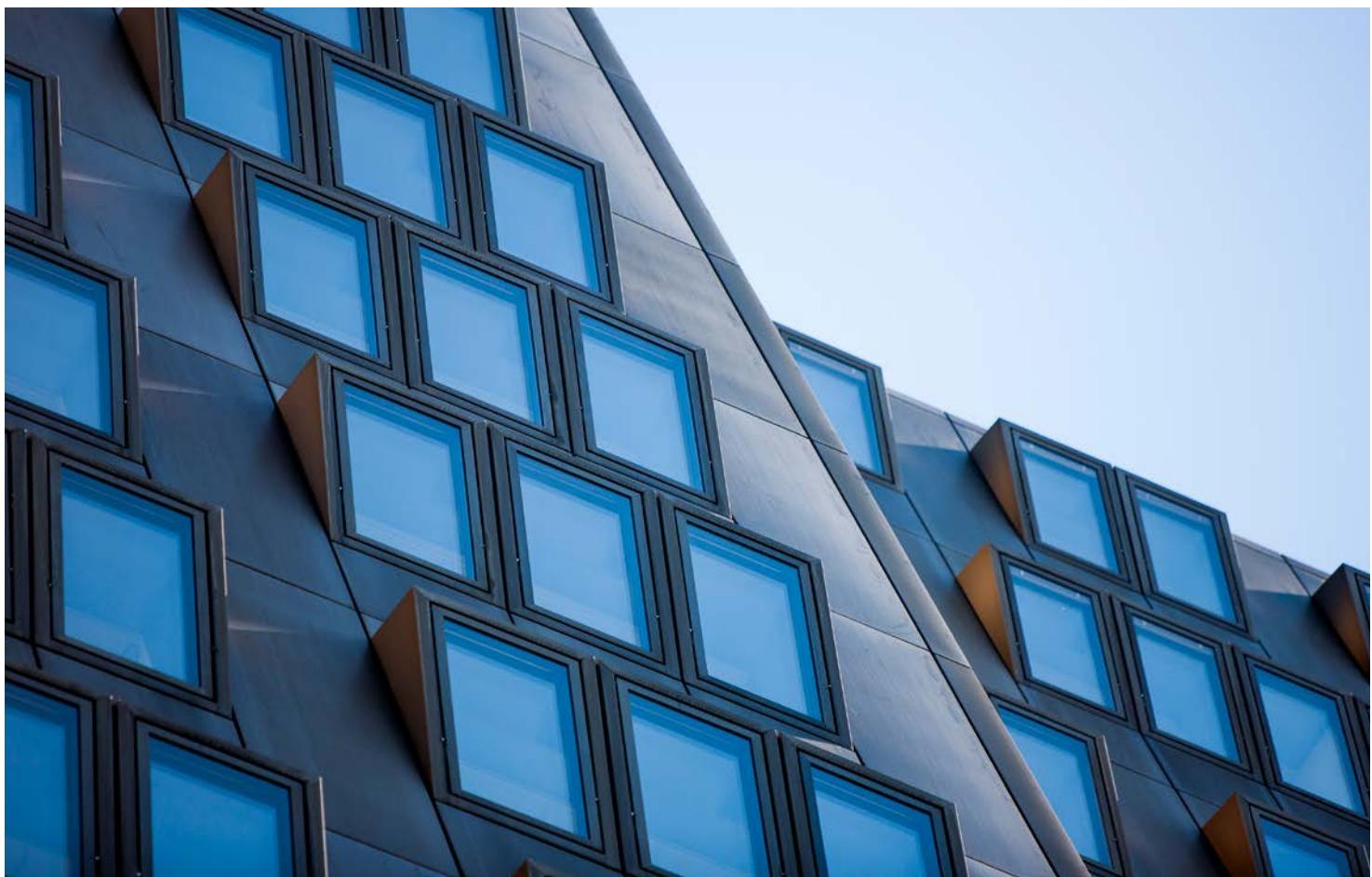




Gesundheitsförderung und Prävention

Bericht des Rechnungshofes

Reihe BUND 2023/1





Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Rechnungshof Österreich

1030 Wien, Dampfschiffstraße 2

www.rechnungshof.gv.at

Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich

Herausgegeben: Wien, im Jänner 2023

AUSKÜNFTEN

Rechnungshof

Telefon (+43 1) 711 71 – 8946

E-Mail info@rechnungshof.gv.at

facebook/RechnungshofAT

Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Prüfungsziel	7
Kurzfassung	7
Zentrale Empfehlungen	13
Zahlen und Fakten zur Prüfung	15
Prüfungsablauf und –gegenstand	17
Gesundheitsförderung und Prävention	19
Begriffe	19
Gesundheitsziele Österreich und weitere wesentliche Maßnahmen	21
Gesundheitsförderungsstrategie	25
Struktur und Höhe der Ausgaben	31
Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention	34
Übersicht	34
Frühe Hilfen	35
Gesundheitskompetenz	38
Ernährung und Bewegung	42
Psychische Gesundheit	59
Vorsorgeuntersuchung	62
Frauengesundheit	66
Allgemeines	66
Aktionsplan Frauengesundheit	67
Transparenz und Monitoring	69
Mutter–Kind–Pass	72
Allgemeines	72
Reformprozess	75
Impfstoffversorgung	86
Allgemeines	86
Kinderimpfkonzept	87
Impfstoffversorgung Erwachsener	90
Impfstoffversorgung im Pandemiefall	91



Impfbeteiligung	96
Nutzen hoher Impfbeteiligung	96
Internationale und nationale Ziele	97
Datenlage und Zielerreichung	100
Maßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsrate	103
Infektionskrankheiten	108
Allgemeines	108
Zuständigkeit und Rechtsgrundlagen	109
Anzeigepflicht	112
Epidemiologische Überwachung (Surveillance)	113
Grenzüberschreitende Aspekte von Infektionskrankheiten	114
Gesundheitssystem–assoziierte Infektionen	116
Grundlagen	116
Erfassung und Meldung	118
Infektionsprävention und –bekämpfung in Krankenanstalten	120
Kosten und Finanzierung von Projekten	127
Zusammenfassende Beantwortung	128
Schlussempfehlungen	137



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention 2016	32
Tabelle 2:	Mittel für Frühe Hilfen	36
Tabelle 3:	Finanzierung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz und ihrer Schwerpunktprogramme	39
Tabelle 4:	Finanzierungsaufwand „Mach den ersten Schritt“ 2018/19 laut Vereinbarung der Ministerien	54
Tabelle 5:	Geplante Ergänzungen zum Mutter–Kind–Pass–Programm	80
Tabelle 6:	Kostenanteil des Bundes am Kinderimpfkonzept	89
Tabelle 7:	Kosten für die im Rahmen der Bundaktionen abgegebenen Impfstoffe für Erwachsene	90
Tabelle 8:	Kosten des Influenza–Pandemieimpfstoffs für das Gesundheitsministerium	95
Tabelle 9:	Ziele Impfbeteiligung und Durchimpfungsquoten	98
Tabelle 10:	Meilensteine bei der Einführung des elektronischen Impfpasses	105
Tabelle 11:	Checkliste Krankenhaushygiene (Basis: PROHYG 2.0)	122
Tabelle 12:	Kosten der Projekte zu Gesundheitssystem–assoziierten Infektionen	127



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wesentliche Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention	22
Abbildung 2: Wesentliche Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention zur Steigerung der gesunden Lebensjahre	34
Abbildung 3: Maßnahmen Frauengesundheit	66
Abbildung 4: System des Mutter–Kind–Passes	73
Abbildung 5: Entwicklung des Mutter–Kind–Passes und des Reformprozesses	74
Abbildung 6: Entwicklung der im Kinderimpfkonzept enthaltenen Impfungen	88
Abbildung 7: Maßnahmen zur Schaffung einer bundesweiten Datenlage zu Krankenhauskeimen	125



