorgung.

Die Einteilung in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen ist freilich eine Vereinfachung, die nur zur groben Orientierung dienen kann. In der Praxis gibt es zahlreiche Mischformen und Übergänge. Ich werde mich in meinen nachfolgenden Ausführungen auf den Begriff Selbsthilfegruppen beschränken und den Begriff Selbsthilfeorganisationen nur dann verwenden, wenn eine Differenzierung unbedingt notwendig erscheint.

## **Selbsthilfe hat einen hohen Stellenwert im Gesundheitswesen**

Der Stellenwert von Selbsthilfegruppen ist – gerade, wenn es um die Krankheitsbewältigung geht –, unbestritten hoch und durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt. Nicht zuletzt auch in der österreichischen Studie „**Wirkungen von Selbsthilfegruppen auf Persönlichkeit und Lebensqualität**“, die 1999 von Univ.-Prof. Dr. Herbert Janig (Universität Klagenfurt) im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich durchgeführt wurde.

Selbsthilfe wird als fester und bedeutender Bestandteil des Gesundheitssystems gesehen. Sie nimmt Aufgaben wahr, welche die professionellen Angebote der medizinischen Versorgung in vielfältiger und wirksamer Weise ergänzen. Grundlage der Selbsthilfearbeit ist dabei das aus Krankheit/Behinderung gewonnene Erfahrungswissen der Betroffenen, die sich in der Selbsthilfe engagieren. Deren Arbeit ist durch professionelle Akteure des Gesundheitswesens nicht zu ersetzen.

Die in der Selbsthilfe erbrachten Leistungen erfüllen qualitativ wichtige Funktionen auf der Ebene unmittelbarer psychosozialer Hilfestellungen, der alltäglichen Lebensbewältigung und der eigenen Interessenvertretung. In diesem Bereich ist die Selbsthilfe mit ihrem Erfahrungswissen dem medizinischen Fachwissen oft überlegen.

Die Erwartungen, die in die Selbsthilfe gesetzt werden, sind hoch, setzen aber die Anerkennung der eigenständigen Rolle der Selbsthilfe voraus und benötigen verbindliche Rahmenbedingungen auch auf gesetzlicher Ebene.

## **Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen in den Bundesländern tragen zur Stärkung der Selbsthilfe bei**

Die Erkenntnis, dass Selbsthilfegruppen für ihre Aktivitäten einen Rahmen brauchen, der ihnen eine effektive und kontinuierliche Arbeit ermöglicht, hat dazu geführt, dass sich in den Bundesländern seit Ende der achtziger Jahre zwei Unterstützungsmodelle entwickelt haben: **Selbsthilfe-Dachverbände** bzw. **Selbsthilfe-Kontaktstellen**.



Bei einem Selbsthilfe-Dachverband handelt es sich um einen Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen in einem Bundesland nach dem Vereinsgesetz mit einem meist ehrenamtlichen Vorstand, der sich aus VertreterInnen einzelner Selbsthilfegruppen zusammensetzt, und hauptamtlichen MitarbeiterInnen.

Selbsthilfe-Kontaktstellen haben entweder eine Trägerorganisation, deren Hauptzweck nicht nur auf die Selbsthilfeunterstützung ausgerichtet ist, oder sie sind innerhalb von Stadtmagistraten im Rahmen der Gesundheits- und Sozialreferate eingerichtet.

In den nachfolgenden Ausführungen werden beide Modelle – Selbsthilfe-Dachverbände und Selbsthilfe-Kontaktstellen – als Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen bezeichnet, da zum Aufgabenbereich beider Modelle die Unterstützung und Stabilisierung der Selbsthilfeaktivitäten gehören.

Die Voraussetzungen zur Entwicklung und fachlichen Stabilisierung der Arbeit von Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich bzw. gar nicht vorhanden, wie z. B. im Burgenland.

Das liegt zum einen an unterschiedlichen regionalen Traditionen, zum anderen aber auch daran, dass es keine koordinierte und aufeinander abgestimmte Selbsthilfe-Förderpolitik gibt. Das führt dazu, dass die Förderung unzureichend ist und dem noch immer wachsenden Bedarf an Selbsthilfe-Unterstützung nicht entspricht. Ziel einer angemessenen Förderpolitik sollte eine auf Dauer und vertraglich gesicherte Finanzierung sein.

Trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen, sind die einzelnen Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen auf Landesebene relativ gut etabliert, und die Praxis zeigt, dass gut funktionierende Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen in den Bundesländern zum einen ganz wesentlich zur Stärkung der Selbsthilfe beitragen und zum anderen eine Voraussetzung dafür sind, dass die nationale Umsetzung der Selbsthilfe im Gesundheitswesen erfolgreich weitergeführt werden kann. Eine Forderung ist daher, die professionelle Selbsthilfeunterstützung durch themenübergreifende Selbsthilfe-Dachverbände in allen Bundesländern zu forcieren bzw. auszubauen.

## Über 1000 Selbsthilfegruppen und -organisationen haben ein gemeinsames Sprachrohr!

Im Jänner 2000 haben sich Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen Österreichs zu einer Arbeitsgemeinschaft – der **ArGe Selbsthilfe Österreich** – geschlossen. Grund dafür war nicht, eine weitere Spezialisierung und Ausdifferenzierung voranzutreiben, sondern eine Stärkung, Qualifizierung und Bündelung der Ressourcen in der Selbsthilfe zu erreichen. Das setzt aber sowohl bei den einzelnen Selbsthilfegruppen als auch bei den Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen neue Sicht- und Handlungsweisen, wie z. B. die Verknüpfung von Fach- und Erfahrungswissen, voraus. Wenn das gelingt, haben weit über 1000 Selbsthilfegruppen in ganz Österreich durch die ArGe Selbsthilfe Österreich ein gemeinsames Sprachrohr. Aufgabe der ArGe Selbsthilfe Österreich wird es sein, die Anliegen und Interessen der einzelnen Selbsthilfegruppen in den Bundesländern zu sammeln, zu bündeln und in den entsprechenden Gremien auf Bundesebene einzubringen. Die ArGe Selbsthilfe

Österreich ist z. B. auch im Sozial- und Gesundheitsforum Österreichs im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger vertreten, um selbsthilferelevante Themen einzubringen.

## **Die ArGe Selbsthilfe Österreich ist eine „lernende Organisation“**

Die ArGe Selbsthilfe Österreich versteht sich als „lernende Organisation“, d.h., die Arbeitsschwerpunkte werden ganz wesentlich von den Bedürfnissen und Anliegen der einzelnen Selbsthilfegruppen beeinflusst. Das erfordert eine laufende und aktive Anpassung an sich wandelnde Normen und Strukturen, Problemlagen und Bedürfnisse. Daher ist das Konzept der ArGe Selbsthilfe Österreich auch durch einen offenen Handlungsrahmen gekennzeichnet, der eine gute Balance zwischen zielgerichteter Planung und situationsangemessener Flexibilität ermöglicht.

## **Verankerung der Selbsthilfe im Gesundheitswesen**

Ein Anliegen der ArGe Selbsthilfe Österreich ist die Verankerung der Selbsthilfe in das Sozial- und Gesundheitswesen. Das soll erreicht werden, indem die Selbsthilfearbeit und die Wirkung von Selbsthilfegruppen sichtbar gemacht wird und die Mitwirkungsmöglichkeiten und die Vertretung von Interessen der Selbsthilfe gefördert wird. Beides kann z. B. durch eine jährliche Selbsthilfe-Enquete, die jeweils in einem anderen Bundesland durchgeführt wird, erreicht werden.

Ein weiterer Aspekt ist die stärkere Einbeziehung der Selbsthilfe in die Planung und den Ausbau des Angebotes gesundheitlicher Leistungen und Dienste. Die Selbsthilfe – vor allem im Behindertenbereich – hat ja bereits vielfach unter Beweis gestellt, dass die in den Gruppen über Jahre hinweg gesammelten Erfahrungen eine fast unerschöpfliche und jedenfalls unverzichtbare Quelle nicht nur zur Feststellung von Qualitätsmängeln im Gesundheitswesen, sondern auch zur Entwicklung von bedarfsorientierten Alternativen sind. Die Erfahrung zeigt, dass dieses Wissen oft nicht genutzt wird, weil der Zugang zu diesem Erfahrungswissen oft nur sehr schwer möglich ist. Aufgabe der ArGe Selbsthilfe Österreich wird es sein, als Schnittstelle zwischen dem Selbsthilfebereich und dem professionellen Bereich den Kontakt herzustellen und die Beteiligung zu ermöglichen. Ob die Beteiligung ergänzend, mitbestimmend oder entscheidend sein soll, ist im Diskussionsprozess noch zu klären.

## **Selbsthilfe hat keine Lobby!**

Das Gesundheitswesen ist fast ausschließlich anbieterorientiert; ÄrztInnen, andere Gesundheitsberufe, Sozialversicherungsträger – sie alle haben mächtige Interessenvertretungen, während die Konsumentenseite – die Betroffenen – allenfalls in der organisierten Selbsthilfe ihre Interessenvertretung findet. Die ArGe Selbsthilfe Österreich wird sich daher bemühen, die Rolle der Selbsthilfe als eine gewollt parteiliche und zugleich unabhängige Orientierungshilfe für die Patienteninteressen im komplizierten und spezialisierten Versorgungssystem auszubauen. Das Ergebnis dieser Bemühungen wären zum einen partizipative Entscheidungsstrukturen und zum anderen eine verstärkte NutzerInnenorientierung, also eine neue Beziehung von ExpertInnen und Betroffenen, die durch ein partnerschaftliches Verhältnis gekennzeichnet ist.

