

Alois Stöger
Bundesminister

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

GZ: BMG-11001/0079-I/A/15/2014

Wien, am 2. Juni 2014

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 1274/J der Abgeordneten Dr. Franz, Kolleginnen und Kollegen nach den
mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1 (a und b):

Österreich beteiligt sich bereits seit 1983 an der internationalen „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Studie. Die HBSC-Studie zählt sowohl in Österreich als auch in Europa zu den wichtigsten Informationsquellen, was die „selbstberichtete“ Gesundheit und das Gesundheits- und Risikoverhalten der 11-, 13-, 15-jährigen und seit 2010 auch der 17-jährigen Schüler/innen betrifft.

Die Besonderheit der HBSC-Studie besteht – neben der internationalen Vergleichbarkeit – darin, dass sie sowohl in Bezug auf die Darstellung der Gesundheit der Schüler/innen, als auch in Bezug auf die Erfassung von Gesundheitsdeterminanten ein breites Spektrum an Dimensionen erschließt. Da die Erhebung alle vier Jahre stattfindet, erlaubt sie auch Trends im Zeitverlauf zu erkennen und bietet damit wichtige Anhaltspunkte für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen.

In Österreich wird die HBSC-Studie vom Gesundheitsressort finanziert, in ihrer Umsetzung vom Bundesministerium für Bildung und Frauen unterstützt und unter der Schirmherrschaft der WHO – Regionalbüro für Europa vom Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research (LBIHPR) durchgeführt.

Im Hinblick auf die gesundheitspolitische Bedeutung dieser Daten finanziert mein Ressort auch die Durchführung der 9. österreichischen „Health Behaviour in School-aged Children“ Studie im Jahr 2014.

Im Jahr 2013 habe ich die Statistik Austria beauftragt, die österreichische Gesundheitsbefragung (Austrian Health Interview Survey, ATHIS) durchzuführen, die basierend auf einer EU-Rahmenverordnung in allen EU-Staaten beginnend mit dem Jahr 2014 alle fünf Jahre zu erfolgen hat.

Ich habe veranlasst, über den von der EU vorgegebenen Fragenkatalog hinaus im Rahmen der ATHIS-Befragung auch Angaben zur Kindergesundheit zu erheben.

Diese werden u.a. folgende Daten zur Kindergesundheit liefern:

- zum allgemeinen Gesundheitszustand
- Medikamentenverschreibungen
- erforderliche medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung, die über das, was für Kinder im jeweiligen Alter üblich ist, hinausgeht
- Erfordernis spezieller Therapien, wie z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie
- Schlafschwierigkeiten
- Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit bei Kindern
- Nutzung des kostenlosen Impfangebots für Kinder

Die zentralen Ergebnisse dieser Befragung werden Ende 2015 vorliegen.

Der Ernährungszustand und das Ernährungsverhalten unter anderem auch von Kindern und Jugendlichen werden im Zuge des regelmäßig von meinem Ressort in Auftrag gegebenen Österreichischen Ernährungsberichts erhoben und publiziert. Der letzte Ernährungsbericht wurde im Herbst 2012 veröffentlicht. Ein neuer Ernährungsbericht wurde 2013 beauftragt und soll Ende 2016/Anfang 2017 veröffentlicht werden.

Speziell zur Suchtproblematik ist Folgendes auszuführen:

Im Bereich des Konsums psychoaktiver Substanzen einschließlich der Suchtstoffe im Sinne der diesbezüglichen internationalen Übereinkommen (Art. 8 UN-Kinderrechtskonvention) hat das Gesundheitsministerium in den letzten 15 Jahren einen Schwerpunkt auf die Umsetzung der europäischen epidemiologischen Monitoringstandards gesetzt, die Durchführung von Konsumerhebungen unter jungen Menschen und in der Allgemeinbevölkerung ist weiterhin geplant. Die ambulanten und stationären Angebote der nach § 15 Suchtmittelgesetz im Bundesgesetzblatt kundgemachten Einrichtungen sind in Form des Suchthilfekompasses elektronisch zugänglich, dieser bietet einen umfassenden und differenzierten Überblick über die Angebote einschließlich eines Suchfilters (z.B. für Zielgruppen nach Alter und Geschlecht) über die zur Verfügung stehenden Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten.