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
A–HAI	Austrian Healthcare Associated Infections
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom)
ANISS	Austrian Nosocomial Infection Surveillance System
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMI	Body–Mass–Index
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease (Coronaviruskrankheit)
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
FSME	Frühsommer–Meningoenzephalitis
g	Gramm
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HAI	Healthcare Associated Infections (Gesundheitssystem–assoziierte Infektionen)
HPV	Humane Papillomaviren
IDDS	Integriertes Daten– und Dokumentationssystem
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
KAKuG	Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz
KISS	Krankenhaus–Infektions–Surveillance–System
LBI–HTA	Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment
leg. cit.	legis citatae (der zitierten Vorschrift)



MERS-CoV	Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus
Mio.	Million(en)
MMR	Masern, Mumps und Röteln
Mrd.	Milliarde(n)
NGO	Non Governmental Organisation (Nichtregierungsorganisation)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
Polio	Poliomyelitis (Kinderlähmung)
PR	Public Relations
rd.	rund
REVAN	Richtig essen von Anfang an
RH	Rechnungshof
S.	Seite
StGBI.	Staatsgesetzblatt
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WV	Wiederverlautbarung
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel



WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport

Gesundheitsförderung und Prävention

Prüfungsziel



Der RH überprüfte auf Beschluss des Nationalrats die Gesundheitsförderung und Prävention.¹ Die Gebarungsüberprüfung umfasste das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz bzw. seit Jänner 2020 das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (beide in der Folge: **Gesundheitsministerium**). Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung von rechtlichen, organisatorischen, finanziellen und personellen Maßnahmen des Gesundheitsministeriums im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Ergänzende Erhebungen führte der RH beim Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport (in der Folge: **Sportministerium**) durch. Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2013 bis 2019, wobei der RH entsprechend der Verfügbarkeit von Unterlagen auch die Jahre 2009 bis 2012 einbezog. Einzelne Feststellungen betrafen auch die Jahre 2020 und 2021. Im Ablauf der Gebarungsüberprüfung kam es COVID-19–bedingt zu einer Unterbrechung.

Kurzfassung

Der Auftrag des Nationalrats zur Durchführung einer Gebarungsüberprüfung umfasste 27 Themen. Der RH fasste diese in drei Schwerpunkte zusammen: „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Ärzteausbildung“ und „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“. Dieser Bericht behandelt den ersten Schwerpunkt. Zum zweiten und dritten Schwerpunkt legte der RH jeweils eigene Berichte vor.² (TZ 1)

¹ Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-19–Pandemie waren kein Schwerpunkt dieser Gebarungsüberprüfung. Siehe dazu die RH–Berichte „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19–Pandemie“ (Reihe Bund 2021/43) und „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19–Pandemie“ (Reihe Bund 2022/18) sowie weitere geplante Berichte mit dem Schwerpunkt COVID-19 im Gesundheitsbereich, u.a. zur COVID-19–Impfstoffbeschaffung und zu den COVID-19–Tests.

² RH–Berichte „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30) und „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2021/42)



Gesundheitsziele Österreich

Der Begriff Gesundheitsförderung umfasst Initiativen aus allen Politikbereichen; dementsprechend variierten die Zuständigkeiten. Prävention bezeichnet Maßnahmen im Rahmen des Gesundheitswesens, für die der Bund in Gesetzgebung und in Vollziehung zuständig ist. Zentral für alle Maßnahmen waren die im Jahr 2012 beschlossenen „Gesundheitsziele Österreich“, mit denen bis 2032 eine Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, in Form von durchschnittlich zwei zusätzlichen, in Gesundheit verbrachten Lebensjahren, bewirkt werden sollte. (TZ 2)

Ein wichtiges Instrument zur Umsetzung der Gesundheitsziele durch die Systempartner des Gesundheitswesens war die Zielsteuerung–Gesundheit, deren Bundes-Jahresarbeitsprogramme zahlreiche Maßnahmen – wie die Einführung einer Gesundheitsförderungsstrategie – enthielten. Dadurch verbesserten sich die Rahmenbedingungen für eine Stärkung und Abstimmung der Gesundheitsförderung und Prävention. Jedoch gibt es Optimierungspotenzial; dies sowohl in der konkreten Umsetzung, wie bei der Kooperation der Partner in der Steuerung der Maßnahmen durch Monitoringsysteme, als auch bei der Evaluierung der Wirkung von Maßnahmen. Nach rund einem Drittel der Gültigkeitsdauer der Gesundheitsziele war die Anzahl der gesunden Lebensjahre nicht gestiegen, sondern von 2014 bis 2019 sogar um 1,6 Jahre zurückgegangen. Laut Eurostat (Daten aus 2019) hatten die Österreicherinnen und Österreicher ab 65 Jahren mit 7,7 gesunden Lebensjahren eine deutlich geringere Anzahl an gesunden Lebensjahren zu erwarten als der Durchschnitt der EU–Bürgerinnen und EU–Bürger mit durchschnittlich 10,3 gesunden Lebensjahren. (TZ 3)

Gesundheitsförderungsstrategie

Bund, Länder und Sozialversicherung erarbeiteten im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit gemeinsam eine Gesundheitsförderungsstrategie. Sie sollte einen Rahmen für die Stärkung von zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich bilden (Ausgaben 2016 für Gesundheitsförderung: 69,84 Mio. EUR, für Primärprävention: 296,61 Mio. EUR). Die Strategie war aber nur für einen kleinen Teil dieser Maßnahmen verbindlich: für die Vorsorgemittel (jährlich 3,50 Mio. EUR) und für einen Teil der Mittel der Landesgesundheitsförderungsfonds (66 % von jährlich 15 Mio. EUR). Eine nachhaltige Finanzierung erfolgreicher Projekte war nicht sichergestellt. Zudem gab es noch keine Evaluierung der Wirkungen der Gesundheitsförderungsstrategie. (TZ 4, TZ 5)



Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention

Die Instrumente der Gesundheitsförderung und Prävention mit den höchsten Ausgaben lagen in der Verantwortung der Sozialversicherung. Insbesondere gab diese im Jahr 2016 für Rehabilitation und Kuren 1,475 Mrd. EUR aus, was fast zwei Drittel der gesamten Ausgaben von 2,441 Mrd. EUR entsprach. Auch wenn der finanzielle Schwerpunkt bei der Sozialversicherung lag, wäre ein abgestimmtes Vorgehen zweckmäßig, vor allem bei Maßnahmen, bei denen verschiedene Partner Projekte (gemeinsam) durchführten und finanzierten; dies war z.B. bei der Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen der Fall, bei der Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung oder bei den psychosozialen Interventionen. ([TZ 6](#))

Frühe Hilfen und Gesundheitskompetenz

Aktivitäten zur Steigerung der gesunden Lebensjahre setzte das Gesundheitsministerium z.B. mit den Frühen Hilfen und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, etwa durch Einrichtung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz. ([TZ 8](#), [TZ 9](#))

Ernährung und Bewegung

Studien und Befragungen zur Gesundheit der Bevölkerung belegten, dass rund die Hälfte der Bevölkerung ab 15 Jahren übergewichtig bzw. adipös war. Allerdings beruhten diese Zahlen auf Selbsteinschätzung; repräsentative Erhebungen der Gesundheitsdaten, die Rückschlüsse auf die tatsächliche Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung zuließen, fehlten. Dies, obwohl die WHO bereits 2001 auf die damit verbundenen Herausforderungen für die Gesundheitssysteme hingewiesen hatte. ([TZ 10](#), [TZ 11](#))

