
15298/AB XXIV. GP

Eingelangt am 09.10.2013

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag.^a Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0245-I/A/15/2013

Wien, am 8. Oktober 2013

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 15816/J der Abgeordneten Dr. Erwin Rasinger, Kolleginnen und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend ist festzuhalten, dass für die Beantwortung der vorliegenden parlamentarischen Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde, die im Folgenden auszugsweise wiedergegeben wird.

Zu den nachstehenden Ausführungen darf ich vorab darauf hinweisen, dass im Sinne des „Health in all Policies“-Ansatzes die Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele auf breitester Basis erfolgte. Es geht darum, die Gesundheit der Menschen zu

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

erhalten und nicht erst auf das Kranksein zu reagieren. So kann nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung verbessert, sondern auch eine Entlastung des Gesundheitsversorgungssystems bewirkt werden. Die Rahmen-Gesundheitsziele berücksichtigen die relevanten Einflussfaktoren und Politikfelder und nehmen Bezug auf gesellschaftliche Verhältnisse, um so einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit zu leisten, sie beziehen sich aber nicht auf einzelne Krankheiten, die Beantwortung einzelner Fragen kann daher nur unter diesem Aspekt erfolgen. Dieses Grundverständnis von Gesundheitszielen wurde übrigens auf der politischen Ebene konsensual sowohl gebietskörperschaftsübergreifend (also mit den Vertreterinnen und Vertretern der Landesregierungen und auf Bundesebene mit den beteiligten Ministerien) als auch mit der Selbstverwaltung (Arbeitgeber- und Arbeitnehmer) der Sozialversicherungsträger in einem offenen und breit angelegten Prozess festgelegt.

Zu den Fragen bezüglich der Häufigkeiten einzelner Krankheiten wird festgehalten, dass In Österreich für viele nicht übertragbare Erkrankungen einheitliche und zuverlässige Datenquellen fehlen. Somit können nur für wenige Erkrankungen präzise Aussagen über die aktuelle Verbreitung in der Bevölkerung (Prävalenz) oder über die Zahl der Neuerkrankungen (Inzidenz) gemacht werden. Daten guter Qualität gibt es vor allem für jene Erkrankungen, für die eine gesetzliche Meldepflicht besteht (Krebserkrankungen bzw. meldepflichtige übertragbare Erkrankungen). In Ermangelung epidemiologischer Daten wird häufig auch die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (kurz DLD genannt) zur Schätzung der Prävalenz bestimmter Erkrankungen herangezogen. Da diese Spitalsentlassungsdaten aber lediglich die „Behandlungs-Prävalenz“ wiedergeben, sind sie nur bei jenen Krankheiten zur Prävalenz-Schätzung geeignet, die in jedem Fall einen Spitalsaufenthalt erfordern. Zudem sind die Daten fall- und nicht personenbezogen.

Frage 1:

Die Zahlen zur Mortalität bei Herzinfarkt sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen (gem. den Angaben der Statistik Austria)

Herzinfarkt (I21-I22)		
	Absolutzahlen	altersstandardisierte Raten auf 100.000 der Bevölkerung
2008	5.272	29,0
2009	5.230	28,3
2010	5.285	28,1
2011	5.111	26,9
2012	5.031	25,2

Bezogen auf die altersstandardisierten Raten (einem Indikator, der die Alterung der Bevölkerung mitberücksichtigt und damit einen fairen Vergleich zwischen Jahren ermöglicht) ist die Mortalität aufgrund von Herzinfarkten seit 2008 um 13,1% gefallen, bezogen auf die Absolutwerte waren es 4,6%.

Prävalenz:

Der Österreichischen Gesundheitsbefragung zufolge hatten 2006/2007 etwa 2 Prozent der in Österreich wohnhaften Bevölkerung über 15 Jahre einen Herzinfarkt (Lebenszeitprävalenz; ca. 150.000 Menschen). Die männliche Bevölkerung war dabei in etwa doppelt so häufig davon betroffen (2,9 %) als der weibliche Bevölkerungsteil (1,5 %). Insgesamt gilt, dass das Herzinfarktgeschehen mit steigendem Alter deutlich zunimmt. Insbesondere gilt dies für Personen ab einem Alter von 60 Jahren. Aussagen über die Entwicklung der Herzinfarkt-Prävalenz innerhalb der letzten fünf Jahre sind nicht möglich.

Inzidenz:

Der Österreichischen Gesundheitsbefragung zufolge lag die Inzidenzrate für Herzinfarkt im Jahr 2006/2007 (in der Bevölkerung über 15 Jahre) bei rund 0,5 Prozent (hochgerechnet ca. 34.000 Neuerkrankungsfälle). Die Neuerkrankungsfälle entfielen dabei zu 60 Prozent auf die männliche Bevölkerung und traten mehrheitlich im Alter von 60 oder mehr Jahren auf (zu 71 %). Ein sprunghafter Anstieg der Inzidenzrate zeigt sich in der männlichen Bevölkerung ab einem Alter von 45 Jahren, in der weiblichen Bevölkerung ab einem Alter von 60 Jahren.

Der DLD und Todesursachstatistik zufolge wurden 2011 rund 20.000 Neuerkrankungsfälle dokumentiert. Die männliche und ältere Bevölkerung weist dabei im Vergleich zur weiblichen und jüngeren Bevölkerung deutlich höhere Inzidenzraten auf. Darüber hinaus zeigt sich, dass die Herzinfarkt-Inzidenz seit 2007 kontinuierlich gesunken ist (jährlich um durchschnittlich 2,6%). Die Abnahme ist dabei sowohl auf eine verminderte Herzinfarkt-Sterblichkeit als auch auf eine sinkende Spitalmorbidity¹ zurückzuführen.²

Was die Versorgungsqualität anbelangt, so wurde von mir ein Themenqualitätsbericht Herzinfarkt in Auftrag gegeben. Der Bericht wird bis Ende des Jahres 2013 vorliegen.

Frage 2:

Die Todesursachenstatistik wird jährlich nach einer international standardisierten Liste veröffentlicht. In dieser Liste werden Schlaganfälle nicht berücksichtigt, deshalb wurde diese Kategorie für die Beantwortung der Frage durch die Statistik Austria errechnet:

1

Anzahl der stationär aufgenommen Patientinnen/-Patienten, bei denen in Haupt- oder Nebendiagnose ein Herzinfarkt dokumentiert wurde.

2

Zusätzlich zeigt sich, dass der **Anteil stationär versorgter Herzinfarkt-Patientinnen/-Patienten, der noch während seines Krankenhausaufenthaltes verstorben ist**, zwischen 2002 und 2011 **von rund 37 auf rund 26 Prozent gesunken** ist. 2007 lag er bei rund 28 Prozent.

Mortalität Schlaganfall (I63-I64)

	Absolutzahlen	altersstandardisierte Raten auf 100.000 der Bevölkerung
2008	3.558	16,0
2009	3.545	15,7
2010	3.477	14,7
2011	3.296	13,6
2012	3.420	13,4

Bezogen auf die altersstandardisierten Raten (einem Indikator, der die Alterung der Bevölkerung mitberücksichtigt und damit einen fairen Vergleich zwischen Jahren ermöglicht) ist die Mortalität aufgrund von Schlaganfällen seit 2008 um 16,4% gefallen; bezogen auf die Absolutwerte waren es 3,9%.

Zur Beantwortung der Frage zur Morbidität wurden die Daten der DLD herangezogen:

	Schlaganfall (I63-I64)
2008	37.221
2009	38.034
2010	37.864
2011	37.826
2012	37.386

Zu einer der Haupt-Ursachen von Schlaganfall gehört das Vorhofflimmern. Es ist belegt, dass Personen mit Vorhofflimmern im Durchschnitt ein 5-fach erhöhtes Schlaganfall-Risiko haben. Die durch Vorhofflimmern ausgelösten Schlaganfälle sind nicht nur häufig, sondern auch besonders schwerwiegend. Es gibt viele von Vorhofflimmern betroffene Personen, denen ihre Krankheit nicht bekannt ist. Aus diesem Grund habe ich ein Expert/inn/engremium mit der Ausarbeitung einer Informationsbroschüre für Patient/inn/en beauftragt, die dies bewusst machen soll um so eine frühzeitige Abklärung und Behandlung dieser häufigen Herzrhythmusstörung zu erreichen. Diese Broschüre wird derzeit an alle niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin sowie Allgemeinmediziner/innen übermittelt, um dort in deren Ordinationsräumlichkeiten verteilt zu werden.

Frage 3:

Zum Jahresende 2010 lebten in Österreich rund 294.000 Personen mit der Diagnose Krebs. Im Jahr 2010 wurden 36.733 Krebsneuerkrankungen dokumentiert. In den Jahren von 2000 bis 2010 hat sich sowohl die Zahl der Neuerkrankungen als auch die Sterblichkeit an Krebs verringert, wenn die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung berücksichtigt wird (altersstandardisierte Raten). So reduzierte sich die Neuerkrankungsrate bei den Männern um 19,8% (von 365,2 auf 292,9 pro 100.000 der Bevölkerung), bei den Frauen um 8,9% (von 253,0 auf 230,6 pro 100.000). Die absolute Zahl der Krebsneuerkrankungen nahm jedoch seit den 1990er-

Jahren tendenziell leicht zu, eine Entwicklung, die zum Teil auf die steigende Zahl älterer Menschen zurückzuführen ist.

Laut Gesundheitsstatistik³ waren Krebserkrankungen die zweithäufigste Todesursachengruppe im Jahr 2012 mit 20.266 Fällen und für gut ein Viertel aller Todesfälle verantwortlich. In den Jahren 2001 bis 2011 hat die Krebssterblichkeit altersstandardisiert um 10,1% abgenommen, obwohl auch hier die absolute Zahl von Krebssterbefällen in diesem Zeitraum von 18.487 auf 19.992 gestiegen ist.

Als Maßnahme zur Sicherung, Aufrechterhaltung und des Ausbaus der hervorragenden Position Österreichs in der Versorgung von Krebspatient/inn/en habe ich den Onkologiebeirat mit der Erstellung eines Krebsrahmenprogramms für Österreich beauftragt, das sich derzeit noch in Ausarbeitung befindet.

Die wichtigsten Ziele des Programms sind die Verringerung der Inzidenz durch Gesundheitsförderung und Primärprävention, die Verringerung der Mortalität durch evidenzbasierte Früherkennung und wirksame, zeitgerechte Behandlung sowie die Verlängerung des Überlebens bei hoher Lebensqualität, sofern eine Heilung nicht möglich ist.

Die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit aller Patient/inn/en ist mir ein zentrales Anliegen. Eine weitere Zielsetzung des Krebsrahmenprogrammes ist es daher, den barrierefreien Zugang aller Krebspatient/inn/en zu allen Versorgungsstrukturen unabhängig vom sozioökonomischen Hintergrund zu gewährleisten sowie den gleichen Zugang zu Fortschritt und evidenzbasierter Innovation zu ermöglichen. Dem entspricht auch das Ziel 2 der 2012 veröffentlichten Rahmen-Gesundheitsziele („Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen“).

Im Zusammenhang mit dem Thema Krebs muss v.a. das nationale Brustkrebsfrüherkennungs-Programm genannt werden. Dieses Programm entspricht internationalen Qualitätsstandards und richtet sich an Frauen zwischen dem 45. und dem 69. Lebensjahr. Alle zwei Jahre erhalten Frauen der Zielgruppe einen Einladungsbrief mit dem sie schnell und unkompliziert eine Brustkrebsfrüherkennungs - Untersuchung in Anspruch nehmen können. Die Qualitätsvorgaben des Programms sollen für alle Mammographien gelten, wodurch es zu einer verbesserten Früherkennung und zu einer Verringerung von falschen Befunden kommen wird. Leider verzögert sich der geplante Start des Brustkrebsfrüherkennungs-Programms da die österreichische Ärztekammer ihre Zusage bislang nicht halten kann.

Frage 4:

Bezüglich der Häufigkeit von Demenzerkrankungen weisen zahlreiche Studien darauf hin, dass durch den demographischen Wandel, der gekennzeichnet ist durch den Anstieg der mittleren Lebenserwartung und den Anstieg des Anteils der älteren

³ Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011, (Statistik Austria)

Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung, die Anzahl der Demenzerkrankungen im Laufe der Zeit zunehmen wird. Der *Erste Österreichische Demenzbericht 2009* (Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung, S. Gleichweit u. M. Rossa, Hg. WGKK, Wien) nennt im Jahr 2007 102.765 Demenzkranke in Österreich, aktuelle Zahlen liegen derzeit nicht vor. An dieser Stelle darf ich auch darauf hinweisen, dass Datenquellen von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Ärzt/inn/en nur bedingt für die Berechnung von Demenzerkrankungen geeignet sind, da viele Ärztinnen/Ärzte die Diagnose Demenz nicht oder erst spät stellen, da sie die Symptome häufig dem Alterungsprozess zuschreiben.

Aktuell wird die von mir in Auftrag gegebene „Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigen Studie“ unter der Projektkoordination der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen durchgeführt. Als Zielgruppe fokussiert die Studie auf Menschen, deren Alter signifikant über der durchschnittlichen Lebenserwartung liegt. Angesichts demographischer Perspektiven und der hohen Prävalenz von Demenzerkrankungen in der älteren Bevölkerung kann davon ausgegangen werden, dass die Erkenntnisse einer solchen Studie neue Daten zur Häufigkeit und dem Verlauf von Demenzerkrankungen offenlegen.

Weiters habe ich das Projekt mit der daraus veröffentlichten Broschüre „Geschlechtersensibel werden-Nachdenken über Gender im Umgang mit Menschen mit Demenz, für Gesundheits- und Sozialberufe“ in Auftrag gegeben, um den speziellen Bedürfnissen und der Bewahrung der Würde Demenzerkrankter Rechnung zu tragen und einen Beitrag zur Unterstützung und Verbesserung der Versorgung sowie zur Stärkung der Kompetenzen der betreuenden Berufsgruppen zu erbringen.

Frage 5:

Der Anteil der in Österreich ärztlich diagnostizierten Diabetiker/innen beläuft sich bei der über 15-jährigen Bevölkerung aktuell auf rund 6 Prozent (ca. 430.000 Menschen), während der Anteil nicht diagnostizierter Diabetiker/innen auf rund 2 bis 3 Prozent geschätzt werden kann (ca. 143.000 bis 215.000 Fälle)⁴. Bei den unter 15-Jährigen weisen - laut Diabetes-Inzidenz-Register⁵ – rund 0,1 Prozent (ca. 1.500 Kinder) eine Diabeteserkrankung auf. Die Gesamtprävalenz beträgt damit rund 8 bis 9 Prozent, wonach 2011 in Österreich rund 573.000 bis 645.000 Menschen von Diabetes mellitus betroffen waren (vgl. Österreichischer Diabetesbericht 2013; in Vorbereitung). Die Daten des Diabetes-Inzidenz-Registers für Kinder deuten darauf hin, dass die Inzidenzrate von Typ-1-Diabetikerinnen/-Diabetikern bei 0- bis 14-Jährigen zwischen 1999 und 2007 gestiegen ist.

