

Dr. ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0163-I/A/15/2015

Wien, am 3. Juli 2015

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 4911/J der Abgeordneten Mag. Gerald Loacker, Kollegin und Kollegen
nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend ist zunächst Folgendes festzuhalten: Die Einführung der wirkungsorientierten Haushaltsführung stellt einen großen Wandel in der Steuerungskultur der Bundesressorts dar, welcher entsprechend seiner Größe und Tragweite Zeit benötigt. Der nun zur Diskussion stehende Bericht der Wirkungsorientierung wurde 2014 erstellt und behandelt die erstmals 2013 eingesetzten Wirkungsziele, Maßnahmen, Kennzahlen und Meilensteine.

Seit 2013 werden die wirkungsorientierten Steuerungsinstrumente und -inhalte sukzessive weiterentwickelt. In Phase 1 der Implementierung erfolgt die Einführung des Konzeptes. Hier werden grundlegende Rahmenbedingungen, Prozesse und Strukturen geschaffen und der Prozesskreislauf initiiert. In Phase 2 wird der Prozesskreislauf geschlossen; hier stehen Monitoring und Evaluierung im Mittelpunkt, wobei die Stellungnahmen und Rückmeldungen der Kontrollinstanzen (Parlament, Rechnungshof) sowie der interessierten Öffentlichkeit in dieser Prozessphase eine entscheidende Rolle spielen. Erst in Phase 3 kann, auf Basis der Evaluierungsergebnisse, eine Nachschärfung der Instrumente sowie eine Weiterentwicklung von Wirkungszielen, Maßnahmen, Indikatoren, Kennzahlen und Meilensteinen erfolgen. In dieser letzten Phase des ersten Implementierungs-Kreislaufes steht die Qualitätsentwicklung im Vordergrund. Derzeit befinden wir uns im Übergang von Phase 2 zu Phase 3.

Anhand des Vergleichs zwischen den Angaben der Wirkungsorientierung aus dem BVA 2013 mit jenen des BVA 2014/15 sind qualitative Fortschritte klar erkennbar. Im

Zuge der Evaluierung des BVA 2013 wurden bereits zahlreiche Verbesserungspotentiale erkannt, Kritikpunkte aufgegriffen und konkrete Schritte zur Weiterentwicklung der Wirkungsorientierung formuliert. Zurzeit läuft in den Ressorts der Planungsprozess für den BVA 2016 an, bei welchem die Qualitätsentwicklung der wirkungsorientierten Angaben im Vordergrund steht. Der Entwicklungsprozess der Wirkungsorientierung erstreckt sich nicht nur auf einzelne Ressortvorhaben, sondern schließt die abgestimmte Vorgehensweise aller Ressorts und Obersten Organe mit ein.

Soweit in der gegenständlichen Anfrage die Weiterentwicklung der wirkungsorientierten Steuerung, der Ambitionsgrad und die ausreichende Messung von Wirkungszielen bzw. Maßnahmen abgefragt werden, ist grundsätzlich festzuhalten, dass Wirkungsziele, Maßnahmen, Kennzahlen und Meilensteine so gewählt werden, dass sie ambitioniert und gleichermaßen realistisch sind und dass sie infolge des jährlich stattfindenden Evaluierungsprozesses ständig qualitativ weiterentwickelt werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit beabsichtigt, im Rahmen dieses Prozesses nicht nur die Qualität der wirkungsorientierten Angaben, sondern auch die Anzahl der Kennzahlen auf der Ebene der Untergliederung maßgeblich zu erhöhen. Die fünf Wirkungsziele des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die im Sinne der Angaben zur Wirkungsorientierung-Verordnung die Prioritäten und die Kernaufgaben des BMG mittelfristig abdecken und weiterhin den gesundheitspolitischen Intentionen des BMG entsprechen, bleiben dabei unverändert.