Dennoch verfügte Österreich erst seit 2011 über einen Nationalen Aktionsplan Ernährung und seit 2013 über einen Nationalen Aktionsplan Bewegung, die beide seit 2013 nicht mehr aktualisiert wurden. Auch der Bericht zum Gesundheitsziel Ernährung lag neun Jahre nach Beschluss der Gesundheitsziele erst als Entwurf vor. Zum Gesundheitsziel Bewegung bestand zwar ein Bericht mit Zielen und Maßnahmen, allerdings erlaubte das Monitoring keine Rückschlüsse, wie viele Menschen zu Bewegung motiviert werden konnten, die nicht bereits sportlich aktiv waren. ([TZ 11](#))

Das Gesundheitsministerium versuchte, mit zahlreichen Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährung von Kindern beizutragen. Positiv war, dass es mit der Lebensmittelindustrie Schritte setzte, den Zucker- und Salzgehalt in Lebensmitteln zu senken und so die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken. Allerdings waren die meisten Maßnahmen nicht verbindlich und zeigten nur beschränkt Wirkung. Sie waren daher



nicht ausreichend, um die mit den Gesundheitszielen Österreich verfolgte Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung zu erreichen. (TZ 12)

Im September 2018 präsentierten die damalige Gesundheitsministerin und der damalige Sportminister die Initiative „Mach den ersten Schritt“. Ziel der Initiative war es, eine Verhaltensänderung vor allem bei jenen Menschen zu bewirken, die sich kaum oder gar nicht bewusst bewegten. Beide Ministerien stellten die bis 2020 geplante Initiative bereits nach wenigen Monaten im Mai 2019 wieder ein, obwohl sie bis dahin bereits insgesamt 770.000 EUR für Beratungsleistungen, Videoproduktionen und insbesondere für Inserate verausgabt hatten. Der RH kritisierte, dass diesen hohen Kosten kein erkennbarer Nutzen gegenüberstand. Wie die Menschen am besten zu mehr Bewegung motiviert werden könnten, ließ das Sportministerium erst danach, im September 2019, in einer direkt vergebenen Motivanalyse um 63.600 EUR untersuchen. Laut deren Ergebnis war die Wirkung von Testimonials und Inseraten/Medienberichten – ein wesentlicher Bestandteil der Initiative – nur kurzfristig bzw. gering. (TZ 13)

Dass sich das Sportministerium bei Einholung der intern vorgegebenen Vergleichsangebote auf die vom späteren Bestbieter als geeignet benannten Anbieter beschränkte, war vor dem Hintergrund der Intention dieser Vorgabe nicht ordnungsgemäß. Denn das Vorgehen war – ungeachtet einer allfälligen strafrechtlichen Relevanz – nicht geeignet, die Transparenz sowie den gebotenen Wettbewerb zwischen den Anbietern und damit die Qualität und Preisangemessenheit der beauftragten Leistungen sicherzustellen. (TZ 13)

Vorsorgeuntersuchung

Die Vorsorgeuntersuchung mit jährlichen Kosten von 140,61 Mio. EUR im Jahr 2016 war grundsätzlich geeignet, Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und Risikogruppen zu identifizieren. Allerdings lag die Inanspruchnahme im Jahr 2019 österreichweit nur bei knapp 15 %. Auch konnten die Daten aufgrund mangelhafter Dokumentationsqualität nicht für eine weiterführende Steuerung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention verwendet werden. (TZ 15)

Mutter–Kind–Pass

Ein weiteres zentrales Instrument der Gesundheitsförderung und Prävention ist der Mutter–Kind–Pass. Die Organisation dieses Vorsorgeinstruments war aufgrund der Einbindung zahlreicher Akteure – Bund, Österreichische Ärztekammer, Sozialversicherung – komplex und durch eine Trennung der Aufgabenverantwortung (Gesundheitsministerium) von der Finanzierungsverantwortung (Familienlastenausgleichsfonds und Sozialversicherung) gekennzeichnet. Mit der Aufnahme der Hebammen-



beratung in das Programm im Jahr 2013 hatte sich die Komplexität der Organisation weiter erhöht. (TZ 19)

Das Gesundheitsministerium beauftragte im Jahr 2010 umfangreiche Grundlagenarbeiten zur Neuorientierung der Eltern–Kind–Vorsorge. Erst 2019 lag ein fachliches Konzept für ein geändertes Mutter–Kind–Pass–Programm vor. Trotz des langjährigen, aufwändigen sowie kostenintensiven Prozesses war es noch nicht implementiert. Die interne (internistische) Untersuchung mit jährlichen Kosten von 2,56 Mio. EUR war trotz fehlender Evidenz noch immer Programmbestandteil und für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes verpflichtend. Auch war noch kein Evaluierungsconcept für den Mutter–Kind–Pass erstellt und die Datenlage über die Inanspruchnahme von Mutter–Kind–Pass–Leistungen noch nicht verbessert worden. (TZ 20, TZ 22, TZ 23)

Das Gesundheitsministerium kündigte in seiner Stellungnahme im Oktober 2022 an, das Programm nun endgültig im Rahmen der Einführung eines neuen digitalen Eltern–Kind–Passes umzusetzen. Ende 2022 stand die Umsetzung allerdings noch immer aus. (TZ 22)

Schutzimpfungen

Ein wesentliches und wirksames Instrument der Gesundheitsförderung und Prävention waren Schutzimpfungen. Die wichtigsten Impfungen wurden Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr im Rahmen des sogenannten Kinderimpfkonzepts kostenfrei zur Verfügung gestellt; Bund, Länder und Sozialversicherung finanzierten es seit dem Jahr 1998 gemeinsam. Das Konzept umfasste noch nicht alle im Impfplan Österreich für Kinder empfohlenen Impfungen. Die Aufnahme weiterer Impfungen bedurfte der Abstimmung und der Finanzierungszusagen der Systempartner. (TZ 25)

Eine aktuelle Fassung des österreichischen Pandemieplans lag zur Zeit der Geburtsüberprüfung nicht vor. Der bei Ausbruch der COVID–19–Pandemie gültige nationale Pandemieplan aus dem Jahr 2006 berücksichtigte nicht das Szenario eines durch bisher unbekannte Erreger hervorgerufenen Krankheitsausbruchs und die damit verbundenen Herausforderungen, insbesondere für jenen Zeitraum, in dem noch keine Impfstoffe zur Verfügung standen. (TZ 27)

Die bestehenden Ziele zur Impfbeteiligung waren in jenen Fällen, in denen Daten zur Durchimpfungsrate vorlagen, im Wesentlichen nicht erreicht. In vielen Fällen lagen keine verlässlichen Informationen über die Durchimpfungsrate vor, obwohl eine klare Datenlage Voraussetzung für die Gestaltung zielgerichteter Maßnahmen zur Schließung von Impflücken war. Das wesentliche Instrument zur Schaffung einer klaren Datenlage war ein elektronisches Impfregister, dessen Einführung die Fach-



gremien des Gesundheitsministeriums schon lange diskutiert und gefordert hatten. Dennoch war der Vollbetrieb des elektronischen Impfpasses, der sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung 2021 im Pilotbetrieb befand, noch nicht umgesetzt. ([TZ 32](#), [TZ 33](#))

