

Dr. <sup>in</sup> Sabine Oberhauser, MAS  
Bundesministerin

Frau  
Präsidentin des Nationalrates  
Doris Bures  
Parlament  
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0059-I/A/15/2015

Wien, am 23. April 2015

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische  
**Anfrage Nr. 3907/J des Abgeordneten Gerald Loacker, Kollegin und Kollegen** nach  
den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

**Fragen 1 und 2:**

Die Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit erfolgte mit dem Gesundheitsreformgesetz 2013, BGBl. I Nr. 81/2013. Mit diesem Gesetz wurde nicht nur ein eigenes Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz geschaffen, sondern u.a. sämtliche notwendigen Änderungen im Sozialversicherungs- und Krankenanstaltenrecht durchgeführt.

Im Laufe des Jahres ist u.a. die rechtliche Umsetzung des von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Konzepts zur Primärversorgung geplant. Da allfällige gesetzliche Anpassungen im Gesamtvertrags- und Berufsrecht an der Ausformung der Umsetzung des Primärversorgungskonzeptes hängen, erfolgte noch keine Änderung.

**Fragen 3 und 4:**

Derzeit wird der legistische Rahmen für die Umsetzung von interdisziplinären und multiprofessionellen Primärversorgungseinrichtungen ausgearbeitet und mit den Stakeholdern verhandelt. Das Ziel ist, erforderliche Gesetzesänderungen im Laufe dieses Jahres ins Parlament einzubringen.

**Fragen 5 und 6:**

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag ist als Messgröße zwischen Bund, allen Bundesländern und der Sozialversicherung vereinbart, dass bis Ende 2016 mindestens ein Pro-

zent der Bevölkerung pro Bundesland in multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungsmodellen versorgt werden kann. In allen Zielsteuerungsverträgen der Länder ist vom jeweiligen Land und der Sozialversicherung festgelegt, dass entsprechende Pilotprojekte vorbereitet und umgesetzt werden. Die Umsetzung von Primärversorgungsmodellen ist eine Angelegenheit auf Länderebene (Land und Sozialversicherung). Dem Bundesministerium für Gesundheit sind bislang konkrete Pilotprojekte in Wien und Oberösterreich bekannt, die in absehbarer Zeit (2015) in Betrieb gehen sollen. In anderen Bundesländern gibt es vertiefte Gespräche, Verhandlungen und teils Konzepte.

Die wohnortnahe Primärversorgung sowie einheitliche Ansprechpartner im Gesundheitssystem sollen im Rahmen der neuen Primärversorgung forciert werden (siehe Primärversorgungskonzept – „Das Team rund um den Hausarzt“). Ergänzend dazu wird auf Bundesebene (Bund, Länder und Sozialversicherung) an der Konzipierung eines bundesweit einheitlichen Rahmens für ein telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice (TEWEB) gearbeitet.

#### **Fragen 7 und 8:**

Im Kontext mit der Entwicklung der neuen Primärversorgungsmodelle ist als nächster Schritt die spezialisierte ambulante Versorgung zu konzipieren. Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag ist festgelegt, dass bestehende ambulante Strukturen bedarfsoorientiert anzupassen und in neue bzw. strukturell und organisatorisch angepasste Angebote an multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsformen im ambulanten Bereich partiell überzuführen sind (d.h. Zusammenarbeit von Ärzt/inn/en unterschiedlicher Fachrichtungen allenfalls mit anderen Gesundheitsdiensteanbietern unter einem Dach oder im strukturierten Netzwerk). Die Bundes-Zielsteuerungskommission befasste sich bereits mit Eckpunkten, die als Grundlage für die weiteren Arbeiten zur Erstellung eines Konzepts dienen.

#### **Fragen 9 und 10:**

Die Arbeitsgremien der Zielsteuerung-Gesundheit haben bereits Analysen über vermeidbare Spitalsaufenthalte durchgeführt und befassen sich auch weiterhin mit der Thematik mit dem Ziel, Empfehlungen zu formulieren. Parallel dazu wird an der Neustrukturierung inkl. Finanzierungsmodell der tagesklinischen Versorgung gearbeitet. Erstversorgungseinheiten in Spitätern (Zentrale Aufnahme und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE)) sind bereits im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) definiert und werden seit zwei Jahren in den Spitätern österreichweit sukzessive umgesetzt. Zum Ausbau ambulanter Strukturen siehe Antworten zu Fragen 3 bis 8.

#### **Fragen 11 und 12:**

Das überregional bedeutende (d.h. über die Bundesländergrenzen hinausgehende) Leistungsangebot wird im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit

(ÖSG) gemeinsam von Bund, allen Ländern und der Sozialversicherung für ausgewählte Leistungsbereiche (komplexe spezialisierte Strukturen, die nicht überall vor gehalten werden können) geplant. Im ÖSG 2012 ist eine überregionale Versorgungsplanung für die Versorgungsbereiche Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Neurochirurgie (ausgewählte Leistungen der Akutversorgung), Kinder-Herzchirurgie, Kinder-Kardiologie und Pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung enthalten. In den nächsten Revisionen des ÖSG sollen weitere Leistungsbereiche hinzukommen, inklusive der Ausweisung von Expertisezentren für seltene Erkrankungen. Im Übrigen ist festzuhalten, dass die Finanzierung von Universitätskliniken nicht in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit fällt.

**Fragen 13 und 14:**

Bereits seit dem Jahr 2011 sind Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten verpflichtet, ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Ausführungsgesetzgebung obliegt den Ländern, die konkrete Umsetzung ist Angelegenheit der betroffenen Krankenanstaltenträger. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen.

Richtwerte zu Wartezeiten sind international nicht obligat, da diese von der sozialen, beruflichen und medizinischen Situation des Patienten abhängen. Derzeit wird vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit ausgewählten wissenschaftlichen Gesellschaften diskutiert, ob es Verfahren gibt, die eine Objektivierung der Priorisierungen der PatientInnen für die Wartelisten (evidenzbasiert) ermöglichen.

**Fragen 15 und 16:**

Derzeit ist ein integriertes Versorgungsprogramm für die Versorgung des Schlaganfalles in Arbeit. Als weitere Schritte sind die Festlegung von weiteren geeigneten chronischen Erkrankungen und danach die Entwicklung von Versorgungspfaden in Aussicht genommen.

**Fragen 17 und 18:**

In der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit wird der Qualität, insbesondere der Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Die Ergebnisorientierung ist daher bewusst als einer von drei großen inhaltlichen Steuerungsbereichen festgelegt worden.

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2013 bis 2016 bekennen sich Bund, Länder und Sozialversicherung dazu, dass die Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität oberste Priorität hat und flächendeckend, bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgt. Die Qualitätsarbeit fördert die Patient/inn/ensicherheit und den Behandlungserfolg nachhaltig. Da die Versor-

gungsqualität eine wesentliche Grundlage für Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen darstellt, ist weiters vereinbart, diese als Orientierungshilfe für die Bevölkerung transparent zu machen.

Ausgehend vom strategischen Ziel „Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen“ wurde im Bundes-Zielsteuerungsvertrag das operative Ziel „abgestimmte Ergebnisqualitätsmessung in allen Sektoren und sektorenübergreifend aufbauen bzw. weiterentwickeln und durchführen“ festgelegt.

In Umsetzung dieses Ziels wurde die Ergebnisqualitätsmessung im intramuralen Bereich durch Austrian-Inpatient Quality Indicators (A-IQI) kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig ausgewertet. Auf Bundesebene wurden bereits zwei Berichte auf der Website des Ressorts veröffentlicht, die auch Vergleiche mit Deutschland und der Schweiz beinhalten. Ein Bericht auf Krankenhausebene ist ebenso wie eine für Patientinnen und Patienten besser verständliche Version in Vorbereitung.

([http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/4/4/CH1367/CMS1409146678951/a-iqi\\_bericht\\_20131202.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/4/4/CH1367/CMS1409146678951/a-iqi_bericht_20131202.pdf);

[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/4/4/CH1367/CMS1409146678951/a-iqi\\_bericht\\_2014.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/4/4/CH1367/CMS1409146678951/a-iqi_bericht_2014.pdf))

Darüber hinaus wurde von den Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit unter Einbeziehung der Ärztekammer und der Wirtschaftskammer an einem Konzept für eine mit A-IQI vergleichbare Ergebnisqualitätsmessung für den ambulanten Bereich gearbeitet. Nunmehr ist der Start von Piloten vorgesehen.

### **Fragen 19 und 20:**

Mit der Stärkung der Primärversorgung wird u.a. das Ziel verfolgt, eine patientenorientierte Medikamentenversorgung der PatientInnen durch Apotheken und in den ländlichen Regionen auch durch ärztliche Hausapotheke sicherzustellen.

Dem entsprechend sieht das Primärversorgungskonzept vor, dass Primärversorgungseinheiten jedenfalls Kompetenzen für das Medikationsmanagement aufweisen müssen. Eine entsprechende rechtliche und organisatorische Umsetzung ist im Laufe des Jahres beabsichtigt.

### **Frage 21:**

Zum Thema Sicherstellung der Arzneimittel-Versorgung, insbesonders im ländlichen Raum haben die Österreichische Apothekerkammer und die Österreichische Ärztekammer in meinem Auftrag Gespräche aufgenommen, um - sofern eine Einigung möglich ist - einen gemeinsamen Lösungsvorschlag zur Thematik ärztliche Hausapotheke und öffentliche Apotheken zu erarbeiten. Die diesbezüglichen Gespräche sind noch im Gange und es soll demnächst feststehen, ob eine Einigung erreicht werden kann. Mein Ressort wird jedenfalls ein Maßnahmenpaket in Form eines Begutachtungsentwurfs präsentieren, das eine qualitätsgesicherte patientenorientierte Arzneimittelversorgung zum Ziel hat. In diesen Überlegungen werden im Sinne einer

besseren Versorgung der PatientInnen auch die Ergebnisse der Gespräche zwischen Österreichische Ärztekammer und Österreichische Apothekerkammer einfließen. Aus heutiger Sicht sollte dieser spätestens im Herbst 2015 vorliegen.

**Fragen 22 und 26:**

Mit dem Regierungsbeschluss vom 10. Februar 2009 wurde ein umfassender Konsolidierungskurs der Gebietskrankenkassen eingeleitet. Auf Initiative des Gesundheitsministeriums hin wurde zwischen Bund und Sozialversicherungen Sparziele vereinbart und die Erreichung der Finanzziele an die Ausschüttung der Mittel des Krankenkasenstrukturfonds geknüpft. Dieses System wurde schließlich durch das Zielsteuerungssystem, das von Bund, Ländern und Sozialversicherung getragen wird, abgelöst. Eine weitere Dotierung des Krankenkasenstrukturfonds wäre als Anreizsystem sehr zu begrüßen.