Zu den Fragen im Einzelnen:

Frage 1:

Ad 1a):

Der Anteil der tatsächlich tagesklinisch erbrachten Leistungen (Anteil der Leistungen, die im Leistungskatalog des LKF-Systems als „tagesklinisch erbringbar“ gekennzeichnet sind und die dann tatsächlich tagesklinisch erbracht wurden) ist eine Messgröße, die im Wirkungsziel 24.1 definiert wurde. Da laufend Maßnahmen gesetzt werden, diesen Anteil zu erhöhen, ist diese Messgröße ein Indikator für den Erfolg dieser Bemühungen. Der zu erreichende Wert ist jährlich ansteigend. Damit ist über einen längeren Zeitraum gewährleistet, dass die tatsächliche Entwicklung der Messgröße auch entsprechend dokumentiert ist.

Ad 1b):

Der „Katalog tagesklinisch erbringbarer Leistungen“ ist eine Teilmenge des stationären Leistungskataloges, mit Leistungen, die aus medizinischer Sicht auch in einem tagesklinischen Setting erbringbar sind. Dieser Leistungskatalog wird im Rahmen des jährlichen LKF-Modells veröffentlicht und ist über die Website des Bundesministeriums für Gesundheit abrufbar. Die Leistungserbringer haben für jede Patientin bzw. jeden Patienten nach jedem Aufenthalt primär zum Zweck der Verrechnung einen Datensatz („Minimum Basic Data Set“) zu übermitteln. Die in diesem Datensatz zu codierenden Informationen sind in der Verordnung zum Dokumentationsgesetz festgelegt. Diese Dokumentation wird auch für diverse statistische Auswertungen ver-

wendet, die regelmäßig auf der Homepage des BMG abrufbar sind. Des Weiteren finden sich diese Informationen auch in den laufend veröffentlichten halbjährlichen Monitoring-Berichten zur Zielsteuerung-Gesundheit.

Ad 1c):

Das Zugangsportal von ELGA (§ 23 GTelG 2012) wurde plangemäß in einer ersten Ausbaustufe mit Jahresanfang 2014 in Betrieb genommen. Die zweite Ausbaustufe, mit der die Gesamtfunktionalität zur Wahrung der TeilnehmerInnenrechte hergestellt wird, befindet sich derzeit in Umsetzung und wird gemeinsam mit ELGA im Dezember 2015 den Betrieb aufnehmen.

Ad 1d):

Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass tagesklinisch erbrachte Leistungen kostengünstiger erbracht werden können als wenn dieselbe Leistung mit einem vollstationären Aufenthalt verbunden ist. Die kontinuierliche Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich hat somit auch eine wirtschaftliche Komponente, die gleichzeitig die Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen verbessert und die Finanzierbarkeit dieser Gesundheitsleistungen nachhaltig sicherstellt. Dabei wird im Besonderen auch darauf geachtet, dass nur solche Leistungen im tagesklinischen und ambulanten Bereich forciert werden, wo dies aus medizinischer und qualitativer Sicht möglich ist. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die Gesundheitsreform Ziele und Maßnahmen, insbesondere zur Stärkung der Primärversorgung und der ambulanten Versorgung im Allgemeinen (auch der Intensivierung der ambulanten Versorgung in Spitäler) enthält.

Ad 1e):

Basis für unsere Feststellungen sind die Rechnungsabschlüsse der einzelnen Krankenversicherungsträger, die in den Jahresberichten der einzelnen Krankenversicherungsträger online unter

<https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?contentid=10007.683831&action=2&viewmode=content>

abrufbar sind.

Frage 2:

Ad 2a - 2b):

Es wurde eine 10-prozentige Steigerung gegenüber 2010 in der Vorsorgeuntersuchungs-Teilnehmerate als Zielwert formuliert. Die Zahlen aus 2010 zeigten eine deutlich niedrigere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung seitens der Männer. Um diese Diskrepanz auszugleichen, wurde als Ziel eine verhältnismäßig höhere Steigerung der Teilnehmerate der Männer im Vergleich zur Erhöhung der Rate der Frauen formuliert.