Um die Durchimpfungsquoten zu erhöhen, setzte das Gesundheitsministerium insbesondere auf Impfaufklärung und Bewusstseinsbildung. Eine weitere mögliche Maßnahme war eine allgemeine oder auf bestimmte Personengruppen beschränkte Impfpflicht gegen ausgewählte Krankheiten. ([TZ 34](#))

Infektionskrankheiten

Die Grundlage für eine wirksame epidemiologische Überwachung zur zeitgerechten Eindämmung von Infektionskrankheiten war das seit 2009 vom Gesundheitsministerium betriebene Epidemiologische Meldesystem EMS. Der Vollbetrieb war im Jahr 2019 jedoch noch nicht umgesetzt, Ärztinnen und Ärzte waren – im Unterschied zu Labors – nach wie vor nicht zur elektronischen Anzeige verpflichtet. ([TZ 38](#))

Gesundheitssystem-assozierte Infektionen

In Österreich steckte sich im Schnitt jede 20. Patientin bzw. jeder 20. Patient im Spital mit Keimen an, davon verstarben rd. 2.400 Menschen pro Jahr. Durch Hygienemaßnahmen ließen sich laut Schätzungen 20 % bis 30 % dieser sogenannten Gesundheitssystem-assozierten Infektionen verhindern. Das Gesundheitsministerium verfügte über keine Daten zum Infektionsgeschehen im niedergelassenen Bereich. Die Datenlage im stationären Bereich war lückenhaft, weil sie nur Infektionen auf Intensivstationen und postoperative Wundinfektionen betreffend zwei Indikatoroperationen umfasste. Eine Ausdehnung auf weitere Indikatoroperationen war aber im Nationalen Aktionsplan Antibiotikaresistenz 2018 vorgesehen. Dennoch fehlten wesentliche Grundlagen zur Beurteilung und Ableitung erforderlicher Maßnahmen auf Bundesebene. ([TZ 41](#) bis [TZ 44](#))



Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Mit den Partnern der Zielsteuerung–Gesundheit wäre eine nachhaltige Finanzierung für erfolgreiche Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention zu sichern, die Mittel wären einer gemeinsamen verbindlichen Strategie zu unterstellen und so der zielgerichtete und abgestimmte Einsatz der Mittel aller Partner (Bund, Länder, Sozialversicherung) zu stärken. (TZ 4)
- Es wäre auf eine Entscheidung über die Inhalte des bereits erarbeiteten fachlichen Konzepts für ein evidenzbasiertes Mutter–Kind–Pass–Programm und in der Folge umgehend auf seine Umsetzung hinzuwirken; begleitend wäre ein umfassendes Evaluierungskonzept zu implementieren. (TZ 22)
- Mit Nachdruck wäre auf die zeitnahe Realisierung des Vollbetriebs des elektronischen Impfpasses hinzuwirken und dabei im Interesse der Schaffung einer klaren Datenlage eine lückenlose Dokumentationsverpflichtung vorzusehen. (TZ 33)
- Das Gesundheitsministerium sollte sich weiterhin für die zeitnahe Umsetzung des Vollbetriebs des Epidemiologischen Meldesystems sowie für die Schaffung der dafür erforderlichen rechtlichen Grundlagen einsetzen, um Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten zur elektronischen Anzeige von Infektionskrankheiten zu verpflichten. (TZ 38)
- Die Leitungs– und Aufsichtsfunktion des Gesundheitsministeriums im Rahmen der sanitären Aufsicht wäre aktiver wahrzunehmen. Den Landeshauptleuten wären für die Aufsicht von Krankenanstalten Mindeststandards sowie eine einheitliche, elektronische Datenübermittlung der getroffenen Maßnahmen verbindlich vorzugeben. (TZ 43, TZ 44)



Gesundheitsförderung und Prävention



Zahlen und Fakten zur Prüfung

Gesundheitsförderung und Prävention					
Rechtsgrundlagen	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 189/1955 i.d.g.F. Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. I/1930 i.d.g.F. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. I/1957 i.d.g.F. Epidemiegesetz 1950, BGBl. 186/1950 i.d.g.F. Gesundheitsförderungsgesetz, BGBl. I 51/1998 i.d.g.F. Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I 179/2004 i.d.g.F. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBl. I 108/1997 i.d.g.F. Kinderbetreuungsgeldgesetz, BGBl. I 103/2001 i.d.g.F. Mutter–Kind–Pass–Verordnung 2002, BGBl. II 470/2001 i.d.g.F. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz vom 20. Mai 1981 über vordringliche Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit, BGBl. 274/1981				
	Bund	Länder	Gemeinden	Sozial-versicherung	Summe
	in Mio. EUR				
	10,32	29,95	6,48	23,10	69,84
	41,56	49,59	7,96	197,49	296,61
	81,50	17,67	2,57	189,09	290,83
	0,22	65,63	0,63	1.475,35	1.541,84
	1,80	1,39	0,16	1,43	4,78
	–	–	–	237,35	237,35
Summe	135,41	164,22	17,80	2.123,82	2.441,25

¹ Erhoben im Jahr 2019; zur Zeit der Geburungsüberprüfung (2021) waren keine aktuelleren Daten verfügbar.

² Aufbau und Verbesserung von Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention (u.a. Fortbildung)

³ präventive Ausgaben im niedergelassenen Bereich, keiner Ausgabebene zuordenbar

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH



Gesundheitsförderung und Prävention



Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte auf Beschluss des Nationalrats Themen der Gesundheitsförderung und Prävention. Aufgrund des Ausbruchs der COVID–19–Pandemie unterbrach der RH die im ersten Halbjahr 2020 geplante Finalisierung seiner Überprüfung und setzte diese im zweiten Halbjahr 2021 fort, wobei er vor allem die im Prüfverlangen angeführten Themenbereiche aktualisierte.³ Die Gebarungsüberprüfung umfasste das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz bzw. seit Jänner 2020 das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (beide in der Folge: **Gesundheitsministerium**⁴).

Die Gebarungsüberprüfung erfolgte gemäß Art. 126b Abs. 4 Bundes–Verfassungsgesetz (**B–VG**)⁵ aufgrund des Beschlusses des Nationalrats vom 27. März 2019 gemäß § 99 Abs. 1 Geschäftsordnungsgesetz 1975⁶ (517 der Beilagen XXVI. Gesetzegebungsperiode). Diesem Beschluss lag ein Antrag der Abgeordneten Gabriela Schwarz und Dr.ⁱⁿ Brigitte Povysil sowie Kolleginnen und Kollegen vom 29. Jänner 2019 (561/A) zugrunde.

Der Auftrag des Nationalrats zur Durchführung der Gebarungsüberprüfung umfasste 27 Themen, die der RH in drei Schwerpunkte gliederte – „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Ärzteausbildung“ sowie „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ – und auf drei Gebarungsüberprüfungen aufteilte. Der vorliegende Bericht umfasst den Schwerpunkt „Gesundheitsförderung und Prävention“. Die weiteren Schwerpunkte behandelte der RH in zwei gesonderten, bereits veröffentlichten Berichten.⁷

³ Maßnahmen zur Bewältigung der COVID–19–Pandemie waren kein Schwerpunkt dieser Gebarungsüberprüfung. Siehe dazu die RH–Berichte „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie“ (Reihe Bund 2021/43) und „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie“ (Reihe Bund 2022/18) sowie weitere geplante Berichte mit dem Schwerpunkt COVID–19 im Gesundheitsbereich, u.a. zur COVID–19–Impfstoffbeschaffung und zu den COVID–19–Tests.