**Fragen 23 bis 25:**

Der Kassenstrukturfonds und die Finanzierung der Gratis-Zahnspange sind als zwei separate Instrumente anzusehen, in die Bundesmittel geflossen sind bzw. fließen werden.

Der Kassenstrukturfonds diente der finanziellen Unterstützung von Maßnahmen der zielorientierten Steuerung im jeweiligen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereich der Gebietskrankenkassen. Der Fonds sollte dazu beitragen, langfristig eine ausgeglichene Gebarung der Gebietskrankenkassen sicherzustellen. Die finanzielle Situation der Gebietskrankenkassen verbesserte sich im Zeitraum 2009 - 2013 signifikant. Ein wesentlicher Bestandteil der erfolgreichen Kassenkonsolidierung war eben der Kasenstrukturfonds, der nur ausgeschüttet wurde, wenn die Gebietskrankenkassen ihre vorher festgesetzten Finanzziele auch erreicht haben.

Der beim Hauptverband eingerichtete Zahngesundheitsfonds wird vom Bund mit jährlich € 80 Mio. dotiert werden und dient dazu, Kindern und Jugendlichen eine Kieferregulierung (gratis Zahnspange) als Sachleistung ohne Zuzahlung bzw. Leistung eines Behandlungsbeitrages durch den Versicherten zu gewähren, wenn eine erhebliche Zahn- oder Kieferfehlstellung (Behandlungsbedürftigkeit) besteht.

Im Falle des Kassenstrukturfonds handelte es sich also um ein Anreizsystem, das dazu beigetragen hat, die Finanzen der Gebietskrankenkassen zu sanieren. Bei der Finanzierung der Gratis-Zahnspange handelt es sich hingegen um eine wichtige präventive und gesundheitsfördernde Maßnahme im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit.

**Fragen 27 und 28:**

In diesem Zusammenhang darf darauf hingewiesen werden, dass bereits derzeit in den relevanten Gesundheitsberufsgesetzen eine Zusammenarbeit auch zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen insofern verankert ist, als ausdrücklich die Berufs-

pflicht, jeweils auch mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Wissenschaften (d.h. insbesondere mit anderen Gesundheitsberufen) zusammenzuarbeiten, vorgesehen ist. Dies findet sich etwa in § 32 Abs. 2 Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013, in § 14 Abs. 2 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990 sowie in § 27 Abs. 2 Musiktherapiegesetz, BGBl. I. Nr. 93/2008. Auch § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, ist hier zu nennen, wonach die gewissenhafte ärztliche Betreuung nicht nur unter Einhaltung bestehender Vorschriften, sondern auch nach Maßgabe der Wissenschaft und Erfahrung, was regelmäßig auch die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen erfordert, erfolgt.

Die vertikale und horizontale Durchlässigkeit sowie die Zusammenarbeitsmöglichkeiten zwischen Gesundheitsberufen steht im Zentrum der Reformierung der Gesundheitsberufe und ist beispielsweise bereits im Rahmen des mit 1. Jänner 2013 in Kraft getretenen Medizinische Assistenzberufe-Gesetzes, BGBl. I Nr. 89/2012, umgesetzt und soll im Rahmen der geplanten Gesundheits- und Krankenpflege-Reform fortgesetzt werden. Auch die Berufsausübungsmöglichkeiten der gehobenen med.-techn. Dienste wurden im Rahmen der MTD-Gesetz-Novelle BGBl. I Nr. 33/2015, flexibel gestaltet um die Anforderungen der Zielsteuerung und der Primärversorgung zu entsprechen. Zur Harmonisierung der Gesundheits- und Sozialberufe finden derzeit interministerielle Gespräche zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitsministerium statt.

### **Fragen 29 und 30:**

Zur Umsetzung der Modernisierung der Pflegeberufe sowie der Abstimmung, Vertiefung und Erweiterung deren Kompetenzen wird seitens des Ressorts - basierend auf dem Beschluss der Landesgesundheitsreferent/inn/enkonferenz vom 14. Mai 2014 sowie der Zielsteuerung-Gesundheit - eine GuKG-Novelle erarbeitet, die derzeit mit den Stakeholdern aus den Bundesländern und den betroffenen Berufsgruppen sowie den weiteren betroffenen Ressorts, insbesondere dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, dem Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft sowie dem Bundesministerium für Bildung und Frauen diskutiert und abgestimmt wird.

Auf Grund der Ergebnisse dieser Verhandlungen wird ein entsprechender Gesetzesentwurf betreffend die berufs- und ausbildungsrechtlichen Änderungen der Pflegeberufe dem allgemeinen Begutachtungsverfahren und anschließend der parlamentarischen Behandlung zugeleitet werden können.

### **Frage 31:**

Sämtliche Änderungen im ÄrzteG 1998 sowie die neu zu erlassende Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 basieren auf dem in der Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß Artikel 44 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organi-

sation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 199/2013, ausgearbeiteten Konzept.

**Frage 32:**

Die finanziellen Auswirkungen der geplanten ärztlichen Ausbildungsreform ergeben sich einerseits aus dem ÄrzteG 1998 und aus der darauf aufbauenden Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015. Daher bestand einhelliger Konsens im Zuge der Novellierung des ÄrzteG 1998, dass erst im Zuge der weiteren legistischen Umsetzung, die konkrete Ausbildungsvorgaben erkennen lässt, eine Berechnung von Kosten möglich wird.

**Frage 33:**

Die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 wird auf Grundlage der ausbildungsbezogenen Novellierung des ÄrzteG 1998 erlassen werden. Angemerkt werden darf, dass als dritter und letzter Schritt die Erlassung der Verordnung über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie Rasterzeugnisse (KEF und RZ-VO 2015) von der Österreichischen Ärztekammer zu erlassen ist.

**Fragen 34 und 35:**

Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind im ambulanten Bereich als integrierende Bestandteile der Konzeptionen von multiprofessionellen und interdisziplinären Versorgungseinheiten insbesondere im Bereich der Primärversorgung (siehe Fragen 3 bis 8) enthalten. So soll die strukturierte Zusammenarbeit im Team flexiblere Formen der Berufsausübung schaffen, die einzelnen Teammitglieder entlasten sowie familienorientierte Arbeitszeitmodelle und die Berücksichtigung einer ausgewogenen Work-Life-Balance ermöglichen.

Unter besonderer Berücksichtigung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie wurden weitergehende Regelungen als bisher für die Teilzeitbeschäftigte bereits im ÄrzteG 1998 verankert. Die Untergrenze für eine Teilzeitbeschäftigung wurde auf mindestens 12 Wochenstunden herabgesetzt, um eine flexiblere Gestaltung der Arbeitszeiten zu ermöglichen.

Durch die Umstellung der Ausbildungsregeln ist grundsätzlich auch von einer Verkürzung der gesamten Ausbildungszeit, insbesondere im Rahmen der fachärztlichen Ausbildung, auszugehen.

Darüber hinausgehende Überlegungen werden derzeit im Zusammenhang mit weiteren legistischen Vorhaben angedacht.

**Fragen 36 und 37:**

Die Diskussion für die Reform wird zunächst im gesetzlich eingerichteten Psychotherapiebeirat geführt, dem alle wesentlichen Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Psychotherapiebereiche angehören.

Im Rahmen des Psychotherapiebeirats werden daher entsprechende Vorschläge erarbeitet und planmäßig Ende des Jahres 2015 zur weiteren Begutachtung vorzulegen sein. Begleitend dazu findet ein regelmäßiger Informationsaustausch mit den Berufsgruppenvertretern/innen statt.

**Fragen 38 bis 40:**

Die Förderung des Gesundheitstourismus ist keine Aufgabe des BMG, primäres Anliegen des Gesundheitsressorts ist die umfassende und qualitätsgesicherte, niederschwellig zugängliche öffentliche Gesundheitsversorgung. Die „Gesundheitswirtschaft“ ist nach den allgemeinen Rahmenbedingungen in Österreich offen gestaltet und entspricht dem EU-Recht.

**Fragen 41 und 42:**

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat dazu Folgendes mitgeteilt:

*„Alle Verfahren der Kostenerstattung gemäß Artikel 35 und 41 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 mit EU- und EFTA Staaten werden ab Anfang Juli innerhalb Österreichs über standardisierte vereinheitlichte Datenformate elektronisch durchgeführt („KOVER“).*

*Die notwendige Infrastruktur stellt der Hauptverband in seiner Eigenschaft als Verbindungsstelle für die Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung allen in Österreich angebundenen Institutionen zur Verfügung (vgl. § 4 SV-EG). Im Detail ist von folgendem Nutzen für die Sozialversicherungsträger und andere angebundene Institutionen auszugehen:*

- *Beseitigung von Bearbeitungszeiten die durch die Papiermanipulation an den innerösterreichischen Schnittstellen entstehen (Versand, Sortierung, Qualitäts sicherung). Viele betroffene Institutionen führten bisher eine elektronische Vollerfassung von Dokumenten zu Kostenerstattungsverfahren durch, diese ist jetzt nicht mehr notwendig.*
- *Die Standardisierung der operativen Prozesse und die IT-Unterstützung der Arbeitsabläufe führen zu einer Reduktion des administrativen Aufwandes an den Schnittstellen zwischen den beteiligten Institutionen.*
- *Die Erhöhung der Transparenz durch Standardisierung der Prozesse führt zu einer Reduktion der Aufwände bei Recherche und Überwachung.*
- *Die „Echtzeitkommunikation“ zwischen den Organisationen führt zu einer Verkürzung der Antwortzeiten der beteiligten Instanzen.*
- *Die Schaffung von einheitlichen technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglicht ein Prozessmanagement, welches eine permanente Beobachtung, Bewertung und Verbesserung von Prozessen innerhalb des gesamten internationalen und nationalen Arbeitsflusses möglich macht.*

*Diese Infrastruktur besitzt eine normierte Schnittstelle, über welche ausländische Verbindungsstellen aus EU- und EFTA-Staaten Dokumente zu den entsprechenden Verfahren der Kostenerstattung einreichen können. Sie zählt damit zu einer der innovativsten Lösungen des EU- und EFTA-Raums.“*

#### **Fragen 43 und 44:**

Betriebliche Gesundheitsförderung wurde als eines der Themen innerhalb des Gesamtrahmens für alle Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Zielsteuerung Gesundheit und auch aller weiteren Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung in Österreich für die Jahre 2013-2022 festgelegt.