Im Folgenden sind die bereits erarbeiteten Strategien zur Diabetes-Prävention aufgelistet:

⁴ Angaben beruhen auf Befragungsdaten (ATHIS 2007,2007; Diabetesstudie der Diabetes Initiative Österreich), Vorsorgeuntersuchungsdaten und Medikamentenverordnungen

⁵ österreichweites Register für 0- bis 14-Jährige

Nationaler Aktionspläne Ernährung und Bewegung:

<http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/>

<http://www.napbewegung.at>

Vorsorgestrategie Ernährung:

<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/vorsorgestrategie-ernaehrung-einleitung.html>

Richtig essen von Anfang an:

<http://www.richtigessenvonanfangan.at>

Unser Schulbuffet:

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Empfehlungen/Leitlinie_Schulbuffet

Kampagne "Weniger Salz ist g'sünder"

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Kampagne_Weniger_Salz_ist_g_suender

ÖNGKG Positionspapiere zu Ernährung und Bewegung:

<http://www.ongkg.at/downloads-links/downloads.html>

Initiative Stillfreundliche Krankenhäuser:

<http://www.ongkg.at/baby-friendly.html>

Diabetes-Prävention:

<http://www.bewegungsbox.at/>

Frage 6:

Im Rahmengesundheitsziel 7 „Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen“ findet sich die Entsprechung zur Lösung der Problematik rund um die steigenden Zahlen an übergewichtigen Personen in der Bevölkerung.

Dem österreichischen Ernährungsbericht 2012

<http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/5/3/CH1048/CMS1348749794860/oeb12.pdf> ist zu entnehmen, dass bei den 7- bis 14-jährigen Schulkindern 24

Prozent übergewichtig oder adipös (fettleibig) sind. Übergewicht ist im Vergleich zu 2008 von 11 auf 17 Prozent gestiegen. 40 Prozent der 18- bis 64-Jährigen sind übergewichtig, zwölf Prozent davon sind adipös. Übergewicht und Adipositas steigen mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern an, wobei beides bei Männern deutlich häufiger auftritt (Männer: 52 Prozent; Frauen: 28 Prozent).

NAP.e:

Um dieser Herausforderung zu begegnen, habe ich als Präventionsmaßnahme den Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) in Auftrag gegeben, dessen Ziele eine Verringerung von Fehl-, Über- und Mangelernährung sowie eine Trendumkehr der steigenden Übergewichts- und Adipositaszahlen bis 2020 sind.

Der NAP.e wird jährlich überarbeitet, um Aktualität und eine qualitätsgesicherte Vorgangsweise zu gewährleisten. Die erste Aktualisierung liegt nun vor:

Der Fokus liegt weiterhin bei den Zielgruppen Kinder, Schwangere, Stillende und sozial Schwache und Settings, wo diese häufig anzutreffen sind. Neu dazu kommt die Zielgruppe der älteren Menschen. Ein weiteres Kapitel widmet sich der nationalen

Ernährungskommission und deren Tätigkeit im vergangenen Jahr. Diese Kommission dient meiner Beratung in allen gesundheitsbezogenen Fragen der Ernährung. Der NAP.e 2012 überzeugt vor allem durch seine stark gewachsene Maßnahmen-dokumentation - der NAP.e wird somit als zentrales Dokumentationsinstrument bereits breit angenommen. Diese neue Transparenz soll auch dazu beitragen, dass weitere Maßnahmen besser geplant und koordiniert werden und so die begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel zielgerichtet und effizient zum Einsatz kommen. Ein weiterer Schritt zur Prävention von Übergewicht ist die gemeinsame Initiative von Sportministerium und Gesundheitsministerium, einen Nationalen Aktionsplan Bewegung (NAP.b) ins Leben zu rufen.

Körperliche Aktivität, Gesundheit und Lebensqualität stehen in einem engen Zusammenhang. Die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung unterscheiden zwischen Empfehlungen für Kinder und Jugendliche und Empfehlungen für Erwachsene. Auf Grundlage entsprechender Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation wurden von 6 Arbeitsgruppen aus verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren Ziele und zum Teil Maßnahmen entwickelt, die in dem Konsultationsentwurf zum NAP.b zusammengefasst sind.

Frage 7:

Das Rahmengesundheitsziel 8 „Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern“ ist eines der 10 Rahmengesundheitsziele für Österreich, die 2012 entwickelt wurden. Das Gesundheitsziel 8 wird wie folgt beschrieben: „Regelmäßige körperliche Aktivität beeinflusst Gesundheit grundlegend und nachhaltig positiv. Sie beugt vielen chronischen Krankheiten vor und begünstigt psychisches und körperliches Wohlbefinden. Ausreichend Bewegung ist vom frühen Kindesalter bis ins hohe Alter unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsförderung. Ziel ist deshalb, ausreichend Bewegung in den Alltag zu integrieren, wofür die Lebenswelten inklusive Infrastruktur (wie Radwege, Spielplätze, Schulwege und Pausenräume) so gestaltet sein müssen, dass sie Bewegung ermöglichen und dazu anregen. Neben dem Schaffen von Freiräumen für sichere Bewegung im Alltag sollen Bewegungskompetenz und Freude an Bewegung und Sport insbesondere in Kindergärten und Schulen, in Senioren- und Pflegeheimen sowie im Vereinswesen gefördert werden. Die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung sind ebenfalls zu berücksichtigen.“ Die intersektorale Konzepterarbeitung der 10 Rahmengesundheitsziele ist derzeit in vollem Gange. Die Entwicklung von Wirkungszielen samt politikfeldübergreifenden Maßnahmen für das Gesundheitsziel 8 wird im Laufe des nächsten Jahres erwartet.

Zusätzlich hat das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2010 die „Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“ entwickelt und kam damit einer Empfehlung der EU-Kommission und der WHO nach, körperlicher Aktivität auf nationaler Ebene mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Körperliche Aktivität, Gesundheit und Lebensqualität stehen in einem engen

Zusammenhang. Die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung unterscheiden zwischen Empfehlungen für Kinder und Jugendliche und Empfehlungen für Erwachsene.

NAP.b:

Der nächste Schritt war die Erstellung eines Nationalen Aktionsplans Bewegung (NAP.b) in Zusammenarbeit meines Ressorts mit dem Bundesministerium für Sport, dessen Konsultationsentwurf 2012 veröffentlicht wurde, nun fertiggestellt ist und in Folge stetig weiterentwickelt und angepasst werden soll. Dieser Nationale Aktionsplan Bewegung soll das Bewusstsein für die Erstellung und Umsetzung von Maßnahmen zur Bewegungsförderung weiter erhöhen und die Verbesserung des Bewegungsverhaltens der österreichischen Bevölkerung sowie messbare Veränderungen in der Gesellschaft in Richtung einer ganzheitlichen Bewegungs- und Sportkultur bewirken.

Frage 8:

Der nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e) aus dem Jahr 2011 nennt folgende primäre Ernährungsziele:

- Angepasste Energiezufuhr bei ausreichender Vitamin- und Mineralstoffzufuhr sowie gleichzeitige Vermeidung von Überversorgung
- Optimierung der Fettqualität
- Optimierung der Flüssigkeitszufuhr
- Verringerung der Fettzufuhr
- Verringerung der trans-Fettsäureaufnahme
- Verringerung der Zufuhr an gesättigten Fettsäuren
- Verringerung der Zuckerzufuhr
- Verringerung der Salzzufuhr
- Vermehrung der Zufuhr an komplexen Kohlenhydraten
- Vermehrung der Zufuhr an Ballaststoffen

Zur Erreichung dieser Ziele wurde ein umfangreiches Maßnahmenpaket erstellt, die wichtigsten Maßnahmen sind:

- Installierung der nationalen Ernährungskommission NEK zur Beratung des Gesundheitsministers und Unterstützung in der Umsetzung des NAP.e
- Österreichweite Vereinheitlichung der lebensmittelbasierten Ernährungsempfehlungen - die neue österreichische Ernährungspyramide. Die allgemeinen Empfehlungen werden ergänzt durch eine spezielle Version für Schwangere.
- Im Projekt „Richtige Ernährung von Anfang an“, begonnen im Jahr 2011, liegt der Fokus bei den Zielgruppen Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, Stillende und Schwangere und konzentriert sich auf Settings, wo diese Zielgruppen häufig anzutreffen sind bzw. auf die Erarbeitung und

Weiterentwicklung von Hilfsmitteln zur besseren Informationsvermittlung. Es wurden maßgeschneiderte Ernährungsempfehlungen für Kinder, Schwangere und Stillende, wie etwa die jeweils passende Pyramide, erarbeitet und verbreitet. Erste, österreichweit konsensuale Leitlinien für die Beikost wurden erarbeitet und einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht.

- Die Initiative „Unser Schulbuffet“ richtet ihr Augenmerk auf die schulische Gemeinschaftsverpflegung, da von einer Verbesserung insbesondere auch Kinder aus sozial schwachen und bildungsfernen Schichten profitieren. Die schulische Pausen- und Mittagsverpflegung soll Schüler/innen, aber auch Lehrer/innen und dem sonstigen Schulpersonal ein attraktives Speisen- und Getränkeangebot bereitstellen. Ein Angebot, das sich an ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen orientiert, physiologische Bedürfnisse deckt sowie ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten unterstützt.

Ziel des Projektes "Unser Schulbuffet" ist eine Optimierung des Warenkorbes am Schulbuffet bzw. an den Getränke- und Snackautomaten. Die Leitlinie „Schulbuffet“ stellt - aufgeschlüsselt nach Lebensmittelgruppen - einen Mindeststandard für Schulbuffets dar und richtet sich in erster Linie an Betreiber/innen von Schulbuffets. Für diese gibt es ein umfangreiches kostenloses Unterstützungsprogramm, das helfen soll, das Jausenangebot für Kinder und Jugendliche Schritt für Schritt zu verbessern:

- Vor-Ort-Beratung: Ein mobiles Coach-Team berät Buffet-Betriebe individuell und vor Ort in ganz Österreich
- Online-Kommunikationsplattform: Auf der Website: www.unerschulbuffet.at findet sich einfach und kurz zusammengefasst die Leitlinie, Rezepte aus der Praxis und sämtliche Unterstützungsmaßnahmen für Buffetbetriebe
- Toolbox: Ein erweiterbares Handbuch hilft Buffetbetrieben mit einer leicht verständlich aufbereiteten Leitlinie, Umsetzungs-Tipps, Aufklebern und Plakaten
- Auszeichnungen: Engagierte Buffetbetriebe werden ausgezeichnet
- Mit den österreichischen Bäckereien wurde eine Übereinkunft zur Verringerung des Kochsalzanteils in Brot und Gebäck abgeschlossen. Dadurch soll der Kochsalzgehalt schrittweise bis 2015 um 15% gesenkt werden.

Für die nachhaltige Finanzierung von Ernährungsmaßnahmen, wie „Richtige Ernährung von Anfang an“ und „Unser Schulbuffet“ wurden auf der Grundlage eines Beschlusses der Bundesgesundheitskommission (BGK) in den Jahren 2011 bis 2013 rund zehn Millionen Euro aus den Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur dem Bund, den Ländern und den Sozialversicherungen zur Verfügung gestellt.

Frage 9:

Das entsprechende nationale Gesundheitsziel 9 lautet „Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern“: Psychosoziale Gesundheit ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität und steht in Wechselwirkung mit akuten und insbesondere chronischen Erkrankungen. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen sollen so gestaltet werden, dass die psychosoziale Gesundheit in allen Lebensphasen gefördert wird und psychosoziale Belastungen und Stress möglichst verringert werden. Besonderes Augenmerk soll auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und auf Maßnahmen zur Gewalt- und Suchtprävention (z.B. Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten wie Essstörungen) gelegt werden. Das Wissen und die Sensibilität in Bezug auf psychische Erkrankungen soll erhöht werden, mit dem Ziel einer umfassenden Entstigmatisierung. Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige (vor allem Eltern und Kinder) müssen umfassend und bedarfsgerecht versorgt und in der Gesellschaft integriert bleiben bzw. in sie integriert werden.

Um diese Ziele zu erreichen, habe ich den in meinem Ressort angesiedelten Beirat für psychische Gesundheit mit der Ausarbeitung einer nationalen Strategie für psychische Gesundheit beauftragt, die seit Juni 2013 in ihrer 2. Auflage vorliegt. In einem nächsten Schritt erfolgt nun die Konkretisierung der darin formulierten strategischen Ziele in nationale Aktionspläne.

Als erster Schwerpunkt wird nun das Thema „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ behandelt.

Zur Verbesserung der Versorgungsqualität (vgl. Studien GÖG/ÖBIG 2008, 2009): Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012) (vgl. Kapitel 2.4.8 Psychiatrie) sind die Rahmenbedingungen für die Versorgungsqualität der stationären und außerstationären psychiatrischen Versorgung festgelegt. Demnach ist eine ausreichende Anzahl von ambulanten und komplementären Einrichtungen und Diensten für Patient/inn/en mit psychischen Erkrankungen vorzuhalten und die weitere Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung umzusetzen. Seit Beginn der Dezentralisierung im Jahre 1987 (KFJ-Spital, Wien) wurden 14 von derzeit 20 im Rahmen der RSG geplanten Fachabteilungen umgesetzt. Die psychiatrischen Abteilungen werden sehr gut angenommen, ebenso die in den letzten Jahren etablierten Konsiliar-Angebote der psychiatrischen Abteilungen an allen Standorten. Die Anbindung der psychiatrischen Abteilung an ein allgemeines Krankenhaus und damit die Möglichkeit zur interdisziplinären Arbeit wird in der Praxis als der größte Vorteil der Dezentralisierung erachtet. Als weiterer Vorteil wird gesehen, dass die Dezentralisierung zur Entstigmatisierung psychischer Krankheit beiträgt und die Vernetzung mit den außerstationären Leistungsanbieter/innen ermöglicht.

In allen Bundesländern erfolgten in den vergangenen Jahren große Anstrengungen zum Aufbau von außerstationären Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen. Psychosoziale Beratungs- und Betreuungseinrichtungen sind in der

Zwischenzeit flächendeckend vorhanden. In den letzten 5 Jahren wurden vor allem Angebote zu mobilen, aufsuchenden Betreuung ausgebaut. Weitere Schwerpunkte der Weiterentwicklung waren die Einbindung von peers in die professionelle Betreuung und die zunehmende Einrichtung von Konsiliar- und Liaisondiensten.

Der Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychosomatischen Versorgung ist noch nicht abgeschlossen, in den letzten Jahren wurden allerdings die stationären Kapazitäten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen beträchtlich erweitert. Im Jahr 2011 wurden 14 Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgehalten. An zehn Krankenhäusern sind darüber hinaus Psychosomatik-Einheiten für Kinder und Jugendliche eingerichtet.