⁴ Der RH verwendet die Bezeichnung Gesundheitsministerium für alle im überprüften Zeitraum für Gesundheit zuständigen Ressorts. Die Bezeichnungen für das mit den Angelegenheiten der Gesundheit betraute Ministerium lauteten im Zeitablauf wie folgt: von 1. März 2007 bis 31. Jänner 2009: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; von 1. Februar 2009 bis 30. Juni 2016: Bundesministerium für Gesundheit; von 1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; von 8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; seit 29. Jänner 2020: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

⁵ BGBl. I/1930 i.d.g.F.

⁶ BGBl. 410/1975 i.d.g.F.

⁷ „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30) und „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2021/42)



Zum Thema Ernährung und Bewegung („Sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Volksgesundheit“) führte der RH ergänzende Erhebungen beim Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport (in der Folge: **Sportministerium**⁸) durch (siehe Initiative „Mach den ersten Schritt“, TZ 13).

Zum Thema der Impfstoffversorgung im Pandemiefall (TZ 27) verwies der RH ergänzend auf seine laufende, durch ein Prüfverlangen⁹ initiierte Gebarungsüberprüfung „COVID-19–Impfstoffbeschaffung“.

(2) Ziele der Gebarungsüberprüfung waren die Beurteilung von rechtlichen, organisatorischen, finanziellen und personellen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Beurteilung der damit verbundenen Kosten und Wirkungen. Entsprechend dem Auftrag des Nationalrats lag der Fokus auf dem System und den Schwerpunkten der Gesundheitsförderung und Prävention, der Frauengesundheit, dem Mutter–Kind–Pass, dem Impfwesen, den Infektionskrankheiten und den Infektionen in Krankenanstalten. Im Sinne des Prüfverlangens fokussierte der RH seine Erhebungen auf Maßnahmen, für die das Gesundheitsministerium verantwortlich war.

Eine zusammenfassende Beantwortung des Beschlusses des Nationalrats findet sich in TZ 47.

(3) Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2013 bis 2019. Einzelne Feststellungen betrafen auch – entsprechend der Verfügbarkeit von Unterlagen – den Zeitraum 2009 bis 2012 sowie die Jahre 2020 und 2021.

(4) Zu dem im Juli 2022 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Gesundheitsministerium und das Sportministerium im Oktober 2022 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung an das Gesundheitsministerium im Jänner 2023. Gegenüber dem Sportministerium gab er keine Gegenäußerung ab.

⁸ Der RH verwendet die Bezeichnung Sportministerium für alle im überprüften Zeitraum für Sport zuständigen Ressorts. Die Bezeichnungen für das mit den Angelegenheiten des Sports betraute Ministerium lauteten im Zeitablauf wie folgt: von 1. Februar 2009 bis 7. Jänner 2018: Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport; von 8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020: Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport; seit 29. Jänner 2020: Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport.

⁹ Das Prüfverlangen basierte auf einem in der 97. Sitzung des Nationalrates vom 21. April 2021 gemäß § 99 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 4. Juli 1975 über die Geschäftsordnung des Nationalrates (Geschäftsordnungsgesetz 1975) eingebrachten Antrag der Abgeordneten zum Nationalrat Mag. Jörg Leichtfried, Kolleginnen und Kollegen betreffend Überprüfung der Beschaffung und Finanzierung von Impfstoffen im Zuge der COVID-19–Pandemie.



Gesundheitsförderung und Prävention

Begriffe

2.1 (1) Gesundheitsförderung umfasst alle Initiativen, die dazu dienen, Rahmenbedingungen für ein möglichst langes Leben in Gesundheit zu schaffen. Der Gesundheitsförderung sind daher – dem „Health in All Policies“-Ansatz entsprechend – auch Maßnahmen aus anderen Politikbereichen als dem Gesundheitswesen, wie Bildung, Soziales und Arbeit, zuzurechnen. Für diese Maßnahmen galten somit je nach Bereich auch unterschiedliche Zuständigkeiten.

(2) Der Begriff Prävention (bzw. Gesundheitsvorsorge) umschreibt Maßnahmen des Gesundheitswesens, die auf die Bewahrung der Gesundheit sowie die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten abzielen. Bei den Maßnahmen ist zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zu unterscheiden:

- Primärprävention setzt an, noch bevor es zur Krankheit kommt. Sie trägt dazu bei, gesundheitsschädigende Faktoren zu vermeiden, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern (z.B. Impfungen, Unfallverhütung oder gesunde Ernährung).
- Sekundärprävention soll das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Frühdiagnostik und –behandlung verhindern. Sie greift in bestehende Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden (z.B. Vorsorgeuntersuchung).
- Tertiärprävention konzentriert sich auf die Wiederherstellung der Gesundheit. Sie soll Folgeschäden vorbeugen und Rehabilitation ermöglichen (z.B. durch Therapien in den Kur- und Rehabilitationszentren).

Für den allgemeinen Schutz der Gesundheit sowie des Lebens von Menschen und damit auch für Prävention war gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B–VG der Bund in Gesetzgebung und Vollziehung zuständig. Auf dieser Grundlage hatte der Bund beispielsweise das Epidemiegesetz 1950¹⁰ zur Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten erlassen, das u.a. die Basis für das sanitätsbehördliche Vorgehen in der aktuellen COVID–19–Pandemie bildete.

Innerhalb der Bundesregierung war laut Bundesministeriengesetz 1986¹¹ das Gesundheitsministerium für die Angelegenheiten der Prävention einschließlich der Gesundheitsvorsorge für die schulbesuchende Jugend zuständig. Die Bundesministerin bzw. der Bundesminister für Gesundheit hatte als oberstes Organ entsprechende Maßnahmen zu konzipieren und deren Umsetzung durch die Landeshauptleute und Bezirksverwaltungsbehörden (mittelbare Bundesverwaltung) zu steuern sowie bundesweit zu koordinieren ([TZ 36](#) und [TZ 44](#)).

¹⁰ BGBI. 186/1950 i.d.g.F.

¹¹ BGBI. 76/1986 i.d.g.F.



(3) Unabhängig von den beschriebenen Zuständigkeiten konnten Bund, Länder und Gemeinden Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auch im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung gemäß Art. 17 B–VG setzen – etwa durch die finanzielle Förderung bestimmter Projekte.

2.2 Der RH hielt fest, dass der Begriff Gesundheitsförderung Initiativen aus vielen Politikbereichen umfasste und dementsprechend die Zuständigkeiten variierten. Prävention hingegen bezeichnete Maßnahmen im Rahmen des Gesundheitswesens, für die der Bund in Gesetzgebung und Vollziehung zuständig war. Von den Zuständigkeiten unberührt blieben Maßnahmen von Bund, Ländern oder Gemeinden – insbesondere Förderungen – im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung.

In der Praxis boten daher unterschiedliche öffentliche Einrichtungen Gesundheitsförderung und Prävention an bzw. unterstützten diese. Vor dem Hintergrund des Beschlusses des Nationalrats zur Durchführung der Gebarungsüberprüfung fokussiert der RH in der Folge auf die vom Gesundheitsministerium gesetzten bzw. initiierten Maßnahmen in folgenden Schwerpunktbereichen:

- Strategie und Ziele,
- Frühe Hilfen und Gesundheitskompetenz,
- Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit,
- Vorsorgeuntersuchung,
- Frauengesundheit,
- Mutter–Kind–Pass,
- Schutzimpfung und Infektionskrankheiten.