## Die Professionalisierung der Selbsthilfe wird fortschreiten!

Die Entwicklung der letzten Jahre hat gezeigt, dass die Integration der Selbsthilfe in das Gesundheitswesen die Selbsthilfearbeit verändert. Der Prozess der Professionalisierung ist in vielen Bereichen der Selbsthilfe schon weit fortgeschritten und die bisherigen Grenzen zwischen Selbsthilfe und professionellem Bereich lösen sich zusehends auf. Es besteht die Gefahr, dass Selbsthilfegruppen in das von Fremdhilfe bestimmte Versorgungssystem eingebaut werden – allerdings verbunden mit dem Gewinn von Anerkennung und manchmal auch finanzieller Ausstattung. Selbsthilfegruppen, die den Weg in das professionelle Versorgungssystem beschreiten, orientieren sich dann oft an professionellen Standards, beginnen sich selbst daran zu messen und irgendwann werden sie auch von außen daran gemessen. Dann droht der Verlust der eigenen Qualität der Selbsthilfe, die darin liegt, dass die Betroffenen ihre Aktivitäten nach ihren subjektiven Möglichkeiten und Zielen selbst gestalten. Die Professionalität von Selbsthilfegruppen ist im Erfahrungswissen begründet, das als Expertenwissen zu sehen und zu werten ist. Mit Professionalität in dem auf Fremdhilfe aufgebauten Versorgungssystem ist gemeint, dass die Tätigkeit als Beruf ausgeübt wird bzw. von ExpertInnen benutzt und von Hilfesuchenden konsumiert werden kann.

Die ArGe Selbsthilfe Österreich wird sich zukünftig im Rahmen der Qualitätssicherung eingehend mit der Frage auseinandersetzen, wie die Selbsthilfe ihren ursprünglichen Charakter – der vor allem durch die gegenseitige Unterstützung und das Engagement selbst Betroffener gekennzeichnet ist – bewahren und gleichzeitig eine Weiterentwicklung entsprechend dem gestiegenen Stellenwert und den erweiterten Aufgabenbereichen gewährleisten kann. Es wird zu einer Aufgabe der ArGe Selbsthilfe Österreich sein, Kriterien der Qualitätssicherung im Selbsthilfebereich zu erarbeiten, um Fehlentwicklungen rechtzeitig zu erkennen, zum anderen ist die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen so auszurichten, dass beide Komponenten der Selbsthilfearbeit – eben ehrenamtliches Engagement und das Einbringen der Erfahrungskompetenz – ausreichend berücksichtigt werden.

## Kooperation braucht Rahmenbedingungen

Kooperation braucht Rahmenbedingungen, z. B. zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen, Infrastruktur und verbindliche Regelungen.

Unterschiedliche Organisationsstrukturen und Handlungsmuster erschweren oft den Verständigungsprozess – z. B. entstehen in der Entscheidungsfindung unterschiedliche Geschwindigkeiten, weil etwa hierarchische Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen basisdemokratischen Verfahren der ArGe Selbsthilfe Österreich gegenüberstehen. So wurde die ArGe Selbsthilfe Österreich z. B. von der Bioethikkommission im Bundeskanzleramt eingeladen, innerhalb von zwei Wochen ihre Position zur Biomedizinkonvention des Europarates abzugeben. Die Weiterleitung der Informationen und die aktive Auseinandersetzung mit derart komplexen Themen auf der Ebene der Betroffenen bzw. deren Angehörigen ist aber in dieser kurzen Zeit einfach nicht möglich.

Aufgabe der ArGe Selbsthilfe Österreich wird es auch sein, den Förderbedarf von Selbsthilfe zu benennen, an der Entwicklung von Förderkonzepten mitzuwirken und bestehende Förderstrukturen zu sichern und weiterzuentwickeln.

Eine Kooperationsmöglichkeit liegt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Selbsthilfe muss ein integraler Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung der professionellen HelferInnen sowie ein Qualitätsmerkmal der professionellen Arbeit werden.

## Qualitätssicherungskonzepte

Beim Prozess der Qualitätssicherung in der Selbsthilfe wird darauf zu achten sein, dass tragende Merkmale der Selbsthilfearbeit durch Qualitätsstandards nicht behindert und schon gar nicht verhindert werden. Bei der Qualitätssicherung innerhalb der Selbsthilfe ist zu untersuchen und abzugrenzen, wo in der Selbsthilfearbeit der Einsatz von Qualitätssicherungsinstrumenten sinnvoll ist, und wo er besser unterbleiben sollte. Es müssen auf die Selbsthilfe zugeschnittene Qualitätssicherungskonzepte entwickelt, Standards ermittelt und Modelle für Qualitätsmanagement erprobt werden.

Zukünftig wird auch die Weiterentwicklung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen in der Selbsthilfe zu beobachten sein. Bereits jetzt treten Selbsthilfeorganisationen als selbstorganisierte Anbieter von Dienstleistungen im Rahmen des gesundheitlichen Versorgungssystems auf. Diese Entwicklung nutzerInnenorientierter Dienstleistungen aus dem Selbsthilfebereich ergänzt qualitativ die traditionelle gesundheitliche Versorgung, meist aber sind die finanziellen und personellen Ressourcen für diese Dienstleistungen sehr bescheiden. Es stellt sich also die Frage, ob die Selbsthilfe durch die sich ständig erweiternden Aufgaben und Funktionen nicht überfordert wird. Eine kritische Reflexion der Angebotslandschaft scheint angezeigt und es gilt zu überlegen, welchen Beitrag die Selbsthilfe zukünftig zur Entwicklung und Umsetzung innovativer Methoden im Gesundheitswesen leisten kann. Die Selbsthilfe darf nicht zum „billigen Jakob“ der Gesundheitsversorgung verkommen, und es wird zukünftig darauf ankommen, die Balance zu halten zwischen einer notwendigen und gesunden Weiterentwicklung der Selbsthilfearbeit und einem Abgleiten in das „professionelle Lager“.

## Selbsthilfe in den Schnittstellenbereichen

Ein Aufgabenbereich der ArGe Selbsthilfe Österreich ist, die Selbsthilfe in den Schnittstellenbereichen noch effektiver einzubringen. Gerade bei den Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungsformen – z. B. dem Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung – könnte die Selbsthilfe noch stärker als bisher dazu beitragen, Schwächen des Versorgungssystems auszugleichen. Was nützt die beste Suchttherapie, wenn der/die Betroffene nach einem stationären Aufenthalt allein gelassen wird und den Zugang zur Selbsthilfe aus eigener Kraft nicht findet? Hier müssen differenzierte Konzepte für die unterschiedlichen Übergänge unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse des jeweiligen Betroffenenkreises gefunden werden.

## Selbsthilfe-Forschung

Angesichts der vielfältigen Erwartungen, die an die Selbsthilfe gestellt werden, erlangt die wissenschaftliche Begleitung der Selbsthilfearbeit eine besondere Bedeutung und ist meines Erachtens auch Voraussetzung für eine systematische und zielgerichtete Kooperation zwischen der Selbsthilfe und dem Gesundheitswesen. Wie

die Erfahrungen anderer Länder zeigen, wird durch wissenschaftliche Untersuchungen auch die Akzeptanz der Selbsthilfe im professionellen Bereich gefördert. Themen für eine selbsthilfespezifische Forschung könnten zum Beispiel sein: Kooperation zwischen Professionellen und der Selbsthilfe, die Rolle der Selbsthilfe bei der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, die Rolle der Selbsthilfe für mehr Patientenbeteiligung oder Professionalisierung und Qualitätssicherung der Selbsthilfe. Nicht zuletzt sollten auch Modelle der Einbindung der Selbsthilfe in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe erprobt und evaluiert werden.

Die Frage, welche Rolle die finanzielle Förderung für die Entwicklung der Selbsthilfe spielt, wird in dem Maße wichtiger, wie diese im Umfang zunimmt und gesetzlich verankert wird.

Die Selbsthilfe weiterzuentwickeln und ihre Integration in das Gesundheitswesen in konkreten Kooperationsformen umzusetzen, ist eine große Herausforderung für alle Beteiligten: VertreterInnen der verschiedenen Formen der Selbsthilfe, der Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen, der relevanten Einrichtungen im Gesundheitsbereich und der Wissenschaft.

Meines Erachtens ist die gemeinsame Verständigung über unterschiedliche Ansätze, aber auch über gemeinsame Visionen sehr wichtig. Aufgabe der ArGe Selbsthilfe Österreich wird es auch zukünftig sein, notwendige Veränderungsprozesse aufzuzeigen und mit konkreten Handlungsstrategien für die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger zu verbinden.