Im Jahr 2013 wurde die 10-prozentige Steigerung der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungs-Teilnehmerate erreicht, zur stärkeren Mobilisierung der Männer wird künftig

weiter versucht werden – schon durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz an sich – Männer zur Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung zu bewegen.

Für die Formulierung der künftigen Zielwerte bedeutet dies, dass eventuell eine Änderung der Steigerung der Teilnahmerate vorgenommen wird, auch weil die bisherigen erfolgreichen Erhöhungen den Spielraum für zukünftige Steigerungen mindern und bereits eine Stabilisierung des erreichten Niveaus einen Erfolg darstellen würde.

Ad 2c):

Es wurde ein Instrument für ein Ergebnisqualitäts-Monitoring entwickelt, das auch betreffend die genderdifferenzierte Datenerhebung und Aufbereitung zur Anwendung kommt. Damit wird eine bundesweit einheitliche Messung in Krankenanstalten ermöglicht. Vorerst werden allfällige statistische Auffälligkeiten analysiert und Gründe für die Abweichung von Zielbereichen gesucht. Besondere Abweichungen werden im Peer Review zur Ergebnisqualität im stationären Bereich analysiert. Aus heutiger Sicht und auf Basis der aktuellen Informationen, bleiben – wie eingangs angemerkt – die fünf Wirkungsziele des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die im Sinne der Angaben zur Wirkungsorientierung-Verordnung die Prioritäten und die Kernaufgaben des BMG mittelfristig abdecken und weiterhin den gesundheitspolitischen Intentionen des BMG entsprechen, unverändert.

Frage 3:

Ad 3a):

Grundsätzlich ist die Reduktion des Zuckerverbrauchs gegenüber dem Jahr 2012 bereits als Erfolg zu werten. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Entwicklung der Kennzahl bei der Evaluierung zumindest eine Stabilisierung erkennen ließ, und dem bei dieser an sich eher volatilen Kennzahl anzustrebenden Abwärtstrend in einer mehrjährigen Betrachtungsweise nicht widerspricht. Zusätzlich wird diese Bewertungsentscheidung aus heutiger Sicht durch folgende Überlegung bestärkt: Die Kennzahl wird seitens der Statistik Austria für Bilanzjahre veröffentlicht, die nicht genau dem Kalenderjahr entsprechen. Die im Rahmen der Evaluierung der Wirkungsziele 2013 nicht mehr enthaltene „Rest-Entwicklung“ der letzten zwei Monate des Kalenderjahres sind in der nunmehr veröffentlichten Zahl des folgenden Bilanzjahres enthalten, welche eindeutig einen Abwärtstrend bestätigt. Angemerkt sei, dass bis zur allfälligen Verfügbarkeit einer kalendermäßig passenderen Kennzahl weiterhin auf die von der Statistik Austria veröffentlichte Kennzahl (Bilanzjahr) abgestellt wird.

Ad 3b):

Das BMG benutzt für die Berechnung der Zielwerte für den Zucker-, Obst- und Gemüsekonsumenten Verbrauchsdaten der Statistik Austria. Bei der Festlegung der Zielwerte wurde darauf geachtet, eine stetige Steigerung bei Obst und Gemüse und eine stetige Verminderung bei Zucker zu erreichen. Der Zielzustand 2020 beträgt für Obst 78,6 kg, für Gemüse 112,2 kg und für Zucker 36,26 kg. Diese Werte wurden gewählt, weil eine

stetige Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten der Gesamtbevölkerung angestrebt wird. Dieses Ziel ist nur durch kleine schrittweise Änderungen erreichbar. Vor allem im Hinblick auf die langfristige Stabilisierung der Gewohnheiten sind kleine, machbare Schritte sinnvoll. Das BMG hat sich aus diesem Grund auch für eine langfristige Strategie mit einem 10-Jahres-Ziel (2010 – 2020) entschieden, deren Adaptierung aus heutiger Sicht unter gegebenen Umständen, wenn möglich bzw. notwendig, nur geringfügig ausfallen würde.