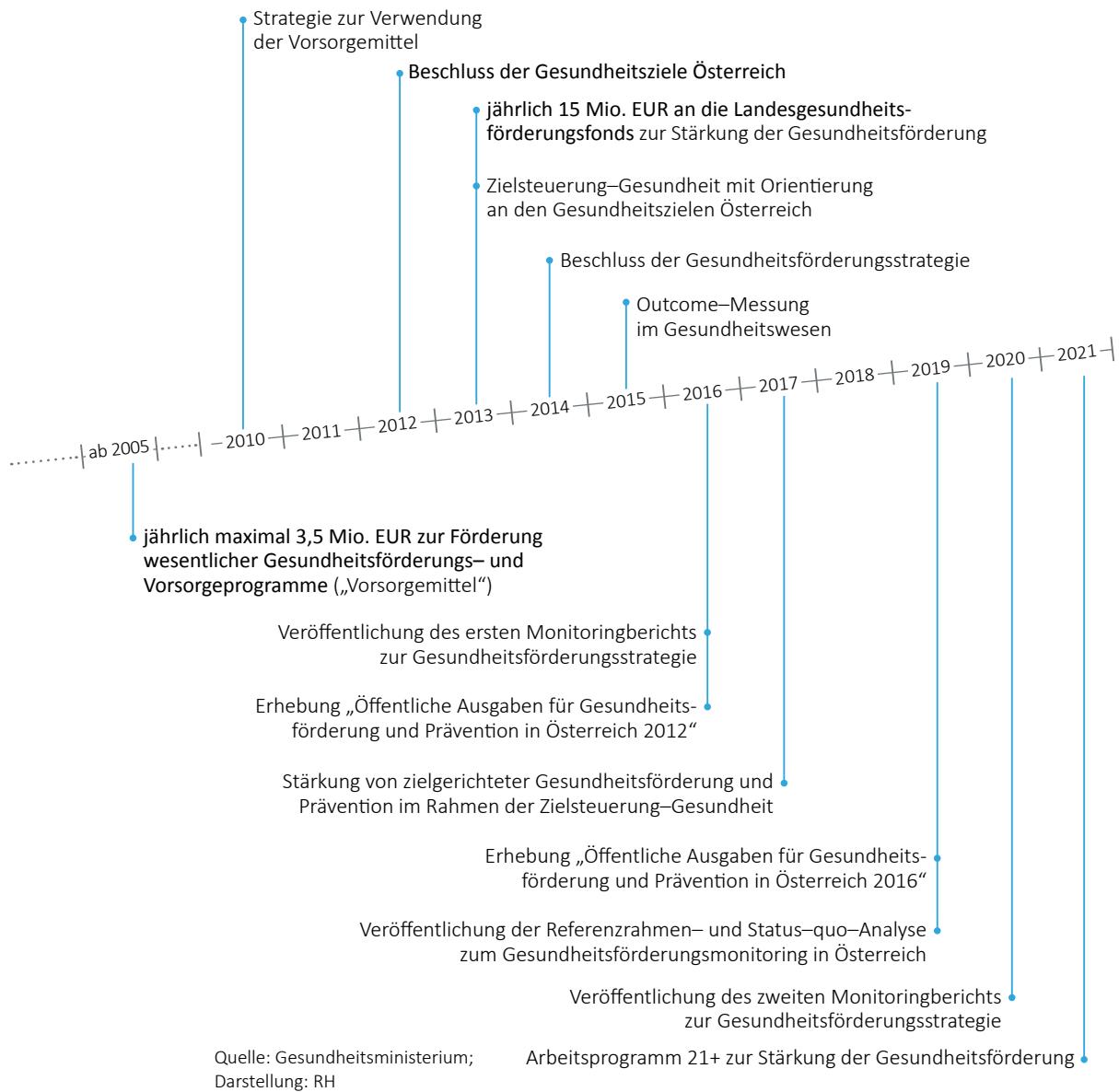
Gesundheitsziele Österreich und weitere wesentliche Maßnahmen

- 3.1 (1) Ein langes Leben in Gesundheit ist nicht nur für den einzelnen Menschen erstrebenswert, sondern auch ein wichtiger volkswirtschaftlicher Faktor, u.a. durch höhere Arbeitsleistung und mehr Spielraum bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben.

Vor diesem Hintergrund enthielten die Regierungsprogramme 2008–2013, 2013–2018, 2017–2022 und 2020–2024 (24. bis 27. Gesetzgebungsperiode) auch diverse Vorhaben zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention. Eine zentrale Maßnahme stellte dabei der Beschluss der zehn „Gesundheitsziele Österreich“ (in der Folge: **Gesundheitsziele**) durch den Ministerrat und die Bundesgesundheitskommission im Jahr 2012 dar. Mit den Gesundheitszielen sollte bis 2032 eine Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen bewirkt werden – in Form von durchschnittlich zwei zusätzlichen, in Gesundheit verbrachten Lebensjahren. Das Regierungsprogramm 2013–2018 sah u.a. vor, diese Gesundheitsziele umzusetzen, Prävention und Gesundheitsförderung als Leitgedanken zu etablieren sowie die österreichweit abgestimmte und an den Gesundheitszielen orientierte Gesundheitsförderungsstrategie (TZ 4) weiterzuentwickeln und umzusetzen. Alle vier genannten Regierungsprogramme enthielten zusätzliche Schwerpunkte, wie Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung, Suchtprävention, Stärkung der Gesundheitskompetenz oder Aufwertung der Patientenrechte.

Die nachfolgende Abbildung zeigt anhand der wesentlichen Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Zeitraum 2005 bis 2021, dass deren Bedeutung und Präsenz ab dem Beschluss der Gesundheitsziele im Jahr 2012 zunahmen:

Abbildung 1: Wesentliche Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention



(2) Gesundheitsförderung und Prävention spielten auch bei der im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 eingeführten Zielsteuerung–Gesundheit eine wichtige Rolle. Bund, Länder und Sozialversicherung kamen damals überein, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Planung, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. Die Aufgaben der Zielsteue-



rung–Gesundheit nahm auf Bundesebene die Bundesgesundheitsagentur wahr, ein öffentlich–rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit, dessen Geschäftsführung dem Gesundheitsministerium oblag. Seine Organe waren von 2013 bis 2016 die Bundesgesundheitskommission und die Bundes–Zielsteuerungskommission, ab 2017 die Bundes–Zielsteuerungskommission und der Ständige Koordinierungsausschuss.

Die jährlichen Bundes–Jahresarbeitsprogramme der Zielsteuerung–Gesundheit sahen zahlreiche Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele vor, etwa die Einführung einer Gesundheitsförderungsstrategie (TZ 4). Sowohl die Umsetzung der Gesundheitsziele als auch der Prozess der Zielsteuerung–Gesundheit beinhalteten verschiedene Monitoringsysteme, um den Fortschritt messen und steuern zu können (TZ 5).

Maßgebliche Akteure dabei waren auch die Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**)¹² und als ein Geschäftsbereich der GÖG der Fonds Gesundes Österreich. Der Fonds Gesundes Österreich war für Gesundheitsförderung und Primärprävention zuständig sowie als Förderstelle, Kompetenzzentrum und in der Vernetzung von Praxis, Wissenschaft und Politik tätig. Seit 1998 betrug sein jährliches Budget 7,25 Mio. EUR. Im Rahmen seiner Vernetzungsaufgaben arbeitete der Fonds Gesundes Österreich am Prozess der Gesundheitsziele mit und koordinierte sich mit relevanten Einrichtungen auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene. Der Fonds Gesundes Österreich stellte Fördermittel für zeitlich begrenzte Projekte zur Verfügung, die der Gesundheitsförderung und Primärprävention zuordenbar waren. Dies unter der Voraussetzung, dass die geförderten Projekte auch nach ihrer Laufzeit weiterwirkten, seinen Qualitätskriterien entsprachen und sich an seinen Förderschwerpunkten orientierten. Zur Administration verwendete der Fonds Gesundes Österreich eine eigene Förderdatenbank.