Stationäre Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen werden im Rahmen der routinemäßigen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zur Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ebenso dokumentiert wie Aufenthalte von Erwachsenen und können entsprechend ausgewertet werden. Es ist zu erwarten, dass mittels der seit 2014 verpflichtenden Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich und der nunmehr möglichen Nutzung pseudonymisierter Daten sowie die vorgesehene Pseudonymisierung bei der Erhebung der stationären Daten ab 2015 in absehbarer Zeit exaktere Analysen und Auswertungen zu dem Kinder und Jugendliche betreffenden Leistungsgeschehen – auch behandlungsepisodenübergreifend – gemacht werden können.

Die Versorgungsforschung steht in Österreich noch am Beginn der Entwicklung. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur werden allerdings seit zwei Jahren kontinuierlich entsprechende Grundlagenarbeiten zum kontinuierlichen Auf- und Ausbau einer aussagekräftigen Versorgungsforschung durchgeführt. Auch wurde im Rahmen der Gesundheitsreform („Zielsteuerung-Gesundheit“) speziell zum Thema Versorgungsforschung eine eigene Arbeitsgruppe eingerichtet. Es ist zu berücksichtigen, dass der Aufbereitung und Verknüpfung von Informationen unterschiedlicher Datenquellen durch die vorgegebenen und einzuhaltenden datenschutzrechtlichen Restriktionen entsprechend enge Grenzen gesetzt sind. Selbstverständlich wird, soweit dies aufgrund vorliegender Datengrundlagen möglich ist, im Zuge der Arbeiten zur Versorgungsforschung insbesondere auch der Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit hoher Priorität analysiert und bewertet werden.

Des Weiteren darf auch darauf hingewiesen werden, dass das Augenmerk in den diversen Konzepten und Planungen zur Gesundheitsversorgung zunehmend auf die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen gerichtet wird. So wird die Versorgung von Kindern und Jugendlichen etwa in dem Konzept für die Stärkung der Primärversorgung, das sich derzeit in Ausarbeitung bzw. Abstimmung befindet, als eine wesentliche Kompetenz zukünftiger Primärversorgungsstrukturen speziell berücksichtigt. Die Planung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wurde mittlerweile in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012 als eigenes Kapitel aufgenommen. Der Bereich der pädiatrischen Palliativversorgung wurde erstmals inhaltlich umfassend aufgearbeitet und dargestellt und es wurden Vorschläge zu dessen Weiterentwicklung formuliert.

Zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden seit längerem die für die Planung dieses Bereichs erforderlichen Grundlagenarbeiten durchgeführt. So sind im ÖSG 2012 eine Reihe von Planungsvorgaben und Qualitätskriterien für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen (u.a. für die stationäre psychiatrische, psychosomatische, onkologische, kardiologische und intensivmedizinische Versorgung) enthalten und werden regelmäßig aktualisiert und weiterentwickelt.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger führt in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungsträgern ein Projekt zur Konsolidierung der Datenbasis hinsichtlich der für Kinder- und Jugendliche erbrachten Leistungen (Anzahl der Kinder, Aufwand, etc.) durch. Aussagekräftige Daten aller Krankenversicherungsträger werden voraussichtlich im Herbst 2014 vorliegen.

Frage 2 (a und b):

Ich habe bereits in der Vergangenheit zahlreiche Maßnahmen (Nationaler Aktionsplan Ernährung/NAP.e, Nationaler Aktionsplan Bewegung/NAP.b, Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie) gesetzt, um Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich zu stärken. Sowohl die Gesundheitsförderungsstrategie als auch die Vorsorgemittel und die Rahmen-Gesundheitsziele tragen wesentlich dazu bei, Gesundheitsförderung und Prävention zu etablieren und ein abgestimmtes Handeln in diesem Bereich zu gewährleisten.

Das Rahmen-Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ wurde vom intersektoralen Rahmen-Gesundheitsziele-Plenum zum höchst priorisierten Ziel gewählt. Im Rahmen einer interdisziplinär und intersektoral zusammengesetzten Arbeitsgruppe wurden bereits im Jahr 2013 drei Wirkungsziele und zahlreiche konkrete Umsetzungsmaßnahmen zu diesem Rahmen-Gesundheitsziel erarbeitet. Gemäß Wirkungsziel 2 soll „Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen“ gestärkt werden. Dazu wurden u.a. auch Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten sowie zur Verankerung von Gesundheitskompetenz in der Erwachsenenbildung (z.B. Elternbildung, Eltern-Kind-Arbeit) erarbeitet. Im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes liegt die Verantwortung für die Umsetzung der beschriebenen Einzelmaßnahmen bei der jeweiligen Organisation, die für die Maßnahmenkoordination zuständig ist.