Ad 3c):

Das Grundprinzip aller ernährungsbezogenen Kommunikationsmaßnahmen des BMG ist eine niederschwellige, praxis- und settingorientierte Informationsweitergabe. Die österreichische Ernährungspyramide vermittelt in leicht verständlicher Form die Faustregeln einer alltäglichen gesunden Ernährung. Sie spiegelt die Empfehlungen für eine ausgewogene, abwechslungsreiche Ernährung wider und vermittelt niederschwellig, dass es nicht um „gute“ oder „schlechte“ Lebensmittel, sondern insbesondere um die Verzehrshäufigkeiten geht. Die Empfehlungen der Ernährungspyramide werden gut aufbereitet und leicht verständlich z.B. in der Publikation „Gesund genießen - Ernährungstipps im Pixi Format“ aufgegriffen und erklärt, dieses Pixi erfreut sich großer Beliebtheit bei Bürgerinnen und Bürgern.

Für Schwangere, Stillende und Kinder im Beikostalter werden die aktuellen Ernährungsempfehlungen über das erfolgreiche Projekt „Richtig Essen von Anfang an!“ (REVAN) weitergegeben. REVAN startete 2008 als Kooperationsprojekt zwischen BMG, AGES und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und wurde im Rahmen der Vorsorgestrategie „Ernährung“ als „model of good practice“ definiert. REVAN berücksichtigt die Verhaltens- und die Verhältnisebene gleichermaßen. REVAN wurde von 2011 bis 2014 breit ausgerollt, die Gebietskrankenkassen führten österreichweit kostenlose Ernährungsberatung für Schwangere und Beikostworkshops nach dem qualitätsgesicherten REVAN-Konzept durch. Diese Maßnahmen nun von den Gebietskrankenkassen weitergeführt, womit in ein Programm überführt werden konnte.

Diese Maßnahmen werden durch eine Reihe von niederschwelligen Broschüren ergänzt, die unter <http://www.bmg.gv.at/home/Service/Broschueren/> eingesehen werden können. Hier findet man unter anderem die leicht abgewandelte Ernährungspyramide für Schwangere.

Kinder und Jugendliche werden vor allem durch die Initiative „Unser Schulbuffet“ angesprochen und erreicht. Die Initiative wurde 2011 ins Leben gerufen. Im Rahmen dieser Initiative wurden von 2011 bis 2014 Schulbuffetbetriebe dabei unterstützt, ihr Angebot gesundheitsförderlich zu gestalten. Grundlage für alle Arbeiten ist die Leitlinie Schulbuffet, die die Anforderungen an ein gesundheitsförderliches Verpflegungsangebot zusammenfasst und leicht verständlich wiedergibt. Bisher ist es gelungen, ein Viertel aller Schulbuffetbetriebe zu erreichen (über 300) und damit über 220.000 Schülerinnen und Schülern Zugang zu einem nach wissenschaftlichen Standards verbesserten Warenkorb zu sichern. Mein Ressort ist bemüht, die Initiative durch Koope-

rationen mit Bundesländern weiterzuführen, mit den Bundesländern Burgenland, Kärnten und Steiermark ist dies bereits der Fall, mit anderen Bundesländern wird noch verhandelt. Informationsmaterial für Kinder und Jugendliche gibt es ebenfalls unter <http://www.bmg.gv.at/home/Service/Broschueren/>.