Zur Operationalisierung des Rahmen-Gesundheitsziels „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“ wurde als eines von dreien das Wirkungsziel „Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen, ausbauen“ definiert. Zur Umsetzung dieses Wirkungsziels wurden zahlreiche Maßnahmen rund um das Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ festgelegt, zu denen es bereits ein klares Commitment hinsichtlich maßnahmenkoordinierender Organisationen und Finanzierung gibt. Der Bericht zu diesem Rahmen-Gesundheitsziel wurde dem Rahmen-Gesundheitsziele-Plenum am 20. März 2014 vorgelegt und in weiterer Folge publiziert.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wird von allen Krankenversicherungsträgern flächendeckend angeboten. Die aktuellen Angebote sind unter [www.netzwerk-bgf.at](http://www.netzwerk-bgf.at) abrufbar.

Seitens der Sozialversicherung wurden in den letzten Jahren zahlreiche Angebote für Betriebe entwickelt, die Unternehmen dabei unterstützen, BGF umzusetzen. Aktuelle Schwerpunkte sind Analyseangebote für KMUs, Prozessbegleitung, Angebote zu den Themen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit.

Ziel der Sozialversicherung ist es, die bestehenden Angebote weiter zu optimieren und breiter auszurollen. Die Anzahl der qualitätsgesicherten Projekte und Maßnahmen konnte seit Einführung des BGF-Gütesiegels gesteigert werden.

2015 wird ein Monitoring-System für die Gesundheitsförderungsstrategie etabliert werden, auf Basis dessen es möglich sein wird, konkrete Aussagen über die gesetzten Maßnahmen im Bereich BGF zu treffen.

Nach Publikation des Berichtes zum Rahmen-Gesundheitsziel „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“ startet – begleitet durch ein Monitoringsystem - die Umsetzung der darin festgelegten Maßnahmen.

**Fragen 45 und 46:**

Diese Fragen fallen in die Zuständigkeit des Herrn Bundesministers für Finanzen.

**Fragen 47 und 48:**

Die Kompetenzstelle Mundgesundheit der GÖG/ÖBIG wurde mit der Durchführung einer Literaturrecherche zur Senior/inn/enmundgesundheit in Europa beauftragt. Die Ergebnisse sollen in weiterer Folge mit relevanten Stakeholdern und Expert/inn/en diskutiert und Empfehlungen im Hinblick auf Maßnahmen für die Senior/inn/engesundheit im Bereich Zahnmedizin abgeleitet werden.

**Fragen 49 bis 52:**

Ziel ist die Erarbeitung einer nationalen Suchtpräventionsstrategie, die eine moderne Richtschnur in der Suchtpolitik für die nächsten Jahre sein soll. Eine nationale Strategie, die die suchtpolitische Ausrichtung für die nächsten Jahre vorgeben soll, wird dann Erfolg haben, wenn sie in großem Maße von der Fachwelt mitgetragen wird. Die Strategie wird auf dem Wissen und den Erfahrungen der relevanten Disziplinen aufbauen. Dazu wurde im Vorfeld der Strategieentwicklung ein Konsensusfindungsprozess in Form einer Delphi-Studie durchgeführt, zu dem unter wissenschaftlicher Leitung rund 100 Expert/inn/en aus Wissenschaft, Praxis und Verwaltung der im Kontext Substanzmissbrauch und Sucht relevanten Bereiche - Suchtprävention, Suchthilfe und Sicherheit - eingeladen wurden. Das Studienergebnis samt Teilnehmer/innenkreis, das auf der Website meines Ressorts veröffentlicht wurde, bildet die Grundlage für die Strategieentwicklung.

Die Arbeiten an der Umsetzung sind bereits weit fortgeschritten, es ist geplant, die Strategie nach Abstimmung mit den thematisch berührten Bundesministerien dem Ministerrat vorzulegen.

**Fragen 53 und 54:**

Psychische Erkrankungen und Störungen des seelischen Wohlbefindens sind verantwortlich für 20 bis 25 Prozent der so genannten „burden of disease“ und stellen eine der größten Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit dar.

Entsprechend den Empfehlungen der nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit meines Ressorts sollen die einzelnen Aufgaben und Ziele schrittweise umgesetzt werden. Diese Ziele umfassen beispielsweise die Förderung der psychosozialen Gesundheit durch geeignete Angebote, vor allem in vulnerablen Lebensphasen, das Vorgehen gegen Stigma und Diskriminierung, aber auch die Vorbeugung von psychischen Gesundheitsproblemen und die Verhütung von Suizid.

Die Bearbeitung des RGZ 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ stellt ebenfalls einen wichtigen Schritt in Richtung Umsetzung dar.

([http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/1/4/CH1167/CMS1262851509545/strategie\\_psychischegesundheit\\_20130624.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/1/4/CH1167/CMS1262851509545/strategie_psychischegesundheit_20130624.pdf))

Ein Schritt zur Umsetzung im Hinblick auf das Ziel Suizid verhüten wurde bereits im Jahr 2012 gesetzt, in welchem das Österreichische Suizidpräventionsprogramm

„SUPRA“ präsentierte und an der Gesundheit Österreich GmbH die Kontaktstelle zur Suizidprävention installiert wurde. Die Kontaktstelle begleitet seither die Umsetzung des Programmes. Eine ihrer Aufgaben ist die Etablierung einer dauerhaften und qualitativ hochwertigen nationalen Suizidberichterstattung. Anfang 2014 wurde der Basisbericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich“<sup>1</sup> veröffentlicht, mittlerweile wurde der Nachfolgebericht („Suizidprävention in Österreich: Bericht 2014“) veröffentlicht und befindet sich bereits auf der Homepage des Ressorts:

[http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Psychische\\_Gesundheit/Suizid/](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Psychische_Gesundheit/Suizid/) à  
[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizidbericht\\_2014.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizidbericht_2014.pdf).

Der österreichische Bericht zu Suizid und Suizidprävention 2014 gibt einen Überblick aller verfügbaren Daten zu Suiziden in Österreich. Ein besonderer Schwerpunkt wurde auf alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität gelegt.

Eine weitere Aufgabe der Kontaktstelle ist die Förderung der Vernetzung aller bereits bislang in Österreich im Feld der Suizidprävention, aber auch in angrenzenden Feldern wie Gesundheitsförderung oder Suchtprävention Tätigten und die Nutzbarmachung von Synergien. Im September 2014 fand die große Vernetzungstagung *Suizidprävention in Österreich – Status Quo und Perspektiven* statt. Derzeit laufen Projekte zur Erstellung von einheitlichen Schulungsunterlagen zur Suizidprävention und zur Etablierung eines Suizidpräventionsportals in [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at).

Im Jahr 2014 wurde die „Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags“ beschlossen. In Hinblick auf den bindenden Geltungsbereich der Gesundheitsförderungsstrategie wurden für die Periode bis 2016 sechs Interventionsfelder als priorisierte Schwerpunkte festgelegt<sup>2</sup>, die auch für die psychosoziale Gesundheit von großer Relevanz sind.

Zur Vorbereitung der Bearbeitung des Rahmen-Gesundheitsziels 9 („Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“) wurde die Gesundheit Österreich GmbH beauftragt, im Jahr 2015 eine Umfeld- und Stakeholderanalyse zu erstellen. Diese Analyse soll alle maßgeblichen internationalen Konzepte und Strategien (Mental Health Action Plan 2013 - 2020 der WHO, European Pact for Mental Health and Wellbeing ...) sowie alle einschlägigen österreichischen Papiere und Strategien (Empfehlungen des Beirats zur Psychischen Gesundheit für eine nationale Strategie zur psychischen Gesundheit, die Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur Psychischen Gesundheit, die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie) zusammenragen und für die Bearbeitung in den Arbeitsgruppen zum RGZ-9 aufbereiten. Es soll dabei eine Landkarte der Themen- und Handlungsfelder entstehen, außerdem sollen die wesentlichen Akteure identifiziert werden, um sie in die Erarbeitung des Strate-

<sup>1</sup> [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizid\\_und\\_suizidpraevention\\_in\\_oesterreich.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizid_und_suizidpraevention_in_oesterreich.pdf)

<sup>2</sup> Frühe Hilfen, Gesunde Kinderkrippen und Gesunde Kindergärten, Gesunde Schulen, Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter, Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen, Soziale Teilhabe und psychosozialen Gesundheit von älteren Menschen

gie- und Maßnahmenkonzepts zu RGZ-9 entsprechend einbinden zu können. Aufgrund des querschnitthaften Charakters der Thematik soll im Rahmen der Arbeiten auch auf die Querbezüge zu den anderen Rahmengesundheitszielen (speziell: Ziel 1/ Lebenswelten; Ziel 2/ Chancengerechtigkeit; Ziel 6/ gesundes Aufwachsen; Ziel 5/ sozialer Zusammenhalt; Ziel 3/ Gesundheitskompetenz und Ziel 10/ Gesundheitsversorgung) Augenmerk gelegt werden.

Seitens der Sozialversicherung wurde die Strategie zur psychischen Gesundheit verabschiedet. In Umsetzung der Strategie werden 12 Themenfelder abgearbeitet. In Hinblick auf die Früherkennung werden derzeit Evidenz und Integration der Früherkennungsmaßnahmen geprüft.

**Frage 55:**

Die Gesundheitsförderungsstrategie wurde am 21. März 2014 von der Bundeszielsteuerungskommission beschlossen und stellt die Grundlage einer abgestimmten Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern für die nächsten zehn Jahre dar.

Die Gesundheitsförderungsstrategie baut auf den Österreichischen Rahmengesundheitszielen auf, sie berücksichtigt bestehende Kapazitäten, Projekte und Programme zur Gesundheitsförderung auf Ebene des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung. Die Umsetzung orientiert sich an wissenschaftlicher Erkenntnis und „Best-Practice“ und soll laufend einem Monitoring unterzogen werden.

Die Strategie sieht vor, dass in einem Zeitraum von 10 Jahren, von 2013 bis 2022, in Summe € 150 Millionen Euro im Rahmen dieser Strategie über zu etablierende Landesgesundheitsförderungsfonds für Gesundheitsförderung aufzuwenden sind. Zusätzlich sind auch die „Vorsorgemittel“ – jährlich € 3,5 Millionen Euro (gemäß Artikel 33 der Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) - entsprechend dieser Strategie zu verwenden.