## Mitglieder der ArGe Selbsthilfe Österreich

c/o Selbsthilfe Kärnten, Kempfstraße 23/3, Postfach 408  
9021 Klagenfurt  
Tel.: 0463/50 48 71-25, Fax: 0463/50 48 71-24  
E-Mail: [maier.selbsthilfe.kaernten@aon.at](mailto:maier.selbsthilfe.kaernten@aon.at)  
Internet: <http://www.selbsthilfe-oesterreich.at>  
Sprecherin: Mag. Monika Maier

## KÄRNTEN

### **Selbsthilfe Kärnten – Dachverband für Selbsthilfeorganisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich, Behindertenverbände bzw. -organisationen:**

Kempfstraße 23/3. Stock, Postfach 408  
9021 Klagenfurt  
Tel.: 0463/50 48 71 DW 25, Fax: 0463/50 48 71 DW 24  
E-Mail: [selbsthilfe.kaernten@aon.at](mailto:selbsthilfe.kaernten@aon.at)  
Internet: <http://www.selbsthilfe-oesterreich.at>  
Kontakt: Mag. Monika Maier (Geschäftsführung)

## NIEDERÖSTERREICH

### **Selbsthilfe Niederösterreich – Dachverband der NÖ Selbsthilfevereine und -gruppen im Sozial- und Gesundheitsbereich**

Landhaus Boulevard, Haus 4, Postfach 26, 3100 St. Pölten  
Tel.: 02742/226 44, Fax: 02742/226 86  
E-Mail: [noe.dvb@aon.at](mailto:noe.dvb@aon.at)  
Obmann: Kurt Hiess

## OBERÖSTERREICH

### **Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen – Magistrat der Stadt Wels**

Quergasse 1, 4600 Wels  
Tel.: 07242/235 DW 1749, Fax: 07242/235 DW 1750  
E-Mail: [dornerw@wels.gv.at](mailto:dornerw@wels.gv.at)  
Internet: <http://www.wels.gv.at>  
Kontakt: Mag. Wolf Dorner

## SALZBURG

### **Selbsthilfe Salzburg**

c/o Salzburger Gebietskrankenkasse, Faberstraße 19–23  
5024 Salzburg  
Tel.: 0662/8889-258, Fax: 0662/8889-492  
E-Mail: [selbsthilfe@salzburg.co.at](mailto:selbsthilfe@salzburg.co.at)  
Kontakt: Dr. Anneliese Grafinger

## STEIERMARK

### **SBZ – Verein Sozial- und Begegnungszentren, Kontaktstelle für SHG Graz**

Maiffredygasse 4, 8010 Graz

Tel.: 0316/38 21 31, Fax: 0316/38 23 88

E-Mail: [sbz@sime.com](mailto:sbz@sime.com)

Kontakt: Roland Moser

## TIROL

### **Selbsthilfe Tirol – Dachverband der Tiroler Selbsthilfvereine und -gruppen im Gesundheitsbereich**

Innrain 43 (Parterre), 6020 Innsbruck

Tel.: 0512/57 71 98, Fax: 0512/56 43 11

E-Mail: [selbsthilfe.tirol@tirol.com](mailto:selbsthilfe.tirol@tirol.com)

Kontakt: Margit Holzmann

## VORARLBERG

### **Club Antenne – Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Selbsthilfe – Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Vorarlberg**

Moosmahdstraße 4, 6850 Dornbirn

Tel.+Fax: 05572/263 74

E-Mail: [club-antenne@t-online.at](mailto:club-antenne@t-online.at)

Kontakt: Isabella Tschemernjak

## WIEN

### **Magistrat der Stadt Wien – Servicestelle für Selbsthilfegruppen**

Schottenring 24, 1010 Wien

Tel. 01/531 14 81-223, Fax: 01/531 14 81-228

Kontakt: Ilse Forster

E-Mail: [Ilse.Forster@kav.magwien.gv.at](mailto:Ilse.Forster@kav.magwien.gv.at)

### **Kuratorium Martha Frühwirt-Zentrum für medizinische Selbsthilfegruppen**

Obere Augartenstraße 26–28, 1020 Wien

Tel. + Fax: 01/330 22 15

E-Mail: [info@prostatakrebse.at](mailto:info@prostatakrebse.at)

Kontakt: Ekkehard F Bächler





## Ein nationaler Gesundheitsplan – Utopie oder Realität?

Univ.-Prof. Dr. Ernst WOLNER  
Universität Wien, Leiter der klinischen Abteilung für Herz-Thoraxchirurgie  
Vorsitzender des Obersten Sanitätsrates

Die Zeit ist reif für einen einheitlichen nationalen Gesundheitsplan, der den Bedürfnissen den heutigen Bevölkerungsstruktur, neuesten epidemiologischen Daten und ökonomischen Gegebenheiten Rechnung trägt.

In Österreich gibt es, wie in vielen anderen Ländern, verschiedenste Interessengruppen, Entscheidungsträger und Einrichtungen des Gesundheitswesens, welche sich teilweise blockieren, was dazu geführt hat, dass Kooperationen und konzertierte Aktionen großteils fehlen. Mehrere Regierungen, und so auch die letzte, haben Vereinbarungen gemäß Artikel 15a der Bundesverfassung beschlossen, die eine Reform des Gesundheitswesens mit effizienter und kostengünstiger Allokation der notwendigen Ressourcen sicherstellen soll. Es ist allerdings dabei zu berücksichtigen, dass Österreichs Gesundheitswesen prinzipiell in den Augen der Bevölkerung als zumindest gut – wenn nicht sehr gut – gilt, und schließlich ist es die Bevölkerung, die das ganze System zahlt, und dass unser Gesundheitswesen, wie Sie wissen, im internationalen Vergleich auch relativ preisgünstig seine Leistungen produziert.

Ich habe eingangs festgehalten, dass es einen nationalen Gesundheitsplan im eigentlichen Sinn in unserem Land nicht gibt und so möchte ich meinen Beitrag zu dieser Frage in vier Kapiteln abhandeln.

1. Was sind die Gründe dafür, dass es einen solchen Plan nicht gibt bzw. welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden, dass man einen solchen Plan überhaupt umsetzen kann?
2. Was könnten die Ziele dieses Planes sein?
3. Welche Möglichkeiten bestehen, die definierten Ziele zu erreichen?
4. Welche Maßnahmen im Sinne der Qualitätssicherung sollten obligatorisch ergriffen werden, um in periodischen Abständen zu evaluieren, ob einerseits die gesteckten Ziele richtig gewesen sind und andererseits die Zielvorgaben auch erreicht wurden?

### Aufgaben der Politik

Wenn man sich die Frage stellt, welche Gründe dafür bestehen könnten, dass es einen solchen Plan nicht gibt, glaube ich, dass der wesentlichste Punkt darin liegt, dass von Seiten der Politik gewisse Voraussetzungen, welche ich jetzt diskutieren möchte, vorerst geschaffen werden müssen, um sicherzustellen, dass ein möglicherweise mit viel Arbeit verbundener Plan überhaupt umgesetzt werden kann.

Die Aufgaben, welche die Politik im Zusammenhang mit der Erstellung einer nationalen Gesundheitsplanes lösen sollte, können in den folgenden vier Punkten zusammengefasst werden.

1. Die Kompetenzverteilung zwischen Bund, Ländern, Gemeinden, der Sozialversicherung und auch letztlich dem privaten Bereich, insbesondere, was die Altenpflege betrifft, sollten neu überdacht werden.

Es ist z. B. auffällig, dass die Länder und Gemeinden viel weniger zum Betrieb der Spitäler beitragen als Bund und Sozialversicherung, trotzdem de facto die alleinige Entscheidungskompetenz haben. Es gibt bekanntermaßen einen österreichischen Krankenanstaltenplan und auch einen Großgeräteplan. Wir müssen uns aber im Klaren sein, dass dieser Plan nicht selten aus politischen Notwendigkeiten bzw. Bedürfnissen und Befindlichkeiten umgangen wird.

2. Die Regulierung der Finanzströme bedarf einer Vereinheitlichung.

Tatsächlich haben, was die Finanzierung des Gesundheitswesens betrifft, die öffentliche Hand, vertreten durch Bund, Länder und Gemeinden auf der einen Seite, die Sozialversicherung auf der anderen Seite, unterschiedliche Interessen. Dies ist dadurch begründet, dass die öffentliche Hand zu einem wesentlichen Teil zu den Kosten der stationären Behandlung beiträgt und diese damit klein halten möchte, während die Sozialversicherung bevorzugt den niedergelassenen Bereich fördert und dadurch interessiert ist, dass möglichst viele Leistungen in die Spitäler verlagert werden, auch wenn dies nicht öffentlich zugegeben wird. Salzburg und Vorarlberg haben nun begonnen, diese beiden unterschiedlichen Interessenlagen zu bündeln, hier je nach Bedürfnissen finanzielle Mittel umzuschichten, und es ist zu hoffen, dass dieses erste Pilotprojekt auch zu einem Erfolg und dann zur Übernahme durch alle Bundesländer führen wird.

3. Es ist bekannt, dass im Dienstleistungsgewerbe – und dazu gehört der Gesundheitssektor – die Personalkosten der wichtigste Ausgabenfaktor sind. Es ist dringend zu diskutieren, ob jene unglaublichen Steigerungsraten wie in den letzten 30 Jahren, sowohl was die Zahl der Ärzte, aber auch des nichtärztlichen medizinischen Personals betrifft, weiter aufrecht erhalten werden sollen, zumal bekannt ist, dass zwar mit steigendem Personalangebot vorerst das Service und die Leistungen für den Patienten oder den Konsumenten steigen, dass aber ab einem gewissen Sättigungsgrad nur mehr die Kosten und dann nicht mehr die Effizienz des Systems steigt. So ist z. B. zu beobachten, dass in Vorarlberg die Ärztedichte deutlich geringer ist als in Wien und Burgenland, trotzdem aber die Lebenserwartung in diesem Bundesland deutlich höher ist. Ich halte daher eine realistische Personalbedarfsplanung für extrem wichtig, um unnötige Steigerungen der Personalkosten zu Lasten des ganzen Systems in Zukunft zu vermeiden.

4. Es darf sich die Politik auch nicht um die Frage, und damit auch die Entscheidung, drücken: Soll das soziale solidarische und sehr gut funktionierende österreichische Gesundheitssystem alle möglichen Leistungen abdecken, oder soll es früher oder später nur eine sichere Basisversorgung anbieten und alles Übrige dem Markt überlassen?

Wenn in diesem Zusammenhang sofort der Ruf nach Zweiklassenmedizin bzw. sozialer Diskriminierung laut wird, so sollten wir nicht vergessen, dass wir auch in anderen elementaren Bereichen unseres Staates, wo solidarische Leistungen zu erbringen sind, ähnlich vorgehen. Lassen Sie mich das an einem einfachen Beispiel erklären. Es ist unbestritten, dass ein entwickelter Staat durch Straßen und öffentliche Verkehrsmittel zu gewährleisten hat, dass sich die Bürger im Staatsgebiet frei bewegen können. Dies ist nicht selbstverständlich, ich verweise nur auf die gar nicht so lange zurückliegenden Reiserestriktionen des alten Ostblocks.