Frage 10:

Ich habe in Umsetzung des Regierungsübereinkommens 2008 - 2013, das im Kapitel „Gesundheit“ die „Weiterentwicklung einer nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“ vorsieht, eine Studie initiiert. Ziel war es, einen breiten Fachkonsens in den maßgeblichen suchtpreventions- und suchtpolitischen Fragen zu entwickeln, der einer nationalen Strategie zu Grunde gelegt werden kann. Dazu wurde in einem wissenschaftlich begleiteten, systematischen, so genannten „Delphi-Prozess“ unter Beteiligung von etwa 100 Expert/inn/en aus Wissenschaft, Verwaltung und Praxis über die Dauer von zwei Jahren ein Konsensfindungsprozess über die suchtpolitischen Ziele und über die Methoden durchgeführt, mit denen der Suchtproblematik begegnet werden soll. Der Prozess wurde im vergangenen Frühjahr abgeschlossen, der mittlerweile vorliegende Ergebnisbericht wurde auf der Website meines Ressorts veröffentlicht:

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Praevention_Therapie/Delphi_Studie

Die Ergebnisse beleuchten den gesamten Bereich - Suchtprävention, Suchthilfe und Sicherheit - umfassend und detailliert und beziehen sich sowohl auf die substanzgebundenen als auch auf die Verhaltenssuchte. Damit wurde eine sehr gute Basis für eine erste „österreichische Suchtpräventions- und Suchtstrategie“ geschaffen. Ein noch zu erstellendes, sich auf diese Studie stützendes und auch von einem möglichst breiten politischen Konsens getragenes Strategiepapier kann dann als moderne Richtschnur für die österreichische Sucht- und Suchtpräventionspolitik der kommenden Jahre angesehen werden.

Frage 11:

Zum Welt-Suizid-Präventionstag im September 2012 wurde das von mir beauftragte *österreichische Suizidpräventionskonzept SUPRA* präsentiert (siehe dazu:

http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Suizidpraevention_SUPRA)

Das SUPRA-Programm gliedert sich in 10 Arbeitsgebiete, die von der Bewusstseinsbildung über Unterstützungsmöglichkeiten bis hin zu gesetzlichen Voraussetzungen reichen. Dabei wurden die unterschiedlichen Bedürfnisse der

Zielgruppen (von jungen bis alten bzw. gefährdeten Gruppierungen) gesondert herausgearbeitet.

Im Juni 2012 wurde durch den österreichischen Presserat eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung über Suizide im Ehrenkodex der österreichischen Presse verankert.

Bereits Anfang 2012 wurde an der GÖG die SUPRA-Kontaktstelle zur Suizidprävention eingerichtet (siehe dazu: <http://www.goeg.at/de/Bereich/SUPRA>). Diese Kontaktstelle hat im Auftrag meines Ressorts die Aufgabe, in enger Kooperation mit einem Expert/inn/engremium die Suizidprävention in Österreich in folgenden Punkten voranzutreiben:

- Begleitung der Veröffentlichung des nationalen Suizidpräventionskonzepts (SUPRA),
- Aufbau einer dauerhaften und qualitativ hochwertigen nationalen Suizidberichterstattung (nur eine solche Berichterstattung ermöglicht die Evaluierung der mittel- und langfristig umzusetzenden Präventionsmaßnahmen),
- Überprüfung der Umsetzbarkeit und Priorisierung der im Suizidpräventionskonzept vorgeschlagenen Maßnahmen.
- Die jeweils erforderlichen Prozesse zur Umsetzung des Konzepts sollen in weiterer Folge durch die Kontaktstelle begleitet werden. Laufende Maßnahmen zur Suizidprävention in einigen Bundesländern sollen gebündelt und im Sinne eines Suizidpräventionsprogrammes weiterentwickelt werden. Dabei wird besonders auf die Nutzung bereits vorhandener Ressourcen geachtet und Synergien werden angestrebt.
- Koordination ressortübergreifender Zusammenarbeit,
- Verbessern der Kooperation stationärer/ambulanter Bereich, Nahtstellenfunktion, Vernetzung,
- Kooperation mit den Arbeitsbereichen Prävention und Gesundheitsberichterstattung der GÖG und Nutzung des Gesundheitsportals www.gesundheit.gv.at.

Ende 2013 wird der erste offizielle österreichische Suizidbericht, der im Auftrag meines Ressorts ausgearbeitet wird, erscheinen, in welchem die aktuellen Zahlen zu Suiziden und Suizidversuchen in Österreich dargestellt und Projekte und Initiativen zur Suizidprävention beschrieben werden. Ergänzt wird der Bericht durch ein Schwerpunktkapitel zu alters- und geschlechtsspezifischen Aspekten von Suizidalität.

Frage 12:

In den letzten fünf Jahren sind im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Österreich sowohl strukturell als auch inhaltlich in verschiedensten Bereichen Verbesserungen und Weiterentwicklungen erfolgreich umgesetzt worden. Traditionelle Programme der Verhaltensförderung wurden - entsprechend der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der

Europäischen Union (1997) - durch Maßnahmen einer modernen, ganzheitlichen BGF-Strategie ersetzt bzw. erweitert.

Im Fokus einer zielgerichteten Organisationsentwicklung im Setting Betrieb stehen demnach sowohl die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Verhältnissen und Bedingungen (Verhältnisprävention) als auch die Förderung eines gesunden Lebensstils der Belegschaft (Verhaltensprävention).

An der Weiterentwicklung und Förderung von dementsprechenden Methoden, Instrumentarien und Strukturen waren vor allem der FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) als nationale Förder- und Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung und Primärprävention in Kooperation mit dem ÖNBG (österreichisches Netzwerk der BGF) und seinen Kooperationspartnern beteiligt.

In diesem Zusammenhang wurden beispielsweise durch den FGÖ neue Förderrichtlinien erarbeitet und es fanden Initiativen statt, die sich besonders mit der Entwicklung von Modellen befassen, die im Bereich der Klein-, Kleinst- und Mittelunternehmen zu einer praktikableren Umsetzung von BGF-Projekten beitragen sollten. Es konnten neue Anreize für kleinere Unternehmen geschaffen werden: z.B. waren Förderungen für BGF-Projekte im Jahr 2012 bereits ab einer Projektkostensumme von € 5.000,- zulässig. Für Klein- und Kleinstbetriebe ist die Möglichkeit geschaffen worden, eine Maßnahmenförderung in der Höhe von € 2.500,- zu erhalten.

Weiters bietet der FGÖ für die Schulung von innerbetrieblichen Mitarbeiter/inne/n ein Fort- und Weiterbildungsprogramm, das die Qualifizierung in den Bereichen BGF-Projektleitung, Gesundheitszirkelmoderation und Gesundes Führen ermöglicht. Dadurch soll Unternehmen ein kontinuierlicher und nachhaltiger Zugang zu individuellen Problemen im Bereich der BGF geboten werden. Ein dreistufiges Qualitätssicherungsprogramm stellt durch die Verleihung von Gütesiegeln möglichst einheitliche Standards sicher.

Auch die Durchführung von folgenden Modell- und Forschungsprojekten hat zur qualitativen Weiterentwicklung beigetragen:

- „WEG - Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit“ (Ludwig Boltzmann Institut)
- Vertiefende Auswertung von Evaluationsdaten
- „Sekundäranalyse SALSA“ (OÖGKK) - wissenschaftliche Bewertung des Befragungsinstruments SALSA

Veranstaltungen und Schwerpunktthemen des FGÖ, wie z.B. 2011 „BGF im öffentlichen Dienst“ haben die Möglichkeit des Austausches sowie der Weiterentwicklung in speziellen Bereichen der BGF ermöglicht.

Die Erstellung und Aktualisierung von diversen BGF-Materialien wie Broschüren, Leitfäden und Factsheets sowie die Schaffung von Kontaktstellen und kompetenten Ansprechpartner/inne/n für Unternehmen wurden bundesweit kontinuierlich ausgebaut.

Über den FGÖ und seine Kooperationspartner wie Krankenkassen (mittels Regionalstellen), Wirtschaftskammer (WK), Arbeiterkammer (AK) u.a. werden Betrieben neben einer individuellen Beratung auch diese kostenlosen Materialien zur Verfügung gestellt.

Ergänzend wird dazu seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger Folgendes ausgeführt:

„Die WGKK fungiert im Rahmen der BGF als Regionalstelle Wien und nimmt dabei vorwiegend eine beratende Rolle ein. Zunächst werden mit interessierten Unternehmen die Möglichkeiten einer Implementierung von BGF erörtert. Anschließend erfolgen gegebenenfalls eine beratende Teilnahme an unternehmensinternen Projekt-Steuerungsgruppen sowie die Beratung der operativ umsetzenden Projektleiter. Daneben werden Qualitätssicherung der Projekte, Unterstützung bei Förderansuchen, betriebliche Raucherentwöhnung, anonymisierte, firmenbezogene Krankenstandsauswertungen und das Bewegungsseminar „MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen“ kostenlos bzw. kostengünstig angeboten. In den letzten Jahren konnte ein gesteigertes Interesse der Unternehmen an BGF wahrgenommen werden (Anstieg der Erstberatungen sowie der betreuten Betriebe). Die WGKK wird ab dem Jahr 2014 vermehrt in BGF investieren, um die Bedeutung der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz aufzuzeigen.

Im Bereich der BGKK hat sich in den letzten Jahren die Anzahl der Betriebe, welche die Charta für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF-Charta) unterzeichnet haben, erhöht. Die BGF-Charta wird vor Projektbeginn von der Unternehmensleitung unterzeichnet und bringt zum Ausdruck, dass sich das Unternehmen bei der Durchführung eines Projektes der BGF an den Qualitätskriterien des ÖNBGF orientiert. Weiters wurde erstmals einem burgenländischen Unternehmen das Gütesiegel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ des ÖNBGF für die erfolgreiche Durchführung eines BGF-Projektes für den Zeitraum von 2011 bis 2013 zuerkannt. Zusätzlich startete im Jänner 2013 auch im Burgenland die Initiative „fit2work“, die von den Sozialversicherungsträgern, dem Arbeitsmarktservice und dem Bundessozialamt finanziert wird und kostenlose Beratung für Erwerbstätige, Arbeitslose und Betriebe anbietet. Diese Institutionen haben sich mit dem primären Ziel zusammengeschlossen, die Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen zu erhalten und somit ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Zusätzlich ist es ein Anliegen, dass Arbeitslose rasch wieder den beruflichen Einstieg schaffen. Wie bereits erwähnt, können sich auch Betriebe beraten lassen, damit es möglichst gar nicht erst zu krankheitsbedingten Problemen oder sogar Kündigungen kommt. Die „fit2work“-Betriebsberatung bietet kostenfreie und vertrauliche Beratung für

Betriebe, denen die Information und die Bewusstseinsbildung zur Prävention von Krankheit und zur Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz ein Anliegen ist. Durch gezielte Maßnahmen können Krankenstände und Fehlzeiten verringert und die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter nachhaltig verbessert werden.

Im Bereich der OÖGKK wurde die betriebliche Gesundheitsförderung durch folgende Weiterentwicklungen ausgebaut:

- *Verankerung der BGF in den OÖ Gesundheitszielen;*
- *enge Kooperation zwischen OÖGKK, Land OÖ, WKOÖ, AKOÖ, AUVA;*
- *Zurverfügungstellung hoher finanzieller Mittel durch OÖGKK, FGÖ, Land OÖ um gleichzeitig vielen Betrieben gut ausgebildete erfahrene Berater für die BGF-Projektbegleitung zur Seite stellen zu können;*
- *verstärkte Marketingmaßnahmen durch die OÖGKK;*
- *Ausbau der personellen Ressourcen in der OÖGKK.*

Die STGKK ist als Regionalstelle des ÖNBGF in der Steiermark zentrale Anlaufstelle für interessierte und in der BGF aktive Unternehmen. Was im Jahr 2005 mit sieben Betrieben begann, ist im Jahr 2013 zum STGKK-Netzwerk „Gesunde MitarbeiterInnen, erfolgreiche Unternehmen“ mit über 100 steirischen Betrieben gewachsen und erstreckt sich über alle Branchen und Betriebsgrößen. Dadurch hatten über die Jahre hinweg über 55.000 Beschäftigte in BGF-Partnerunternehmen der STGKK Zugang zu betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Das BGF-Serviceangebot der STGKK wird laufend bedarfsgerecht angepasst und erweitert, so beispielsweise im Jahr 2013 durch die Entwicklung eines individuellen BGF-Workshops zur Förderung der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter („Stressbewältigungstraining für MitarbeiterInnen“) bzw. durch die Beteiligung der STGKK an diversen Strategie- und Entwicklungsprojekten des Hauptverbandes und des ÖNBGF weiterentwickelt.

Das BGF-Angebot der STGKK ist langfristig ausgerichtet und umfasst insbesondere:

- *Betriebsbetreuung zur Nachhaltigkeits- und Qualitätssicherung;*
- *Umsetzungsmodelle und entsprechende Fördermöglichkeiten für steirische Kleinst- und Kleinbetriebe;*
- *jährliche Vernetzungsveranstaltungen für BGF-Berater und BGF-Partnerunternehmen zum Zwecke des Erfahrungsaustausches und des gegenseitigen Lernens;*
- *kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und BGF-Wissensaufbau zur stärkeren Verbreitung von BGF durch Mitwirkung der STGKK an zahlreichen Tagungen, Symposien, Lehrgängen und Seminaren für unterschiedliche Zielgruppen.*

Von der KGKK wurden folgende Maßnahmen zur Weiterentwicklung gesetzt:

- *Entwicklung und Umsetzung eines BGF-Modells speziell für Kleinst und Kleinbetriebe;*
- *Intensivierung der Kooperation mit Sozialpartnern und anderen Stakeholdern;*

- *verstärkte Schnittstellenpflege mit anderen Organisationen, die mit dem Thema Gesundheit der Beschäftigten betraut sind;*
- *verstärkte Präsenz in der Öffentlichkeit;*
- *erhöhte Bereitstellung von Ressourcen;*
- *Vereinfachungen in der Prozessumsetzung;*
- *strukturierte Nachhaltigkeitsbetreuung;*
- *Qualitätssicherung;*
- *Mitarbeit an der Entwicklung eines österreichweiten Angebotes zur Förderung der psychosozialen Gesundheit;*

Die SGKK hat ihre personellen und finanziellen Ressourcen im Bereich der BGF erhöht. Dadurch konnte im Jahr 2013 die Anzahl der Betriebe, welche die BGF-Charta unterschrieben haben, bereits um 25 % erhöht werden. Mit der Unterzeichnung bekennen sich die Unternehmen zur Durchführung eines BGF-Projekts bzw. zur Implementierung von BGF im Betrieb nach den Qualitätskriterien der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.

Bei der VGKK wurde BGF in den letzten Jahren um folgende Angebote erweitert: Beratung und Begleitung von Vorarlberger Kleinbetrieben, Coaching-Modell für Kleinbetriebe sowie Ausbildung „MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen“. Außerdem ist die VGKK einer der Partner des Vorarlberger Gesundheits-Gütesiegels „salvus“.

Die VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) hat BGF organisatorisch und inhaltlich als Gesundheitsziel positioniert. Strukturell und operativ wird BGF von den Tochterunternehmen der VAEB Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) und Wellcon (Gesellschaft für Prävention und Arbeitsmedizin GmbH) wahrgenommen.

Von der VA öffentlich Bediensteter (BVA) wurde BGF im öffentlichen Dienst durch personelle Ressourcenerweiterung sowie die Steigerung von Angeboten im Bereich ihrer gesamten Gesundheitsförderung weiterentwickelt. Die BVA ist Servicestelle bzw. Ansprech- und Kooperationspartner des ÖNBGF mit der versicherungsorientierten Zielgruppe öffentlicher Dienst. Die BVA ist je nach Anforderung und Bedarf einer Dienststelle entsprechend den Qualitätskriterien des ÖNBGF Berater, Begleiter, Moderator, Evaluator und finanzieller Förderer von Projekten bzw. gesundheitsförderlichen Prozessen. Neben einer generellen Sensibilisierung der Zielgruppen über mediale Auftritte werden im Rahmen von Prozessen und/oder Projekten zielgruppen- bzw. settingorientierte Maßnahmen entwickelt und angeboten. Ein österreichweit flächendeckendes Angebot liegt für die momentanen Anforderungen der Dienstgeber vor.

