



Frau
Präsidentin des Bundesrates
Inge Posch-Gruska
Parlament
1010 Wien

Mag.^a Beate Hartinger-Klein
Bundesministerin

Stubenring 1, 1010 Wien
Tel: +43 1 711 00 – 0
Fax: +43 1 711 00 – 2156
Beate.Hartinger-Klein@sozialministerium.at
www.sozialministerium.at

GZ: BMASGK-10001/0342-I/A/4/2018

Wien, 27.7.2018

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3534/J-BR der Bundesräte Dziedzic, Freundinnen und Freunde**, wie folgt:

Frage 1:

Das Sozialministerium verfolgt konsequent eine Reihe von Strategien, die zur Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit beitragen. Das Programm „AusBildung bis 18“ ist dabei neben der Ausbildungsgarantie die wichtigste Langzeitstrategie, um die Ursachen von Jugendarbeitslosigkeit in Österreich wirkungsvoll und nachhaltig zu bekämpfen.

Das mit 1. August 2016 in Kraft getretene Ausbildungspflichtgesetz betrifft alle Personen unter 18 Jahren, die die Schulpflicht beendet haben und sich dauerhaft in Österreich aufhalten. Beginnend mit dem Schuljahr 2017/2018 müssen alle Jugendlichen nach der Pflichtschule eine weiterführende Bildung oder Ausbildung absolvieren, entweder durch Besuch einer mittleren oder höheren (berufsbildenden) Schule oder Absolvieren einer Lehrausbildung.

Eine zentrale Maßnahme im Rahmen der AusBildung bis 18 ist das Jugendcoaching, das seit 2012 jährlich mittels präventiver Beratung an Schulen bis zu 45.000 Jugendliche unterstützt und sukzessive ausgebaut wird. Jugendlichen, die mehr Unterstützung am Übergang von der Pflichtschule in das weiterführende (Aus-)Bildungssystem brauchen, stehen darüber hinaus Angebote wie Produktionsschulen, die Überbetriebliche Lehrausbildung sowie begleitende Beratungs- und Unterstützungsangebote wie die *Koordinierungsstellen für die AusBildung bis 18* (KOST) zur Verfügung.

Um jungen Menschen bessere berufliche Perspektiven anzubieten, gibt es seit Oktober 2016 die „Ausbildungsgarantie bis 25“, die gemeinsam mit der „Ausbildung bis 18“ als zentrale Maßnahme im arbeitsmarktpolitischen Konzept der Bundesregierung zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit von jungen Menschen konsequent weitergeführt wird. Das Angebot richtet sich schwerpunktmäßig an 19 bis 24-jährige Arbeitslose mit maximal Pflichtschulabschluss mit dem Ziel, Ausbildungsabschlüsse insbesondere im Bereich der Berufsausbildung zu erwerben. Die Umsetzung der „Ausbildungsgarantie bis 25“ erfolgt im Rahmen der geltenden Richtlinien und Programme des AMS, wie zum Beispiel der FacharbeiterInnen-Intensivausbildung, der Überbetrieblichen Lehrausbildung, der Arbeitsplatznahen Qualifizierung oder der Arbeitstiftungen (z.B. Jugendstiftung Implacement).

Frage 1.1:

Sowohl die „Ausbildung bis 18“ als auch die „Ausbildungsgarantie bis 25“ sind wichtige Maßnahmen für jene bildungsbeteiligten Jugendlichen, die besondere Unterstützung beim Übergang von der Pflichtschule in das weiterführende (Aus-)Bildungssystem bzw. in den Arbeitsmarkt bedürfen. Die „Ausbildung bis 18“ fokussiert dabei konkret auf jene geschätzten 5.000 Jugendlichen pro Jahrgang, die aus eigener Kraft nicht den Weg in eine weiterführende Schule oder in eine Lehrausbildung finden und bisher Gefahr liefern, die Anbindung an bestehende Unterstützungsangebote vollständig zu verlieren.

Frage 2:

Die zwei zentralen Monitoringinstrumente zur Identifizierung von besonders von Arbeitslosigkeitgefährdeten Zielgruppen sind das „Frühe-Ausbildungs-AbbrecherInnen (FABA)-Monitoring“ sowie das „Interventionsmonitoring AB18“.

Zwecks Bedarfsplanung und zur Erfolgsmessung der „Ausbildung bis 18“ wurde die Statistik Austria mit der Durchführung eines Monitorings beauftragt. Die Basis dafür bilden die Daten des von BMASGK und AMS beauftragten bildungsbezogenen Erwerbskarrieremonitorings (bibEr). Dabei wird die Erwerbskarriere aller FABA im Alter von 15 bis 17 Jahren statistisch auswertbar gemacht.

Eine zeitnahe Betrachtung ermöglicht das „AB18 Interventionsmonitoring“, mit dem die Erwerbskarrieren all jener Personen, die im Zuge der Verletzung der Ausbildungspflicht bei den Koordinierungsstellen (KOST) gemeldet wurden, statistisch ausgewertet werden können.

Frage 3:

Im Rahmen der Betrieblichen Lehrstellenförderung arbeitet das Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort in Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz kontinuierlich an einer qualitativen Verbesserung der Lehrausbildung.