Man kann nun von Wien nach St. Pölten vorerst mit der Straßenbahn zum Westbahnhof, mit dem Zug zweiter Klasse nach St. Pölten und dort wieder mit einem Bus zu seinem Bestimmungsort kommen. Man kann dies mit dem eigenen Auto tun und letztlich, als höchsten Luxus, kann man sich auch mit einem Rolls Royce mit Chauffeur nach St. Pölten führen lassen.

Ich habe nun den Eindruck, dass wir in manchen Bereichen unseres Gesundheitswesens den Menschen kaum das einfache Transportmittel zur Verfügung stellen, z. B. in der Pflege chronisch kranker neurologischer Patienten, andererseits in manchen anderen Gebieten, wie z. B. in gewissen Rehabilitationseinrichtungen, wahrscheinlich einen Rolls Royce mit Chauffeur anbieten. Es ist mir klar, dass eine solche Entscheidung im Gesundheitswesen jedem Politiker Angst einflößen wird. Die verantwortungsvolle Politik wird jedoch anerkennen, dass sie früher oder später um diese, insbesondere in Zeiten eingeschränkter finanzieller Ressourcen, so wichtige Frage nicht herumkommen wird.

Es kann durchaus sein, dass auch noch andere allgemeine Punkte als Voraussetzung für die Entwicklung eines nationalen Gesundheitsplanes sein können, es würde aber schon sehr viel geholfen sein, wenn in jenen vier Punkten Lösungen gefunden werden könnten, welche auch politisch außer Streit gestellt sind.

## **Ziele eines nationalen Gesundheitsplans**

Was sollen die Ziele eines nationalen Gesundheitsplanes sein? Prinzipiell kann man Zielvorstellungen in diesem Zusammenhang nach verschiedenen Richtungen definieren. Eine Zielvorstellung könnte sein, dass man festhält, was bedroht einen am meisten und dass versucht werden sollte, diese Bedrohungsszenarien einzudämmen. Schaut man z. B. die Sterbestatistik an, so wird man feststellen, dass fast 70 % aller Todesfälle Herz-Kreislaufkrankungen und bösartige Neubildungen, also Krebs, sind. Man könnte z. B. diskutieren, wir wollen diese beiden Todesarten in den nächsten 10 Jahren um etwa je 10 % reduzieren.

Ein anderer Ansatz kann sein, was kostet uns am meisten und wie können wir von der Kostenseite gewisse Ziele eines nationalen Gesundheitsplans erreichen.

Obwohl die Zähne eigentlich gar nicht so ein großer und wichtiger Bestandteil unseres Körpers sind, sind die Kosten für die Zahnbehandlung im Konnex des Gesamtsystems relativ hoch. Ein absolutes Ziel eines nationalen Gesundheitsplans müsste es sein, die Schulkinder kariesfrei zu halten. Es ist dies keineswegs unmöglich, denn wie sehr gute Statistiken des Wiener Gesundheitsamtes zeigen, sind in den so genannten bürgerlichen Bezirken Wiens mehr als 90 % der Kinder kariesfrei, während dies in den so genannten Arbeiterbezirken keineswegs der Fall ist. Ein solch gutes Ergebnis auch für die sozial schlechter gestellten Kinder zu erreichen, würde es erlauben, die Kosten, welche bisher für die Zahngesundheit aufgewendet werden, auf andere Bereiche umzuschichten. Gleichzeitig müsste allerdings auch im Sinne des vorher Gesagten eine entsprechende Personalplanung vorgenommen werden und wahrscheinlich die Zahl der auszubildenden Zahnärzte im Sinne eines integrierten Systems abgesenkt werden. In einer solchen, nur hier als Beispiel angeführten, Maßnahme sehe ich höchste Planungskompetenz.

Ein anderer, ganz wichtiger Punkt, der in einem nationalen Gesundheitsplan angeführt und analysiert werden muss, ist der Umstand, dass wir alle glücklicherweise deutlich älter werden. Allerdings ist dieses deutlich älter werden mit vielen degenerativen und sonstigen Erkrankungen verbunden, welche insbesondere die letzten Jahre unseres Lebens in der Regel besonders teuer, was die Gesundheitsausgaben betrifft, gestaltet. Ich halte daher als eine wesentliche Zielvorgabe der Zukunft und überhaupt als eine der wichtigsten Fragen der Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens, dass wir, wenn wir älter werden, gesünder alt werden sollen, das heißt, dass die Morbidität in unseren letzten Lebensjahren deutlich gesenkt werden soll. Zu einem solchen Programm für alte Menschen zählen auch die Vorbeugung gegen Alzheimer und Altersdemenz.

Ein weiterer Punkt, sich den Zielen eines nationalen Gesundheitsplans zu nähern, liegt in der Analyse der Bedürfnisse der Bevölkerung. Hierzu zählen Maßnahmen, welche primär weder der Lebensverlängerung noch zu einem besseren körperlichen Wohlbefinden führen, welche jedoch für die Lebensqualität und das persönliche Befinden sehr wichtig sind.

In diese Kategorie möchte ich primär die Wichtigkeit der Behandlung psychischer, psychosomatischer und psychiatrischer Befindlichkeitsstörungen zählen. Wir haben in diesem Bereich doch ein ziemliches Defizit, welches durch Zur-Verfügung-stellen entsprechender Einrichtungen zu korrigieren ist und daher als ein wichtiges Ziel in einem nationalen Gesundheitsplan aufgenommen werden müsste.

Dasselbe gilt auch für ein Kindergesundheitsprogramm, wobei hier allerdings durch die Einführung des Mutter-Kind-Passes und des Impfplanes, der ja von einem hohen Prozentsatz angenommen wird, einiges geschehen ist. Umgekehrt werden, zumindest nach meinem Dafürhalten, was Ernährung und Bewegungsapparat betrifft, Kinder und Jugendliche viel zu wenig informiert.

Als letzter und wahrscheinlich wichtigster Zielplan im Rahmen eines solchen Vorhabens müsste eine Neubewertung zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich sein. Es ist allgemein bekannt, dass Österreich eine sehr hohe Anzahl an Spitalsbetten pro Kopf der Bevölkerung hat, wodurch die Spitalsambulanzen, welche im gegenwärtigen Leistungsfinanzierungssystem kaum enthalten und abgedeckt werden, und daher die sogenannten Defizite der Krankenhäuser erhöhen, extrem akzeptiert und hochfrequentiert werden, gleichzeitig viele Leistungen im niedergelassenen Bereich außerhalb der Regelarbeitszeit nicht erbracht werden.

Ich habe diese Gedanken hier für Ziele eines nationalen Gesundheitsplans nur als Beispiel für das Ganze angeführt. Ich bin überzeugt, dass man auch noch viele andere Ziele definieren kann. Man muss jedoch Vorsicht walten lassen, da man sonst vor lauter Bäumen den Wald nicht sieht. Trotzdem glaube ich, dass eine Einteilung der Ziele nach Bedrohungsszenarien und Verursachung, nach Bedürfnissen der Bevölkerung, d.h., der Kunden des Gesundheitssystems, Grundlage einer guten Systematik sein könnte.

### **Wie können nun diese, aber auch andere Ziele erreicht werden?**

Spricht man von Herabsetzung des Herzinfarkttrisikos, des Krebsrisikos, aber auch der Reduktion anderer so genannter Zivilisationskrankheiten, so ist immer wieder

das Wort Vorsorge und Vorbeugung in aller Munde. Sicher werden neue Therapie-strategien den Herzinfarkt, wie dies in den letzten 20 Jahren ja besonders auffällig geschehen ist, aber auch die Krebskrankheiten möglicherweise absenken bzw. zur Heilung bringen. Trotzdem werden nur durch eine radikale Steigerung der Vorbeu-gung hier Erfolge zu erzielen sein. Der Kampf gegen ungesunde Ernährung, Über-gewicht, Rauchen, Alkohol, aber auch andere Süchte, ist noch lange nicht gewon-nen. Die Strategien der Durchsetzung dieser Maßnahmen sollten laufend evaluiert, überdacht und neu konzipiert werden.

In diesem Zusammenhang muss man sich die Frage stellen, warum z. B. die kosten-lose einjährige Gesundenuntersuchung im Sinne der Vorbeugung von nicht einmal 7 % der Bevölkerung angenommen wird. Die Gründe für die mangelnde Akzeptanz dieser Vorsorgeuntersuchung, aber überhaupt der Einhaltung dieser Gesundheitsre-geln, sind einerseits in strukturellen Fehlern zu suchen, andererseits fehlt in vielen Dingen der nötige Druck, uns sozusagen zu unserem Glück zu zwingen. Solange man für eine wirklich substanzielle Gesundenuntersuchung in der niedergelassenen Praxis mehrere halbe Arbeitstage verwenden muss, um hier eine seriöse Vorbeuge-untersuchung über sich ergehen zu lassen, und dies, obwohl in einer gut organisier-ten Spitalsambulanz die gleichen Untersuchungen in wenigen Stunden erledigt wer-den können, solange werden sich gerade jene aktiven Menschen für so etwas schwer begeistern können. Umgekehrt haben wir in den Volksschulen zwar Handar-beits-, Musik- und Religionslehrer, dafür fehlen entsprechend ausgebildete Kräfte für Ernährungsberatung und Haltungsturnen bzw. überhaupt Turnlehrer vollständig.

Allerdings glaube ich, dass die Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchungen nur durch Incentives gesteigert werden kann. Nur wenn – siehe Mutter-Kind-Pass – damit Lei-stungen von der anderen Seite verbunden sind, wird die Gesundenuntersuchung an-genommen werden; wobei, und ich komme noch im letzten Punkt darauf, weitge-hend Daten fehlen, ob durch diese Untersuchung tatsächlich die Inzidenz mancher Krankheiten gesenkt bzw. diese Krankheiten so früh erkannt werden, dass sie noch viel billiger als gewöhnlich behandelt werden können bzw. mit einer viel höheren In-zidenz geheilt werden können.