Als unterstützende Maßnahme zur nachhaltigen Umsetzung der Wirkungsziele wurde u.a. die Einrichtung einer Plattform Gesundheitskompetenz beschlossen.

Die am 21. März 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene Gesundheitsförderungsstrategie bildet einen für die nächsten zehn Jahre gültigen Rahmen für breit abgestimmtes, ziel- und wirkungsorientiertes, qualitätsgesichertes sowie partnerschaftliches Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung in Österreich.

Einer der priorisierten Schwerpunkte für die Gültigkeitsperiode 2013 bis 2016 zielt auf die Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen ab.

Für die Finanzierung überregional bedeutsamer Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen stehen jährlich Mittel im Ausmaß

von € 3,5 Millionen zur Verfügung (Artikel 33 der geltenden Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG). Aus diesen Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur wurden für die Jahre 2011 bis 2014 insgesamt € 11,5 Millionen für die bundesweite Finanzierung von Maßnahmen zum Thema Ernährung ausgeschüttet.

Die Bundesgesundheitsagentur hat in ihrer Sitzung am 21. März 2014 beschlossen, auch für die Jahre 2015/2016 Vorsorgemittel zur Verfügung zu stellen. Angesichts existierender Prioritätensetzungen (insbesondere Rahmen-Gesundheitsziele) und Vorarbeiten, der Einbettung in übergeordnete Strategien und Konzepte (insbesondere Rahmen-Gesundheitsziele, Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Regierungsprogramm) sowie in Abstimmung mit den inhaltlichen Vorgaben der Gesundheitsförderungsstrategie wurde als Schwerpunkt das Thema Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen gewählt, wobei auch die „Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen im außerschulischen Bereich“ ein wichtiger Schwerpunkt sein wird.

Beispielsweise nennt § 5 Abs. 1 Z 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention als eines der Prinzipien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit. Gemäß § 5 Abs. 2 Z 1 G-ZG sind zur Verwirklichung dieses Prinzips als Ziel die zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, die Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention normiert. Gemäß § 19 G-ZG ist zur Stärkung der Gesundheitsförderung in allen Landesgesundheitsfonds ein als Sondervermögen zu verwaltender Gesundheitsförderungsfonds einzurichten.

§ 116 Abs. 1 Z 5 ASVG nennt die zielgerichtete und wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention ausdrücklich als eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Die in diesem Zusammenhang durchzuführenden Aufgaben bzw. Maßnahmen finden sich in § 154b ASVG. Gemäß § 447h ASVG ist beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ein Fonds für Vorsorge- (Gesunden-)untersuchungen und Gesundheitsförderung zu errichten.

Die normierten Aufgaben und Maßnahmen umfassen auch Themen der Gesundheitsförderung speziell für Kinder und Jugendliche.

Ich möchte auch nicht unerwähnt lassen, dass Österreich bereits jetzt mit dem Netzwerk der Fachstellen für Suchtprävention über ein vorbildliches System einer nachhaltigen Suchtprävention verfügt, das darauf abzielt, Suchtprophylaxe als Querschnittsaufgabe mit adäquaten, auf fachlichen Qualitätskriterien beruhenden Maßnahmen dauerhaft in den verschiedenen relevanten Lebensräumen (Settings) für unterschiedliche Zielgruppen zu verankern. Unter anderem wird spezifisches Training für Multiplikator/inn/en und für unterschiedlichste relevante Berufsgruppen angeboten.

Da die Ursachen für Substanzmissbrauch und Suchtentwicklung häufig bereits im frühen Kindesalter zu finden sind und bei jungen Menschen auch oft in einem engen Kontext mit Pubertäts- und Adoleszenzproblemen stehen, sind Kinder und Jugendliche generell eine wichtige Zielgruppe und es wird daher auf Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Risikohintergrund spezifisches Augenmerk gelegt. Mein Ressort unterstützt diese Fachstellen nach Maßgabe der budgetären Möglichkeiten und plant, diese Unterstützung auch künftig fortzuführen.

Frage 3 (a und b):

Das im Entstehen befindliche Konzept für die neue Primärversorgung (Primary Health Care – Best Point of Service), mittels der 2016 bereits ein Prozent der Bevölkerung (ca. 80.000 Bürger/innen) versorgt werden sollen, nimmt explizit Bezug auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die als Ziel ausgegebene Interdisziplinarität der Gesundheitsberufe kann als zentrale Herausforderung der Prozessqualität der neuen Primärversorgung gelten und verlangt konstruktives Aufeinander-Zugehen von allen Berufsgruppen.

Aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur im Rahmen der Vorsorgestrategie wurde bei der GÖG eine Grundlagenarbeit zu „Frühen Hilfen“ in Auftrag gegeben. „Frühe Hilfen“ zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familien nachhaltig zu verbessern und basieren auf einem Netzwerk von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und gezielten Interventionen in der frühen Kindheit, das die spezifischen Lebenssituationen und Ressourcen von Familien berücksichtigt. Die bundesweite Ausrollung erfolgt schrittweise in Zusammenarbeit mit den Bundesländern und der Sozialversicherung.

Frage 4 (a und b):

Zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat mein Ressort zusammen mit insgesamt 180 Expertinnen und Experten aus den verschiedensten Bereichen der Kinder- und Jugendgesundheit im Jahr 2011 eine Kindergesundheitsstrategie formuliert und Zielsetzungen für die kommenden Jahre erarbeitet.

Die Umsetzung der Strategie wird von der Koordinationsstelle Kinder- und Jugendgesundheit meines Ressorts wahrgenommen. Zusätzlich wurde ein intersektorales Komitee eingerichtet, das den intersektoralen Austausch in der Kinder- und Jugendgesundheit führt.

Das Komitee setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern

- der Bundesministerien für Bildung und Frauen, für Landesverteidigung und Sport, für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, für Familien und Jugend, für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft,
- der Sozialversicherung,
- der Bundesländer,

- der Österreichischen Gesellschaft der Kinder- und Jugendheilkunde,
- der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit,
- der Bundesjugendvertretung,
- des bundesweiten Netzwerks offene Jugendarbeit (boJA).

Seit 2011 werden jährlich der Stand der Umsetzung und Anpassungen sowie aktuelle Maßnahmen präsentiert.

Link zur „Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2013“:

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/9/3/CH1357/CMS1354112802092/kinderjugendgesundheitsstrategie_2013_end.pdf

Expert/inn/enprozesse im Rahmen des Kindergesundheitsdialogs haben gezeigt, dass bisher in Österreich nur wenig über die Häufigkeit entwicklungsbedingter Auffälligkeiten sowie über deren Versorgung bekannt ist. Die genannten Zahlen können daher nicht bestätigt werden.

Um zielgerichtete und damit treffsichere Maßnahmen ergreifen zu können, habe ich im Jahr 2014 die GÖG beauftragt, tiefergehende Analysen des Versorgungsgeschehens hinsichtlich seiner Strukturen und Prozesse vorzunehmen. Anhand der dann vorliegenden Ergebnisse können evidenzbasierte, weitere konkrete Maßnahmen gesetzt werden.

Bei der Bedarfsplanung (Ausmaß und Art) ist auf die besondere Sensibilität dieses Bereiches Bedacht zu nehmen. Insbesondere erfordern die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen verschiedene Formen der Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Gesundheitsbereich, für die bisher nur wenige Vorbilder („Best Practice Modelle“) existieren. Auch lässt sich der allgemeine Bedarf nur schwer aus der Vergangenheit ablesen, da sich das Angebot an Therapien und Einrichtungen für Kinder und Jugendliche zum Teil noch im Aufbau befindet.

Die österreichische Sozialversicherung hat 2012 eine „Strategie der österreichischen Sozialversicherung zu bestimmten Aspekten der Kinder- und Jugendgesundheit“ entwickelt, welche als Schwerpunkte eine Verbesserung der integrierten Versorgung, der Prävention sowie eine Verbesserung der Wissensbasis über Leistungs- und Krankheitsgeschehen definiert. Weiters wird auf die Studie zu „Ausgewählten Fragen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die österreichische Krankenversicherung“, die auch verschiedene Bedarfsschätzungen enthält, hingewiesen.

Der im psychosozialen Bereich in den letzten Jahren bereits erfolgte Ausbau der Strukturen wird von der Sozialversicherung auch in Zukunft fortgesetzt werden.

Frage 5 (a und b):

Für gesundheitsberufliche Ausbildungen gibt es bereits derzeit zahlreiche mögliche Schwerpunktsetzungen, die die Kinder- und Jugendgesundheit betreffen, z.B. im

Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Mein Ressort ist auch bestrebt, bei Reformvorhaben, die Gesundheitsberufe betreffen, der Kinder- und Jugendgesundheit besonderes Augenmerk zu schenken.