Die Strategie ist inhaltlich klar umrissen, die Organisation für die Umsetzung ist in allen Ländern etabliert (gesetzliche Voraussetzungen für die Umsetzung auf Landesebene wurden geschaffen).

Die Landesgesundheitsfonds arbeiten zurzeit die jeweiligen inhaltlichen Programme aus.

Das beschlossene Monitoring hat fünf Hauptziele:

- Beobachtung, ob die grundlegenden Ziele zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungsstrategie erreicht werden
- Beobachtung der Mittelverwendung in Bezug auf inhaltliche Schwerpunktsetzung und der Einhaltung von Grundsätzen und Qualitätskriterien der Gesundheitsförderungsstrategie

- Beobachtung der Wirkung der Gesundheitsförderungsstrategie
- Überregionales Lernen und Vernetzung in der Projektdurchführung
- Datengenerierung für wissenschaftliche Forschung

Die Gesundheitsförderungsstrategie regelt nur die Vorsorgemittel und die Mittel der Landesgesundheitsförderungsfonds verbindlich, gilt aber als Orientierung für die Gesundheitsförderung in Österreich insgesamt. So besteht auch die Absicht, das Monitoring grundsätzlich so aufzubauen, dass es auch andere Finanzierungsprozesse (etwa jene durch den Fonds Gesundes Österreich) und andere für die Gesundheitsförderung relevante Prozesse abbilden kann.

In eine zentrale elektronische Datenbank werden mittels eines Online-Tools die Beschreibung und Daten von Gesundheitsförderungsmaßnahmen eingespeist. Derzeit werden für mehrere Strategien und Prozesse Monitoringkonzepte entwickelt oder durchgeführt (so z.B. auch für die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie oder die Rahmen-Gesundheitsziele). Gemeinsames Ziel ist, diese Monitoringsysteme zusammenzufassen, so dass Institutionen, deren Maßnahmen in verschiedenen Strategien genannt sind, Daten einheitlich in nur ein System eingeben müssen, und damit ein Gesamtbild der Gesundheitsförderungslandschaft entsteht.

Der operative Entwicklungsprozess dieses integrierten Datenerfassungs- und Dokumentationssystems wird auch dafür genutzt werden, Definitionen, Bewertungsmaßstäbe und Qualitätskriterien abzustimmen und einer gemeinsamen Basis für die Datenerfassung zugrunde zu legen. Die Online-Datenerfassung bietet technisch die Möglichkeit, akkordierte Begriffe, Definitionen und Kriterien mit Erklärungen und Beispielen zu verknüpfen, sodass bei allen, die Daten eingeben, ein weitgehend ähnliches Verständnis und ähnliche Interpretationen unterstützt werden können.

Die Koordination einer gemeinsamen Entwicklung der Dokumentationsinstrumente wurde vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), einem Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) übernommen.

Die Monitoringberichte zur Gesundheitsförderungsstrategie werden nach Vorgaben der Fachgruppe Public Health/Gesundheitsförderung (FG PH/GF) in einer Kooperation von Fonds Gesundes Österreich/Gesundheit Österreich GmbH und dem Institut für Gesundheitsförderung und Prävention erstellt werden. Der erste Bericht ist für Ende 2015 geplant.

Das Rahmengesundheitsziel 7 lautet: „Eine qualitativ hochwertige Ernährung für alle zugänglich zu machen.“ Die Umsetzung von RGZ 7 ist im nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) gebündelt, der bereits 2010 initiiert wurde.

Der NAP.e beruft sich auf die Vision, dass ein gesünderer Lebensstil gelebter Alltag für alle Menschen wird, unabhängig von Geschlecht, Alter oder sozialem Status. Dem intersektoralen Ansatz („health in all policies“) folgend, soll dies durch einen Mix an

integrativen und settingorientierten Maßnahmen erreicht werden, die einerseits Awareness für das Potential einer gesunden Ernährung schaffen sowie individuelle Kompetenzen stärken (Verhaltensprävention) und andererseits die gesellschaftlichen, sozialen und gesetzlichen Rahmenbedingungen so verändern, dass eine gesunde Ernährung im Alltag die leichtere Entscheidung wird (Verhältnisprävention). Den strategischen Bogen über alle Maßnahmen spannt der NAP.e, der regelmäßig aktualisiert wird, um eine qualitätsgesicherte koordinierte Vorgangsweise zu ermöglichen und Doppelarbeiten zu vermeiden. Ziel ist es, alle Formen der Fehl-, Mangel- und Überernährung zu minimieren und die steigenden Prävalenzzahlen bei Übergewicht und Adipositas sowie ernährungsmitbedingten Erkrankungen bis 2020 zumindest zu stoppen.

Prioritäre Handlungsfelder wurden identifiziert und im NAP.e definiert, als prioritäre Zielgruppen wurde in den vergangenen Jahren der Fokus v.a. auf die vulnerablen Gruppen Kinder und Jugendliche, Schwangere und Stillende bzw. ältere Menschen gerichtet.

Als zentrales Beratungsorgan in allen Belangen der ernährungsbezogenen Gesundheitspolitik wurde die nationale Ernährungskommission beim Bundesministerium für Gesundheit installiert. Dieses Gremium ist multidisziplinär und intersektoral besetzt, erarbeitet und verabschiedet Empfehlungen und gibt auch die prioritären Zielsetzungen der Ernährungspolitik im Rahmen der Aktualisierungen des NAP.e für die jeweils nächste NAP.e-Periode vor (ein bis zwei Jahre). Durch die interdisziplinäre Zusammensetzung sind ein gebündelter Meinungsbildungsprozess und eine prozessgesteuerte Vorgehensweise, die einen effizienten Einsatz der Ressourcen ermöglicht, gewährleistet.

Einen Überblick über Maßnahmen und Aktivitäten bietet der Anhang 1 des NAP.e. So wurden unter anderem erstmals für Österreich akkordierte Ernährungsempfehlungen für die Allgemeinbevölkerung bzw. bestimmte Subgruppen (Säuglinge, Kleinkinder, Schwangere) erstellt wie z.B. die österreichische Ernährungspyramide oder die Ernährungspyramide für Schwangere, die nationalen Beikostguidelines oder Ernährungsempfehlungen für 1- bis 3-Jährige. Begleitend dazu wurde ein Fundus an Rezeptbroschüren und weiteres niederschwelliges Informationsmaterial für die Zielgruppen und/oder Multiplikator/inn/en entwickelt, welche die Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis erleichtern sollen. Das Interesse und Bedürfnis der Bevölkerung an leicht verständlichen Informationen zum Thema Ernährung ist groß. Die Ernährungsbroschüren sind die beliebtesten und am häufigsten angeforderten Unterlagen/Publikationen im Bestellservice des Ressorts.

Da die gesündere Wahl nur möglich ist, wenn diese auch angeboten wird und idealerweise auch leicht erkennbar ist, hat das Bundesministerium für Gesundheit in den letzten Jahren bewusst das Augenmerk auf Maßnahmen gelegt, die die Verhältnisse ändern. So wurde der mögliche Gehalt an Transfettsäuren in Lebensmitteln gesetzlich begrenzt und eine Vereinbarung zur schrittweisen Reduktion von Salz in Brot und Semmeln mit der Wirtschaftskammer Österreich (Bäckerinnung) getroffen. Im Be-

reich der Gemeinschaftsverpflegung legte das Bundesministerium für Gesundheit den Fokus seiner Bemühungen in den letzten Jahren auf die Verbesserung der Schulverpflegung (ich darf auf meine Ausführungen zu den Fragen 68 und 69 verweisen) bzw. wurde im Rahmen der Vorsorgestrategie Ernährung von einigen Bundesländern auch das Setting Kindergarten bearbeitet.

Ein wichtiges Programm der letzten Jahre, das Verhaltens- und Verhältnisebene gleichermaßen berücksichtigt, ist das Programm „Richtig Essen von Anfang an“ (REVAN). Diese Programm startete 2008 als Kooperationsprojekt zwischen Bundesministerium für Gesundheit, AGES und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und wurde im Rahmen der Vorsorgestrategie Ernährung als „best practice-Modell“ identifiziert und so eine breite nationale Ausrollung der REVAN-Maßnahmen aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur für präventionsbezogene Projekte in der Gesundheitsförderung finanziert. Österreichweit wurden von den Gebietskrankenkassen, teilweise in Kooperation mit dem jeweiligen Bundesland, kostenlos Ernährungsberatung für Schwangere und Beikostworkshops nach einem qualitätsgesicherten REVAN-Konzept angeboten und evaluiert. Die bisherige Evaluierung ergab, dass das Angebot gut angenommen wird und durchwegs positiv bewertet wurde, dass es zu einem Wissenszuwachs bei Personen, die teilgenommen haben, kam, der auch nachhaltig ist, dass aber Probleme in der Erreichbarkeit der sozial schwächeren Schichten bestehen (trotz kostenlosem und wohnortnahem Angebot). Nach Auslaufen der Förderperiode 2011 - 2014 werden diese Maßnahmen nun von den Gebietskrankenkassen (z.T. in Kooperation mit dem Bundesland) weitergeführt und auf Bundesebene wurde das Projekt „REVAN“ 2014 in ein längerfristiges Programm überführt, das die Arbeiten in den Ländern koordiniert und weiterentwickelt bzw. das Programm als solches weiter entwickelt. Der nächste Schritt im REVAN-Programm sind nun die Aufarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen für die Ernährung von 3- bis 6-Jährigen sowie die Identifizierung von „Models of good Practice“ für Interventionen und Maßnahmen bei 1- bis 3-Jährigen bzw. 3- bis 6-Jährigen.