Der zweite wesentliche Eckpfeiler für eine bessere Umsetzung der Ziele eines natio-nalen Gesundheitsplans muss in einer Neustrukturierung des, wie ich es sagen möchte, diagnostischen und therapeutischen Bereiches liegen, oder anders ausge-drückt, in einer Neustrukturierung sowohl des stationären als auch des niedergelas-senen Bereiches. Will man tatsächlich die Zahl der Spitalweisungen senken, so sind vorerst radikale Veränderungen im niedergelassenen Bereich notwendig. So-lange man in Wien, wenn man um 10 Uhr abends Bauchschmerzen bekommt, diese sicher nicht im Sinne einer Evidence Based Medicine abklären kann, solange wer-den die Menschen ins Spital gehen und werden dort in der Regel auch sicher mehr als notwendig stationär aufgenommen. Ich halte daher die Einrichtung von Gesund-heitssprengeln mit Gruppenpraxen für unabdingbar, wobei für einen noch zu definie-renden Bereich eine solche Gruppenpraxis täglich für 24 Stunden zu Verfügung ste-hen muss. Es muss möglich sein, so wie in einer Spitalsambulanz, auch um Mitter-nacht, wenn notwendig, ein Blutbild, eine Röntgen- und Ultraschalluntersuchung, sowie andere Konsiliarleistungen zu bekommen. Sollte es, aus welchen Gründen auch immer, nicht möglich sein, dies zu bewerkstelligen, muss diskutiert werden, ob man nicht den allgemeinen Spezialambulanzen Kassenverträge gibt, und dass diese auf Basis der Finanzierung von Kassenleistungen rund um die Uhr zur Verfügung

stehen. Wenn ein solches System auch noch mit Evidence Based Medicine verbunden ist, und damit dem niedergelassenen Arzt, wenn er die hier festgehaltenen diagnostischen und therapeutischen Schritte übernimmt, auch Rechtssicherheit gibt, bin ich überzeugt, dass die Zahl der Krankenhauseinweisungen deutlich gesenkt werden kann. Allerdings muss gleichzeitig eine Veränderung des Finanzierungssystems der niedergelassenen Ärzteschaft auf Kosten des stationären Bereiches vorgenommen werden. Es kann nicht richtig sein, dass ein Installateur, der an einem Sonntag wegen eines undichten Wasserhahns geholt wird, ein Mehrfaches des Entgelts erhält, welches einem praktischer Arzt, der zur selben Zeit in der gleichen Wohnung einen Hausbesuch durchführt, zugestanden wird.

Ich sage hier ja nichts Neues, und in dieser Richtung sind schon von Gesundheitspolitikern, den Landesvertretungen etc. viele Lippenbekenntnisse abgegeben worden. Solange es jedoch durch Bündelung der Finanzströme nicht zu einer einheitlichen, politisch akkordierten Lösung kommt, solange wird sich an diesem Problem nichts ändern und alle unsere schönen Diskussionen Theorie bleiben.

Der zweite wichtige Ansatz zu einer Steuerung dieses Problems ist eine Änderung der Altenpflege. Betrachtet man die Patientenstruktur vieler interner Abteilungen, insbesondere in Krankenhäusern der Grundversorgung, wird man feststellen, dass sie sich nur unwesentlich von jener der Altersheime mit gehobenem medizinischem Standard unterscheiden. Trotzdem sind natürlich die Kosten im Spital viel höher als in den so genannten Alterskrankenhäusern. Betrachtet man nun das gesamte System der Altenpflege, so gibt es schon jetzt viele mobile Dienste, ich verweise auf das berühmte Essen auf Rädern, die Pflegeheime, semistationäre Einrichtungen und stationäre Einrichtungen. Wenn wir z. B. Wien betrachten, so haben wir die typischen Alterskrankenhäuser, wie das Pflegezentrum Wienerwald, das alte Lainz, das Alterskrankenhaus Baumgarten etc. Wir haben dann Pensionistenheime mit Krankenstationen, wir haben die mobilen Dienste. Allerdings fehlt zwischen diesen Einrichtungen völlig die Vernetzung. Ich könnte mir vorstellen, dass durch so eine Vernetzung enorme Synergien erzeugt werden könnten. Ich schlage daher vor, dass für eine gewisse, von den Experten zu berechnende Zahl von Menschen sozusagen sprengelweise Alterszentren errichtet werden sollen, in welchen die mobilen Dienste, Tagespflege und Kurzzeitpflege gebündelt sind.

Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass wir zur Zeit kaum Möglichkeiten haben, alte und sehr oft alleinstehende Menschen vorzeitig aus dem sehr teuren Spital – z. B. nach Operationen – zu entlassen, weil das Service der mobilen Schwestern und des Essens auf Rädern nicht genügt. Umgekehrt würde es vollständig ausreichen, wenn solche Patienten noch 1–2 Wochen auf der Pflegestation eines solchen Alterssprengels verbringen könnten, ehe sie sich zu Hause wieder selbst versorgen können. Ich halte es daher für ganz wichtig, dass in einem nationalen Gesundheitsplan verbindlich – hier komme ich wieder zurück auf die Frage, was ist zentral und was ist dezentral zu steuern? – dies klar und gesetzlich geregelt wird. In diesem Zusammenhang ist auch sicherzustellen, dass die vielen verschiedenen öffentlichen und privaten Anbieter von Alterspflege auch jene Qualitäten aufweisen, die die schon jetzt hohen Aufwendungen dafür rechtfertigen.

Ein solcher enger Kontakt zwischen dem Wohnort und der Alterssprengleinrichtung würde sicher dazu führen, dass durch frühe Vorsorge und Behandlung die Gebrechlichkeit alter Menschen hinausgeschoben und damit aus gesundheitlicher Sicht die

Kosten des letzten Lebensabschnittes, was die Ausgaben zur Erhaltung der Gesundheit betrifft, reduziert werden können.

Unabhängig von der Zahl der Spitalsbetten, die man nur durch eine Umstrukturierung der Finanzströme bzw. des niedergelassenen Bereiches steuern könnte, gibt es aber noch andere Gesichtspunkte, welche eine Korrektur des bisherigen Krankenanstaltenplanes geradezu herausfordern.

Der Bundeskrankenanstaltenplan teilt bekanntermaßen die Krankenhäuser in Universitätskliniken, Schwerpunktkrankenhäuser und Krankenhäuser der Grundversorgung und schreibt für alle diese Krankenhäuser zwingend gewisse Einrichtungen je nach Kategorisierung vor. Was fehlt und worum man sich gedrückt hat, weil es möglicherweise zu schmerzlichen Eingriffen führen könnte, ist, dass nicht nur die Struktur festgeschrieben wird, sondern dass auch festgelegt wird, was in diesen einzelnen Häusern behandelt werden soll. Es ist leicht einsehbar, dass es nicht sinnvoll ist, z. B. möglichst viele Blinddarmoperationen in einem Universitätskrankenhaus durchzuführen, wo prinzipiell aufgrund eben der höheren Strukturqualität und gewisser anderer Umstände die Behandlung teurer ist. Dies hat aber auf die Behandlungsqualität in der Regel keinen Einfluss, es steigert nur die Kosten. Anders ist jedoch die Sache, um sozusagen in meinem Fach zu bleiben, wenn, wie dies z. B. in Wien der Fall ist, die relativ wenigen Speiseröhrenkrebsfälle in mindestens zehn Wiener Spitälern behandelt werden. Es gibt ganz klare Studien, welche beweisen, dass, je höher die Zahl der behandelten Krebsfälle ist, desto höher auch die 5-Jahres-Überlebensrate ist. Das heißt, durch solche Eingriffe in die Behandlungskompetenz wird auch die Behandlungsqualität entscheidend verbessert und infolge der geringeren Vorhaltekosten wahrscheinlich das System auch billiger. Daneben ist es zur Entlastung des stationären Bereiches auch notwendig, gewisse Defizite im niedergelassenen Bereich zu beseitigen. In diesem Zusammenhang scheint es mir notwendig, dass die Kompetenz, wie viele Kassenverträge pro Einheit vergeben werden, nicht allein durch die Sozialversicherung bzw. die Landesvertretung bestimmt werden sollten, sondern hier ein mehr integraler Ansatz gewählt werden sollte.

Was den verbesserten Zugang und die Verbesserung psychischer Befindlichkeitsstörungen, aber auch die Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit betrifft, erscheinen mir nicht viele neue Einrichtungen notwendig, die dezentrale psychiatrische Versorgung, welche in den letzten 20 Jahren gemeinsam mit den psychosozialen Diensten um sich gegriffen hat, auf der einen Seite, Mutter-Kind-Pass, Impfpass, Schulzahnklinik etc. sind vorbildliche Einrichtungen, welche nicht verändert und eigentlich nur fortgeschrieben werden müssten. Eine Sache scheint in diesem Zusammenhang verbesserungswürdig, nämlich mehr Aufmerksamkeit für psychische Befindlichkeitsstörungen von Kindern und Jugendlichen. Ich meine, hierzu zählen Gewalt in der Schule, die Probleme von Scheidungskindern, auch die aus der allgemeinen Reizüberflutung entstehenden psychischen Störungen. Die Einführung von so genannten Krisenstunden in den Schulen, wie dies von der Lehrgewerkschaft erst jüngst vorgeschlagen wurde, eine mehr flächendeckende Versorgung mit Kinderpsychiatern und Kinderpsychologen, sollte, wenn auch nicht vorrangig, wichtiger Inhalt zur Zielerreichung eines nationalen Gesundheitsplans sein.