Darüber hinaus bietet bereits derzeit die für alle Gesundheitsberufe geltende gesetzliche Fortbildungsverpflichtung die Möglichkeit, weitere Vertiefungen im Bereich Kindergesundheit in die Praxis aller Gesundheitsberufe einfließen zu lassen.

Sicherung der Struktur- und der Prozessqualität sind zentrale Inhalte des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Auf das operative Ziel 6.3.1. wird verwiesen, welches die Erstellung von Kompetenzprofilen für die Gesundheitsberufe sowie deren Aus- und Fortbildung anspricht.

In den Vertragseinrichtungen der Krankenversicherungsträger müssen Therapeut/inn/en bereits jetzt entsprechende Qualitätskriterien erfüllen bzw. Erfahrungen in der Krankenbehandlung vorweisen.

Zur „verpflichtenden Registratur“ darf festgehalten werden, dass für Klinische Psycholog/inn/en sowie Gesundheitspsycholog/inn/en, die hier eine besondere Rolle spielen, im neuen Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013, das mit 1. Juli 2014 in Kraft tritt, die Angabe von Arbeitsschwerpunkten sowie Spezialisierungen in diesem Bereich in den von meinem Ressort geführten Berufslisten im Bereich der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie vorgesehen ist.

Frage 6 (a und b):

Die Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern zählt auch mit zu den Aufgaben der Suchtprävention, auch im Suchthilfesystem spielt die Betreuung und Unterstützung von Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes eine wichtige Rolle. Diese Maßnahmen sind Teil der bestehenden Konzepte, die auch laufend weiterentwickelt werden. Mein Ressort trägt mit seinen Förderungen zu den notwendigen, fachlich qualifizierten Maßnahmen und Entwicklungen in Suchtprävention und Suchthilfe insgesamt bei.

Auch durch die Sozialversicherungsträger wird dem Erfordernis, dass Bezugspersonen bei der Behandlung von Kindern einbezogen werden müssen, durch verschiedene Programme und Projekte Rechnung getragen.

Anzumerken ist jedoch, dass eine unlimitierte und kostenlose Mitbetreuung der Eltern auf Kosten der sozialen Krankenversicherung im geltenden Sozialversicherungsrecht nicht vorgesehen ist. Sie fällt daher vom Grundsatz her nicht in deren Aufgaben- und Leistungsbereich und ist auch vom Begriff der Krankenbehandlung nicht erfasst (vgl. §§ 116 und 117 ASVG bzw. § 133 ASVG).


Frage 7:

Mit der Einrichtung des Komitees zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie wurde bereits ein multidisziplinäres Gremium geschaffen, in dem die Anliegen und Interessen der Kinder und Jugendlichen qualifiziert und interdisziplinär diskutiert werden und das die Umsetzung der Maßnahmen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie – entsprechend den Möglichkeiten des Komitees – verfolgt. Zudem wurde in meinem Ressort eine eigene Koordinierungsstelle für die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie eingerichtet.

Frage 8:

Es wird angemerkt, dass ich grundsätzlich für das Schließen verfassungsrechtlicher Lücken eintrete, insbesondere dann, wenn dies zur Absicherung grundrechtlicher Ansprüche geboten ist; ich darf jedoch in diesem Zusammenhang auf die führende Stellung des Verfassungsdienstes im Bundeskanzleramt (BKA-VD) hinweisen.

ALOIS STÖGER

Signaturwert	Z2UJdKEI2xjaw5/S0nnNNoSgQOOa2Zi0k+iu2OvZe3svCobMKPTjJ3l1JmACLqDW tNGqHrlwKjGTfBb2G1ns3W1lpwZz5qK7MYLyAGkES6qaVLVPf9Tlms8QdkH0x/iU8 +vaPsBkOQBN6zi0zh/NVAMz1rj/AshFG7gmqPSCMU=	
	Unterzeichner	serialNumber=756257306404,CN=Bundesministerium f. Gesundheit,O=Bundesministerium f. Gesundheit,C=AT
	Datum/Zeit-UTC	2014-06-02T14:41:30+02:00
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT
	Serien-Nr.	540369
	Methode	urn:pdfsigfilter:bka.gv.at:binaer:v1.1.0
	Parameter	etsi-bka-moa-1.0
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.	
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: http://www.signaturpruefung.gv.at	