## Fragen 56 und 57:

Meilensteine:

- Abnahme der Eingabemaske für das Monitoring durch FG PH/GF im Mai 2015
- Abnahme des Entwurfes zur Berichtsstruktur des Monitorings durch FG PH/GF im Mai 2015
- Abnahme der technischen Umsetzung durch FG PH/GF im September 2015
- Diskussion des ersten Rohberichtes durch FG PH/GF im November 2015
- Ende 2015 Monitoringbericht
- Erste Evaluation der Gesundheitsförderungsstrategie nach Ablauf der ersten 3 Jahre (2016)

Wie bereits zu Frage 55 ausführlich dargestellt, hat sich der NAP.e bis 2020 zum Ziel gesetzt, Fehl-, Mangel- und Überernährung zu senken und eine Trendumkehr bzw. zumindest ein Stoppen bei Übergewicht und Adipositas herbeizuführen. Alle in der

Beantwortung zu Frage 55 aufgezählten Maßnahmen sollen zur Erreichung dieses Ziels beitragen, ebenso wie die Vielzahl aller anderen Maßnahmen österreichweit, die transparent im Anhang 1 des NAP.e aufgelistet sind (nach Handlungsfeldern geordnet inkl. Reichweite, Hauptzielrichtung und Verantwortlichen)

In der jetzigen Legislaturperiode werden bereits laufende Maßnahmen wie die Initiative „Unser Schulbuffet“ und „REVAN“ weiter ausgerollt und nachhaltig verankert (z.B. Übergang in die Regelfinanzierung). Da sich das Konzept bzw. die Arbeitsweise der Initiative „Unser Schulbuffet“ in der Praxis bewährt hat, ist geplant, weitere Settings, wie u.a. Kindergärten und Einrichtungen für ältere Menschen, in Angriff zu nehmen. Als erster Schritt sollen dafür bis Ende 2015 national vereinheitlichte Empfehlungen für die Verpflegung im Kindergarten nach Vorbild der Leitlinie Schulbuffet vorliegen. Ein Schwerpunkt dieser Arbeiten liegt neben der ernährungswissenschaftlichen Evidenz auch in der Umsetzbarkeit von Standards in der Realsituation im jeweiligen Setting. Daher werden in die Erarbeitung der Standards auch immer die tatsächlichen „Umsetzer/innen“ (Köche, Küchenpersonal, Träger von Einrichtungen etc.) einbezogen.

#### Fragen 58 bis 60:

##### Anreize zur Inanspruchnahme der Vorsorge

Auf das Österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm ist hinzuweisen, insbesondere die dazu gestalteten Informationskampagnen sowie das Einladungssystem.

Darüber hinaus werden jedes Jahr Einladungen zur Vorsorgeuntersuchung an die österreichische Bevölkerung per Post versendet. Dies ist ein Anreiz für Personen, an der Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen. Hierbei wird auf zielgruppenspezifische Schwerpunkte Wert gelegt (z.B. rezeptgebührenbefreite Personen und keine Vorsorgeuntersuchung in den letzten acht Quartalen).

##### Anreize zur Inanspruchnahme von Gesundheitsförderung

Die Krankenversicherungsträger haben eine Reihe von gesundheitsfördernden Angeboten, angepasst an die Bedürfnisse der jeweiligen Versichertengruppen. Beispielhaft können folgende Maßnahmen bzw. Projekte genannt werden:

- Mit dem Projekt „Richtig essen von Anfang an!“ werden bereits vor der Geburt die ersten Impulse für einen gesunden Start ins Leben gesetzt.
- Für Familien in schwierigen Lebenssituationen gibt es von der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes ein Modellprojekt im Rahmen der Frühen Hilfen mit dem Titel „Gut begleitet von Anfang an!“
- Ab dem Schuleintritt werden Unterstützungsleistungen zu Themen wie z.B. Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit angeboten, um das Setting Schule gesund zu gestalten.

- Betrieben steht durch die Betriebliche Gesundheitsförderung eine große Angebotspalette zur Verfügung.
- Unterstützung beim Abnehmen wird durch die Programme „Enorm in Form“ (für Kinder und Jugendliche) und das Programm „rundum gsund“ (für Erwachsene, insbesondere mit Migrationshintergrund) angeboten.

Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz gesetzt. Diese werden möglichst niederschwellig und zielgruppenorientiert angeboten.

### **Frage 61:**

#### Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele:

2013 wurde seitens des Rahmen-Gesundheitsziele-Plenums eine Priorisierung hinsichtlich der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele getroffen. Basierend auf dieser Priorisierung wurden 2013 zu folgenden Rahmen-Gesundheitszielen Arbeitsgruppen eingerichtet mit dem Ziel, konkrete Wirkungsziele sowie Maßnahmen zu deren Umsetzung zu erarbeiten und Indikatoren festzulegen:

- R-GZ 3: „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.“
- R-GZ 6: „Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen.“
- R-GZ 1: „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen.“
- R-GZ 2: „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen.“

Zu den R-GZs 3 und 6 wurden Anfang 2014 Berichte vorgelegt und die Maßnahmenumsetzung gestartet. Die Maßnahmen-Umsetzung zu den R-GZs 1 und 2 beginnt 2015.

Im Herbst 2014 wurde eine weitere Arbeitsgruppe zu folgendem Rahmen-Gesundheitsziel eingerichtet, deren Ergebnisse 2015 zu erwarten sind:

- R-GZ 8: „Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern.“

Parallel liegt ein Konzept zum Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele vor, das 2015 in die Umsetzung gelangen wird, sodass die Erfolge der Umsetzung laufend analysiert und entsprechende weitere Schritte gesetzt werden können.

#### Vorsorgemittel „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“:

Mit Beschluss der Bundesgesundheitsagentur wurde für die Umsetzungsperiode 2015/16 die Finanzierung (€ 6,5 Millionen) überregional bedeutsamer Vorsorgemaß-

nahmen zum Schwerpunktthema „*Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen*“ beschlossen.

Konkret wurden Maßnahmen zu den Themen *Frühe Hilfen* und Projekte zur Steigerung der *Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen* festgelegt. Beide Themen sind in der Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit als priorisierte Schwerpunkte festgelegt und die Vorsorgemittel verbindlich zu verwenden.

Die Themen der Vorsorgemittel leisten einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Lebensqualität und Gesundheit der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien, sie haben eine hohe Anschlussfähigkeit und sind in Hinblick auf die Rahmen-Gesundheitsziele (Ziele 1, 2, 3, 6 und 9) von Bedeutung.

#### Fonds Gesundes Österreich:

Gemäß seinem im Gesundheitsförderungsgesetz 1998 festgelegten Auftrag entwickelt und fördert der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) die Gesundheitsförderung in Österreich. Der FGÖ, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, trägt dazu bei, indem er Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention finanziell fördert und entsprechende Aktivitäten auch selbst initiiert. Rahmenbedingungen zu schaffen und weiterzuentwickeln, die die Menschen in die Lage versetzen, ein Leben in guter Gesundheit zu führen, stehen dabei im Zentrum. Als bundesweite Förder- und Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung stellt der FGÖ sein Know-how der österreichischen Gesundheitsförderungslandschaft zur Verfügung und ist bestrebt, mit den Entscheidungsträgern im Sinne von „Health in all Policies“ Gesundheitsförderung in Österreich strukturell zu verankern und damit auch den Zugang zu Gesundheitsförderungsangeboten für den Einzelnen zu erleichtern.

#### **Frage 62:**

Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 (vgl. Art. 23 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit) wurden auf Landesebene Gesundheitsförderungsfonds eingerichtet. Diese sind jährlich (2013 bis 2022) mit € 15 Mio. für 10 Jahre dotiert. Diese zusätzlichen € 150 Mio. (davon € 130 Mio. von der Sozialversicherung aufgebracht) werden ausschließlich in die Gesundheitsförderung investiert. 2015 – 2016 wurden zusätzlich Vorsorgemittel in der Höhe von € 6,5 Mio. für Maßnahmen zum Thema „*Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen*“ beschlossen.

#### **Fragen 63 und 64:**

Auf Grund der Entschließung E 189-NR/XXIV. GP des Nationalrates vom 8. Juli 2011 betreffend Reform und Neustrukturierung der Kontrollen entlang der Lebensmittelkette ist mein Ressort seit damals angehalten, Überlegungen anzustellen und Vorschläge zu erarbeiten, um für alle Beteiligten entlang der Lebensmittelkette eine zufriedenstellende Lösung zu finden.

In den vergangenen Jahren wurden unterschiedliche Überlegungen hinsichtlich der Verbesserung und Straffung der Kontrolle im Lebensmittel- und Veterinärbereich angestellt. Die Vorschläge reichten von einer Zentralisierung spezieller Kontrollaufgaben

auf Bundesebene, die Übertragung von Teilen der amtlichen Tätigkeiten auf ein Bundesamt oder die Belehnung der AGES mit amtlichen Kontrollaufgaben. Sämtliche vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Diskussionen und Vorschläge haben jedoch bis dato zu keinen gemeinsamen Lösungsansätzen geführt.

Ein neuer von mir und meinem Ressort dahingehend angestrebter Lösungsansatz, der auch von der Aufgabenreform- und Deregulierungskommission in ihrem zweiten Bericht aufgegriffen wurde, könnte die Erarbeitung einer Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG sein, mit dem Ziel der Sicherstellung einer formal verbindlichen Koordination der Kontrollaufgaben zwischen Bund und Land sowie zwischen den Bundesländern entsprechend den grundsätzlichen Zuständigkeiten in der mittelbaren Bundesverwaltung.

Weiters kann dadurch ein einheitlicher Vollzug gewährleistet werden, es könnten aber auch die bereits bestehenden und zukünftigen personellen Ressourcenprobleme auf Landes- und Bundesebene auf diese Weise besser abgedeckt werden.

Da es mir ein Anliegen ist, dass meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diesbezüglich zeitnah die Gespräche zwischen allen Beteiligten starten, habe ich Anfang März die Landeshauptleute um Unterstützung und Nominierung von für das jeweilige Land zentralen Ansprechpartner/inne/n ersucht, um die Überlegungen grundsätzlich mit Vertreter/inne/n sämtlicher Bundesländer zu diskutieren und die notwendigen Arbeitsschritte gemeinsam einzuleiten. Ich gehe davon aus, dass ein erstes gemeinsames Gespräch über die weiteren Verhandlungsschritte mit den Bundesländern in naher Zukunft durchgeführt werden kann.

Weiters möchte ich zu dieser Thematik anführen, dass Verbesserungen im Ernährungsstatus der Menschen durch Maßnahmen im Bereich der Kennzeichnung von Lebensmitteln, aber vor allem durch Rezeptur- und Angebotsanpassungen erzielt werden können. Die verpflichtende Nährwerttabelle auf allen verpackten Lebensmitteln (ab 2016) ist bereits im EU-Recht etabliert. So kann einerseits erreicht werden, dass Menschen über diese Information ernährungskompetentere Entscheidungen treffen und andererseits kann diese Transparenz auch Anreiz für Reformulierungen und Rezepturänderungen (z.B. weniger Zucker, weniger gesättigte Fettsäuren, mehr Ballaststoffe) sein.