Bei der SVA der Bauern (SVB) baut BGF hauptsächlich auf individuellen Maßnahmen und dem Setting „Bäuerlicher Betrieb“ auf, da es sich in ihrem Bereich größtenteils um

bäuerliche Ein-Personen-Betriebe handelt. Folgende Weiterentwicklungen von BGF wurden vorgenommen:

Gesundheit für zukünftige Betriebsführer bzw. bäuerliche Jugendliche: Seit 2011 wurde als Schwerpunkt die „Sicherheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus bäuerlichen Haushalten“ festgelegt. Um gezielt Interventionen für diese Gruppe setzen zu können, wurde eine diesbezügliche Studie durchgeführt.

Auf Grund der Ergebnisse erfolgt nun eine intensive Zusammenarbeit in Richtung „Gesunde Schule“ mit den landwirtschaftlichen Fach- und Berufsschulen, in welchen in großer Anzahl zukünftige Betriebsführer ausgebildet werden. Es soll die Grundlage für einen gesunden Lebensstil gelegt werden. Wenn die zukünftigen Betriebsführer die Schule verlassen, soll ein gesundheitsförderliches Verhalten selbstverständlich sein. Nach dem Motto „befähigen und ermöglichen“ werden sowohl auf der Verhaltens- als auch Verhältnissebene Maßnahmen mit der gesamten Schulpartnerschaft gesetzt. Über die Elterneinbindung wird auch ein „gesunder Einfluss“ auf die bäuerliche Familie zu Hause gesetzt.

Gesundheit für erwachsene Betriebsführer/Versicherte:

Die Angebote der Gesundheitsförderung werden aufgrund der dritten Gesundheitsbefragung im Jahr 2010 bedarfsgerecht angeboten. Insgesamt findet eine laufende Weiterentwicklung, Optimierung und Qualitätssicherung aller Angebote aufgrund von Evaluierungen statt.

Folgende Gesundheitsaktionen werden angeboten:

- *Gesundheits-Aktiv-Woche: Aufgrund der Ergebnisse der Gesundheitsbefragung wurde die seit 1996 bestehende Gesundheits-Aktiv-Woche weiter optimiert und thematisch diversifiziert. Diese wird nun mit vier Schwerpunkten angeboten:*
 - *„Lebensstil und Vorsorge“ (Basis-GAW)*
 - *„Leistungsfähigkeit und Ausdauer“ mit Schwerpunkt Bewegung/Sport, Ergonomie und Ausgleichsübungen zur Arbeit*
 - *„Energie tanken und Kraft schöpfen“ mit Schwerpunkt Stress- und Ressourcenmanagement*
 - *„Gewichtsmanagement“ wird genderspezifisch angeboten zur Optimierung des Lebensstils um das Gewicht zu stabilisieren, abzunehmen und dauerhaft zu halten*
- *Arbeitsmedizinischen Wochen (AMW): Diese wurden aufgrund der großen Nachfrage um einen Standort erweitert und die Altersobergrenze wurde von 50 auf 55 Jahre angehoben. Die Maßnahme kann nun auch gemeinsam von Ehepaaren bzw. Partnern besucht werden.*
- *Gesundheitsmaßnahmen 50: bietet Ausstiegshilfe aus dem Erwerbsleben und Einstiegshilfe in die Pension. Es erfolgte ein zahlenmäßiger Ausbau der Standorte und Turnusse.*
- *Pflegende Angehörige: Qualitätssicherung der Inhalte und Standorte, Erweiterung der Zielgruppe z. B. um pflegende Angehörige behinderter Kinder.*

- *Frauen und Männer in besonderen Situationen (FIBS/MIBS): Optimierung und Qualitätssicherung des Angebotes, Ausweitung der Zielgruppe.*
- *Junge Familien: Neue Maßnahme seit 2010, Maßnahme als vielfältige Hilfestellung für stark belastete Mütter und Familien.*

Der Bereich Information und Bildung wurde wie folgt erweitert:

- *Workshops zum Thema Stressmanagement wurde auf die Zielgruppe Landjugend sowie Männer und Frauen mit spezifischen Betriebszweigen erweitert.*
- *Das Ergonomietraining samt Ausgleichsübungen für die wichtigsten Arbeitsbewegungen in der Landwirtschaft wurde inhaltlich erweitert.*
- *Am bäuerlichen Betrieb und im Alltag leicht durchführbare Ausdauertrainingsangebote wurden inhaltlich, zahlenmäßig und die Sportart betreffend ausgebaut und Leistungstests zur Trainingssteuerung im Gesundheitsbereich eingeführt. Auf Integration in den Alltag und Barrieremanagement wird besonders Wert gelegt.*
- *Vorträge, Workshops sowie Broschüren und Merkblätter zur Arbeitssicherheit und -gesundheit, Arbeitsmedizin und medizinischer Prävention (Blutdruck, Sonnenschutz, Rauchen etc.) wurden erweitert.“*

Fragen 13 und 14:

Grundsätzlich darf ich dazu auf die in Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 13717/J (XXIV. GP) übermittelten Ausführungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger verweisen.

In Ergänzung der damals ergangenen Stellungnahme führt der Hauptverband weiter Folgendes aus:

„Im Zeitraum 1. Jänner 2013 bis 30. Juni 2013 wurden folgende Leistungen erbracht, insgesamt handelt es sich um etwa 50.000 Leistungen, eine Gesamtkostenrechnung kann in der verfügbaren Zeit nicht angeboten werden. Anzumerken ist, dass es sich bei dem angeführten Kostenbeitrag um einen für die Krankenversicherungsträger unverbindlichen Empfehlungstarif des Hauptverbandes handelt. Einzelne Träger verrechnen davon abweichende Tarife. Auch wird teilweise aus sozialen Gründen auf die Einhebung verzichtet.

Leistung	empfohlener Kostenbeitrag
Anästhesie - sofern gesamtvertraglich nicht vorgesehen	€ 7,00
Compositefüllung:	
<i>im Seitzahnbereich in Standardausführung bzw. wenn Mehrschichtung aus technischen Gründen notwendig ist</i>	
1-Flächen-Füllung	€ 33,60
2-Flächen-Füllung	€ 43,30
3-Flächen-Füllung	€ 56,90
Höckerdeckung	€ 96,10

Leistung	empfohlener Kostenbeitrag
<i>im Front- und Seitzahnbereich in Mehrfarbschichtung</i>	
<i>1-Flächen-Füllung</i>	€ 45,50
<i>2-Flächen-Füllung</i>	€ 68,20
<i>3-Flächen-Füllung</i>	€ 90,90
<i>Höckerdeckung</i>	€ 113,60
Mundhygiene:	
<i>Initialtherapie</i>	€ 56,00
<i>Folgetherapie</i>	€ 36,20
Fissurenversiegelung	
<i>pro Zahn</i>	€ 24,60
Festsitzender Zahnersatz:	
<i>Verblendmetallkeramikkrone</i>	€ 464,00
<i>Vollkeramikkrone (Zirkonoxyd)</i>	€ 564,00
<i>Brückenglied (Verblendmetallkeramik)</i>	€ 263,00
<i>Brückenglied (Vollkeramik - Zirkonoxyd)</i>	€ 363,00
<i>Gegossener Stift</i>	€ 150,00
<i>Glasfaserstift</i>	€ 96,00
Abnehmbarer Zahnersatz - Ergänzungsleistungen	
<i>Erste Geschiebekrone in Verblendmetallkeramik-Ausführung pro Kiefer – abzüglich des Kassenanteiles für die Verblendmetallkeramikkrone gem Honorarordnung</i>	€ 738,00
<i>Zweite und jede weitere Geschiebekrone in Verblendmetallkeramik-Ausführung pro Kiefer – abzüglich des Kassenanteiles für die Verblendmetallkeramikkrone gem Honorarordnung</i>	€ 573,00
Halteelement bei abnehmbarem Zahnersatz	
<i>Kugel, Zylinder usw auf Stiftkappe und Gegenstück in Prothese exkl. Edelmetallkosten; exkl Materialkosten für Attachement (Patrize und Matrize); pro Stelle</i>	€ 300,00
Kieferorthopädische Behelfe	
<i>Schiefe Ebene - je 1 Behelf</i>	€ 131,00
<i>Mundvorhofplatte, je 1 Behelf</i>	€ 131,00
<i>Platzhalter - pro Kiefer je 1 Behelf</i>	€ 131,00
<i>Professionelle Prothesenreinigung; pro Prothese</i>	€ 18,10
Kieferorthopädie festsitzend	
<i>Festsitzende Kieferorthopädie inkl. Retention</i>	€ 4.679,00
<i>Festsitzende Kieferorthopädie exkl. Retention</i>	€ 4.439,00
Schienen	
<i>Knirscherschiene bei Bruxismus</i>	€ 98,00
<i>Schiene mit individueller Kauflächengestaltung zur Aufhebung der habituellen Okklusion</i>	€ 184,00

Neben den genannten Leistungen sollen bis 2014 weitere Leistungen angeboten werden (vor allem Leistungen im Zusammenhang mit Parodontalbehandlung und Implantaten).“

Fragen 15 und 28:

Zu diesen Fragen darf ich grundsätzlich auf meine Ausführungen in Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 14982/J (XXIV. GP) verweisen. Ergänzend dazu wurden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die nachstehenden Beiträge einzelner Träger übermittelt:

„Von der WGKK wurden in der laufenden Legislaturperiode folgende Projekte begonnen bzw. Schritte gesetzt:

- *Installierung der psychotherapeutischen Ambulanz für Kinder und Jugendliche im Gesundheitszentrum Mariahilf-Andreassgasse in Kooperation mit der Sigmund Freud Privatuniversität Wien (SFU);*
- *Ausbau des Ambulatoriums „die Boje“ - Ausweitung der Kapazitäten auf das Doppelte;*
- *Ausweitung der Kapazitäten des „Unabhängigen Kinderschutzzentrums“;*
- *Errichtung von zwei zusätzlichen Zentren für Entwicklungsförderung, die im Rahmen multiprofessioneller Behandlungen auch Psychotherapie anbieten.*

Im Bereich der BGKK wurde eine Reihe von Maßnahmen für die Verbesserung der Sachleistungsversorgung bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen umgesetzt:

Beispielsweise wurde die mit dem Institut für Psychotherapie im ländlichen Raum (IPR) vertraglich geregelte Anzahl an Therapieeinheiten kontinuierlich erhöht. Derzeit bieten die IPR-Therapeuten für Versicherte der Krankenversicherungsträger pro Jahr 11.440 Stunden, davon exklusiv 1.040 Stunden für Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien an. Die Ausweitung der Sachleistungsversorgung wurde mit 1. April 2013 fixiert. Ebenfalls im Rahmen des IPR wurde mit Wirksamkeit ab 1. März 2013 eine sogenannte Therapieschlussgruppe in Form eines Pilotprojektes installiert. Im Nord-, Mittel- und Südburgenland stehen jeweils 100 Therapieeinheiten in Form von Gruppentherapiestunden für Patienten zur Verfügung. Mit diesem Pilotprojekt soll ein Angebot geschaffen werden, um den finalen Entwicklungsstand der Patienten zu festigen und zu verhindern, dass nach kurzer Zeit wieder eine Einzelpsychotherapie in Anspruch genommen werden muss.

Im Bereich der kinderpsychiatrischen Versorgung ist es gelungen, dass das für das Nordburgenland etablierte Projekt „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Eisenstadt“ auch auf das Südburgenland auszudehnen. Mit Wirksamkeit ab 1. Juli 2013 wird dieses höchst erfolgreiche interdisziplinäre Versorgungsmodell auch in Oberwart angeboten. Neben einem Kinder- und Jugendpsychiater stehen Psychotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter in diesem integrierten Versorgungsmodell zur Verfügung.

Seit Dezember 2007 besteht ein Vertrag mit dem Sozialpsychiatrischen Ambulatorium des Psychosozialen Dienstes (PSD)-Burgenland in Oberpullendorf. In den letzten Jahren hat die BGKK neben der Tarifvalorisierung auch den Ausbau der Psychotherapie in diesem Ambulatorium forciert.

Im Rahmen des Konzepts „Psychische Gesundheit“ wird die BGKK auch zukünftig maßgebliche finanzielle Mittel für den Ausbau der psychiatrischen Versorgung investieren.

Bei der OÖGKK wurde die Sachleistungsversorgung jährlich stufenweise ausgebaut. Von 2003 bis 2013 wurde das Stundenkontingent von 24.998 auf 86.500 aufgestockt (entspricht einer Erhöhung auf mehr als das Dreifache). Weiters laufen derzeit Verhandlungen mit dem Kinderhilfswerk betreffend Ausbau der psychotherapeutischen Sachleistungsversorgung von zusätzlichen 4.000 Stunden pro Jahr für Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren. Im Juni 2010 wurde die Clearingstelle für Psychotherapie in Linz eröffnet. Dadurch können Bedarf und Angebot an psychotherapeutischer Versorgung in OÖ besser und schneller koordiniert werden.

Die STGKK hat durch Ausweitung der Kapazitäten von Vertragspartnern sowie durch Neuabschlüsse von Verträgen die bestehende Sachleistungsversorgung in der Steiermark im Bereich der Psychotherapie weiter ausgebaut. In den Jahren 2009 bis 2012 konnten somit die jährlichen Kontingente an ausschließlich kassenfinanzierter Psychotherapie von 82.019 Stunden auf 90.019 Stunden erhöht werden. Ab 1. Juli 2013 wurde zusätzlich zum bisherigen Angebot ein Kontingent speziell für Kinder und Jugendliche geschaffen. Es wurde darauf geachtet, dass sich die in die Sachleistungsversorgung eingebundenen Psychotherapeuten bzw. Beratungsstellen auf die gesamte Steiermark verteilen und dadurch ein flächendeckendes, niederschwelliges und unbürokratisches Sachleistungsangebot für Versicherte gegeben ist.

Von der KGKK erfolgte eine bedarfsgerechte Anpassung des Leistungsangebotes durch zusätzliche Vertragspartner bzw. durch Erhöhung des Stundenkontingents bei bestehenden Verträgen.

Von der SGKK wurden die Sachleistungen für Kinder und Jugendliche ausgebaut, zudem wurde ein Vertrag mit dem Krankenhaus Schwarzach für ambulante Psychotherapie geschlossen.

Die VGKK hat im Jahr 2012 einen weiteren Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Vertrag genommen.

Seitens der NÖGKK bestehen Verträge mit diversen Vereinen/Einrichtungen über die Erbringung von Psychotherapie. Im Rahmen dieser Verträge sind bestimmte Jahresstundenkontingente vereinbart. Im Jahr 2008 betrug das Jahresstundenkontingent für Psychotherapie insgesamt 85 100 Stunden und wurde

sukzessive bis August 2013 auf 89.600 Jahresstunden aufgestockt. Über die erwähnten Kontingente hinaus wurden in den letzten Jahren noch vertragliche Beziehungen mit zwei weiteren Einrichtungen eingegangen, aufgrund derer bestimmte psychotherapeutische Leistungen durch Pauschalzahlungen abgegolten werden.