Entsprechend der im Regierungsprogramm vorgesehenen Attraktivitätssteigerung der betrieblichen Lehrausbildung liegen die Schwerpunkte u.a. auf der Weiterbildung der Auszubildner/innen, zusätzlicher Vorbereitungsangebote auf die Lehrabschlussprüfung, der Entwick-

lung von Ausbildungsleitfäden oder spezieller Maßnahmen für Lehrlinge mit Lernschwierigkeiten.

Die Einrichtung eines Coachings für Lehrlinge und Lehrbetriebe im Jahr 2012 wurde nach anfänglichen Erfolgen in der Pilotierung bundesweit ausgebaut, weist seitdem kontinuierlich steigende Beratungszahlen auf und erfährt ein regelmäßiges Qualitätsmonitoring.

Schließlich wurden ergänzende Maßnahmen zur Unterstützung der Qualität der betrieblichen Lehrlingsausbildung, zur Unterstützung der Integration in die Lehrlingsausbildung und in den Arbeitsmarkt sowie einem gleichmäßigen Zugang von jungen Frauen und Männern zu verschiedenen Lehrberufen in einer Richtlinie verankert und mit zusätzlichen Budgetmitteln versehen.

Frage 4:

Ich gehe davon aus, dass mit „Aussetzung von Arbeitslosenunterstützungen“ im gegebenen Zusammenhang der im Arbeitslosenversicherungsgesetz vorgesehene zeitweise Verlust des Arbeitslosengeldes bzw. der Notstandshilfe bei Nichtannahme oder Vereitelung des Zustandekommens einer vom AMS vermittelten, zumutbaren Beschäftigung gemeint ist.

Mit einer ähnlichen Fragestellung hat sich der Verfassungsgerichtshof bereits in einer Entscheidung vom 15. Oktober 1960, Geschäftszahl B418/59, befasst. Dabei ging es im Wesentlichen um die Frage, ob durch die diesbezüglichen Sanktionsbestimmungen des Arbeitslosenversicherungsgesetzes das durch Art. 18 StGG gewährleistete Recht verletzt wird, wonach niemand durch eine Rechtsnorm in der freien Wahl seines Berufes und der Ausbildung gehindert oder beschränkt werden darf.

Das Höchstgericht verneinte das, weil das Arbeitslosenversicherungsgesetz nur von der Annahme einer zumutbaren Beschäftigung spricht. Für die Zumutbarkeit einer Beschäftigung gelten damals wie heute zwingende gesetzliche Voraussetzungen. Damals war die Arbeitswelt vergleichsweise noch nicht so raschen und grundlegenden Änderungen unterworfen wie heute. Daher war der Umstand, dass der arbeitslosen Person durch eine andere Beschäftigung eine künftige Verwendung in ihrem Beruf nicht wesentlich erschwert wird, für die Beurteilung der Zumutbarkeit besonders wichtig. Im Hinblick auf den seither eingetretenen Strukturwandel sind heute andere Gesichtspunkte bedeutender. Jedenfalls nimmt das Gesetz, wie der Verfassungsgerichtshof ausgesprochen hat, auf den frei gewählten Beruf ausdrücklich Bedacht, weshalb die Pflicht zur Annahme einer zumutbaren Beschäftigung mit dem Recht auf freie Berufswahl vereinbar ist. Wie aus dem Erkenntnis weiter hervorgeht, erachtet der Verfassungsgerichtshof auch die Erwerbsfreiheit (Art. 6 StGG) durch die Bestimmungen des Arbeitslosenversicherungsgesetzes nicht als verletzt und führt dazu aus: „Abgesehen davon, dass die Frage der Gewährung oder Nichtgewährung einer Notstandshilfe für Arbeitslose, also für Personen, die keine Beschäftigung haben, schon begrifflich mit dem Recht auf Freiheit der Erwerbsbetätigung in keinem Zusammenhang stehen kann, ist dieses Grundrecht nur unter dem Vorbehalt des einfachen Gesetzes gewährleistet.“ Diese Bedingung ist erfüllt, weil ein Ausschluss vom Bezug des Arbeitslosengeldes bzw. der Notstandshilfe nur unter den im Arbeitslosenversicherungsgesetz geregelten Voraussetzungen erfolgen

darf. Die an den Bezug des Arbeitslosengeldes geknüpfte Pflicht zur Annahme einer zumutbaren Beschäftigung hindert niemand daran, den Beruf frei zu wählen oder seinen Lebensunterhalt durch frei gewählte Arbeit zu verdienen.

Frage 5:

Das Verhältnis zwischen den arbeitslosen Personen und dem AMS wurde mit 1. Jänner 2005 im Arbeitsmarktservicegesetz neu geregelt. Die geltende Rechtslage sieht jedenfalls einen zwischen beiden Partnern weitgehend im Einvernehmen zu erstellenden Betreuungsplan vor, der sowohl allenfalls bestehende Vermittlungshemmnisse als auch die bestehenden Qualifikationen individuell zu berücksichtigen hat. Zur Verbesserung der Vermittlungschan- cen hat das AMS insbesondere auf den Erhalt und die Erweiterung von Kenntnissen beruflicher und fachlicher Art zu achten.