Die Ernährung von Seniorinnen und Senioren stellt eine besondere Herausforderung dar, da es sich dabei um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Kämpft eine Gruppe eher mit Übergewicht und Adipositas und den damit zusammenhängenden Krankheiten, ist Mangelernährung ein Problem einer anderen Gruppe. Deswegen wurde der Konsensusbericht „Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen““ erstellt. In diesem Konsensusbericht werden alle ernährungsbezogenen Probleme von Seniorinnen und Senioren und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Auf Grundlage dieses Berichtes wurde die Broschüre „Ich lade dich zum Essen ein“ erstellt, sie fasst leicht verständlich und praxisnah die Ernährungsempfehlungen für diese Gruppe zusammen und gibt Anleitungen und praxisbezogene Tipps und Tricks für den täglichen Umgang mit Essen und Trinken. „Ich lade dich zum Essen ein“ richtet sich an alle, die ältere Menschen pflegen und betreuen, sei es zu Hause oder in einer Institution. Vervollständigt wird dieses Angebot durch eine Rezeptbroschüre, die ebenfalls unter <http://www.bmg.gv.at/home/Service/Broschueren/> erhältlich ist.

Ad 3d):

Dem Gesundheitsressort obliegen die Strategieentwicklung, Weiterentwicklung und Steuerung von Maßnahmen, wobei der Fokus des Ressorts auf Maßnahmen liegt, die die Gesundheit möglichst großer Teile der Bevölkerung stärken. Deswegen werden die Programme und Projekte des Hauses, wie zum Beispiel REVAN und die Initiative „Unser Schulbuffet“ qualitätsgesichert und evaluiert. Die Evaluierung von REVAN ergab ebenso wie die Evaluierung der Initiative „Unser Schulbuffet“ eine hohe Bekanntheit und Akzeptanz bei der Zielgruppe. Die strategischen Evaluierungen dienen der Weiterentwicklung der Projekte und Programme und sind deswegen unerlässlich.

Die Investitionen in die Initiative „Unser Schulbuffet“ von 2011 bis 2014 waren als Anschubfinanzierung vorgesehen. „Unser Schulbuffet“ und die damit verbundene Umstellung auf einen gesundheitsförderlichen Warenkorb sollten allen relevanten Stakeholdern und einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. Schon während der Projektlaufzeit konnten über 200.000 Kinder und Jugendliche von einem verbesserten Verpflegungsangebot an ihrer Schule profitieren. Im Jahr 2014 bemühte sich das BMG intensiv darum, die Initiative „Unser Schulbuffet“ durch Kooperationen mit geeigneten Partnern der Gesundheitsförderung weiterzuführen, was auch gelungen ist. Somit können die Arbeiten mit weitergeführt werden, und die Initiative ist ein gelungenes Beispiel für die Überführung eines Projektes in den nachhaltigen Betrieb.

Auch die mittlerweile fünf Jahre alte österreichische Ernährungspyramide wurde kürzlich hinsichtlich Bekanntheit, Verständlichkeit und Akzeptanz evaluiert. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sie von der Bevölkerung gut angenommen und ver-

standen und als Hilfestellung bei der Auswahl von Lebensmitteln geschätzt wird. Damit konnte mit der österreichischen Ernährungspyramide ein einfaches Tool, das für die Gesamtbevölkerung verständlich ist, eingeführt werden.

Ad 3e):

Folgende Maßnahmen zur Erhöhung der Kinderimpfbeteiligung können festgehalten werden:

1. Kostenloses Kinderimpfkonzept - für Erziehungsberechtigte kostenlose Kinderimpfungen (für Kinder bis zum 15. Lebensjahr)
2. Veröffentlichung des jährlich aktualisierten Impfplans (Launching am Österreichischen Impftag Mitte Jänner des jeweiligen Jahres)
3. Masern Awareness-Kampagne 2014
4. Kostenfreie Masern-Mumps-Röteln-Impfung für alle nicht immunen Personen
5. Informationsmaterial (Folder, Plakate, Broschüren,...) für alle kostenlos bestellbar und auf der Homepage des BMG abrufbar
6. Veranstaltungen des Gesundheitsressorts (Impfgespräche)
7. Vorträge und Präsentationen an den Impftagen der einzelnen Bundesländer
8. Jährliche Teilnahme an der europäischen Impfwoche (20. - 25. April) der WHO.