Ich darf, was den Punkt „Erreichung von Planzielen“ betrifft, zusammenfassend festhalten, dass eine neue Art der Vorsorge, insbesondere mit einem Belohnungssystem, eine zumindest teilweise Umstrukturierung der Altenpflege, Versorgung sowie

Adaptierungen im Zusammenspiel zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich, Hauptaufgaben eines nationalen Gesundheitsplanes zu sein haben. Daneben gibt es natürlich auch eine Reihe anderer Maßnahmen, die hier niedergeschrieben werden müssen. Einige davon habe ich angerissen, allerdings hat ein verantwortungsvoller Umgang mit einem solchen Plan auch eine gewisse Restriktion in den Zielen zu enthalten. Es muss gewährleistet sein, dass es sich nicht wie ein Wunschzettel aller Gruppen an das Christkind anhört, denn dann ist er sicher weder umsetzbar noch wird er akzeptiert. Je mehr man in einen nationalen Gesundheitsplan hineinschreibt, desto wertloser wird er.

## Ergebnis- und Qualitätskontrolle

Es besteht kein Zweifel, dass die Ergebniskontrolle, die Qualitätssicherung und Kosten-Nutzen-Analysen zu den wichtigsten Steuerungsmechanismen jedes Prozessablaufes zählen. Ich kann mich allerdings nicht des Eindrucks erwehren, dass gerade dieser Bereich der meist vernachlässigte im gesamten Gesundheitswesen ist. Es gibt zwar eine umfangreiche Literatur, es gibt auch ausgezeichnete Übersichten und praktische Anleitungen zu diesen Fragen. Betrachtet man aber die tatsächlichen Ergebnisse und ihren Einfluss auf das Gesundheitswesen, so wird man feststellen, dass diese sehr mager sind.

Drei Faktoren sind dafür verantwortlich und sollten in einem nationalen Gesundheitsplan Berücksichtigung finden:

1. Die mangelnde Datenqualität  
Dazu zwei Beispiele: Ich hege echten Zweifel, dass die Diagnose Herzversagen, die man so oft als Todesursache auf Totenscheinen liest, tatsächlich richtig ist. Ebenso fürchte ich, dass unsere Diagnoserhebung im stationären Bereich seit Einführung des LKF-Systems nicht mehr der Wahrheit entspricht, da viele Krankenhäuser realisiert haben, dass man mit der Nebendiagnose mehr LKF-Punkte als mit der Hauptdiagnose erzielen kann und dadurch, wenn man den Grund der Spitalseinweisungen analysiert, natürlich zu völlig falschen Daten kommt.
2. Wir haben dafür auch kein geeignetes Personal, während es in vielen Ländern nun universitäre Ausbildungen für Public Health gibt, in welchen Spezialisten zur Steuerung des Gesundheitssystems durch Verknüpfung von Medizin, Ökonomie, Soziologie, Statistik und anderem ausgebildet werden, sind die in Österreich auf diesem Gebiet Tätigen zum größten Teil Autodidakten. Stellt man sich nun die Frage, warum wir solche Spezialisten nicht haben, so beruht dies schlicht und einfach auf der Tatsache, dass für eine solche Tätigkeit fast keine bezahlten Positionen geschaffen wurden.
3. Wir geben auch kaum Geld für Qualitätssicherung, Evaluierung, Controlling etc. aus. Jeder Industriebetrieb gibt heute mindestens 2 % seines Umsatzes für Qualitätssicherung und sich daraus ergebendem Controlling aus.

Ohne die Leistungen einzelner auf diesem Sektor sehr engagierter Personen schmälern zu wollen, beschränken sich Österreichs Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich des größten Zahlers der Sozialversicherung eigentlich nur auf Sanktionsmechanismen. Es wird erhoben, wer zu viel und zu teuer verschreibt, wer zu viele Menschen in das Krankenhaus einweist, und wer pro Fall zu viel Umsatz macht. Es wird



überhaupt nicht berücksichtigt, dass möglicherweise jener Arzt, der mehr pro Patient verschreibt als jener der weniger verschreibt, viel besser ist, ganz einfach deswegen, weil im ersteren Fall für die Schwere des Krankheitsbildes relativ wenig und im anderen Fall für die relativ geringfügige Gesundheitsbehinderung relativ viel verschrieben wird.

Würde es dagegen eine ordentliche Erfassung der Struktur und Prozessqualität, z. B. der Gesundenuntersuchung im niedergelassenen Bereich, geben, so wären schon längst Maßnahmen ergriffen worden, welche gewährleisten, dass man diese Untersuchungen im Gegensatz zum Ist-Zustand, der für eine ordentliche Gesundenuntersuchung mehrere Tage erfordert, innerhalb weniger Stunden erreichen kann. Damit wird viel Abwesenheit vom Arbeitsplatz erspart, und zwar nicht der Sozialversicherung, aber dafür werden der gesamten Volkswirtschaft bedeutende Kosten erspart und außerdem die Akzeptanz der Untersuchung und damit wieder Kostenreduktion stark zunehmen.

Ein anderes Beispiel:

Es ist unbestritten, dass in den letzten 30 Jahren parallel mit der Einführung des Mutter-Kind-Passes die Säuglings- und Muttersterblichkeit stark gesunken ist. Es ist aber nie erhoben worden, ob für diese Tatsache vor allem der Mutter-Kind-Pass verantwortlich ist, oder ob nicht einfach die Einführung des Ultraschalls in der Geburtshilfe, welche Risikoschwangerschaften frühzeitig erkennen lässt, und auch die Errichtung von Perinatalzentren zur Versorgung dieser Risikoschwangerschaften viel mehr zu dieser an und für sich positiven Entwicklung beigetragen haben. Dies wäre um so wichtiger, da an die Mutter-Kind-Pass-Kommission des Obersten Sanitätsrates dauernd neue Begehrliehkeiten im Sinne neuer Untersuchungen herangetragen werden. Um den Mutter-Kind-Pass sowohl inhaltlich als auch finanziell nicht ausufern zu lassen, hat der OSR vor einiger Zeit beschlossen, nur dann neue Untersuchungen in den Pass aufzunehmen, wenn alte gestrichen werden und gleichzeitig ange-regt, dass ein bescheidener Prozentsatz der für den Mutter-Kind-Pass aufgewendeten Gelder zur dauernden Evaluierung desselben verwendet werden sollte. Ich über-lasse es Ihrer Fantasie, abzuschätzen, wie sehr diese so wichtige Anregung auf fruchtbaren Boden gefallen ist.

Wenn man von Qualitätssicherung spricht, so beinhaltet diese in der Regel drei wichtige Komponenten: die Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität, welche letztlich dann in einer Aufwand-Ergebnisrechnung auch zu ökonomischen Schlüssen führen könnten. Es besteht kein Zweifel, dass Qualitätssicherung im stationären Bereich leichter als im niedergelassenen Bereich durchgeführt werden kann. Durch die einfache Maßnahme der Patientenbefragung können laufend Mängel in der Struktur und Prozessqualität identifiziert werden, und es soll absolut anerkannt werden, dass an vielen Orten insbesondere das Pflegepersonal sich dieser Mängel annimmt und durch Qualitätszirkel sie auszumerzen versucht. Am leichtesten ist Qualitätskontrolle noch in jenen Bereichen, wo ein messbares Endergebnis vorliegt, also z. B. Entlassung aus dem Spital nach einer Operation mit und ohne Komplikationen gegenüber Tod nach der Operation. Allerdings genügt es hier nicht, Komplikationen und Todesfälle zusammenzuzählen, viel mehr muss hier auch die jeweilige individuelle Schwere des Krankheitsbildes berücksichtigt werden. Wir analysieren z. B. alle unsere Patienten nach einem internationalen Score-System, dem sogenannten Euro-Score, wobei der Score gleichzusetzen ist mit der perioperativen Sterblichkeit. Wir vergleichen alle Monate die Ergebnisse zwischen erwarteter und beobachteter Sterblichkeit, differen-

zieren hier auch zwischen den einzelnen Operateuren und stellen einmal im Jahr einen entsprechenden Bericht zusammen, der sehr wohl viele Hinweise auf die Ergebnisqualität liefert. Darüber hinaus erstellen wir auch wie viele andere einen Jahresbericht, der, würde man ihn mit anderen Institutionen vergleichen können, die Möglichkeit ergäbe, festzustellen, ob die eingesetzten Mittel den erzielten Ergebnissen entsprechen.

Viel schwieriger ist zweifelsohne Qualitätskontrolle im niedergelassenen Bereich. Es ist zwar möglich, die Struktur- und Prozessqualität, das heißt, wie sind die Praxen ausgestattet, wie sind sie erreichbar, Öffnungszeiten, Wartezeiten, aber auch die Kosten pro Fall zu evaluieren. Es fehlen aber letztlich Daten, also auch Entscheidungsgrundlagen, welche es erlauben, festzuhalten, ob im Sinne einer nicht vorhandenen Evidence Based Medicine die Behandlung richtig, rasch und ökonomisch erfolgt ist.

Ich schlage daher vor, im Sinne einer nationalen Anstrengung in einem nationalen Gesundheitsplan festzuschreiben, dass:

1. alle Zahler des Gesundheitswesens verpflichtet werden sollten, einen gewissen, sicher unter 3 % liegenden Anteil ihrer Ausgaben für die oben angerissenen Zwecke zur Verfügung zu stellen,
2. das Bildungssystem vom Souverän angewiesen wird, Spezialisten heranzuziehen, welche solche Aufgaben wahrnehmen können, und dass alle im Gesundheitswesen Tätigen verpflichtet sind, über ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berichten, wobei als Voraussetzung wissenschaftlich geprüfte, einfach zu handhabende und sicher verwertbare Grundlagen geschaffen werden müssten. Diese Tätigkeit sollte genauso einem Honorierungssystem unterliegen wie die eigentliche Arbeit am Patienten.