Die für die Berater und Beraterinnen des AMS geltenden Grundsätze sind auch im Rahmen einer bundesweit geltenden, einheitlichen Richtlinie des AMS zur Betreuungsvereinbarung geregelt. Mit den erwähnten Regelungen soll die Kundenzufriedenheit erhöht und die Passgenauigkeit von Betreuung, Vermittlung und Qualifizierung durch das AMS gefördert werden. In der Betreuungsvereinbarung sind die geplanten Betreuungsschritte klar und transparent festzuhalten.

Kann im Einzelfall zwischen dem AMS und der arbeitslosen Person kein Einvernehmen über die weiteren Betreuungsschritte erzielt werden, sind diese letztlich vom AMS festzulegen. Doch auch in diesem Fall hat das AMS unter weitest gehender Berücksichtigung der Interessen der Betroffenen vorzugehen und beabsichtigte Betreuungsschritte nachvollziehbar zu begründen und dies auch zu dokumentieren.

Frage 6:

Die Mindestsicherung orientiert sich in ihren derzeit vorgesehenen laufenden Leistungen an der Netto-Höhe der Ausgleichszulage. Die Ausgleichszulage gilt in Österreich als anerkanntes Existenzminimum und ist als solches grundsätzlich auch in der Exekutionsordnung verankert. Die Ausgleichszulage ist gem. § 292 Abs. 3 ASVG jährlich unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 ASVG mit dem nach § 108f ASVG ermittelten Anpassungsfaktor zu vervielfachen. Dieser Anpassungsfaktor berücksichtigt auch die Erhöhung der Verbraucherpreise.

Mit dem seitens der Bundesregierung geplanten Grundsatzgesetz in Mindestsicherungsangelegenheiten soll eine einheitliche Sozialhilfe in Österreich sichergestellt werden.

Frage 7:

Seit dem Jahr 2003 werden auf Basis von EU-SILC (European Community Statistics on Income and Living Conditions, Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen) jährlich Indikatoren zu Armut und sozialer Eingliederung berechnet. In der Berichterstattung werden von Armut betroffene Personen nach unterschiedlichen Merkmalen dargestellt, wodurch Rückschlüsse auf die Ursachen von Armut gezogen werden können.

7.1. Ja. Europaweit soll – entsprechend der Europa 2020-Strategie für ein intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum – die Zielgruppe der Armut- oder Ausgrenzungsgefährdeten innerhalb von zehn Jahren (bis in das Jahr 2020) um 20 Millionen Menschen reduziert werden. In der nationalen Umsetzung bis zum Jahr 2020 wird ein Beitrag zum EU-Ziel erfasst durch die drei Indikatoren Armutgefährdung, materielle Deprivation und Erwerbslosenhaushalt - in der Höhe von 235.000 Personen angestrebt.

¹Frage 9:

Die sozialen Unterstützungsleistungen wie Mindestsicherung, Arbeitslosengeld, Notstands hilfe, Pensionen, Krankengeld, Familienbeihilfe etc. stellen die Möglichkeit einer angemessenen Ernährung sicher.

9.1. Das Lebensmittelrecht ist weitgehend harmonisiert. Mit den EU-Rechtsakten zum Allgemeinen Lebensmittelrecht (Verordnung (EG) Nr. 178/2002), zum Hygienerecht (Verordnungen (EG) Nr. 852/2004, 853/2004 und 854/2004) und zur Kontrolle der lebensmittelrechtlichen Bestimmungen (Verordnung (EG) Nr. 882/2004 bzw. künftig Nr. 2017/625) wird gewährleistet, dass für alle Bevölkerungsschichten nur gesundheitlich einwandfreie Lebensmittel zur Verfügung stehen.

Frage 10:

Menschen mit Behinderung müssen wie alle anderen Menschen die Chance auf ein selbstbestimmtes, erfülltes Leben erhalten. Dazu gehört neben einem funktionierenden sozialen Umfeld und einer guten Ausbildung vor allem ein Arbeitsplatz, der den Fähigkeiten und Qualifikationen entspricht und ein eigenständiges Leben und Teilhabe ermöglicht. Zur Unterstützung dieser Personengruppe wird seitens des Sozialministeriums eine Vielzahl an Maßnahmen im Rahmen der Beschäftigungsinitiative zur Verfügung gestellt.

Im Jahr 2017 wurden für Projektförderungen (z.B. im Rahmen von NEBA – Netzwerk Berufliche Assistenz) für 102.700 Teilnahmen rund € 160,5 Mio. ausbezahlt. Zudem wurden € 36 Mio. an Individualförderungen, wie zum Beispiel Lohnkostenzuschüsse für Unternehmen, aufgewendet. Im Jahr 2018 stehen für diese Maßnahmen der Beschäftigungsoffensive bis zu € 220 Mio. zur Verfügung.

Die österreichische Bundesregierung hat bereits 2012 eine langfristige Strategie zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention beschlossen: den Nationalen Aktionsplan Behinderung 2012-2020 (NAP Behinderung). Dieser enthält Zielsetzungen und 250 konkrete Maßnahmen, die vom Sozialministerium in Zusammenarbeit mit allen anderen Bundesministrien formuliert wurden und bis 2020 umgesetzt werden sollen. Das Sozialministerium hat Ende 2017 eine Zwischenbilanz für den NAP Behinderung über die Jahre 2012 bis 2016 vor gelegt und auf der Homepage des Sozialministeriums veröffentlicht. Die Bilanz zeigt, dass von den 250 Maßnahmen bereits 62% umgesetzt wurden. Weitere 32% waren teilweise umgesetzt oder in der Vorbereitungsphase. Lediglich bei 6% der Maßnahmen gab es noch keine

¹ Eine Frage 8 wurde in der Anfrage nicht gestellt.