Mein Ressort führt in Kooperation mit der AGES derzeit ein aus den Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur finanziertes Projekt („Die Gute Wahl“) durch. Im Rahmen dieses Projektes soll die Frage beantwortet werden, ob einfache Kennzeichnungen, die den Ernährungswert eines konkreten Produktes symbolhaft (und damit leichter erfassbar als die Nährwerttabelle) darstellen, bei Konsumentinnen und Konsumenten dazu führen, dass ihre Ernährungskompetenz gesteigert und ihr Ernährungsverhalten positiv beeinflusst werden kann. Das EU-Lebensmittelkennzeichnungsrecht lässt solche Modelle, wenn sie auf wissenschaftlichen transparenten Grundlagen fußen und keine Irreführung darstellen, zusätzlich zur Nährwerttabelle auf freiwilliger Basis zu.

Im Zuge des Projektes werden vier verschiedene Symbolkennzeichnungsmodelle, die in anderen Ländern bereits auf freiwilliger Basis eingeführt wurden, an österreichischen Schulbuffets erprobt. Die Produkte an verschiedenen Buffets werden über einen längeren Zeitraum mit jeweils einem Modell gekennzeichnet und im Anschluss werden die Kinder und Jugendlichen und die Buffetbetreiber/innen nach dem Nutzen und der Akzeptanz der Modelle befragt.

Für diese Maßnahme wurde das Setting Schulbuffet ausgewählt, da hier bereits die Initiative „Unser Schulbuffet“ mit großem Erfolg durchgeführt wird und Zugang zu einer engagierten Gruppe von Unternehmerinnen und Unternehmern besteht, die den Ablauf solcher Projekte kennen.

#### **Fragen 65 bis 67:**

Von der Bundesgesundheitskommission und dem Ministerrat wurden Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich beschlossen. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist in der Mehrheit dieser Ziele berührt, insbesondere jedoch in Ziel 2 (gesundheitliche Chancengerechtigkeit) und Ziel 6 (Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche). Unter Ziel 6 ist die Weiterentwicklung des Schulgesundheitswesens beginnend ab 2014 ausgewiesen: „Fokussierung der schulärztlichen Tätigkeit auf die Umsetzung der „Gesundheitsförderlichen Schulen“ (beispielsweise Überarbeitung des Tätigkeitsprofils der Bundesschulärztinnen/-ärzte; Förderung von Synergien zwischen Schulärztinnen/-ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/-arbeiten und Pädagoginnen/Pädagogen, Betreuungslehrerinnen und -lehrern)“.

Hingewiesen wird an dieser Stelle darauf, dass die Kompetenz für diese Maßnahmen federführend beim Bundesministerium für Bildung und Frauen liegt, das auch im RGZ-Plenum vertreten ist. Ein wesentliches Grundprinzip der Rahmengesundheitsziele stellt „Health in All Policies“ (HiAP) dar, basierend auf der Erkenntnis, dass die Gesundheit der Bevölkerung durch eine Vielzahl von gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst wird und nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern wirksam und nachhaltig gefördert werden kann. Im Bereich der Schulgesundheit und des Schularztwesens zeigt sich diese Notwendigkeit der interministeriellen Zusammenarbeit besonders deutlich. Daher sollen in einer interministeriellen Arbeitsgruppe, im Rahmen der Rahmengesundheitsziele sowie auf Basis des Regierungsprogramms und des letzten Rechnungshofberichtes zur Schulgesundheit, gemeinsame Zielsetzungen für die Weiterentwicklung des schulärztlichen Dienstes erarbeitet werden.

#### **Frage 68:**

Bereits im Jahr 2011 wurde von meinem Ressort die Initiative „Unser Schulbuffet“ als Maßnahme des Nationalen Aktionsplans Ernährung (NAP.e) ins Leben gerufen. Im Rahmen der „Vorsorgestrategie Ernährung“ wurde die Initiative aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur in den Jahren 2011 - 2014 bundesweit durchgeführt.

Alle Maßnahmen im Rahmen der Initiative zielen darauf ab, das Verpflegungsangebot an Schulbuffets für insbesondere 10- bis 14-Jährige so zu verändern, dass es insgesamt gesünder und attraktiv für die Zielgruppe ist, da diese Altersgruppe, wie alle an-

deren auch, sich zu fett, zu salzig und zu süß ernährt, ca. ein Drittel aller Schulkinder nicht frühstückt oder zum Frühstück nur etwas trinkt und die meisten Ernährungsfehler bei den Zwischenmahlzeiten gemacht werden.

Grundlage für die Initiative ist die „Leitlinie Schulbuffet“ meines Ressorts ([http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/4/0/CH1047/CMS131355884746/leitlinie\\_schulbuffet\\_final\\_201108121.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/4/0/CH1047/CMS131355884746/leitlinie_schulbuffet_final_201108121.pdf)), mit der erstmals für Österreich ernährungswissenschaftliche Empfehlungen für den Warenkorb am Schulbuffet unter Einbindung von Fachleuten und Umsetzern (Schulbuffetbetreiberinnen und -betreibern) erstellt und breit akkordiert wurden. Die „Leitlinie Schulbuffet“ ist ein freiwilliger Mindeststandard. Ziel war und ist es auch, dass dieser Mindeststandard ein Qualitätskriterium für Schulen darstellen soll und dass er in die Ausschreibungskriterien für Schulbuffets Aufnahme findet, sodass bei Neu-Vergaben nur noch Unternehmen, die diesen Standard bieten können, den Zuschlag erhalten. Mittlerweile ist es gelungen, dass vom Bundesministerium für Bildung und Frauen die Einhaltung der Leitlinie offiziell (Rundschreiben) empfohlen wurde und die Leitlinie in die Bundesqualitätsstandards des Bundesministeriums für Bildung und Frauen für Bundesschulen aufgenommen wurde. In einigen Bundesländern laufen zudem Gespräche der Aufnahme in die Ausschreibungskriterien für Neu-Vergaben von Buffets.

Die Initiative „Unser Schulbuffet“ wurde von 2011 - 2013 aus den Vorsorgemitteln „Ernährung“ der Bundesgesundheitsagentur als Leitmaßnahme des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert. In diesem Zeitraum wurde neben der eigentlichen Feldarbeit auch großer Wert darauf gelegt, die Initiative bekannt zu machen, intensive Netzwerkarbeit zu betreiben und so viele Buffetbetriebe wie möglich zu erreichen. Damit wurde gewährleistet, dass ein nachhaltiges Bewusstsein über die Wichtigkeit einer gesundheitsförderlichen Verpflegung an Schulbuffets – bei den Unternehmen, bei Schülerinnen, Schülern und Eltern, bei den Schulpartnern, bei den Schülärztinnen und –ärzten, in der Öffentlichkeit, den Landesverwaltungen etc. geschaffen wurde. Die Initiative wurde von den in meinem Ressort zuständigen Mitarbeiterinnen auch in verschiedenen anderen Gesundheitsförderungsforen vorgestellt und aktiv vernetzt.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich erfolgreich bemüht, dieses Bewusstsein und die Erfolge der Initiative dazu zu nützen, strukturelle Weichen zu stellen. Um die Erfolge weiter auszubauen und zu erhalten, wurden für das Jahr 2014 neuerlich Gelder aus den Vorsorgemitteln „Ernährung“ zur Verfügung gestellt, um die Anschubfinanzierung abzusichern und die strukturelle Verankerung nachhaltig zu sichern. Bis Ende 2014 wurden 350 Schulbuffets betreut, das ist knapp ein Drittel der Schulbuffets (Altersgruppe 10- bis 14 Jährige). Damit wurde für ca. 240.000 Schülerinnen und Schüler (und auch Schulpersonal) ein gesundheitsförderliches Angebot an ihrem Buffet geschaffen. Für die Zukunft konnten Kooperationen mit passenden Partnern in einigen Bundesländern (Burgenland, Steiermark, Wien) bereits erreicht werden. Intensive Verhandlungen mit weiteren Bundesländern (Kärnten, Tirol, Niederösterreich) laufen. Die Umsetzung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung wird weiterhin vom Bundesministerium für Gesundheit koordiniert.

Das Erfolgsgeheimnis der Initiative war und ist die intensive Arbeit mit jenen, die eine Verbesserung der Verpflegung an Schulbuffets umsetzen müssen, nämlich die Buffetbetreiberinnen und -betreiber bzw. deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese sind häufig eher am unteren Ende der „Schulhierarchie“ angesiedelt, ihre Wünsche, Bedürfnisse, Umsetzungsmöglichkeiten und wirtschaftlichen Zwänge wurden bisher kaum beachtet. Kein Buffetbetrieb möchte Kindern Produkte verkaufen, die deren Gesundheit mittelfristig schaden könnten. Aber viele waren und sind überfordert, wie sie Verbesserungen herbeiführen können, ohne Akzeptanzverlust. Zu Beginn der Arbeit sind die mobilen Beraterinnen und Berater daher vor allem mit vielen Ängsten und Unsicherheiten konfrontiert gewesen. Durch die persönliche wertschätzende Betreuung konnten diese genommen und Verbesserungen erstaunlich schnell umgesetzt werden. Die Beratungen sind kostenlos und individuell aber prozessstandardisiert. Dazu standen in den ersten 3 Jahren 5 bis 7 mobile Beraterinnen und Berater der AGES, die im ganzen Bundesgebiet tätig waren, zur Verfügung. Im Verlängerungsjahr 2014 waren 4 mobile Beraterinnen tätig. Alle sind Ernährungsfachleute (Studium der Ernährungswissenschaften oder Abschluss einer Diätakademie/FH Diätologie), die zusätzlich noch geschult wurden. Diese Arbeit wird nun von den Partnerorganisationen in den Bundesländern übernommen, die vom Bundesministerium für Gesundheit und der AGES geschult wurden. Die Beratungen folgen dem erprobten Konzept. Ein Handbuch fasst verständlich zusammen, welche Schritte wie gesetzt werden müssen bzw. können. Eine Sammlung von einfach umzusetzenden gesunden Rezepten mit entsprechenden Allergeninformationen steht ebenfalls zur Verfügung. Die Umstellung wird evaluiert und bei Erreichen der Standards werden die Buffets mit einer Auszeichnung honoriert, die auch öffentlich gemacht wird. Um die neue gesundheitsförderliche Ausrichtung der Betriebe sichtbar machen zu können, werden den Buffets auch Begleit- und Marketingmaterialien zur Verfügung gestellt.

„Unser Schulbuffet“ ist um eine qualitätsgesicherte und evaluierte Maßnahme. Die Evaluierungsberichte bestätigen, dass die Initiative „Unser Schulbuffet“ Wirkung zeigt. Die Evaluierungsberichte und alle Informationen finden sich auf der Homepage der Initiative ([www.unterschulbuffet.at](http://www.unterschulbuffet.at)), die von meinem Ressort auch in internationalen Foren vorgestellt und positiv als „model of good practice“ aufgenommen wurde.