Weiters wurde in Niederösterreich mit Wirksamkeit ab 1.1.2013 eine Clearingstelle für Psychotherapie eingerichtet. Aufgabe und Ziel der Clearingstelle ist es, den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung für Patientinnen/Patienten zu erleichtern und durch eine zielgerichtete Steuerung die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Diese Serviceeinrichtung soll Indikationen zur Psychotherapie feststellen und die Behandlung auf dem kürzesten Weg vermitteln. Dadurch sollen die Gruppentherapien forciert und somit die Anzahl der betreuten Patientinnen/Patienten erhöht werden. Insgesamt sollen durch fachkompetente Koordination und Vermittlung der zutreffenden psychotherapeutischen Behandlung die Wartezeiten für die Patientinnen/Patienten verringert werden.

Darüber hinaus wurden im Bereich Psychotherapie folgende Verbesserungen erzielt:

- Gruppentherapien können außerhalb des Jahresstundenkontingents abgerechnet werden.*
- Es wurde eine neue Leistung „Stütztherapie“ eingeführt [...].*

Die VAEB bietet in ihren eigenen Einrichtungen aufgrund zusätzlicher Anforderungen individuell abgestimmte, indikationsbezogene Präventionsangebote an.

Von der BVA wurden die Stundenkontingente im Bereich der Psychotherapie weiter angehoben.

Von der SVA wurde das extramurale Leistungsangebot bundesweit kontinuierlich ausgebaut und spezialisiert (z. B. Behandlung von Suchterkrankungen, spezielles Angebot für Kinder und Jugendliche).

Von der SVB wurden die Sachleistungen für Psychotherapie (Vereinssystem) punktuell ergänzt, die Kostenzuschüsse für Psychotherapie durch freiberuflich tätige Psychotherapeuten sind unverändert.“

Hinsichtlich Traumatherapie merkt der Hauptverband an, dass Traumabehandlungen im Rahmen der Psychotherapie als Sachleistung durchgeführt werden bzw. Kostenzuschüsse möglich sind. Weiters werden nach Mitteilung des Hauptverbandes im Bereich der OÖGKK im Rahmen des Therapieprojektes OASIS traumatisierte Asylant/inn/en umfassend betreut und therapiert. Zur Frage nach „neuen Maßnahmen“ in der Traumabehandlung ist grundsätzlich festzuhalten, dass sich diese im Rahmen der jeweiligen wissenschaftlichen Berufsausübung entwickeln und nicht von einer Behörde dekretiert werden.

Frage 16:

Über das Nationale Kinderimpfkonzept des Bundes werden zurzeit folgende Impfungen zur Verfügung gestellt:

Kleinkinder:

- Sechsfach Impfung
- MMR Impfung
- Impfung gegen Rotaviren
- Impfung gegen Pneumokokken (ausgeweitet auf alle Kinder)

Schulkinder:

- Auffrischung gegen dTaP-IPV
- Nachholimpfung gegen MMR
- Nachholimpfung gegen Hepatitis B
- Impfung gegen Meningokokken der Gruppe ACWY neu seit 2011
- Impfung gegen HPV (neu ab 2014)

Damit wurde das Nationale Kinderimpfkonzept in den letzten fünf Jahren um insgesamt **drei** wichtige Impfungen erweitert!

Fragen 17 und 20:

Der Bund, die Bundesländer und die Sozialversicherung haben sich im Jahr 2012 auf eine partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit geeinigt. Diese sieht ein gemeinsames, vertraglich fixiertes Zielsteuerungssystem für die Gesundheitsversorgung vor und führt somit zu einer echten Kooperation zwischen den Partnern Bund, Bundesländern und Sozialversicherung. Die konkreten inhaltlichen Vorgaben für dieses Zielsteuerungssystem wurden in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgeschrieben. Zu diesen Vorgaben zählen auch eine regional ausgewogene (Primär-)Versorgung sowie die Verbesserung von deren Erreichbarkeit zu Tagesrandzeiten und an Wochenenden und Feiertagen.

Die Vorgaben der oben genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG werden in Zielsteuerungsverträgen auf Bundes- und Landesebene konkretisiert. In dem Ende Juni 2013 zwischen dem Bund, den Bundesländern und der Sozialversicherung abgeschlossenen Bundes-Zielsteuerungsvertrag ist u.a. vereinbart, dass bis Mitte 2015 abgegrenzte, klare Versorgungsaufträge - inhaltlich und zeitlich, insbesondere auch für Tagesrand- und Wochenendzeiten - und Rollenverteilungen für alle Versorgungsstufen und für die wesentlichen Anbieter innerhalb der Versorgungsstufen mit Blick auf den jeweils „Best Point of Service“ definiert und bis Ende 2016 erste Umsetzungsschritte auf Landesebene gesetzt werden.

Im Übrigen weise ich darauf hin, dass die notwendige Versorgung der Bevölkerung an Tagesrand- und Wochenendzeiten sowohl in der Vergangenheit als auch derzeit teils im niedergelassenen Bereich, in jedem Fall aber in den Ambulanzen der öffentlichen Spitäler, jederzeit, d.h. 24 Stunden an sieben Tagen der Woche, sichergestellt war bzw. ist.

Auch der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger weist darauf hin, dass die Krankenversicherungsträger im Rahmen der Stellenplanung bzw. bei der Vereinbarung der Ordinationszeiten mit den Leistungserbringern darum bemüht sind, dass Ordinationen auch an den Randzeiten, also insbesondere am Abend, Freitagnachmittag und Samstagvormittag angeboten werden, und führt dazu weiter aus:

„Zur Einrichtung eines (zahn-)ärztlichen Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdiensts sind Ärztekammer und Zahnärztekammer zuständig. Aufgrund der jeweiligen Gesamtverträge sind die Vertrags(zahn-)ärzte und Vertragsgruppenpraxen verpflichtet, an den von den Kammern eingerichteten Sonn- und Feiertagsdiensten teilzunehmen.

Seitens der Träger wurden folgende Maßnahmen vorgesehen:

Bei der OÖGKK sind Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen dazu verpflichtet, jeweils bestimmte Mindestöffnungszeiten einzuhalten sowie Abend- und Nachmittagsordinationen anzubieten. Eine Nachmittags- oder Abendordination kann durch eine zweistündige Samstagordination ersetzt werden. Im Jahr 2010 wurde mit der Ärztekammer für OÖ im OÖ Gesamtvertrag für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte vereinbart, dass – sofern im jeweiligen Versorgungsgebiet bereits ein oder mehrere Vertragsärzte derselben Fachrichtung ansässig sind, sich der neu in Vertrag genommene Arzt an den Ordinationszeiten bestehender Vertragsärzte zu orientieren hat. Ebenfalls 2010 wurde ein Vertrag mit dem Unfallkrankenhaus (UKH) Linz, Garnisonstraße 7 über die Einrichtung eines „zahnärztliche[n] Notdienstzentrums“ geschlossen. Das zahnärztliche Notdienstzentrum im UKH Linz bietet seine Leistungen täglich von 20.00 bis 24.00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen zusätzlich von 8.00 bis 14.00 Uhr an. Derzeit werden zur Forcierung der Öffnungszeiten im Rahmen von „Bruchstellen“ (Vertragsgruppenpraxen im Ausmaß von mind. 1,3 bis max. 1,7 Arztstellen) Regelungen ausgearbeitet.

Im Bereich der STGKK existiert seit 2009 ein vom Land Steiermark organisierter und vom Gesundheitsfonds finanzierter Bereitschaftsdienst am Land unter der Woche. Die Teilnahme daran ist für Ärzte freiwillig. Die im Rahmen dieses Bereitschaftsdienstes erbrachten Leistungen können mit der STGKK verrechnet werden.

Bei der KGKK sehen ab 2007 neu geschlossene Einzelverträge eine Ordinationszeit von mindestens 22 Wochenstunden, verteilt auf fünf Tage, vor. Davon sind mindestens zwei Wochenstunden auf einen Nachmittag oder Samstag zu legen. Die Zahnambulatorien der Kasse haben von Montag bis Freitag jeweils von 7:00 bis 17:00 Uhr geöffnet.

Bei der SGKK werden in neu abzuschließenden Einzelverträgen mit Ärzten verbindliche Mindeststandards bezüglich der Öffnungszeiten festgelegt.

Im Bereich der VGKK können akut Erkrankte unter der Servicenummer 141 rund um die Uhr – also auch außerhalb der regulären Ordinationszeiten – erfahren, welcher niedergelassene Mediziner in ihrem Sprengel Dienst hat.

Die SVB achtet bei Abschluss von Neuverträgen im Bereich der ärztlichen Hilfe und der ihr gleichgestellten Leistungen auf patientenfreundliche Öffnungszeiten.“

Seitens der NÖGKK wurde Folgendes mitgeteilt:

„Durch die Aufstockung der Mindestöffnungszeiten in den kurativen Einzelverträgen von zwölf auf 20 Stunden/Woche und die seit dieser Änderung erfolgten Neuinvertragnahmen wurde im Bereich der Ordinationsöffnungszeiten eine sukzessive Verbesserung erzielt. Darüber hinaus konnte die Weiterführung der ärztlichen Betreuung in den Nachtstunden an Wochentagen (Wochentagsnachtbereitschaftsdienst) durch den NÖ Ärztedienst trotz der Kündigung der vorherigen Vereinbarung durch die Ärztekammer für NÖ zum Jahresende 2012 gesichert werden (Vertragspartnerin ist nunmehr die Notruf NÖ GmbH). Die ärztliche Versorgung an Wochenenden sowie an Feiertagen ist durch die gesamtvertraglich verankerte Verpflichtung der Vertragsärzte/-ärztinnen für Allgemeinmedizin, an dem von der Ärztekammer für NÖ eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst teilzunehmen, sichergestellt.

Durch das Inkrafttreten des allgemeinen Gruppenpraxen-Gesamtvertrages mit 1.4.2009 konnten Verbesserungen bei den Mindestöffnungszeiten erreicht werden. Die Zahl der Gruppenpraxen steigt kontinuierlich an. Da diese verpflichtet sind, eine Nachmittagsordination zu führen, kann auch in diesem Zusammenhang von einer Verbesserung in Bezug auf die Ordinationszeiten gesprochen werden.“

Weiters weist der Hauptverband in diesem Zusammenhang auf folgende Maßnahmen hin:

„Die WGKK beabsichtigt, mit Herbst 2013 den Betrieb eines kinderärztlichen Ambulanzbetriebes an Wochenenden und Feiertagen zu installieren.

Von der OÖGKK wurde 2012 eine zusätzliche Facharztstelle für Kinderheilkunde in Bad Hall, Bezirk Steyr-Land, errichtet.

Im Bereich der VGKK können akut Erkrankte unter der Servicenummer 141 rund um die Uhr – also auch außerhalb der regulären Ordinationszeiten – erfahren, welcher niedergelassene Mediziner in ihrem Sprengel Dienst hat.“

Frage 18:

Der Hauptverband teilt dazu Folgendes mit:

„Im Bereich der OÖGKK werden Personen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht in der Lage sind, eine Praxis aufzusuchen, in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie von mobilen Therapeuten der ARGE Mobile Therapie im Rahmen von Hausbesuchen behandelt. In OÖ sind ärztliche Hausbesuche bei Bedarf sowohl durch die Visitentätigkeit unter anderem der niedergelassenen Hausärzte als

auch im Bedarfsfall durch die flächendeckende Bereitschaftsdienstregelung sichergestellt.

Bei der KGKK erfolgten bei den letzten zwei Honoraränderungen überproportionale Tarifierhöhungen der Hausbesuchszuschläge sowie der Weggebühren.

Bei der SVB ist die Möglichkeit von Hausbesuchen bei medizinischer Notwendigkeit vertraglich geregelt.“

Frage 19:

Grundsätzlich ist mein Ressort bemüht, in allen Gremien Vertreter/innen der Selbsthilfegruppen mit einzubeziehen. So sind Vertreter der Selbsthilfegruppen eng in die Entscheidungen zum Brustkrebsfrüherkennungs-Programms eingebunden.

Zum Empowerment (capacity building) der Vertreter/innen der Selbsthilfegruppen, die in Gremien des BMG mitarbeiten, laufen derzeit Vorbereitungen für ein Projekt zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz. Durch die Förderung der Gesundheitskompetenz soll ihre Rolle als gleichberechtigte Partner/innen im Gesundheitssystem gestärkt werden.

Seit 2012 fördert der FGÖ die Selbsthilfe beim Aufbau eines Sekretariats/einer Geschäftsstelle, was eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass die Selbsthilfe als ein wesentlicher Partner im Gesundheitswesen tätig sein kann.

Weiters stehen den Dachverbänden der Selbsthilfegruppen Mittel des FGÖ für Fort- und Weiterbildung zur Verfügung.

Ergänzend wird seitens des Hauptverbandes auf folgende Projekte bzw. diesbezügliche Maßnahmen einzelner Träger hingewiesen:

„Im Bereich der WGKK wurden folgende Projekte durchgeführt:

„Selbsthilfegruppen greifbar im Spital“

Von Juni 2005 bis März 2010 wurde das Teilprojekt „Selbsthilfegruppen greifbar im Spital“ des Projektes „PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (PIK)“ in Wien umgesetzt. Dieses Reformpoolprojekt wurde zu gleichen Teilen von der Stadt Wien und den Wiener Krankenversicherungsträgern finanziert.

Durch eine direkte Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhausabteilungen sollte eine bessere Information der Patienten und Angehörigen über das Angebot und die Erreichbarkeit von Selbsthilfegruppen schon während des Spitalaufenthalts erzielt werden. Dabei gab es verschiedene Kooperationsformen (Auflegen von Informationsmaterial der Selbsthilfegruppen in den Abteilungen beteiligter Wiener Krankenhäuser; Besuchsmöglichkeit von Selbsthilfegruppen auf Wunsch von Patienten; regelmäßige Treffen zwischen Vertretern der Selbsthilfegruppen und Mitarbeitern des Krankenhauses).

Da die Kooperationen mit Sachaufwänden seitens der Selbsthilfegruppen verbunden waren, wurde im Rahmen des PIK-Projektes eine Anreizfinanzierung in Höhe von € 100,- jährlich pro Kooperation je Abteilung bewilligt. Mit Stand Dezember 2009 gab es rund 125 Kontaktpersonen in 123 Abteilungen, diese hatten 299 Kooperationen mit rund 60 Selbsthilfegruppen abgeschlossen.

Die Evaluierungsergebnisse des Teilprojektes „Selbsthilfegruppen greifbar im Spital“ lassen sich wie folgt zusammenfassen: Das Teilprojekt hat zur Intensivierung des Kontaktes zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern beigetragen. Als sehr positiv zeigte sich, dass der überwiegende Teil der Patienten bzw. ihrer Angehörigen regelmäßig und persönlich über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert wurde und Informationsmaterial erhielt. Informationsmaterialien über Selbsthilfegruppen waren überwiegend leicht auffindbar, ansprechend aufgelegt und aktuell. Selbsthilfegruppen erlangen ein besseres Image bei Betroffenen, wenn Informationsmaterialien im Krankenhaus aufliegen, wenn Ärzte die jeweilige Selbsthilfegruppe empfehlen oder die Patienten Bescheid wissen, dass eine Kooperation stattfindet. Die Mehrheit der Krankenhausmitarbeiter (68 %) sah in der Kooperation mit Selbsthilfegruppen eine Hilfestellung für ihre Arbeit.

„Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“

Im Rahmen des Disease Management Programms (DMP) „Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“, einem Langzeitbetreuungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, arbeiten die Projektverantwortlichen intensiv mit Diabetes relevanten Selbsthilfegruppen in Wien zusammen (Österreichische Diabetesvereinigung, Aktive Diabetiker Austria, Diabetes Austria, Initiative Soforthilfe für Menschen mit Diabetes). So gibt es beispielsweise eine wechselseitige Teilnahme an Veranstaltungen, die sich an Typ-2-Diabetiker richten. Da bis dato knapp 10.300 Personen am DMP teilnehmen, konnte der Bekanntheitsgrad der Selbsthilfegruppen wesentlich gesteigert werden. Die WGKK veranstaltet in ihren Räumlichkeiten in Kooperation mit der Österreichischen Diabetesvereinigung alle zwei Jahre einen Diabetestag. Im Jahr 2012 fand die fünfte Veranstaltung dieser Art statt, die bei Betroffenen auf äußerst positive Resonanz stößt. Neben aktuellen medizinischen Themen werden auch Präventionsstrategien für Diabetes assoziierte Folge- und Begleiterkrankungen erläutert.

Die BGKK unterstützt mehrere Selbsthilfegruppen durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten zur Abhaltung von Vorträgen und von Turnsälen und des Schwimmbeckens des Physikoambulatoriums für Turnübungen bzw. Aquatraining. Neue Selbsthilfegruppen werden in der Zeitschrift der BGKK „Wie Geht’s“ vorgestellt und auch öffentliche Veranstaltungen werden dort angekündigt.

Seitens der VGKK erfolgt mediale Unterstützung (z. B. im Forum Gesundheit) bzw. werden Räumlichkeiten für Informationsveranstaltungen zur Verfügung gestellt. Weiters werden Informationsveranstaltungen durch Mitarbeiter der Kasse

(Information über das Leistungsangebot der Kasse) aktiv unterstützt. Im Anlassfall werden Einzelförderungen gewährt.“

Seitens der NÖGKK wurde auf folgende Maßnahmen hingewiesen:

„Die Selbsthilfegruppen in Österreich sind eine wichtige Ergänzung im Gesundheitssystem. Die NÖGKK unterstützt daher im Rahmen ihrer Möglichkeiten den Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen und die NÖ Selbsthilfegruppen bei wichtigen Aufgaben: Vor einiger Zeit wurde in diesem Zusammenhang für den Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention in Kooperation mit dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) ein Fördertopf eingerichtet. Aus diesem Topf können Selbsthilfegruppen finanzielle Unterstützungen für ihre Programme beantragen. Darüber hinaus leistet die NÖGKK einen jährlichen Unterstützungsbeitrag zur Abhaltung von sogenannten „Stammtischen“ in den einzelnen Landesvierteln, um die Zusammenarbeit der NÖ Selbsthilfegruppen untereinander und mit dem Dachverband auszubauen. Ziel ist es, ein Netzwerk zu bilden, welches den Selbsthilfegruppen ermöglicht, voneinander zu lernen bzw. gemeinsame Wege sowie Lösungen zu wiederkehrenden Themen und Problemen zu finden. Durch die vorangeführten Maßnahmen wird ein wesentlicher Beitrag zur Stärkung der Unabhängigkeit der Selbsthilfegruppen in Niederösterreich geleistet.“

Frage 21:

Nach Abschluss des nationalen Projekts „Gesunde Schulen“ informiert die Homepage www.gesundeschule.at als gemeinsame Initiative des BMUKK, des BMG und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die Ergebnisse dieses Projektes und stellt Information zu den Angeboten und Aktivitäten der drei Partner zum Thema Gesundheit und Schule zur Verfügung.

Die GIVE-Servicestelle für Gesundheitsbildung www.give.or.at der Partner BMUKK, BMG und ÖJRK unterstützt weiterhin als Info-Doku-Drehscheibe Lehrer/innen bei allen Aktivitäten und Maßnahmen im Bereich Gesundheit und Gesundheitsförderung. Die GIVE-Angebote sind eine wertvolle Hilfe bei der Unterrichtsvorbereitung und bei der Gestaltung von Projekten auf dem Weg zur gesunden Schule.

Ziel der "Leitlinie Schulbuffet" ist eine Optimierung des Warenkorbes am Schulbuffet bzw. an den Getränke- und Snackautomaten. Im Sinne der Verhältnisprävention soll die gesündere Wahl zur leichteren werden.

Die Leitlinie stellt - aufgeschlüsselt nach Lebensmittelgruppen - einen Mindeststandard für Schulbuffets dar und richtet sich in erster Linie an Betreiber/innen von Schulbuffets. Die Grundlage bildet die österreichische Ernährungspyramide, die durch ihre einfachen bildlichen Darstellungen eine gute Hilfe für eine gesundheitsförderliche Angebotsgestaltung bietet.

Mit der österreichweiten Initiative "Unser Schulbuffet" (bis Ende 2013) soll das Warenangebot im Sinne der Leitlinie Schulbuffet optimiert und damit die Ernährungssituation für 456.000 Schülerinnen und Schüler verbessert werden. Für

Betreiberinnen und Betreiber von Schulbuffets gibt es ein umfangreiches kostenloses Unterstützungsprogramm, das helfen soll, das Jausenangebot für Kinder und Jugendliche Schritt für Schritt zu verbessern:
Seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wird dazu auf folgende Maßnahmen und Projekte hingewiesen:

„Von der OÖGKK wird gemeinsam mit Land OÖ und Landesschulrat OÖ das Kooperationsprojekt „Gesunde Schule“ durchgeführt, wobei auch die OÖ Ärztekammer eingebunden ist. Weiters wurde im Oktober 2011 bzw. Jänner 2012 das Kinder- und Jugendkompetenzzentrum Innviertel an den Standorten Andorf, Pramet und Mauerkirchen in Betrieb genommen. Hier erfolgt eine multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Auffälligkeiten im emotionalen, kognitiven, sozialen und Verhaltensbereich an einem Standort. Mit 1. Juli 2013 wurden drei Facharztstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Linz, Wels und Steyr) errichtet

Die STGKK ist im Rahmen des Projektes „Service Stellen Schule“ – ein österreichweites Netzwerk der Sozialversicherung – regionale Ansprechstelle für die schulische Gesundheitsförderung in der Steiermark. Dabei werden Lehrer, Schüler und Eltern bei Gesundheitsthemen und -projekten unterstützt. Das Angebot umfasst insbesondere:

- *Erstberatungen „Gesunde Schule“ für Schulen;*
- *Gesundheitsförderung für Lehrer;*
- *kostenlose Informationsmaterialien;*
- *ganzheitliches schulisches Gesundheitsförderungsprogramm und Netzwerk „Gesunde Schule, bewegtes Leben“.*

Bisher wurden von der „Service Stelle Schule Steiermark“ mit dem schulischen Gesundheitsförderungsprogramm „Gesunde Schule, bewegtes Leben“ 68 Schulen mit ca. 13.000 Schülern und 1.700 Lehrern betreut. Die Angebotspalette des Netzwerkes umfasst unter anderem:

- *mehrfachjährige fachliche Begleitung bei der Entscheidungsfindung, Planung, Umsetzung und Reflexion des Projektes;*
- *Gesundheitsbefragungen für Schüler und Lehrer;*
- *Ideenwerkstätten „Gesunde Schule“ mit Schülern, Lehrern und Eltern;*
- *Netzwerktreffen aller Partnerschulen;*
- *Modulangebote zu den Themen „Ernährung“ und „Bewegung“ für Schüler, Lehrer und Eltern sowie zum Thema „LehrerInnengesundheit“;*
- *MultiplikatorInnen-Schulungen für Lehrer;*
- *finanzielle Unterstützungen für Maßnahmenumsetzung.*

Weiters erfolgt seitens der STGKK im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung eine intensive Kooperation mit regionalen Institutionen wie z.B. dem Landesschulrat, den Pädagogischen Hochschulen, der ARGE schul:support und Styria vitalis.

[...]

Die VGKK berät und begleitet Schulen bei der Umsetzung von schulischen Gesundheitsförderungsprojekten. Schulen erhalten kostenlos unterstützende Materialien, wie Newsletter, Projekt-Pfad-Finder, Gesundheitsradar, Ernährungsfächer, diverse Broschüren. Aktuell wird ein Bewegungs-Projekt „Schule bewegt gestalten“ durchgeführt.“

Seitens der NÖGKK wurde unter anderem Folgendes mitgeteilt:

„Die NÖGKK setzt im Rahmen ihrer Gesundheitsstrategie 2012 bis 2016 verstärkt auf Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen (settingorientierte Gesundheitsförderung in der „Lebenswelt Schule“) und hat dafür die „Service Stelle Schule“ eingerichtet. Im Rahmen dieses Projekts werden gemeinsam mit Schüler/innen, Schulleitung, Lehrer/innen und Eltern gezielte gesundheitsfördernde Maßnahmen erarbeitet und nachhaltig im Schulalltag verankert.

Seit der Einrichtung der Service Stelle Schule im Jahr 2005 haben 216 Schulen mit 1 454 Klassen (23 387 Schüler/innen) an den Programmen teilgenommen. 2010 wurde das Programm Gesunde (Volks-)Schule eingeführt, das sich an Allgemeine Sonderschulen, Volksschulen, Polytechnische Schulen und Berufsbildende mittlere und höhere Schulen richtet. Schulen dieser Schultypen wurden im SJ 2010/2011 in das neue Programm übernommen (siehe Tabelle). Im Schuljahr 2012/2013 wurde erstmals die „Gesunde Volksschule“-Plakette an 80 Schulen in Niederösterreich verliehen. Im Oktober findet die nächste Verleihung statt, bei der über 50 Schulen ausgezeichnet werden. Diese Auszeichnungen erhalten jene Schulen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen langfristig im Schulalltag verankern und dabei bestimmte Qualitätskriterien erfüllen.“

Fragen 22 und 23:

Die größte Herausforderung für den Ausbau der niedergelassenen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung war der bestehende Fachärztemangel in diesem Bereich. Die Deklarierung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie als Mangelfach ist in diesem Zusammenhang eine wichtige Maßnahme, um mehr Fachärztinnen und -ärzte ausbilden zu können.

Darüber hinaus stellt die Zusammenarbeit zwischen stationären und außerstationären Leistungsanbietern eine besondere Herausforderung dar, gleichzeitig sind Vernetzungstätigkeiten in diesem Bereich besonders aufwendig und komplex. Daher habe ich im Jahr 2012 eine Studie beauftragt, Versorgungskonzepte und Modelle integrierter Versorgung im europäischen Raum für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen zu recherchieren. Die vorliegenden Ergebnisse können als Planungsgrundlage für die Ausgestaltung integrierter Versorgungskonzepte in Österreich im Sinne von „best practice Modellen“ genutzt werden und bei entsprechender Umsetzung zur Verbesserung der Versorgung im niedergelassenen

Bereich beitragen. Weiters werden seit 2012 bundesländer- und bereichsübergreifende Workshops zur Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Sozialversicherung, Gesundheit, Soziales bzw. Jugendwohlfahrt durchgeführt. Dieser Austausch wird im Herbst 2013 fortgeführt, wobei ein Schwerpunkt auf die Gestaltung eines ersten, niederschweligen Zugangs zum Versorgungssystem gelegt werden soll.

Die Versorgungssituation im niedergelassenen Bereich ist regional sehr unterschiedlich entwickelt und da bis dato auch zuverlässige Daten fehlten, um die Situation beurteilen zu können, wurde für dieses Jahr die Durchführung einer Bestandsaufnahme der außerstationären psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter Einbindung der zuständigen Abteilungen der Bundesländer sowie der jeweiligen Sozialversicherungsträger beauftragt. Dabei sollen auch die konkreten Ausbaupläne in den einzelnen Bundesländern erhoben werden. Die Ergebnisse werden im Dezember 2013 vorliegen.

Für erwerbstätige Jugendliche gib es im Bereich der Kinder- und Jugendlichengesundheit eine jährliche Jugendlichenuntersuchung sowie eigene „U21-Projekte“ im Rahmen der BGF.

Der FGÖ hat im Sommer 2013 gemeinsam mit der Lehrlingsstiftung Eggenburg ein Konzept zur Gesundheitsförderung in überbetrieblichen Lehrausbildungseinrichtungen, basierend auf dem erfolgreichen Projekt „Health4You“ erarbeitet. Geplant ist der Transfer des Projekts mit Hilfe einer Förderung durch den FGÖ.

Ergänzend ist auf folgende Maßnahmen hinzuweisen, die nach Mitteilung des Hauptverbandes seitens einzelner Träger gesetzt wurden:

„Im Bereich der WGKK werden im Rahmen des geförderten Projektes „Psychische Gesundheit wird GROSS geschrieben“ von Oktober 2012 bis Dezember 2013 in 35 Schulen 70 Workshops zu Themen der psychischen Gesundheit angeboten. Dadurch können ca. 1.000 Schüler zwischen der fünften und achten Schulstufe erreicht werden. Weiters wurden – um die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung auszubauen – seit 2011 die personellen Kapazitäten in drei Wiener Ambulatorien von im Schnitt 20 Wochenstunden auf 70 Wochenstunden ausgeweitet. Damit stehen insgesamt drei Einrichtungen mit je zwei Vollzeitfacharztstellen zur Verfügung.“

*Bei der BGKK sind derzeit im Bereich Ergotherapie das „Beratungsgespräch mit einer Bezugsperson – 30 Minuten“ und das „Beratungsgespräch mit einer Bezugsperson – 60 Minuten“ als gesonderte Leistungspositionen vertraglich vorgesehen. Außerdem enthält die Honorarordnung des Ärztesamtvertrages die Leistungsposition „Außenanamnese für gesondert gelagerte psychiatrische Fälle“ enthält. Diese Verrechnung ist Vertragsärzten für Psychiatrie bzw. Neurologie vorbehalten.
[...]*

Im Bereich der STGKK ist die ambulante Versorgung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie Thema der Landes-Zielsteuerung. Diesbezüglich werden Konzepte erarbeitet, um in der Steiermark eine interdisziplinäre Versorgung auf diesem Gebiet zu etablieren.

Bei der KGKK wurden im Jahr 2013 zwei Planstellen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klagenfurt und Villach geschaffen. Zusätzlich wurden trilaterale Verträge mit Rechtsträgern von Ambulatorien, dem Land Kärnten und Sozialversicherungsträgern hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungslandschaft im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde geschlossen.

[...]

Bei der VAEB sind Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß einer Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag bei Erbringung von Diagnostik, Behandlung und Vernetzungsleistungen im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verrechnung einer neu in die Honorarordnung aufgenommenen Leistungspositionen berechtigt.

Von der BVA wurde in der Honorarordnung ein Leistungskatalog für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen. Zudem wurden für diesen Bereich in jedem Bundesland entsprechend der Bevölkerungsgröße Kassenarztstellen eingerichtet. Bislang konnten noch nicht alle Stellen besetzt werden.