Umsetzungsschritte. Zusätzlich enthält die Zwischenbilanz 15 neue Maßnahmen, von denen 13 bereits umgesetzt sind.

Überdies erfolgte im Herbst 2015 mit dem Start der "IBL – Integrative Betriebe Lehrausbildung" eine neue Schwerpunktsetzung im Modul Berufsvorbereitung der Integrativen Betriebe. Menschen mit Behinderung soll nicht nur eine niederschwellige Qualifizierung, sondern auch ein Zugang zu einer beruflichen Ausbildung mit einem formalen Abschluss geboten werden. Mit der in den Integrativen Betrieben vorhandenen Infrastruktur (Ausstattung, Fachpersonal etc.) ist eine hochwertige Qualifizierung gewährleistet. Ziel der Ausbildung ist es, die Vermittlungsfähigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die Ablegung der Lehrabschlussprüfung zu erhöhen, sodass eine nachhaltige Integration am allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist. Per 1. Jänner 2018 wurden im Rahmen der „IBL – Integrative Betriebe Lehrausbildung“ bereits 80 junge Menschen mit Behinderung in 14 Lehrberufen ausgebildet. Dieses Projekt soll nunmehr in den kommenden Jahren schrittweise ausgebaut werden.

Weiters soll es durch die zusätzlichen Mittel im Rahmen des beschlossenen Inklusionspaketes im Sinne des Regierungsprogrammes zu einer Weiterführung und Weiterentwicklung der Beschäftigungsinitiative kommen. Finanziert werden diese Maßnahmen aus Budgetmitteln der UG 21, Budgetmitteln der UG 20 (den Bereich Ausbildung bis 18 betreffend), Mitteln des Ausgleichstaxfonds und Mitteln des Europäischen Sozialfonds.

Frage 11:

Maßnahmen der tagesstrukturierenden Einrichtungen sind grundsätzlich Angelegenheiten der Bundesländer und finden in den jeweiligen Landesgesetzen für Menschen mit Behinderung ihre rechtliche Grundlage.

Nach der geltenden Rechtslage und Judikatur des OGH steht bei der Tätigkeit der Menschen mit Behinderung in den tagesstrukturierenden Einrichtungen nicht der arbeitsrechtliche, sondern der therapeutische Zweck im Vordergrund, sodass diese Personen daher keine Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im arbeitsrechtlichen Sinne sind. Eine Tätigkeit im Rahmen einer Beschäftigungstherapie bzw. in den geschützten Werkstätten begründet daher keine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Sozialversicherung. Der sozialversicherungsrechtliche Schutz, insbesondere die Krankenversicherung, für in Beschäftigungstherapie stehende Personen leitet sich im Regelfall aus der Angehörigeneigenschaft zu einer krankenversicherten Person ab (Kinder und Enkel gelten - über die sonst geltenden Altersgrenzen hinaus - als Angehörige, wenn und solange sie infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig sind) oder resultiert aus dem Bezug bestimmter Geldleistungen wie etwa der Bedarfsoorientierten Mindestsicherung. Zudem sind seit 2011 Menschen mit Behinderung in tagesstrukturierenden Einrichtungen von der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst, sodass ihnen der Unfallversicherungsschutz zukommt.

Des Weiteren konnte erreicht werden, dass Menschen mit Behinderung in tagesstrukturierenden Einrichtungen auf Grundlage einer Novelle zum ASVG und FLAG seit 2014 nach gescheitertem Arbeitsversuch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder bestimmte Leistungen, wie z.B. die erhöhte Familienbeihilfe oder die Waisenpension, erhalten können (Wie-

deraufleben nach der Ruhendstellung). Mit dieser Maßnahme sollen potentielle Hemmnisse für Arbeits-versuche schwerbehinderter Menschen beseitigt und eine stärkere Durchlässigkeit zwischen dem ersten und dritten Arbeitsmarkt erreicht werden.

Frage 12:

Im Rahmen der nationalen Armutsbewertung („nationale Eingliederungsindikatoren“) wird jährlich die registrierte Wohnungslosigkeit ausgewiesen. Das Thema Wohnungslosigkeit fällt in Österreich nicht in die Zuständigkeit des Bundes, sondern ist Angelegenheit der Bundesländer.

12.1. Laut dem von der Statistik Austria 2017 veröffentlichten Bericht „Armut und soziale Ausgrenzung 2008 bis 2016“ lag die Zahl der registrierten Wohnungslosen im Jahr 2016 bei 15.038 Personen. Das bedeutet gegenüber dem Jahr 2008 eine Steigerung um 33 Prozent. Im Jahr 2016 lebten insgesamt 4.379 als wohnungslos registrierte Personen in Einrichtungen für Wohnungslose; die Anzahl dieser Personen blieb über den Zeitraum von 2008 bis 2016 allerdings relativ konstant.