(3) Sowohl die Gesundheitsziele als auch die Gesundheitsförderungsstrategie definierten als Ziel eine Steigerung der Anzahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre. Österreich lag laut Daten von Eurostat aus dem Jahr 2019 zwar bei der allgemeinen Lebenserwartung mit 82,0 Jahren leicht über dem EU–Schnitt von 81,3 Jahren, aber betreffend Menschen ab 65 Jahren bei den gesunden Lebensjahren mit 7,7 Jahren im Vergleich zum EU–Schnitt von 10,3 Jahren deutlich darunter. Nationale und internationale Analysen führten dies u.a. darauf zurück, dass der Anteil der Bevölkerung mit chronischen, nicht übertragbaren Erkrankungen – wie Adipositas oder psychische Erkrankungen – in Österreich hoch und höher als im EU–Schnitt war. Die Bundesanstalt Statistik Österreich (in der Folge: **Statistik Austria**)

¹² Die GÖG wurde 2006 als nationales Forschungs– und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen gegründet. Alleingesellschafter war der Bund, vertreten durch die Gesundheitsministerin bzw. den Gesundheitsminister. Sie war auch im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention tätig, erstellte Konzepte sowie Studien und nahm Koordinationsfunktionen wahr.



wies für Österreich im Jahr 2019 mit durchschnittlich 9,75 gesunden Lebensjahren für Menschen ab 65 Jahren zwar einen höheren Wert als Eurostat aus. Im Jahr 2014 waren es mit durchschnittlich 11,35 gesunden Lebensjahren für Menschen ab 65 Jahren aber noch deutlich mehr gewesen. Auch dem Monitoringbericht Zielsteuerung–Gesundheit (Berichtsjahr 2020) war zu entnehmen, dass im Zeitraum 2014 bis 2019 – und damit nach Beschluss der Gesundheitsziele und anderer Maßnahmen – die Lebenserwartung in guter Gesundheit zurückging.

- 3.2 (1) Der RH erachtete das Ziel, die Zahl gesunder Lebensjahre zu erhöhen, als wesentlich und gut messbar. Eine möglichst hohe Anzahl gesunder Lebensjahre konnte Spielraum bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben schaffen und war somit auch ein wichtiger volkswirtschaftlicher Faktor. Vor diesem Hintergrund waren auch die Vorhaben und Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention zu sehen, welche die Bundesregierungen seit 2008 verfolgten. Besonders hervorzuheben waren die zehn Gesundheitsziele, mit denen von 2012 bis 2032 die Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen verbessert und ihnen durchschnittlich zwei zusätzliche in Gesundheit verbrachte Lebensjahre ermöglicht werden sollten.
- (2) Ein wichtiges Instrument zur Umsetzung der Gesundheitsziele durch die Systempartner des Gesundheitswesens war die Zielsteuerung–Gesundheit, deren Bundes-Jahresarbeitsprogramme zahlreiche Maßnahmen, wie die Einführung einer Gesundheitsförderungsstrategie (TZ 4), enthielten. Dadurch verbesserten sich die Rahmenbedingungen für eine Stärkung und Abstimmung der Gesundheitsförderung und Prävention. Allerdings gab es Optimierungspotenzial in der konkreten Umsetzung, u.a. bei der Kooperation der Partner in der Steuerung der Maßnahmen durch Monitoringsysteme (TZ 5, TZ 36 und TZ 44).
- (3) Der RH hielt kritisch fest, dass – trotz dieser Maßnahmen – nach rund einem Drittel der Geltungsdauer der Gesundheitsziele die Anzahl der gesunden Lebensjahre der österreichischen Bevölkerung nicht gestiegen, sondern im Zeitraum 2014 bis 2019 um 1,6 Jahre und damit deutlich zurückgegangen war. Der RH sah daher nach wie vor einen großen Bedarf an zielgerichteten Präventionsmaßnahmen. Dies auch im Hinblick auf chronische, nicht übertragbare Erkrankungen, wie Adipositas oder psychische Erkrankungen, und ihren Einfluss auf gesunde Lebensjahre (TZ 10 bis TZ 14). Entsprechende Defizite bzw. Herausforderungen hatte der RH auch in seinen Berichten „Diabetes–Prävention und –Versorgung“ (u.a. Reihe Bund 2019/43), „Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol“ (Reihe Bund 2018/57), „Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2019/8) und „Psychosoziale Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark“ (u.a. Reihe Bund 2019/9) aufgezeigt.



Gesundheitsförderungsstrategie

Verbindlichkeit und Reichweite der Strategie

4.1 (1) Eine erste Strategie im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gab es ab dem Jahr 2010 für die sogenannten Vorsorgemittel¹³. Sie sah detaillierte Vergabe- und Qualitätskriterien, Berichte an sowie Beschlüsse durch die Organe der Bundesgesundheitsagentur vor. Die Vorsorgemittel waren jährlich mit 3,5 Mio. EUR dotiert. Die gesamten Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2016 lagen bei 2,441 Mrd. EUR ([TZ 6](#)).

(2) Im März 2014 beschloss die Bundes-Zielsteuerungskommission die Gesundheitsförderungsstrategie. Sie sollte einen Rahmen für die Stärkung von zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich bilden (Ausgaben 2016 für Gesundheitsförderung: 69,84 Mio. EUR, für Primärprävention: 296,61 Mio. EUR). Dazu

- definierte sie Schwerpunkte, wie gesunde Schulen,
- entwickelte sie Grundsätze für die Mittelverwendung, z.B. die Umsetzung von Qualitätskriterien,
- definierte sie diese Qualitätskriterien, u.a. Nachhaltigkeit der Veränderung, Dokumentation und Evaluation,
- legte sie Wirkungsziele fest und
- sah sie ein Monitoring vor.

Die Gesundheitsförderungsstrategie war ab 2014 für die Vorsorgemittel und mindestens 50 % der Mittel der Landesgesundheitsförderungsfonds¹⁴ (für Maßnahmen in den Ländern) – das waren jährlich maximal 15 Mio. EUR – verbindlich. Die ab 1. Jänner 2017 gültige Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens dehnte die verbindliche Geltung der Gesundheitsförderungsstrategie auf 66 % dieser Mittel aus. Die Dotierung der Vorsorgemittel war laut dieser Vereinbarung bis 2021 festgeschrieben, jene der Landesgesundheitsförderungsfonds bis 2022.

Für alle übrigen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention – und somit für den weit überwiegenden Teil der Mittel – war die Gesundheitsförderungsstrategie als Orientierung vorgesehen. Eine nachhaltige finanzielle Absiche-

¹³ Die Vorsorgemittel waren seit 2005 von der Bundesgesundheitsagentur u.a. für wesentliche Gesundheitsförder- und Vorsorgeprogramme im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung zu verwenden.

¹⁴ Die Zielsteuerung–Gesundheit richtete diese Fonds zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Landesgesundheitsfonds als Sondervermögen mit eigenem Verrechnungskreis und ohne Rechtspersönlichkeit ein.



rung erfolgreicher Projekte, etwa durch Aufstockung der Vorsorgemittel für bisherige Schwerpunktmaßnahmen (TZ 8 bis TZ 14), erfolgte bis 2021 nicht.

Für die Sekundär- und Tertiärprävention gab es keine Strategie, die alle Partner umfasste. Allerdings finanzierte diese Bereiche hauptsächlich die Sozialversicherung (Vorsorgeuntersuchungen, Kuren und Rehabilitation; TZ 6).