Die SVA hat Sonderleistungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Honorarordnung aufgenommen.“

Seitens der NÖGKK wurde Folgendes mitgeteilt:

„Mit Wirksamkeit ab 1.1.2012 wurde das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Gesamtvertrag mit der Ärztekammer für NÖ aufgenommen und daher fünf Planstellen geschaffen. Vier der fünf Planstellen konnten bis dato besetzt werden. Bereits ab dem Jahr 2007 wurde die Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch niedergelassene Vertragsärztinnen/-ärzte im Rahmen eines Pilotprojektes an zwei Standorten erprobt.

Bei der NÖGKK wird derzeit an einem Konzept zur ‚Jugendlichenuntersuchung neu‘ gearbeitet.“

Fragen 24 und 26:

Die Themen Frauengesundheit und Gendergerechtigkeit sind in den Rahmengesundheitszielen generell als Grundprinzipien verankert. Die Determinantenorientierung, d.h. die Ausrichtung auf die Einflussfaktoren der Gesundheit, bekommt neben der Förderung von Chancengleichheit, d.h. Berücksichtigung der Reduktion von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten und der Ressourcenorientierung einen besonderen Stellenwert. Die niederschweligen Angebote für sozial benachteiligte Frauen werden im Besonderen durch die vom Gesundheitsministerium jährlich geförderten österreichischen Frauengesundheitszentren berücksichtigt. Die Angebotspalette reicht von

präventiven Frauengesundheitsthemen bis hin zu unterstützenden mehrsprachigen Beratungen u.a. zu den Themen Ernährung, Schwangerschaft, Bewegung, Wechseljahre und Lebenskrisen.

Die Genderbezogenheit findet in der Gendermedizin ihren Niederschlag. Im Wirkungsziel 2 der wirkungsorientierten Haushaltsführung ist die Gleichstellung für die Gewährleistung des gleichen Zuganges von Frauen und Männern zur Gesundheitsversorgung mit speziellem Fokus auf genderspezifischen Vorsorge- und Präventionsprogrammen verankert. Ein Projekt, welches u.a. die Genderbezogenheit im medizinischen Bereich zum Inhalt hat, ist die gendergerechte Erhebung und Analyse von Routinedaten der Krankenversorgung im Bereich des akuten Herzinfarkts ICD 10: I21.4. Die Genderforschung hat die geschlechtsspezifische Erprobung von Pharmazeutika als wichtiges Anliegen formuliert. Die Spezialisierung im Bereich Gendermedizin wird durch spezifische Weiterbildungscurricula an den Universitätskliniken forciert.

Allgemein ist auf das neue österreichweite Brustkrebsfrüherkennungs-Programm hinzuweisen, welches durch das neue Einladesystem gerade auch Frauen aus bildungsferneren Schichten ansprechen soll.

Erstmals gibt es eine österreichweit koordinierte Vorsorgestrategie, die die Mittel qualitätsgesichert und gezielt einsetzt. Die Bundesgesundheitsagentur stellte dafür von Mitte 2011 bis Ende 2013 insgesamt zehn Millionen Euro für gezielte und nachhaltige Vorsorgemaßnahmen zum Thema Ernährung bereit. Ziel ist es, die gesündere Wahl beim Essen zur leichteren Entscheidung zu machen. Das Besondere ist, dass alle wichtigen Partner im Gesundheitswesen - Bund, Länder und Krankenkassen - an einem gemeinsamen Strang ziehen und für die Umsetzung sorgen.

Neben der individuellen Beratung von Schwangeren und Eltern von Kleinkindern wird im Rahmen der österreichweiten „Vorsorgestrategie Ernährung“ ein Schwerpunkt darauf gelegt, die bestehende Verpflegungssituation in unterschiedlichen Lebensbereichen zu verbessern. Dazu werden in allen Bundesländern zahlreiche langfristige Initiativen, wie z.B. Beratungen und Workshops in Kindergärten, Schulen sowie anderen Settings und gezielte Maßnahmen zur Optimierung des Angebotes in der Gemeinschaftsverpflegung, durchgeführt. Weitere Maßnahmen, wie z.B. die Erstellung von Empfehlungen und Leitlinien durch Expert/inn/en, runden die Vorsorgestrategie ab.

Seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger werden in diesem Zusammenhang die folgenden Maßnahmen einzelner Versicherungsträger angeführt:

„Im Bereich der WGKK werden im Rahmen des Projektes „Richtig essen von Anfang an – Wien“ werdende Mütter in allen Phasen der Schwangerschaft sowie Mütter mit

Kleinkindern bzw. Säuglingen (Thema Beikost) durch kostenlose, qualitativ hochwertige, niederschwellige und praxisnahe Angebote zu einer gesundheitsförderlichen und ernährungsbewussten Lebensweise herangeführt. Aus den gewonnenen Erfahrungen sollen 2014 auch sozial benachteiligte Frauen bzw. Familien und Migranten mit den Maßnahmen erreicht werden. Dafür werden die Inhalte der Workshops an den Bedürfnissen und Wünschen dieser Zielgruppen ausgerichtet.

Die BGKK bietet im Rahmen des Projektes „Richtig essen von Anfang an – Burgenland“, das auf dem „Nationalen Aktionsplan Ernährung“ basiert, kostenlose Ernährungsberatungen für Schwangere, Stillende und deren Angehörige an. Durch das Miteinbeziehen der Angehörigen soll das Essverhalten einer ganzen Familie positiv beeinflusst werden. Diese niederschwellige ernährungspolitische Maßnahme wurde unter anderem in den burgenländischen Frauenhäusern vorgestellt, um sozial benachteiligte Frauen über dieses Angebot zu informieren und gleichzeitig zu motivieren, dieses in Anspruch zu nehmen.

Die OÖGKK beteiligt sich an den im Rahmen des Projektes „Wohngruppe KAJA“ erbrachten Ergo-, Physio- und Psychotherapien. Dabei werden Mädchen und junge Frauen, die nach stationärem Aufenthalt extrem geschwächt sind, umfassend betreut.

Die STGKK setzt in Kooperation mit dem nationalen Projekt „Richtig essen von Anfang an!“ einen Schwerpunkt auf Ernährung in der Schwangerschaft, Stillzeit und im Beikostalter. Finanziert durch die Vorsorgemittel der Bundesgesundheitsagentur werden in der Steiermark Ernährungs-Workshops angeboten und Fortbildungen für Health-Professionals offeriert. Bis Juli 2013 wurden 294 Workshops abgehalten. Um insbesondere sozial Benachteiligte, unter anderem Migrantinnen, zu erreichen, werden in Kooperationen mit entsprechenden Vereinen die Inhalte niederschwellig implementiert, wie z. B. in Mütter-Treffen, Mütter-Cafès, Elternberatungssprechstunden. Ferner finden interkulturelle Workshops mit Dolmetschern statt. Hiefür werden Migrantinnen zu Multiplikatorinnen ausgebildet, um die Akzeptanz und Inanspruchnahme zu erhöhen.

Weiters wird von der STGKK „Schwanger! Gut begleitet durch 40 Wochen“ als eine niederschwellige Workshop-Reihe in Kooperation mit dem Frauengesundheitszentrum und der Stadt Graz durchgeführt. In neun Treffen werden schwangere Frauen mit Fachbeiträgen rund um das Thema Schwangerschaft begleitet und ein gegenseitiger Austausch ermöglicht.

Darüber hinaus hat sich ein Verbund von fünf Gebietskrankenkassen (WGKK, NÖGKK, OÖGKK, STGKK, KGKK) gemeinsam mit der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit das Ziel gesetzt, im Zuständigkeitsbereich der genannten Kassen regionale Pilotprojekte zum Thema „Frühe Hilfen“ zu etablieren. Regionale Unterstützungs- und Netzwerksysteme sollen einen gesunden Start ins Leben fördern. Aufgrund der Erfahrungen anderer Projekte ist davon auszugehen, dass benachteiligte Familien, insbesondere Frauen, davon besonders profitieren.

Von der KGKK wurden speziell im Bereich der Psychotherapie Verträge mit Vereinen geschlossen, welche auf eine weibliche Zielgruppe spezialisiert sind.

Von der BVA wird das Thema Frauengesundheit und Gendergerechtigkeit allgemein und im Bereich der BGF je nach Projekt und Bedarf berücksichtigt.“

Seitens der NÖGKK wurde Folgendes mitgeteilt:

„Im Rahmen des Projekts „Bewusst von Anfang an“ werden lokale Strukturen in Niederösterreich erweitert und gefördert. Sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum soll die Gesundheitssituation von Schwangeren, Stillenden und Kleinkindern bis zum Alter von drei Jahren verbessert werden. Ziel des Projekts „Babycouch“ ist die Verbesserung des Beratungs- und Informationsangebots für Schwangere, Stillende und Familien in Niederösterreich. In Niederösterreich finden Babycouch-Treffen in Korneuburg, Wiener Neustadt, Ternitz und Schwechat statt. In Wiener Neustadt richtet sich das Baby-Couch-Programm an Frauen mit türkischsprachigem Migrationshintergrund, alle Angebote sind hier auf Türkisch und bieten einen niederschweligen Zugang.

Das Gesundheitsförderungsprogramm der NÖ Gebietskrankenkasse ist zielgruppenspezifisch ausgerichtet. Mit den NÖGKK-Frauengesundheitstagen und der Gesundheitsenquete „Gesundheit für Sie“ sollen speziell Frauen und Mädchen angesprochen werden. Diese Veranstaltungen werden in den niederösterreichischen Regionen in Kooperation mit Gemeinden und örtlichen Partnern für die Besucher/innen kostenlos durchgeführt und stellen somit ein wichtiges niederschwelliges Angebot dar.“

Frage 25:

Chancengleichheit, ob für Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Beeinträchtigungen, bildungsferne oder einkommensschwache Bürger/innen, ist ein zentrales Element der sozialen Krankenversicherung und ihrer Gesundheitsförderungsstrategie.

Im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sind speziell belastete Zielgruppen und Mitarbeiter/innen mit geringeren Gesundheitschancen explizite Bestandteile von BGF-Projekten. Wie der Hauptverband in diesem Zusammenhang ausführt, werden „durch Beschäftigtenstrukturanalyse, Mitarbeiterbefragung, Gesundheitszirkel und ähnlichem [...] die Zielgruppen im Betrieb sowie die konkreten Themen definiert. Dabei können auch die Themen Frauengesundheit und Gendergerechtigkeit als Schwerpunkte gesetzt werden. Die Themen werden mit den Projektverantwortlichen im Vorfeld besprochen und nach den individuellen Bedürfnissen des Betriebes auf freiwilliger Basis in das Projekt aufgenommen. Die Betroffenen werden in alle Entwicklungs-, Planungs- und Umsetzungsschritte in Hinblick auf Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz eingebunden. Der Einsatz von Instrumenten (Ist-Analyse, Planung, Evaluierung, etc.) wird darauf abgestimmt. Für Betriebe mit Beschäftigten im Niedriglohnbereich werden die Maßnahmen ebenso individuell angepasst.

Darüber hinaus werden auch im Rahmen der Initiative „fit2work“ die Schwerpunkte Frauengesundheit und Gendergerechtigkeit beachtet.“

Frage 27:

In den Familienberatungsstellen, die auf Schwangerenbetreuung spezialisiert sind, sowie in allen Frauengesundheitszentren (Wels, Linz, Villach, Graz, ISIS in Salzburg, FEM in Wien) bieten qualifizierte ExpertInnen (ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und MusiktherapeutInnen) vertrauliche und kostenlose Beratung an. Darüber hinaus gibt es österreichweit eine Reihe von weiteren Beratungsstellen unterschiedlicher Träger, deren Adressen in verschiedenen Sozialratgebern publiziert sind, wie z.B. Sexualberatungsstellen (vgl. Courage in Tirol, Bily in OÖ, Lichtblick in NÖ), Psychosomatische Ambulanzen etc.

Frauen - und sofern von diesen gewünscht auch ihre Partner - erhalten in diesen Beratungsstellen kostenlose und ergebnisoffene Beratung. Insgesamt umfasst der Aufgabenbereich dieser Angebote Schwangerenberatung, Beratung bei Schwangerschaftskonflikten und Information über Empfängnisverhütung sowie Beratung zu rechtlichen und sozialen Fragen sowie bei psychischen Problemen.

Hinsichtlich medizinisch-gynäkologischer Notfälle sind alle Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe kompetent. Im Bedarfsfall stehen in jedem Bundesland sowohl im stationären wie im niedergelassenen Bereich öffentliche und private Einrichtungen, wie gynäkologische Fachabteilungen (Ambulanzen), niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, aber auch Einrichtungen der Krankenversicherungsträger als Ansprechpartner zur Verfügung.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass zur Verbesserung der psychosozialen Schwangerenbetreuung eine österreichweite Broschüre zur Postpartalen Depression erstellt wurde, welche den Schwangeren und Müttern zur Verfügung gestellt werden. Die darin enthaltene Information zum Thema psychische Belastung während und nach der Schwangerschaft soll den Frauen helfen, sich über das Thema postpartale Depression und über die Beratungsmöglichkeiten in ihrem jeweiligen Bundesland zu informieren.

Frage 29:

Während der laufenden Gesetzgebungsperiode sind vielfältige Aktivitäten und Maßnahmen zum Ausbau der palliativen Versorgung gesetzt und umgesetzt worden. Zum einen wurden die Rahmenbedingungen auf Bundesebene kontinuierlich verbessert, zum anderen ist der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung auf Ebene der Bundesländer kontinuierlich vorangeschritten.

Auf Bundesebene wurden während der XXIV. Gesetzgebungsperiode folgende Schritte zum Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich gesetzt:

- Im Jahr 2009 wurde für das österreichweite Projekt „Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH)“ von Hospiz Österreich ein

Beirat eingerichtet, in dem das BMG mitwirkt. Bisher wurden Richtlinien erstellt, die alle betroffenen Zielgruppen (Bewohner/innen, Angehörige, Leitende, Pflegekräfte, Ärztinnen/Ärzte, Seelsorger/innen, psychosoziale Berufe und Ehrenamtliche) erfassen und in den Dimensionen von Pflege, Medizin, psychosozialer und spiritueller Betreuung und Begleitung die Ziele beschreiben. Weiters wurden eine Modellarchitektur für die Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen sowie eine modellhafte Beschreibung des Organisationsentwicklungsprozesses und Schulungsangebote dazu erarbeitet, ein Curriculum Palliative Geriatrie und Schulungsangebote entwickelt sowie viel Erfahrung aus den Pilotprojekten in den Bundesländern gesammelt. Das Projekt wird u.a. vom FGÖ gefördert (siehe <http://www.hospiz.at/> unter Alten- und Pflegeheime).