Frage 13, 14, 15:

Die Themen Wohnungslosigkeit, Sozialer Wohnbau bzw. Ausgestaltung und Abwicklung von Wohnbeihilfen sind in Österreich nicht in der Zuständigkeit des Bundes, sondern sind Angelegenheit der Bundesländer.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe („bawo“) hat ein Positionspapier zum Thema „WOHNEN FÜR ALLE. LEISTBAR. DAUERHAFT. INKLUSIV.“ erstellt.

Frage 16:

Die Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal ist ein zentrales Thema der laufenden Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit). Mit dem im Zielsteuerungsvertrag zwischen dem Bund, allen Ländern und der Sozialversicherung vereinbarten operativen Ziel 2 „Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen“ wurde für die Periode 2017 bis 2021 eine Reihe von Maßnahmen auf Bundes- und Länderebene vereinbart. Die wesentlichen Maßnahmen und ihr aktueller Umsetzungsstand stellen sich wie folgt dar:

- Aufbau eines Analysewesens als gemeinsame Grundlage für die Planung der Personalressourcen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich mit dem Ziel der Bedarfsdeckung mit adäquat ausgebildetem Gesundheitspersonal; derzeit liegt eine erste Fassung des Analyse-Tools für den ärztlichen Bereich vor; die Weiterentwicklung hängt eng mit der Verfügbarkeit der erforderlichen Daten, insbesondere für andere Gesundheitsberufe, zusammen, die derzeit nicht bzw. noch nicht gegeben ist.
- Erarbeitung von Kompetenzprofilen für die in der neuen multiprofessionellen Primärversorgung tätigen Gesundheitsberufe; bislang wurde ein Konzept zu Kompetenzprofilen für die Berufsgruppen des Kernteams der neuen Primärversorgung (z.B. Allgemeinmedizine-

rinnen/Allgemeinmediziner, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) erstellt, das nun mehr einer Konsultation mit Berufs- und Interessensvertretungen zugeführt wird.

- Analyse der Einflussfaktoren (inkl. Arbeitszufriedenheit) auf die Attraktivität der Berufsfelder Allgemeinmedizin, Pflege und allfällig weiterer Gesundheitsberufe; bislang wurde ein Konzept zur „Attraktivierung der Allgemeinmedizin“ erstellt, dessen Maßnahmenvorschläge derzeit einer Prioritätenreihung unterzogen werden.
- Schaffung von ausreichenden Lehrpraxen; die Finanzierung der Lehrpraxen für die Jahre 2018 bis 2020 wurde vereinbart.
- Unterstützung der Universitäten bei der Schaffung von ausreichenden Möglichkeiten/Plätzen für das klinisch-praktische Jahr; aktuell stehen ausreichende Plätze in fast allen Bundesländern zur Verfügung bzw. werden vorbereitet.
- Analyse und gegebenenfalls Anpassung der Ausbildungskapazitäten für ausgewählte Gesundheitsberufe; entsprechende Arbeiten sind in allen Bundesländern im Gange.
- Vernetzung der Ausbildungen der Gesundheitsberufe; konkrete Arbeiten finden derzeit in vier Bundesländern statt.

Darüber hinaus ist die neue Primärversorgung, deren gesetzliche Grundlage Mitte 2017 geschlossen wurde, ein wesentlicher Meilenstein für die Gesundheitsversorgung der Zukunft. Ihr zentrales Element ist die Teamarbeit von mehreren Ärztinnen und Ärzten und verschiedenen anderen Gesundheitsberufen. Neben den Vorteilen für die Patientinnen und Patienten (z.B. bessere Öffnungszeiten, umfangreicheres Leistungsangebot) bietet diese Form der Zusammenarbeit auch Vorteile für die in Gesundheitsberufen Tätigen, etwa in Form besser geregelter Arbeitszeiten und einer ausgewogenen Work-Life-Balance, womit diese Berufe höhere Attraktivität erhalten werden.

Derzeit sind neun Primärversorgungseinheiten in drei Bundesländern in Betrieb, bis 2021 soll es österreichweit 75 Einheiten geben. Der weitere Aufbau wird durch eine federführend von meinem Ressort breit angelegte „Gründungsinitiative zur Stärkung der Primärversorgung“ begleitet, in deren Rahmen vielfältige Unterstützungen geleistet werden, wie z.B.:

- die Erarbeitung und Zurverfügungstellung von Dokumenten für die Gründung von Primärversorgungseinheiten (relevante Muster und Informationsmaterialien zu den Bereichen Recht, Finanzen sowie Infrastruktur);
- die Erstellung eines Muster-Versorgungskonzepts;
- das EU-Projekt „Start-up services for Primary Health Care“, das u.a. eine Vor-Ort-Unterstützung für Primärversorgungseinheiten sowie die Erarbeitung einer Kommunikationsstrategie für die Bekanntmachung der Gründungsinitiative beinhaltet;
- die Entwicklung eines auf Primärversorgungseinheiten zugeschnittenen Finanzierungsinstruments;

- die Erarbeitung von Regionalen Versorgungsprofilen, um möglichst präzise Informationen über die Regionen, in denen Primärversorgungseinheiten tätig werden, zur Verfügung zu stellen.