Österreichs Gesundheitssystem zählt sicher zu den besseren auf dieser Welt. Es ist noch immer, trotz aller Unkenrufe, im Vergleich mit anderen Ländern ein sehr preiswertes System mit hoher Kosten-Nutzen-Qualität. Daneben zeichnet es sich, wie erst vor kurzem eine vom BM für soziale Sicherheit und Generationen in Auftrag gegebene Studie gezeigt hat, durch eine hohe Wertschöpfung aus. Das Gesundheitswesen ist auch ein ganz wesentlicher Motor der Volkswirtschaft, sind doch zusammen mit den Zuliefergewerben fast 10 % der Erwerbstätigen Österreichs auf diesem Sektor tätig. Es ist auch infolge hoher Exporte in manchen Bereichen eine wichtige Einnahmequelle Österreichs.

Für 86 % der Österreicher ist laut einer Umfrage des Institutes für strategische Markt- und Meinungsforschung im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich die Gesundheit sehr wichtig. Daraus ist zu folgern, dass die Österreicher für die Aufrechterhaltung des hohen medizinischen Standards und zur Implementierung eines weit-sichtigen nationalen Gesundheitsplans großes Verständnis aufbringen.

Um ein solches Ziel zu erreichen, ist ein gewisser politischer Konsens notwendig. Solange man gesund ist, lässt es sich trefflich durch eine rote, blaue, schwarze oder grüne Brille streiten. Wenn man aber wirklich krank ist, gibt es in der Regel nur einen Weg zurück zur Wiedererlangung der Gesundheit. Dieser eine Weg sollte auch bei der Ausarbeitung eines nationalen Gesundheitsplanes beschrritten werden.

## Ein nationaler Gesundheitsplan für Österreich

Univ.-Prof. Dr. Reinhart WANECK  
Staatssekretär für Gesundheit

Im Lichte der Ausführungen von Prof. Wolner und auch der überaus interessanten Präsentationen der vorbereitenden Arbeitsgruppen am Vormittag, darf ich Ihnen einleitend meine grundsätzlichen Überlegungen für die Diskussion eines nationalen österreichischen Gesundheitsplanes erläutern, die ja mit der heutigen Konferenz eröffnet und die zur nächstjährigen Gesundheitskonferenz abgeschlossen sein soll. Um gleich einen Einwand vorwegzunehmen: Mir ist natürlich bewusst, dass die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens ein kontinuierlicher Prozess ist, der nicht von der übrigen gesellschaftlichen Entwicklung abgekoppelt gesehen werden kann. Auch ein nationaler Gesundheitsplan kann daher immer nur ein Zwischenschritt sein, der in seinen Details – langfristig betrachtet – nur für einen bestimmten Zeitraum Gültigkeit hat. Wesentlich erscheint mir jedoch, dass mit einem derartigen Plan sehr wohl Weichenstellungen für die Zukunft erfolgen, die, um ein Modewort zu strapazieren, nachhaltige Veränderungen und Verbesserungen sicherstellen.

Welche Ansatzpunkte und Überlegungen für die Entwicklung eines nationalen österreichischen Gesundheitsplanes sind denkbar? Ich darf an dieser Stelle bemerken, dass meine Ausführungen zum Teil auch auf Überlegungen von Herrn Prof. Kunze, der sich ja in unserer Mitte befindet, basieren. Gesundheitspolitik ist wohl die wichtigste und interessanteste Form der Politik und betrifft, wie nur wenige andere Politikfelder, die Bürgerinnen und Bürger unmittelbar. Auf Grund dieses individuellen Interesses und der individuellen Betroffenheit können wir auch davon ausgehen, dass nahezu jede Österreicherin und jeder Österreicher zu einzelnen Gesundheitsfragen eine individuelle Meinung hat, obwohl diese im Selbstverständnis sicher nicht als „Gesundheitspolitik“ verstanden wird.

Ein Anliegen, das ich daher für sehr diskussionswürdig halte, ist, die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger an gesundheitspolitischen Fragen zu fördern und die Möglichkeiten für den Einzelnen, an der Weiterentwicklung der österreichischen Gesundheitspolitik mitzuwirken, zu verbessern. Dies könnte etwa durch eine Öffnung der Arbeitsgruppen hin zu öffentlichen Diskussionsforen oder auch unmittelbar im Rahmen der Österreichischen Gesundheitskonferenz erfolgen. Auch würde sich anbieten, derartige Foren und Meinungsbildungsprozesse auf elektronischem Wege abzuführen. Die inzwischen eingetretene Verbreitung des Mediums Internet würde es breiten Bevölkerungsschichten ermöglichen, rasch und unbürokratisch an einem derartigen Diskussionsprozess teilzunehmen.

Ein weiterer Ansatzpunkt ist natürlich der dokumentierte Gesundheitsstatus der Bevölkerung. Derartige Daten existieren aus unterschiedlichen Quellen und werden laufend erhoben. So können zum Beispiel aus dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung die Bereiche herausgearbeitet werden, von denen die Bevölkerung am häufigsten betroffen ist.

## Die 10 häufigsten Diagnosengruppen in österreichischen Krankenanstalten sind:

- Krankheiten des Kreislaufsystems
- Neoplasien
- Verletzungen und Vergiftungen
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- Krankheiten der Verdauungsorgane
- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
- Krankheiten der Atmungsorgane
- Krankheiten der Urogenitalorgane
- Psychiatrische Krankheiten
- Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett

Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken, Gesundheitsstatistiken, sektorale Gesundheitsberichte, Ergebnisse von Studien und Forschungsprojekten, aggregierte Daten aus dem Bereich der Krankenversicherungen, internationale Vergleichsdaten usw. existieren und müssten im Hinblick auf einen zu entwickelnden Gesundheitsplan neu interpretiert werden.

Wesentlich erscheint mir auch, einen geschlechtsspezifischen Blickwinkel anzulegen. Die Einführung des **Gender-Mainstreaming-Ansatzes** in der Gesundheitsversorgung ist Neuland; es wird jedoch auch eine Aufgabe im Rahmen der Entwicklung des nationalen Gesundheitsplanes sein, hier entsprechende Instrumentarien zu entwickeln.

Es ist wahrscheinlich, dass beim eingangs angedachten Diskussionsprozess sehr viel **individuelle Befindlichkeit** und Erfahrungen mit selbsterlebter Morbidität einfließen werden. Bekanntermaßen wird die eigene Gesundheitssituation in Österreich regional unterschiedlich gesehen. Es erscheint daher sinnvoll und notwendig, auch diese regionalen Gesichtspunkte und das individuelle Erleben von und das Umgehen mit Krankheit verstärkt in der planerischen Arbeit zu berücksichtigen.

Anhand dieser Daten und der Ergebnisse des Diskussionsprozesses könnten die „**10 wichtigsten Gesundheitsprobleme Österreichs**“ herausgearbeitet werden. Auf dieser Basis wiederum wäre es möglich, einen wissenschaftlich fundierten Aktionsplan aufzusetzen. Aus diesen Prioritäten sollten dann Zielformulierungen herausgearbeitet werden, die sich an den vier grundsätzlich zur Verfügung stehenden Interventionsmöglichkeiten orientieren: Prävention, Früherkennung, Therapie, Nachsorge. Da die Erreichung gesetzter Ziele messbar sein muss, sind diese so zu formulieren, dass sie gleichzeitig als Indikatoren dienen, bzw. aus den formulierten Zielen unmittelbar Indikatoren abgeleitet werden können.

Mit einem nationalen österreichischen Gesundheitsplan werden auch Fragen der Prävention und Vorsorge stärker in den Mittelpunkt gerückt. Es wird hier klar zu definieren sein, dass primäre Prävention in bestimmten Bereichen absolute Priorität haben wird, in anderen wieder die Früherkennung. Es wird aber auch festzuhalten sein, dass bei bestimmten Gesundheitsstörungen noch keine vorsorgemedizinischen Konzepte bestehen.

Mit dieser **Stärkung der Prävention und der Vorsorge** werden diese Bereiche der Kurativmedizin gleichgestellt. Eine Reihe von Maßnahmen der Prävention werden sicherlich auch nichtmedizinische Politikbereiche betreffen, hier sei exemplarisch die Verkehrspolitik (in der Unfallverhütung) oder etwa die Bildungspolitik erwähnt.

Mit dieser Stärkung der Prävention und der Vorsorgemedizin muss ein nationaler Gesundheitsplan auch sicherstellen, dass alle Maßnahmen einer strengen **Qualitätskontrolle** unterliegen und regelmäßig evaluiert werden. Wichtig ist, dass alle Maßnahmen der Prävention und Vorsorgemedizin sowohl die Lebenserwartung erhöhen als auch Lebensqualität verbessern.

Einher mit der Entwicklung und schrittweisen Umsetzung eines Nationalen Gesundheitsplanes muss natürlich auch eine Anpassung der Behördenstruktur im Ministerium gehen. Die Organisationsstruktur muss sich künftig in die Bereiche Prävention, Planung und Organisation gliedern. Wichtig für die konkrete Planungsarbeit erscheint mir, dass sich diese flexibel an den – sich ändernden – Bedürfnissen und am medizinischen Fortschritt orientiert, dass sie kostentransparent ist, dass sie Lenkungsmechanismen enthält und dass sie mittelfristig eine Leistungsharmonisierung zum Ziel hat.

Aus meiner Sicht ergeben sich aus dem vorher Gesagten folgende Aktionsfelder:

- Ernährung
- Bewegung
- Alkohol
- Tabak
- Know-how-Transfer
- Medizinische Zukunftsforschung
- Infektionskrankheiten
- Vorsorge in den einzelnen Lebensaltern
- Kooperation Landwirtschaft – Ernährungswirtschaft – Gesundheitswesen
- Tourismus – Gesundheitswesen

Ich möchte nun einige dieser Bereiche herausgreifen und anhand von aktuellen Daten ein wenig illustrieren, wo wir derzeit stehen und wo ich konkrete Ansatzpunkte sehe:

## **Rolle von Bewegungsarmut und Überernährung**

Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen und Stoffwechselerkrankungen (insbesondere Diabetes) werden epidemiologischen Untersuchungen zur Folge in nicht unwesentlichem Maße durch die Folgen des „modernen Lebensstils“, der vielfach mit Bewegungsarmut und Überernährung einhergeht, verursacht.