- Die Integration des Konzepts der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in den ÖSG 2010 war ein wichtiger Schritt zur besseren Verankerung dieses Bereichs in der österreichischen Versorgungslandschaft und wird zur Forcierung des weiteren Auf- und Ausbaus der Versorgung beitragen. Das Konzept wurde auch in den ÖSG 2012 übernommen, siehe ÖSG 2012, Seite 102 ff, herunterzuladen auf der Seite: [http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Planung/Oesterreichischer Strukturplan Gesundheit OeSG 2012](http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012)
- In den Jahren 2010 und 2011 wurden im Rahmen des von mir initiierten Kindergesundheitsdialogs eine Problemanalyse und Lösungsansätze für Kinderhospizarbeit und pädiatrische Palliative Care erarbeitet. Die Ergebnisse sind in Ziel 19 der Kinder- und Jugend-Gesundheitsstrategie 2011 eingeflossen, siehe http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder_und_Jugendgesundheit/Kinder_und_Jugendgesundheitsstrategie/. In der Folge hat das BMG 2012 ein Konzept für die „Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene“ in Auftrag gegeben, welches die derzeitige Versorgungssituation in Österreich beschreibt und den Versorgungsbedarf sowie die nötige Versorgung auf Basis internationaler Standards darstellt. Das Konzept wird in den nächsten Monaten veröffentlicht werden.
- Zur Förderung der Qualitätssicherung in Hospiz- und Palliativeinrichtungen wurde im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur ein „Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen“ erarbeitet und im Herbst 2012 der Fachöffentlichkeit vorgestellt, das die Arbeit in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen unterstützen und fördern wird. Als Handlungsanleitung für die Praxis trägt es zu einer österreichweit qualitativ vergleichbaren Hospiz- und Palliativversorgung bei. Darüber hinaus stellt es einen Vorreiter für Standards zur Förderung der Prozessqualität und somit einen Meilenstein der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheits- (und Sozial-)system dar. Es wendet sich primär an die in den Einrichtungen Arbeitenden, vermittelt aber auch Berufstätigen in jenen Strukturen, die mit dem Hospiz- und Palliativbereich vernetzt sind, Information und Einblick in die Tätigkeit dieses

spezifischen Versorgungsbereiches. Das Handbuch steht zum Download zur Verfügung

(http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaets_sicherung/Planung/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich).

- Im Frühjahr 2013 hat das BMG das Projekt „Der Stellenwert von Tageshospizen im Kontext der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich sowie geriatrischer teilstationärer Angebote“ in Auftrag gegeben. Tageshospize sind ein Baustein des abgestuften Versorgungskonzepts und bieten jenen, die die Nacht in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, Entlastung während des Tages mit dem Ziel, Lebensqualität und Selbstständigkeit von Palliativpatient/inn/en zu fördern, Akutkrankenhäuser zu entlasten und den Angehörigen zu helfen. Im Rahmen des Projekts wird der internationale Forschungsstand zu Tageshospizen mit nationalen Evaluationsergebnissen verknüpft und damit eine Grundlage für den Ausbau dieses Versorgungssegments und dessen Verbesserung geschaffen.
- Für den gesamten Bereich der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung werden im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur laufend begleitende, steuernde, unterstützende und vernetzende Aktivitäten geleistet (z.B. in Form von Informationsmaterialien, Vernetzungstreffen und Diskussionsforen, ggf. Einzelberatung). Die Entwicklung in diesem Bereich unterliegt einem kontinuierlichen Monitoring (in Kooperation mit dem Dachverband Hospiz Österreich und der Österreichischen Palliativgesellschaft).

Die Umsetzung der Palliativ- und Hospizversorgung liegt im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer:

Die quantitativen Entwicklungen zum Ausbau der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung während der laufenden Gesetzgebungsperiode sind in der als Beilage angeschlossenen Tabelle für die Jahre 2008 und 2011 (letzter verfügbare Daten) dargestellt. Aufgrund von Rückmeldungen aus den Bundesländern Anfang 2013 (siehe dazu unten) konnten einige Zahlen auch für den Zeitpunkt Anfang 2013 ergänzt werden. Die Tabelle zeigt, dass es in fast allen Bereichen der Hospiz- und Palliativversorgung im Beobachtungszeitraum zu deutlichen Zunahmen der Versorgungsangebote kam, jedenfalls in all jenen Bereichen, die dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind.

Um detaillierte Informationen über den Versorgungsstatus sowie die Planungen der Bundesländer aus erster Hand zu erhalten, habe ich die Länder im Frühjahr 2011 um Statusberichte zum Umsetzungsstand sowie zu den weiteren geplanten Maßnahmen und weiters im Winter 2012/2013 um ein entsprechendes Update ersucht. Aus den Antwortschreiben der Bundesländer geht klar hervor, dass die Hospiz- und Palliativversorgung ein großes Anliegen ist und bereits viel auf diesem Sektor geleistet wurde. Neben der großen Bedeutung dieses Versorgungsbereichs wird die Notwendigkeit zum weiteren Ausbau unterstrichen. Die Bundesländer weisen

ausdrücklich darauf hin, dass die Aufnahme der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in den ÖSG 2010 die Wichtigkeit dieses Versorgungsbereichs für das Gesundheitswesen verdeutlicht und als Meilenstein bezeichnet werden kann.

Zusammenfassend kann folgender Überblick über die Bundesländer gegeben werden:

- **Burgenland:** Die Grundlage bildet der „Hospizplan Burgenland - integrative Palliativversorgung im Burgenland“ aus 2004. Der Landtag forderte im November 2004 die Landesregierung auf, auf Basis dieses Hospizplans eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Hospiz- und Palliativdiensten sicherzustellen. Das Burgenland hat in der Versorgung von Palliativpatient/inn/en den Fokus auf ein mobiles Palliativversorgungsnetzwerk gelegt (mit der Begründung, dass das Burgenland österreichweit den größten Anteil an zu Hause Sterbenden aufweist) und ist in der Umsetzung davon geleitet, möglichst keine zusätzlichen Institutionen zu schaffen. Die flächendeckende organisatorische und personelle Infrastruktur wurde schrittweise ausgebaut. Es gibt eine Landeskoordination und vier Regionalkoordinationen. Es wurden „Richtlinien des Landes Burgenland für die mobile Hospiz- und Palliativversorgung“ (kurz: HPV-Richtlinien) erarbeitet. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt derzeit durch Subventionen des Landes.
- **Kärnten:** Die Grundlage bilden die Kärntner Landes-Krankenanstaltenpläne 2002 und 2009. Die Versorgung von Palliativpatient/inn/en wird durch Palliativstationen, Mobile Palliativteams und Hospizteams realisiert. Die Versorgung im stationären und mobilen Bereich wird als durchaus zufriedenstellend eingeschätzt, wiewohl ein weiterer Ausbau zu verfolgen sein wird, insbesondere im Bereich der Mobilien Palliativteams. Die Bausteine Stationäres Hospiz und Tageshospiz werden in Kärnten nicht umgesetzt (mit der Begründung, dass dadurch in der ländlichen Struktur nur künstliche Brücken in der Versorgungskette geschaffen würden). Die Finanzierung der Mobilien Palliativteams erfolgte zuerst über Strukturmittelförderung, später über Reformpool-Mittel des Kärntner Gesundheitsfonds. Seit 2009 gibt es eine Regelfinanzierung durch Mittel des Kärntner Gesundheitsfonds.
- **Niederösterreich:** Die Grundlage bildet das „Integrierte Hospiz- und Palliativversorgungskonzept für NÖ“, das 2005 beschlossen wurde. Die Planungen des Landes für Hospizteams, Stationäre Hospize und Mobile Palliativteams seien zu 100% und bei den Palliativstationen zu 82% umgesetzt. Die fehlenden 18% werden im Zuge der Neu- und Umbauten in den NÖ Landeskliniken sukzessive realisiert werden (bis 2017 ist die Einrichtung von weiteren 36 Palliativ-Betten in den Landeskliniken geplant). Weiters läuft das Projekt „Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim“ in 17 Pflegeheimen in NÖ. Vom NÖGUS sind sieben Palliative-Care-Beauftragte in allen Landesteilen eingesetzt. Die Umsetzung und Finanzierung der Palliativversorgung erfolgt im Rahmen eines Reformpoolprojektes. 2012 erhielt die NÖ Hospiz- und Palliativversorgung den ersten österreichischen Preis in der Kategorie

gesundheitpolitische Modellfunktion (INTEGRI) für Leistungen in der integrierten Versorgung.

- **Oberösterreich:** Für 2013/2014 ist die Einrichtung einer weiteren Palliativstation mit neun Betten geplant. Noch unversorgte Bezirke im Mühlviertel sollen im Laufe des Jahres 2013 durch ein Mobiles Palliativteam versorgt werden. Hospizteams sind in allen oberösterreichischen Bezirken eingerichtet. Die Finanzierung der Mobilen Palliativteams erfolgt über Strukturmittel.
- **Salzburg:** Auf Basis eines Beschlusses der Salzburger Gesundheitsplattform wird derzeit ein Konzept für die mittelfristige Realisierung einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erstellt bzw. soll im Rahmen der Überarbeitung des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG Salzburg) die Soll-Entwicklung für das Land Salzburg in einem partnerschaftlichen Planungsprozess erarbeitet werden. Die Finanzierung der Tageshospize erfolgt über Strukturmittel und wurde ab 2013 aufgestockt.
- **Steiermark:** Hospiz- und Palliativeinrichtungen sind im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG Steiermark) verankert und in der Versorgungslandschaft weitgehend etabliert. Mit dem Start des letzten Mobilen Palliativteams wird der Vollausbau - ausgenommen die Stationären Hospize - im Jahr 2013 erreicht. Die Stagnation in der Realisierung weiterer Stationärer Hospize könnte bei Vorliegen einer Finanzierungsregelung im neuen Pflegefonds beendet werden. Es gibt eine Koordinationsstelle „Koordination Palliativbetreuung Steiermark“. Seit 2009 werden die Hospiz- und Palliativeinrichtungen aus Mitteln des Gesundheitsfonds Steiermark regelfinanziert.
- **Tirol:** Die Grundlagen bilden der Tiroler Krankenanstaltenplan 2009, das Reformpoolprojekt „Palliativ- und Hospizversorgung Tirol - Modellprojekte Lienz und Reutte“, der „Strukturplan Pflege 2012 - 2022“ mit Planungen für den Palliativ- und Hospizbereich, speziell im ambulanten Bereich, und das Konzept der Tiroler Hospizgemeinschaft für ein Hospizhaus in Innsbruck. Es wird von einem Drei-Säulen-Modell ausgegangen: stationäre palliativmedizinische Versorgung (Palliativbetten), ambulante Palliativ- und Hospizversorgung, Hospizhaus (Zentrum der Hospizbewegung mit Palliativstation und Mobilem Palliativteam), Tageshospiz, Bildungsakademie, Koordination aller Hospizteams). In allen Bezirken soll es kombinierte Teams (Mobile Palliativteams und Palliativkonsiliardienst) geben. Derzeit stehen zwei weitere Palliativstationen kurz vor der Umsetzung (im Endausbau soll es sechs Palliativstationen mit insgesamt 40 Betten geben). Ab 2013 sollen nach und nach alle noch nicht versorgten Bezirke Tirols ein Palliativteam erhalten, das die ambulante Betreuung verbessert und in den Bezirkskrankenhäusern palliativkonsiliarische Aufgaben abdeckt. Die Finanzierung für zwei Mobile Palliativteams (inkl. Palliativkonsiliardienst) erfolgt für die Pilotphase von zwei Jahren modellfinanziert je zur Hälfte aus Mitteln des Reformpools des Tiroler Gesundheitsfonds und der Sozialversicherung. Alle bestehenden Mobilen

Palliativteams sollen in die Regelfinanzierung übergeführt werden (finanziert durch Gesundheitsbereich und Sozialversicherung). Die hauptamtlichen regionalen Koordinationen der Hospizgruppen werden überwiegend aus Spendengeldern finanziert. Derzeit arbeitet eine Arbeitsgruppe an einem Konzept für die landesweite Etablierung von Palliativ- und Hospizversorgung mit einer einheitlichen und nachhaltig gültigen Finanzierung.

- Vorarlberg: Die Grundlage bildet das Konzept „Für alle, die es brauchen - Integrierte Palliative Versorgung“. Es ist eine enge Verzahnung der unterschiedlichen Module und eine Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten vorgesehen. Damit der überwiegende Teil der Sterbenden in der Grund- und Regelversorgung fachlich gut versorgt werden kann, gibt es umfangreiche interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsangebote, 2012 erstmals auch einen Palliativlehrgang für die Pflegehilfe, einen weiteren im Herbst 2013. Geplant ist eine Aufstockung der bestehenden Palliativstation. Weiters hat Vorarlberg (neben NÖ) eine Vorreiterfunktion bei der Umsetzung des Projekts „Palliative Care in Pflegeheimen“. Die Finanzierung des Mobilien Palliativteams erfolgt durch den Vorarlberger Gesundheitsfonds, Krankenversicherungsträger und Caritas Vorarlberg. Die Hospizteams werden vom Land und von den Gemeinden finanziert.
- Wien: Bis 2020 sollen noch weitere Palliativbetten eingerichtet werden, im Endausbau soll es 92 Betten geben. Die Mobilien Palliativteams werden von der Stadt Wien im Wege des Fonds Soziales Wien finanziert.

Beilage

Parl. Anfrage 15816/J

BEILAGE Frage 29

BEILAGE zu parl. Anfr. 15816/J, Frage 29

Einrichtungen und Dienste der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung - Ende 2008, Ende 2011 und Anfang 2013 (soweit verfügbar)

	Palliativstationen		Stationäre Hospize		Tageshospize	Palliativ- konsiliar- dienste	Mobile Palliativteams		Hospizteams			Einrichtungen insgesamt
	Standorte	Betten	Standorte	Betten	Standorte	Dienste	Teams	Beschäftigte in VZÄ	Teams	Hauptamtlich Beschäftigte in VZA	Ehren- amtliche	Anzahl
Ende 2008												
Burgenland	1	8					4	k.A.	11	4,0	108	16
Kärnten	3	30				3	3	9,0	13	1,8	131	22
Niederösterreich	4	31	4	26		11	9	27,3	30	14,3	523	58
Oberösterreich	4	40				3	3	12,2	18	9,8	342	28
Salzburg	3	16	1	8	1	1	4	6,8	8	2,6	136	18
Steiermark	3	28	1	12	1	9	7	34,0	28	3,3	670	49
Tirol	1	14					1	4,5	16	1,3	185	18
Vorarlberg	1	10					1	2,6	7	4,1	199	9
Wien	5	48			1	4	3	35,6	4	2,5	131	17
Österreich	25	225	6	46	3	31	35	132,0	135	43,6	2.425	235
Ende 2011												
Burgenland	1	8					4	2,7	8	2,4	142	13
Kärnten	3	32				3	3	12,0	16	2,3	289	25
Niederösterreich	4	30	6	48		15	10	37,4	31	16,6	565	66
Oberösterreich	6	60				5	4	13,2	19	11,4	383	34
Salzburg	3	18	1	8	1	1	4	9,0	9	2,5	123	19
Steiermark	5	37	1	12	1	10	8	40,7	30	4,8	714	55
Tirol	1	13					3	10,0	18	2,9	234	22
Vorarlberg	1	10					1	2,6	7	4,2	201	9
Wien	5	53			1	4	3	44,1	8	3,4	221	21
Österreich	29	261	8	68	3	38	40	171,4	146	50,4	2.872	264

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.
www.parlament.gv.at

Anfang 2013 (soweit vergleichbare Angaben vorhanden)					
Burgenland	1	8		5	
Kärnten	3	32			
Niederösterreich	4	30	7	42	1
Oberösterreich	7	63			
Salzburg	3	18	1	8	1
Steiermark	6	48	1	12	1
Tirol	3	20			
Vorarlberg	1	10			
Wien	6	76			1
Österreich	34	305	9	67	4

VZÄ = Vollzeitäquivalente

Quelle für 2008 und 2011: Monitoring-Berichte 2009 und 2012 im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur; Quelle für 2013: Rückmeldungen der Bundesländer Anfang 2013

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

www.parlament.gv.at