Um das im Regierungsprogramm festgehaltene Ziel „gesunde Schulverpflegung in allen Schulen bereitstellen“ zu erreichen, ist nun nach der strukturellen Verankerung der Schulbuffet-Initiative und deren Weiterführung in möglichst allen Bundesländern ein weiteres Ziel meines Ressorts, diese Maßnahme nach Möglichkeit mit den Aktivitäten des Schulfruchtprogramms des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft zu vernetzen. Ein erster Erfahrungsaustausch mit Zuständigen für die Durchführung des Schulfruchtprogramms fand bereits statt.

Weiters ist geplant, das ÖGE-Gütesiegel für nährstoffoptimierte Gemeinschaftsverpflegung (dabei handelt es sich um ein staatlich anerkanntes Gütezeichen) für die Mittagsverpflegung in Schulen entsprechend zu adaptieren und eine Differenzierung

je nach System (eigene Küche, in der vor Ort gekocht wird, eigene Küche, in der vor Ort regeneriert wird, eigene Küche, in der vor Ort regeneriert und ergänzt wird, Warm-Zuliefersysteme) zu erarbeiten, damit eine leichtere Umsetzbarkeit für möglichst viele Schulverpfleger, auch kleine und mittlere Unternehmen, für die eine Auszeichnung mit dem derzeitigen Gütesiegel nur schwer erreichbar ist, ermöglicht wird. Auch hier hat es erste Gespräche mit dem Zeichen-Inhaber, der österreichischen Gesellschaft für Ernährung, bereits gegeben.

Darüber hinaus stellt die GIVE Servicestelle (eine Kooperation Bundesministerium für Bildung und Frauen, Bundesministerium für Gesundheit, Jugendrotkreuz) eine breite Palette von Informationsmaterialien und Serviceangeboten für Schulen und Lehrerinnen und Lehrer unter anderem auch zu gesundheitsförderlicher Schulverpflegung zur Verfügung ([www.give.or.at](http://www.give.or.at)).

#### **Frage 69:**

Wie bereits zu Frage 68 ausgeführt, wurde das Jahr 2014 von meinem Ressort dazu genutzt, die Initiative „Unser Schulbuffet“ durch die Zusammenarbeit mit geeigneten Organisationen nachhaltig zu verankern. Dies ist im Burgenland (mit der BGKK als Trägerorganisation und dem Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit als Durchführer), der Steiermark (Styria vitalis) und in Wien (Wiener Gesundheitsförderung) bereits fix gelungen. Mitarbeiterinnen aller drei Kooperationspartner wurden im letzten Jahr kostenlos vom Bundesministerium für Gesundheit und der AGES geschult und sind bereits im jeweiligen Bundesland tätig. Von Tirol und Kärnten wurde eine Zusammenarbeit zugesagt, die mobilen Beraterinnen beider Bundesländer wurden im November 2014 kostenlos geschult. Somit ist die Weiterführung in diesen Bundesländern vorbereitet, die Kooperationsvereinbarung aber noch nicht unterzeichnet. Mit Niederösterreich laufen intensive Verhandlungen. Um eine flächendeckende Betreuung aller Buffetbetriebe in Österreich zu erreichen, werden weitere Kooperationen mit Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung angestrebt, insbesondere gemeinnützigen Vereinen. Gespräche mit einigen möglichen Organisationen sind bereits in Planung.

#### **Fragen 70 und 71:**

Selbstbehalte stellen gerade im Bereich der Zahngesundheit oft eine Hürde zu zahnärztlichen Leistungen dar. In diesem Bereich sind Zuzahlungen - anders als für Mundhygiene - vor allem für eine Zahnpflege besonders hoch. Zahn- und Kieferfehlstellungen beeinträchtigen die Funktion des Gebisses und führen zu Überlastungen einzelner Zähne, zu Kiefergelenksbeschwerden und zu einer Vielzahl an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Der Zahnstatus ist aber neben diesen medizinischen Folgen mittlerweile auch einer der stärksten Indikatoren für die soziale Herkunft eines Menschen. Die medizinische Notwendigkeit einer Zahn- bzw. Kieferregulierung liegt ca. bei einem Drittel eines Geburtenjahrgangs. Neben der finanziellen Entlastung der Familien bekämpfen wir mit diesen Maßnahmen auch die soziale Stigmatisierung durch schlechte Zähne und stärken damit die Chancengerechtigkeit der Kinder und Jugendlichen.

Ab Juli 2015 werden medizinisch notwendige Kieferregulierungen („Gratis-Zahnspange“) für Kinder und Jugendliche als Leistung der sozialen Krankenversicherungen übernommen. Bereits zu einem früheren Zeitpunkt wurde das Portfolio der zahnärztlichen Ambulatorien der Gebietskrankenkassen erweitert, um Leistungen wie etwa Mundhygiene günstiger anbieten zu können.

### **Fragen 72 bis 74:**

Für den Ausbau der Kinderrehabilitation sind zum einen Planungsfestlegungen und Qualitätskriterien im Rehabilitationsplan 2012 der Sozialversicherung sowie im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2012) enthalten. Ergänzend dazu hat sich die Bundes-Zielsteuerungskommission über folgende Grundsätze verständigt:

- Unbürokratischer, niedrigschwelliger Zugang zur Rehabilitation für alle Kinder, unabhängig davon, ob die Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenbehandlung oder wegen angeborener Behinderung bzw. genetischer Defekte oder Entwicklungsstörungen erforderlich ist;
- „Single Point of Service“ für die Antragstellung für Kinder bzw. Eltern ist der jeweilige Sozialversicherungsträger; die Verrechnungen zwischen Sozialversicherung und Land erfolgen im Hintergrund;
- Bewilligungen auf Kinder-Rehabilitation sollen nach österreichweit einheitlichen Kriterien durch den zuständigen Sozialversicherungsträger erfolgen (zur Gewährleistung der Gleichbehandlung).

Auch der Aufteilungsschlüssel für die Finanzierung ist zwischen Sozialversicherung und Ländern geklärt. Nunmehr haben Sozialversicherung und Länder die Standorte und deren Kapazitäten für Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche gemeinsam regional ausgewogen festzulegen. Diesbezügliche Gespräche zwischen den einzelnen Ländern und der Sozialversicherung sind derzeit im Gange. Nach den meinem Ressort vorliegenden Informationen liegen bereits eine Reihe von Anträgen für die Errichtung von Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche vor.

### **Fragen 75 und 76:**

Nach geltender Rechtslage besteht ein Kostenbeitrag für Kinder und Jugendliche bei Spitalsaufenthalten sowohl nach dem Sozialversicherungsrecht für Versicherte nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) und für anspruchsberechtigte Angehörige nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) und dem BSVG (§ 447f Abs. 7 ASVG) als auch nach dem Krankenanstaltenrecht (§ 27a Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz - KAKuG), der dann zum Tragen kommt, wenn kein anderer Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird.

Im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung der Länder zur Grundsatzbestimmung des § 27a KAKuG haben diese die Möglichkeit, für Kinder und Jugendliche Ausnahmeregelungen vom Kostenbeitrag zu schaffen. So wurde zum Beispiel in Salzburg durch LGBI. Nr. 35/2008 eine Bestimmung in das Krankenanstaltengesetz aufgenommen, dass

„bei Mehrlingsgeburten bei einer im Zusammenhang mit der Geburt stehenden Anstaltspflege der Kostenbeitrag nur für ein Kind einzuhaben“ ist.

Der Kostenbeitrag nach § 447f ASVG fließt direkt an die Landesgesundheitsfonds. Diese Kostenbeitragsregelung ist zwar in einem Bundesgesetz enthalten, die Festlegung der Spitalsfinanzierung erfolgt jedoch im Rahmen einer zwischen Bund und Ländern getroffenen Vereinbarung nach Art. 15a B-VG (Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 199/2013), die einseitig nicht geändert werden kann.

Bereits mein Amtsvorgänger hat sich mit Nachdruck für die Befreiung von Kindern und Jugendlichen sowohl von den Kostenbeiträgen nach dem ASVG als auch von den Kostenbeiträgen nach dem KAKuG eingesetzt. Die Länder waren allerdings nicht bereit, während der Laufzeit der genannten Vereinbarung einer entsprechenden Änderung zuzustimmen.

Selbstverständlich ist mir bewusst, dass der Selbstbehalt bei einem Spitalsaufenthalt von Kindern und Jugendlichen für deren Eltern ein finanzielles Problem darstellen kann und ich werde daher die Bemühungen im Rahmen meiner kompetenzrechtlichen Möglichkeiten fortführen; so wird dieses Thema auch seitens des Gesundheitsministeriums in die nächsten Finanzausgleichsverhandlungen (2016) eingebracht werden. Ich darf aber auf die obigen Ausführungen hinweisen, die das Erfordernis der Mitwirkung der Länder an einer diesbezüglichen Lösung darstellen.

#### **Fragen 77 bis 80:**

Die Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Pass-Programmes ist als Multi-Stakeholder, Multi-Level Prozess aufgesetzt. Ein Programm, das den Herausforderungen unserer Zeit gerecht wird und eine Handhabung, die die Aspekte der unbürokratischen Umsetzung und die modernen Möglichkeiten der Datenerfassung und anonymisierten Auswertung von erhobenen Daten gleichermaßen berücksichtigt, ist dabei genauso wichtig wie größtmögliche Evidenz und Transparenz der Entscheidungsfindung.

In einem ersten Schritt wurde in meinem Ressort als Beratungsgremium eine multi-disziplinär zusammengesetzte Facharbeitsgruppe (FAG) eingerichtet. Diese Gruppe wird sich in den kommenden zwei Jahren intensiv auf Grundlage von Evidenzen, nationalen und internationalen Leitlinien und Praxiserfahrungen mit über 100 identifizierten Bedrohungen in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren eines Kindes beschäftigen und Empfehlungen für oder gegen die Aufnahme eines entsprechenden Screening-Verfahrens in ein modernisiertes Mutter-Kind-Pass Programm erarbeiten.