### **Bewegung**

Befragungen zum Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung in den Jahren 1991 und 1999 zeigen, dass nach Eigenangaben der Befragten nur rund 36 % Sport und Bewegung bewusst als ein Mittel zur Gesunderhaltung einsetzen (darunter mehr Männer als Frauen und mehr junge als alte Personen). Dieser Prozentsatz hat sich zwischen den Jahren 1991 und 1999 praktisch nicht verändert und

ist im Westen Österreichs deutlich höher als im Osten. Auch die Sterblichkeit an den genannten Erkrankungen zeigt ein deutliches West-Ost-Gefälle.

Die Bemühungen, körperliche Fitness zu fördern, sind daher für den gesamten Gesundheitssektor von Bedeutung. In dankenswerter Weise hat die WHO den diesjährigen Weltgesundheitstag unter das Motto „Move for Health“ gestellt und damit ein wichtiges Lebensstilthema angesprochen. Körperliche Bewegung ist ein probates Mittel, um direkt oder indirekt weitere Gesundheitsziele zu erreichen. Ich erachte es daher in Übereinstimmung mit den Intentionen der WHO für wichtig, dass Bewegung als Eckpfeiler einer gesunden Lebensweise verstärkt in den Alltag integriert wird.

## Ernährung

Der Zugang zu einem breiten Spektrum an gesunden und sicheren Nahrungsmitteln ist ein grundlegendes Menschenrecht. Trotz aller Anstrengungen in der Vergangenheit besteht immer noch Bedarf an einer entsprechenden Politik zur Reduktion ernährungsbedingter Krankheiten und der dadurch entstehenden sozialen und finanziellen Belastungen für das Gesundheitssystem.

Der Anteil von Personen mit gesundheitsbewusster Ernährung ist nach Eigenangaben der Befragten in Österreich zwischen 1991 und 1999 leicht gesunken (von rund 39 % auf rund 37 %). Insbesondere Übergewicht stellt ein volksgesundheitliches Problem dar. Der Anteil der stark übergewichtigen Personen (Body-Mass-Index > 30 kg/m<sup>2</sup>) ist in diesem Zeitraum von rund 8 % auf über 10 % angestiegen. Die Prävalenz von Adipositas bei Erwachsenen liegt zwischen 20 % und 40 % und auch die Anzahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher nimmt bedauerlicherweise zu.

Nach Schätzungen steht etwa ein Drittel der Herz-Kreislaufkrankungen in Zusammenhang mit unausgewogener Ernährung und ein ähnlicher Anteil an Krebserkrankungen könnte durch gesündere Ernährung verhindert werden. Dies unterstreicht die Notwendigkeit der Entwicklung einer adäquaten Lebensmittel- und Ernährungspolitik über den bestehenden Standard hinaus, sowohl zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit als auch zur Reduktion der durch ernährungsabhängige Krankheiten entstehenden Kosten. Ebenso ist es notwendig, eine Kooperation verschiedener Sektoren bei der Formulierung und Implementierung einer solchen Politik herbeizuführen. Von der Gründung der österreichischen Agentur für Gesundheit- und Ernährungssicherheit erwarte ich mir eine weitere Verbesserung der an und für sich schon hohen Standards in der Lebensmittelkontrolle und damit einen Vorteil für die Konsumenten.

## Alkohol

Alkohol spielt in unserem Kulturkreis eine nicht unwesentliche Rolle. Alkoholische Getränke werden von vielen als integraler Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens betrachtet. Andererseits konsumieren 40 % der Bevölkerung mehr Alkohol als gesundheitlich unbedenklich ist. 13 % konsumieren Alkohol auf eine Weise, dass man von Missbrauch sprechen muss, und 5 % sind alkoholkrank. 15 % der Männer und 5 % der Frauen erkranken im Laufe des Lebens an Alkoholismus, was ihre Lebenserwartung um durchschnittlich 20 Jahre reduziert.

Fast jeder Österreicher und jede Österreicherin wird wiederholt mit den negativen Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums im privaten und beruflichen Umfeld konfrontiert. Schätzungen des volkswirtschaftlichen Verlustes durch exzessiven Alkoholkonsum und Alkoholismus gehen bis 5 % des österreichischen Bruttonationalproduktes.

Angesichts der immensen Probleme, die der Alkohol für unsere Gesellschaft verursacht, ist es an der Zeit, Strategien zu entwickeln und zu implementieren, die geeignet sind, Alkoholprobleme deutlich zu verringern.

## Rauchen

Mit großer Sorge muss die Gesundheitspolitik zur Kenntnis nehmen, dass Rauchen europaweit die wichtigste durch Verhaltensänderung vermeidbare Einzelursache für Erkrankungen und vorzeitige Todesfälle ist. In Österreich gehen wir von einer Gesamtzahl von 2,3 Millionen RaucherInnen aus, wobei etwa ein Drittel dieser Menschen in die Gruppe der hochabhängigen RaucherInnen fallen, welche primär als potentielle Opfer ihrer Sucht zu gelten haben und schwer krankheitsgefährdet sind. Wir verzeichnen in Österreich um die 12.000–14.000 Todesfälle an tabakassoziierten Erkrankungen jährlich.

Anlass zur Sorge gibt vor allem auch der Umstand, dass gerade bei den Jugendlichen eine Zunahme beim Rauchen verzeichnet werden muss. Im Rahmen der von der WHO alle vier Jahre durchgeführten Studie „Health Behaviour in Schoolaged Children“ hat sich zuletzt gezeigt, dass es bei den österreichischen Jugendlichen nach wie vor einen anhaltend starken Trend zum Rauchen gibt, wobei vor allem die 15-jährigen Mädchen im Spitzenfeld liegen.

Ausgehend von diesen dramatischen Fakten ist es aus gesundheitspolitischer Sicht äußerst wichtig und begrüßenswert, dass auf allen Ebenen – regional, national und international – Maßnahmen gesetzt werden, die auf eine Reduzierung des Rauchens abzielen. Erfreulicherweise gibt es auf WHO- und EU- Ebene seit langem Rahmenkonzepte und Vorgaben, die uns auf nationaler Ebene sehr unterstützen, wie beispielsweise die Aktionspläne für ein tabakfreies Europa oder die in Ausarbeitung befindliche WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle, die sicherlich einen wichtigen Beitrag zur staatenübergreifenden Tabakkontrolle leisten wird. Im nationalen Gesundheitsplan wird der Kampf gegen das Rauchen oberste Priorität haben.

## Unfälle

Ca. 800.000 Unfälle passieren jährlich in Österreich. Die Mehrzahl davon entfällt auf sogenannte „Freizeitunfälle“ im häuslichen Umfeld oder beim Sport (zusammen fast drei Viertel). Dahinter liegen die Arbeitsunfälle mit ca. 19 % und Verkehrsunfälle mit ca. 7 %. Die Auswirkungen der Unfälle, sowohl hinsichtlich des menschlichen Leides als auch in finanzieller Hinsicht, sind beträchtlich. Über 200.000 unfallbedingte Krankenhausaufenthalte werden pro Jahr verzeichnet und rund 210.000 Personen leiden an dauernden körperlichen Beeinträchtigungen infolge eines Unfalles. Die direkten Folgekosten dieses Geschehens – also Aufwendungen der Sozialversicherungen, Spitalsträger, Betriebe etc. – betragen beispielsweise 1998 rund 3,2 Milliarden Schilling. Unfälle bedeuten somit eine erhebliche Belastung für das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem. Die Häufigkeit von Unfällen zu vermindern, ist nicht nur

ein interessanter Weg zur Senkung der Kosten, sondern vor allem auch eine wichtige Strategie zur Verhinderung menschlichen Leides.

### Was ist neu?

Lassen Sie mich die für die Entwicklung des nationalen Gesundheitsplanes wesentlichen Neuerungen zusammenfassen:

- Verstärkte Partizipation der Bürgerinnen und Bürger bei der (Weiter-)Entwicklung von Gesundheitspolitik
- Gleichstellung der Prävention und der Vorsorgemedizin mit der Kurativmedizin
- Verbesserte Koordination zwischen den einzelnen Sektoren und Institutionen
- Einführung des Gender Mainstreaming in das öffentliche Gesundheitswesen
- Durch die Stärkung des Präventiv- und Vorsorgebereiches stehen „Betroffene“ im Mittelpunkt; der Begriff der „Patientenorientierung“ wird zur „Betroffenenorientierung“ erweitert.

Ich darf Sie einladen, mit Ihrem Expertenwissen aber auch mit Ihrem gesunden Menschenverstand an der Entwicklung des Nationalen Österreichischen Gesundheitsplanes mitzuwirken.





Die vorliegende Publikation dokumentiert die dritte Österreichische Gesundheitskonferenz, die am 23. Mai 2002 im Festsaal der Gesellschaft der Ärzte in Wien stattfand. Der grundlegenden Intention der Österreichischen Gesundheitskonferenz folgend, haben auch heuer Akteure aller im Gesundheitswesen maßgeblichen Bereiche die Konferenz als Gesprächsplattform genutzt.

Die präsentierten Ergebnisse sollen den Anstoß für eine strukturierte Diskussion zur Entwicklung eines Nationalen Österreichischen Gesundheitsplanes (NÖG) geben. Es ist beabsichtigt, die Arbeiten hierzu innerhalb eines Jahres abzuschließen und anlässlich der Österreichischen Gesundheitskonferenz 2003 den NÖG vorzustellen.

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

**0800/20 20 74**