Frage 4:**Ad 4a):**

Zur Erhöhung der Awareness der Verbraucherinnen und Verbraucher sind sowohl auf der Homepage des BMG sowie auf der Homepage der Kommunikationsplattform VerbraucherInnengesundheit (KVG) und der Homepage der AGES zahlreiche Merkblätter und Empfehlungen zu den wichtigsten Themen wie Küchenhygiene, Umgang mit Krankheitserregern oder Personalhygiene veröffentlicht. Diese Informationen werden aktuell gehalten, im Anlassfall wird bereits an prominenter Stelle der entsprechenden Homepage der Bezug zum jeweiligen Thema hergestellt. Die Informationen werden außerdem – nicht nur im Anlassfall – durch Medienarbeit in regelmäßigen Abständen zur Bewusstseinsbildung kommuniziert.

Ad 4 b):

Die Aufnahme dieser Maßnahmen in die Evaluierung des Wirkungsziels erscheint deshalb nicht sinnvoll, da entsprechende Informationen permanent bereitgestellt werden und im Anlassfall lediglich auf spezielle Teile dieser Gesamtinformation verwiesen wird.

Frage 5 (a – c):

Bildungsarbeit ist auch in diesem Bereich ein Entwicklungsprozess, welcher neben der Ausgabe von Unterrichtsmaterialien vor allem einen Wandel von Werten und Bewusstseinsschaffung beinhaltet. Der Bildungsauftrag des Vereins „Tierschutz macht Schule“ gemäß § 2 des Tierschutzgesetzes umfasst nicht nur Schulen, sondern auch Kindergärten, Horte, Lehrlingsausbildungsstätten, Universitäten, Erwachsenenbildungseinrichtungen usw. Weiters ist der kontinuierliche Aufbau von Bildungsnetz-

werken mit wissenschaftlichen Institutionen, Pädagogischen Einrichtungen, ProduzentInnen, TierhalterInnen, öffentlichen Einrichtungen und NGOs unerlässlich, um Tierschutzthemen in der Öffentlichkeit zu lancieren und das Interesse der Öffentlichkeit an diesen Inhalten hochzuhalten.

Da nur in Kombination all dieser Impactindikatoren die umfassende Bildungsarbeit des Vereins tatsächlich erfasst und beschrieben werden kann, wurde seitens des BMG angedacht, zukünftig das Wirkungsziel 24.5 in Bezug auf die Kennzahl soweit möglich zu überarbeiten: Zur Beschreibung der Leistung des Vereins „Tierschutz macht Schule“ wird evaluiert, ob neben der bereits existierenden Kennzahl auch eine qualitative Beschreibung der Reichweite des Vereins, die auch die vielfältigen Zielgruppen und Impactindikatoren der Vereinsarbeit umfasst, herangezogen werden könnte. In diesem Bereich würden Maßnahmen, also Leistungen und Aktivitäten, die vom BMG gewährleistet oder für Projekte erbracht werden, entsprechend abgestimmt bzw. angepasst.

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser

Signaturwert	HHLQBXSrZyeuq7uPvAUgZ5ulm9AAB3Egxh0be0kJD01OqNOBRgTnjdp/Vr97gK7KL tMd9KwY+zWLvFXnOpxeIDjYCOzxBzfI7pKz1qC+h5ZCLrk5KcEwcYSIxy8IMgNB9/ Q80DIlsMAMEOzGHADHQM10GLE2r1nvBW71ALqBcl8E=	
	Unterzeichner	serialNumber=756257306404,CN=Bundesministerium f. Gesundheit,O=Bundesministerium f. Gesundheit,C=AT
	Datum/Zeit	2015-07-03T12:11:29+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: http://www.signaturpruefung.gv.at	