Arbeitsgrundlage und Basis für die Entscheidung in der FAG stellen die Berichte des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Health Technology Assessment dar, die im Auftrag des Gesundheitsressorts seit 2010 erstellt wurden. In einem ca. 2-jährigen Prozess werden monatlich Sitzungen der FAG stattfinden. Identifizierte Gesundheitsbedrohungen

in der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren des Kindes werden einzeln nach einem einheitlichen Schema, angelehnt an WHO Kriterien, beurteilt. Die Zusammensetzung und Arbeitsweise der Gruppe sowie der jeweilige Umsetzungsstand sind auf der Homepage meines Ressort transparent dargestellt:

[http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung\\_Praevention/Eltern\\_und\\_Kind/Weiterentwicklung\\_Mutter\\_Kind\\_Pass](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Eltern_und_Kind/Weiterentwicklung_Mutter_Kind_Pass)

Neben den Mitgliedern der FAG ist es auch allen anderen Interessierten möglich, während eines begrenzten Zeitintervalls, bedingt durch die engen Sitzungstermine, zu aktuell in der FAG bearbeiteten Themen Stellung zu nehmen. Der Einbezug von "betroffenen Gruppen" stellt eine effiziente Mindestform der Partizipation dar. Daher hat die interessierte und allgemeine Öffentlichkeit die Möglichkeit, eine Stellungnahme zum jeweils aktuellen Protokoll abzugeben. Um die eingelangten Stellungnahmen einer Auswertung unterziehen können, müssen diese anhand standardisierter Vorgaben erfolgen. Die Stellungnahmen beeinflussen nicht die Empfehlung der Facharbeitsgruppe, werden dem Ergebnisbericht jedoch beigelegt und stehen somit für weitere Entscheidungsprozesse zur Verfügung.

Derzeit beschäftigt sich die Facharbeitsgruppe mit den Gesundheitsbedrohungen in der Schwangerschaft. Seit Herbst 2014 haben sechs Sitzungen stattgefunden. Anhand der fachlich abgestimmten Empfehlungen wird ein Ergebnisbericht erstellt, der nach dem derzeitigen Plan Ende 2016 vorliegen soll. In weiterer Folge wird sich ein Entscheidungsgremium mit den Umsetzungsmöglichkeiten der im Ergebnisbericht festgehaltenen fachlichen Empfehlungen befassen und konkrete Umsetzungsvorschläge erarbeiten. Da es sich um einen ergebnisoffenen Prozess handelt, ist derzeit nicht absehbar, ob bzw. bei welchen Leistungen es zu einer Änderung kommen wird bzw. wie und womit das Leistungsspektrum erweitert wird.

### **Fragen 81 und 82:**

Derzeit gibt es kein Programm, das den Zeitraum zwischen Ende des Mutter-Kind-Pass Programms und der Jugenduntersuchung bzw. der Vorsorgeuntersuchung für Erwachsene abdeckt. Logische Brücke wäre eine Neuaustrichtung der Leistungen im Rahmen der Schuluntersuchungen. Es ist allerdings zu beachten, dass es sich bei der Gruppe der Schulkinder um eines der gesündesten Kollektive handelt und entsprechend einer wissenschaftlichen Arbeit der Donau-Universität Krems ausreichende Evidenz im Wesentlichen nur hinsichtlich eines allgemeinen Screenings, das Körpergröße und Gewicht (und daraus abgeleitet BMI) umfasst, besteht.

Wie bereits zu den Fragen 77 bis 80 ausgeführt, arbeitet mein Ressort derzeit an der Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Pass Programmes. Dieses Programm beinhaltet Vorsorgemaßnahmen für Kinder von der Geburt bis zum 5. Lebensjahr. Derzeit ist die Durchführung der Untersuchungen bis zum 14. Lebensmonat an den vollen Bezug des Kinderbetreuungsgeldes gebunden.

Nach dem zweiten Lebensjahr geht die Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass Leistungen signifikant zurück. Um hier die Teilnahmerate zu erhöhen und im Sinne der

Chancengerechtigkeit auch diejenigen Gruppen besser zu erreichen, die mit Vorsorgeleistungen in der Regel schwerer erreichbar sind (sozial benachteiligte Gruppen), ist es aus Sicht meines Ressorts daher prioritätär, die derzeitige Leistungserbringung zu überdenken und über niederschwelligere Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Leistungen nach dem zweiten Lebensjahr verstärkt nachzudenken, eine Anschlussfähigkeit des Mutter-Kind-Passes an die Schuluntersuchungen sicherzustellen bzw. eine Neuausrichtung des Schulgesundheitsdienstes zu prüfen (ich verweise auf meine Ausführungen zu Frage 65). Der Fokus des Bundesministeriums für Gesundheit liegt daher auf dem Vorantreiben der Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes und evidenzbasierter Maßnahmen im Schulgesundheitswesen.

**Fragen 83 und 84:**

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Krankenhäusern ist im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) geplant. Die nächste Revision des ÖSG soll diesbezüglich noch weitere praxisnahe Verbesserungen enthalten. Entsprechende Gespräche mit den Ländern und der Sozialversicherung sind derzeit im Gange.

Seit dem Jahr 2011 verfolgt die GÖG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur die kontinuierliche Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Im Jahr 2011 stand die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Zentrum, die Arbeiten im Jahr 2012 konzentrierten sich auf die Darstellung von Bedarfzahlen und Versorgungskonzepten zur integrierten KJP-Versorgung sowie zu bereichsübergreifenden Kooperationen in Österreich sowie im EU-Raum. Im Jahr 2013 lag der Fokus auf dem ambulanten Sektor und es wurde erstmals eine Datengrundlage zur ambulanten psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschaffen. Damit kann die Versorgungssituation in den Bundesländern bewertet und die nötige Weiterentwicklung der Versorgung eingeschätzt werden. Diese österreichweite Bestandsaufnahme ausgewählter ambulanter Einrichtungen und Dienste zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen erlaubt außerdem einen Überblick über die jeweiligen Strategien und Pläne zum künftigen Ausbau der ambulanten Versorgung in den Bundesländern. Die Arbeiten im Jahr 2014 umfassten konzeptuelle Arbeiten, die speziell auf multiprofessionelle und interdisziplinäre Angebote in den einzelnen Versorgungsstufen fokussierten. Der Schwerpunkt lag dabei auf den Themenbereichen Vernetzung und Kooperation, sowohl innerhalb als auch zwischen den jeweiligen Versorgungsstufen (Laienversorgung/Bevölkerung, Primärversorgung, spezialisierte ambulante Versorgung und stationäre Versorgung).

Ein Konzept zur Verbesserung der integrierten psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird bis Dezember 2015 vorliegen.

Zu weiteren Modulen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beschäftigte sich die GÖG im Rahmen der Arbeiten zu „Entwicklungsverzögerungen“ und „Frühen Hilfen“.

<http://www.fruehehilfen.at/>  
[http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/3/4/CH1357/CMS1409731274313/frueh\\_ehilfen\\_idealmodell.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/3/4/CH1357/CMS1409731274313/frueh_ehilfen_idealmodell.pdf)  
[http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/8/9/CH1359/CMS1344935445901/ausgangslage\\_fuer\\_fruehe\\_hilfen\\_in\\_oe\\_bericht\\_feldanalyse.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/8/9/CH1359/CMS1344935445901/ausgangslage_fuer_fruehe_hilfen_in_oe_bericht_feldanalyse.pdf)  
<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Entwicklungsverzoegerungen-stoerungen-bei-0-bis-14-jaehrigen-Kindern-in-Oesterreich-Datenlage-und-Versorgungsaspekte-2013.html>

Die größte Herausforderung für den Ausbau der niedergelassenen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist der bestehende Fachärztemangel in diesem Bereich. Im Rahmen der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 wird die Fördierung der Ausbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie durch eine besondere Bestimmung, die sogenannte Mangelfachregelung, die in diesem Sonderfach einen erleichterten Ausbildungszugang ermöglicht, unterstützt. Durch diese Regelung wird eine Erhöhung der Anzahl der Ausbildungsstellen durch die Anrechnung der/des Ausbildungsverantwortlichen auf die Zahl der zu beschäftigenden weiteren Fachärztinnen/Fachärzte zugelassen.

Darüber hinaus stellt die Zusammenarbeit zwischen stationären und außerstationären Leistungsanbietern des Gesundheits- und des Sozialbereichs eine besondere Herausforderung dar, gleichzeitig sind Vernetzungstätigkeiten in diesem Bereich besonders aufwendig und komplex. Seit dem Jahr 2012 werden daher im Auftrag der BGA bundesländer- und bereichsübergreifende Workshops zur Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure aus den Bereichen Sozialversicherung, Gesundheit, Soziales bzw. Jugendwohlfahrt durchgeführt.

Der Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie kinder- und jugendpsycho-somatischen 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.

### **Fragen 85 und 86:**

Eine derartige Initiative wäre primär von den Sozialpartnern aufzugreifen, zumal mit dieser Frage grundsätzliche, das Arbeitsrecht betreffende Fragen einhergehen.

Anzumerken ist, dass nach der Rechtsprechung des OGH bereits derzeit die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auf das „versicherte Dienstverhältnis“ abstellt (vgl. bspw. 10 ObS 65/87, 10 ObS 281/94, 10 ObS 47/96; Spitzl, „Die Krankschreibung im Sozialrecht“, ZAS 2003/27, S 148 ff.).

### **Fragen 87 und 88:**

Eine derartige Initiative wäre primär von den Interessenvertretungen der Dienstgeber/innen aufzugreifen.

Bereits derzeit werden je nach Diagnose und Krankenstandshäufigkeit Kontrollen der Kranken durch Organe der Krankenversicherungsträger durchgeführt, die sowohl im Interesse der Dienstnehmer/innen wie der Dienstgeber/innen liegen.

**Fragen 89 und 90:**

Dieses Vorhaben im Kapitel Arbeitsrecht für die „Maßnahmen für neue Spielregeln und Instrumente, die für mehr gegenseitige Fairness im Arbeitsverhältnis sorgen“ richtet sich nicht an die Bundesministerin für Gesundheit.

Dr. <sup>in</sup> Sabine Oberhauser

Signaturwert	SYbcq4fHgUC6FBO4wrG+BrxO0yVVGNLcLaw718HyrnLPI3XJK/437Y8xArtHhQw9ndft6WGNypdUnKf3OL08tO9XJ0ngCbOQ5DdPMcjevzX+8iAITEv7CMKHnqwDIYtJDZGw3+Q1d6BF2g/wZS7TOjzGkAt6ZloXaggZTqP8UMc=		
	Unterzeichner	serialNumber=756257306404,CN=Bundesministerium f. Gesundheit,O=Bundesministerium f. Gesundheit,C=AT	
	Datum/Zeit	2015-04-24T08:00:11+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	
	Parameter	etsi-bka-moa-1.0	
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.		
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: <a href="http://www.signaturpruefung.gv.at">http://www.signaturpruefung.gv.at</a>		