Seitens der Krankenversicherungsträger werden – teilweise gemeinsam mit Bund, Ländern, Interessensvertretungen und sonstigen Einrichtungen – diverse Maßnahmen gesetzt, um in ländlichen Gebieten dem Mangel an Ärzt/inn/en für Allgemeinmedizin gegenzusteuern und den Beruf des Allgemeinmediziners bzw. dessen Ausübung als Vertragspartner der Krankenversicherungsträger attraktiver zu gestalten. Beispielhaft sind zu nennen:

- Finanzielle Maßnahmen und wirtschaftliche Unterstützung während des Studiums und der Ausbildung (Stipendien für Studenten, Förderungen für Turnusärzte, Mitfinanzierung der Lehrpraxen);
- Finanzielle Anreize und wirtschaftliche Unterstützung bei Gründung der Ordination und während der Berufsausübung (Niederlassungsprämien, (Erschwernis-)zulagen, Modernisierung der Honorarordnung mit zum Teil Erhöhung von Honoraren);
- Entlastung der Arbeitssituation und Verbesserung der Work-Life-Balance (bspw. Reduzierung von Bereitschaftsdiensten in der Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen, Einrichtung von Akutordinationen in Krankenanstalten, Ausbau der Primärversorgungseinheiten und Ermöglichung flexibler Kooperationsformen, diverse Job-Sharing-Modelle, erweiterte Stellvertretungen);
- Erleichterung der Erbringung medizinischer Leistungen durch informations- und kommunikationstechnische Maßnahmen (z. B. Telemedizin, e-Health).

Zu den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen ist festzuhalten, dass die Zuständigkeit für die Ausbildungseinrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie für das Pflegepersonal in den Pflegeeinrichtungen und Krankenanstalten in der Zuständigkeit der Bundesländer liegt.

Mit der GuKG-Novelle 2016 wurde u.a. ein dritter Gesundheits- und Krankenpflegeberuf – die Pflegefachassistentenz (PFA) – geschaffen. Die PFA liegt im Hinblick auf deren Kompetenzprofil zwischen der einjährigen Pflegeassistentenz (PA) und dem dreijährigen gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP).

Von 2007 bis 2016 beendeten jährlich durchschnittlich 2696 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger sowie 1751 Pflegeassistentinnen/-assistenten (vorm. Pflegehilfe) erfolgreich die Ausbildung.

Da die PFA erst in der GuKG-Novelle 2016 geschaffen und die Ausbildung zur PFA noch nicht flächendeckend implementiert wurde, sind keine validen Daten über die Anzahl an Auszubildenden und/oder Absolventinnen/Absolventen existent.

Frage 17:

Die gemeinsamen Instrumente der Partner der Zielsteuerung-Gesundheit (Bund, alle Länder und Sozialversicherung) für die bedarfsgerechte Planung der Gesundheitsversorgung sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) als österreichweiter Rahmenplan und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) auf Länderebene. Im ÖSG wurden auf Basis von Bevölkerungsprognosen und Schätzungen zur Morbiditätsentwicklung Kennzahlen und Planvorgaben für die zukünftige Gesundheitsversorgungsstruktur erarbeitet und sind vereinbart. Auf dieser Basis werden in den RSG regelmäßig die konkreten bedarfsgerechten Kapazitäts- und Standortplanungen und Versorgungskonzepte für ausgewählte Versorgungsbereiche festgelegt. Ziel der Planungen ist die regional möglichst optimale Verteilung der Versorgungsangebote an gut erreichbaren Standorten. Weiters sind im ÖSG Strukturqualitätskriterien für viele Versorgungsbereiche festgelegt, die eine österreichweit gleichwertige Qualität der Versorgungsstruktur gewährleisten.

Hinsichtlich der psychosozialen Gesundheit im Allgemeinen sind die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit übereingekommen, zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abzubauen. Dazu zählt u.a. die Entwicklung von Umsetzungs- und Finanzierungsmodellen für eine bedarfsgerechte, niederschwellig zugängliche psychotherapeutische Versorgung in Österreich. Die Umsetzung von vereinbarten sachleistungssteigernden Maßnahmen in der psychosozialen Versorgung sollen sowohl im Rahmen der bestehenden Systeme der Sachleistungsversorgung als auch im Bereich Mental Health - Kinder- und Jugendgesundheit im Rahmen multi-professioneller Versorgungsstrukturen erfolgen. Arbeiten dazu auf Bundesebene wurden kürzlich in Angriff genommen. Multiprofessionelle Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche sind in einigen Bundesländern im Auf- bzw. Ausbau begriffen oder in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) geplant.

Weiters werden unter anderem im Rahmen der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit fördern“ eine Reihe von Maßnahmen im Handlungsfeld Versorgung, Rehabilitation, Ausbildung getroffen. Die Angebote müssen bedarfs- und bedürfnisgerecht und möglichst niederschwellig zugänglich sein. Das bedeutet, dass Angebote wohnortnah, finanziell leistbar und kultursensibel sind sowie in einem vielfältigen Spektrum und ohne lange Wartezeiten zur Verfügung stehen. Zudem ist das Stigma, das der Inanspruchnahme des Versorgungsangebots anhaftet, eine Barriere für Hilfesuchende, die es zu überwinden gilt. Wesentliche Qualitätsmerkmale sind Empowerment und systematisches Einbeziehen von Betroffenen und Angehörigen und/oder Bezugspersonen in Planung und Umsetzung. U.a. folgende Maßnahmen werden im Kontext der AG GZ 9 umgesetzt:

- Ausbildungsoffensive zur Erhöhung der Psychiater/innen-Anzahl bzw. Kinder- und Jugendpsychiater/innen-Anzahl in Österreich
- Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation und Finanzierung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung
- Koordinationsplattform zur psychosozialen Unterstützung für Geflüchtete und Helfende

- Vernetzungsplattform für Betroffenenvertreter/innen für Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Kompetenzgruppe Entstigmatisierung

In Bezug auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind im Rahmen der laufenden Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) eine Reihe von Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen auf Bundes- und Länderebene vereinbart. Eine wesentliche Maßnahme ist die Optimierung des Angebotes, der Akzeptanz und der Abwicklung von Impfungen für Kinder und Jugendliche unter Nutzung eines e-Impfpasses. In einem ersten Schritt soll im Zusammenhang mit dem Rollout der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) ein e-Impfpass für Null- bis Fünfjährige schrittweise eingeführt werden. Entscheidungen über eine Pilotierung sollen demnächst getroffen werden. Weiters haben die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit einen bedarfsgerechten Ausbau (unter Berücksichtigung der Versorgungssituation in den Bundesländern) von multiprofessionellen niederschwelligen Angeboten im kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosozialen Bereich zur Verbesserung der Sachleistungsversorgung für funktionell-therapeutische und psychotherapeutische Leistungen vereinbart.

Weitere wichtige Bezugspunkte für die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind u.a. die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (2011) und der Bericht der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 6 „Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten“ (2014 7 / Update 2017). Beide Strategien werden gemeinsam vom intersektoralen Komitee für Kinder- und Jugendgesundheit bearbeitet.

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie setzt sich aus fünf Themenfeldern zusammen, von denen eines „Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen“ ist. Um den Fortschritt in der Umsetzung der Maßnahmen aufzuzeigen, wurde die Strategie bereits vier Mal einem Update unterzogen, zuletzt 2016/17 zum genannten Themenfeld. In diesem werden / wurden eine Vielzahl von Maßnahmen umgesetzt. Seit 2011 haben zahlreiche positive Entwicklungen stattgefunden, was u.a. den erfolgten Auf- und Ausbau der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychosomatischen Versorgung betrifft. Parallel dazu entwickelte sich die außerstationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen bzw. psychosozialen Problemen und Erkrankungen in vielen Bereichen weiter: Neben neu eingerichteten Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit spezifischem ambulantem Betreuungsangebot wurden in den meisten Bundesländern Kassenstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie besetzt und Angebote kostenloser Psychotherapie für Kinder und Jugendliche geschaffen. Auch im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sowie bei der Kinderhospizarbeit und im Falle von Palliative Care sind seit dem Jahr 2011 große Fortschritte erzielt worden. Der Bericht der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 6 „Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten“ enthält u.a. eine Maßnahme zur Berücksichtigung der Anforderungen von Kindern und Jugendlichen in der Aus- und Weiterbildung relevanter (Gesundheits-)Berufsgruppen und zur Verbesserung der kinder- und jugendgerechten Rahmen- und Behandlungsbedingungen in Gesundheitseinrichtungen. Die integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit

psychischen sowie chronischen Erkrankungen stellt jedoch nach wie vor eine große Herausforderung in Österreich dar.

Frage 18:

Das österreichische Sozialversicherungsrecht unterscheidet im Regelfall nicht zwischen Inländer/inne/n und Ausländer/inne/n. Bei Eintritt der gesetzlichen Voraussetzungen tritt die soziale Krankenversicherung für die betroffene Person ohne deren Zutun und ohne Möglichkeit einer Ablehnung („ex lege“) ein. Auch das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheidet bei einer krankenversicherten Person und deren anspruchsberechtigten Angehörigen nicht nach der Nationalität.

Asylwerber/innen, die nach dem Bundesgesetz BGBl. Nr. 405/1991 in die Bundesbetreuung aufgenommen sind, und unterstützungswürdige hilfs- und schutzbedürftige Fremde nach Art. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde sind gemäß § 1 Z 17 und 19 der Verordnung über die Durchführung der Krankenversicherung für die gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogenen Personen geschützt. Der im Betreff genannte 5. Bericht Österreichs führt dazu Folgendes aus: „Durch die Gewährung der staatlichen Krankenversicherung wird in der Regel allen AsylwerberInnen und in weiterer Folge subsidiär Schutzberechtigten ein den InländerInnen gleichgestellter Gesundheitsschutz zuteil. Dies gilt insbesondere im Falle der Niederkunft und Mutterschaft, aber auch für Opfer von Gewalt oder Opfer von Menschenhandel.“

Weiters ist hinsichtlich des Zuganges von Menschen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft zum Gesundheitssystem auf das Gesundheitsziel 2 „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen“ zu verweisen. Es zielt darauf ab, dass die Chancen gesund zu bleiben oder zu werden in der österreichischen Wohnbevölkerung fair verteilt werden, unabhängig von Herkunft, Wohnumgebung oder Geschlecht. Umgesetzt wurde dazu bisher u.a. die Maßnahme „Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen“ – Leitfaden für die Maßnahmengestaltung im Bereich Gesundheitsförderung und -versorgung“ (Gesundheit Österreich GmbH).

Frage 19:

Bereits im Jahr 2010 wurde das Öffentliche Gesundheitsportal freigeschaltet, das niederschwellige und qualitätsgesicherte Informationen über das Gesundheitssystem selbst, das gesundheitsbezogene Leistungsspektrum einschließlich der Kostentragung für diese Leistungen sowie über unterschiedliche Krankheitsbilder – Diagnosen, Therapien, Risiken – enthält. Auf der Grundlage der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurde die Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in das Gesundheitsportal integriert. Seit Inbetriebnahme wird das Gesundheitsportal laufend inhaltlich sowie funktional erweitert und auch hinsichtlich der Bedienbarkeit verbessert. Teilweise werden die Informationen bereits in Englisch angeboten, weitere Sprachvarianten sollen in den nächsten Jahren hinzukommen.

Zudem kann ein Bezug zum Gesundheitsziel 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ hergestellt werden. Im Rahmen des Wirkungsziels 1 „Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“ wurde u.a. ein Pilotprojekt zum Videodolmetschen im Gesundheitswesen durchgeführt. Ein aktueller Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung von Gesprächsqualität im Gesundheitswesen als wichtige Voraussetzung für die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten. Von der aus dem Gesundheitsziel 3 hervorgegangenen österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz wurde ein Kriterienset für gute Gesundheitsinformationen veröffentlicht, das u.a. auch Sprachen und Sprachniveau berücksichtigt.

Das Pilotprojekt zum Videodolmetschen ist nach erfolgreicher Beendigung in den Regelbetrieb auf kommerzieller Basis übergeführt worden. Es ist Sache der Spitalsträger bzw. freiberuflichen Angehörigen von Gesundheitsberufen, dieses Angebot zu nutzen, um ihrer Aufklärungspflicht nachkommen zu können.

Fragen 20 bis 23:

Asylwerber und Asylwerberinnen (Personen im laufenden Asylverfahren) können drei Monate ab Zulassung zum Asylverfahren nach einer Arbeitsmarktprüfung eine Beschäftigungsbe willigung erhalten. Angesichts des zusätzlichen Bedarfs an Saisonarbeitskräften im Tourismus und in der Land- und Forstwirtschaft werden Asylwerber und Asylwerberinnen vorrangig in diesen Branchen zugelassen. Daneben besteht für sie die Möglichkeit, bewilligungsfrei haushaltstypische Dienstleistungen in Privathaushalten (z.B. Reinigungstätigkeiten, Gartenarbeiten, Kinder- und Altenbetreuung) mit einer Entlohnung über den Dienstleistungsscheck zu übernehmen. Jugendliche Asylwerber und Asylwerberinnen werden in Lehrberufen, in denen ein Lehrlingsmangel besteht, auch zu einer Lehre zugelassen. Auch selbständige Tätigkeiten können ab dem vierten Monat nach Einbringung des Asylantrages ausgeübt werden, wenn die dafür erforderlichen Qualifikationen (z.B. Befähigungsnachweis nach GewO) nachgewiesen werden oder dafür keine Qualifikationen erforderlich sind („freie Gewerbe“). Nachdem Asylwerber/innen im laufenden Asylverfahren noch kein auf Dauer ausgerichtetes Aufenthaltsrecht haben, ist eine über die angeführten Möglichkeiten hinausgehende Erweiterung des Arbeitsmarktzuganges nicht geplant.

Mein Ressort hat im Jahr 2016 die Gesundheit Österreich GmbH mit dem Aufbau einer nationalen „Koordinationsplattform zur psychosozialen Unterstützung für Geflüchtete und Helfende“ beauftragt. In der Plattform sind (politische) Entscheidungsträger auf Bundes- und Länderebene, Expertinnen/Experten und NGOs vertreten. Inzwischen haben sich die Situation und der damit verbundene Bedarf nach Unterstützung verändert, die Aktivitäten der Plattform sind auf eine längerfristige und nachhaltige Unterstützung ausgerichtet. Daher läuft derzeit gerade die Konzeptentwicklung für eine Weiterführung der Plattform seitens des BMASGK unter Berücksichtigung der neuen Gegebenheiten.

Ziel ist die niederschwellige Koordination von Maßnahmen der beteiligten Institutionen (Bund, Länder, NGO's), die präventiv wirken und damit die psychosoziale Gesundheit von Menschen mit Fluchthintergrund fördern. Durch den damit verbundenen verstärkten Austausch zwischen, aber auch innerhalb der verschiedenen Politikfelder, der Bundes- und Lan-

desebene sowie der Umsetzenden sollen einerseits die entsprechenden Maßnahmen besser aufeinander abgestimmt und andererseits die Kommunikation zwischen den Entscheidungsträger/inne/n sowie den involvierten Fachpersonen gefördert werden. Wesentliche Aufgaben der Plattform sind daher die Vernetzung der verschiedenen Verwaltungsebenen und umsetzenden Institutionen, das Ermöglichen eines Überblicks über die jeweils geplanten bzw. umgesetzten Maßnahmen sowie der Wissenstransfer von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, aber auch konkreten Umsetzungserfahrungen.

Die gesetzten bzw. zu setzenden Maßnahmen tragen dazu bei, einen angemessenen Lebensstandard, die Unabhängigkeit sowie die wirtschaftliche Selbstständigkeit von Asylwerber/inne/n sicherzustellen und zu fördern.

Mit freundlichen Grüßen

Mag.^a Beate Hartinger-Klein