(3) Im Juni 2021 kündigte der Gesundheitsminister an, die langfristige Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich von 150 Organisationen sowie Expertinnen und Experten diskutieren zu lassen. Ziel des Prozesses war es, im Frühjahr 2022 eine Gesamtstrategie für die zukünftige Planung der Gesundheitsförderung zu erarbeiten. Vorbereitende Arbeiten dafür waren im 2021 begonnenen Arbeitsprogramm „Gesundheitsförderung 21+“ des Gesundheitsministeriums enthalten, das auf die Stärkung der Gesundheitsförderung abzielte. Ihm wurden für dieses Arbeitsprogramm im Zuge der Budgets für 2021 und 2022 jeweils 8 Mio. EUR zugesagt. Im Jahr 2021 verblieb nach einer Budgetkürzung um 1,76 Mio. EUR und der Verwendung von 0,5 Mio. EUR für den Bereich Drogen ein Betrag von 5,74 Mio. EUR. Seine Finanzierung ab 2023 war Ende 2021 noch offen.

Das Arbeitsprogramm beinhaltete sechs Schwerpunkte, von denen einer die nachhaltige Entwicklung von Gesundheitsförderung war. Dies sollte u.a. durch eine verstärkte rechtliche Verankerung der Gesundheitsförderung erreicht werden. Ein anderer Schwerpunkt des Programms war die nachhaltige Stärkung des politischen Commitments für die Gesundheitsziele und ihre Grundprinzipien, wie Health in All Policies und Public–Health–Orientierung.

- 4.2 Der RH anerkannte, dass Bund, Länder und Sozialversicherung im Rahmen der Bundes–Zielsteuerungskommission im Jahr 2014 eine Gesundheitsförderungsstrategie beschlossen, die eine zielgerichtete und abgestimmte Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich stärken sollte. Er hielt jedoch kritisch fest, dass die Strategie nur für die Vorsorgemittel (jährlich 3,5 Mio. EUR) und einen Teil der Mittel der Landesgesundheitsförderungsfonds (jährlich 15 Mio. EUR) verbindlich war, die gesamten Ausgaben für Gesundheitsförderung sich aber auf 69,84 Mio. EUR, jene für Primärprävention auf 296,61 Mio. EUR (beides 2016) beliefen.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, die für 2022 vorgesehene Erarbeitung einer Gesamtstrategie für die zukünftige Planung der Gesundheitsförderung weiter zu betreiben; ihr sollte ein möglichst breiter Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und der dafür eingesetzten Mittel unterstellt werden.

Der RH wies darauf hin, dass eine nachhaltige Finanzierung erfolgreicher Projekte, z.B. durch Aufstockung der voraussichtlich bis 2023 gleichbleibenden Vorsorgemittel für bisherige Schwerpunktmaßnahmen, Ende 2021 nicht sichergestellt war. Das im



Jahr 2021 begonnene Arbeitsprogramm Gesundheitsförderung 21+ bewertete er in diesem Zusammenhang positiv, merkte aber an, dass auch dessen Finanzierung ab dem Jahr 2023 noch unklar war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, mit den Partnern der Zielsteuerung–Gesundheit eine nachhaltige Finanzierung für erfolgreiche Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention zu sichern, die Mittel einer gemeinsamen verbindlichen Strategie zu unterstellen und so den zielgerichteten und abgestimmten Einsatz der Mittel aller Partner (Bund, Länder, Sozialversicherung) zu stärken.

- 4.3 Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die für 2022 vorgesehene Erarbeitung einer Gesamtstrategie für die zukünftige Planung der Gesundheitsförderung im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit weiter betrieben und eine breitere Einbeziehung der für Gesundheitsförderung von den verschiedenen Finanzgebern vorgesehenen Mittel dabei angestrebt werde. Diese Entwicklung werde durch die angelaufenen Arbeiten im Rahmen der Agenda Gesundheitsförderung¹⁵ unterstützt, insbesondere den breiten Beteiligungsprozess, der seine Ergebnisse im Oktober 2022 vorgelegt habe¹⁶. Daraus werde ein Empfehlungspapier für die zentralen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung in den nächsten fünf Jahren erarbeitet, dessen Ergebnisse u.a. in die bereits gestartete Überarbeitung der Gesundheitsförderungsstrategie einfließen sollten.

Die nachhaltige Finanzierung erfolgreicher Projekte werde mit den Partnern der Zielsteuerung–Gesundheit im Zuge der Planungen für die nächste Zielsteuerungsperiode besprochen, insbesondere im Rahmen der in Aktualisierung befindlichen Gesundheitsförderungsstrategie.

- 4.4 Der RH anerkannte die vorgesehene Erarbeitung einer Gesamtstrategie für die zukünftige Planung der Gesundheitsförderung im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit. Er wies darauf hin, dass diese Strategie seiner Ansicht nach für einen möglichst breiten Bereich gelten sollte, nicht nur für die Gesundheitsförderung, sondern insbesondere auch für die Prävention und die dafür eingesetzten Mittel.

¹⁵ Anmerkung RH: Die Agenda Gesundheitsförderung ging aus dem Arbeitsprogramm „Gesundheitsförderung 21+“ hervor; siehe https://goeg.at/Agenda_GF (abgerufen am 17. November 2022).

¹⁶ https://agenda-gesundheitsförderung.at/kozug/strategieprozess_kozug/beteiligungsprozess-2022 (abgerufen am 17. November 2022)



Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie

5.1

(1) Die Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie war durch ein Monitoring zu begleiten. Das Gesundheitsministerium legte im Jahr 2016 einen ersten und im Jahr 2020 einen zweiten „Monitoring–Bericht der nationalen Gesundheitsförderungsstrategie“ vor, jeweils beschlossen durch die Bundes–Zielsteuerungskommission. Die Berichte bezogen sich auf die Mittel der Landesgesundheitsförderungsfonds.

Ein Monitoring auch weiterer Maßnahmen diskutierte die Fachgruppe Public Health im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit bereits im Jahr 2014; sie hielt fest, dass die Aussagekraft des bestehenden Monitorings eingeschränkt sei. Ein Beschluss zur Einbeziehung weiterer Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in das Monitoring unterblieb jedoch.

Der erste Monitoringbericht enthielt keine Vergleiche zwischen den neun Landesgesundheitsförderungsfonds. In den folgenden Diskussionen in den Gremien der Zielsteuerung–Gesundheit standen Bund und Sozialversicherung gemeinsamen, länderübergreifenden Projekten positiv gegenüber. Allerdings verwiesen die Länder in der Fachgruppe Public Health darauf, dass die meisten Mittel der Landesgesundheitsförderungsfonds bereits verplant seien und eine Abstimmung nur in spezifischen Bereichen von Interesse sei.

Der zweite Monitoringbericht aus 2020 hielt dazu fest, dass die Arbeiten und Beschlüsse der Landesgesundheitsförderungsfonds auf das jeweilige Land fokussiert seien. Austausch und Vernetzung generell und über Landesgrenzen hinaus erfolgten im Rahmen von fondsfinanzierten Maßnahmen kaum.

(2) Eines der fünf Hauptziele des Monitorings war die Beobachtung der Wirkung der Strategie. Die Fachgruppe Public Health diskutierte im Jahr 2014, dass das Monitoring die Wirkung der Strategie auf die Gesundheit der Bevölkerung nicht darstelle. Der erste Monitoringbericht bewertete nur, ob die Maßnahmen der inhaltlichen Schwerpunktsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie entsprachen und ob sie deren Grundsätze und Qualitätskriterien einhielten. Die Wirkung einzelner Projekte bewertete der Bericht nicht, weil sich die Länder in der Fachgruppe Public Health dagegen aussprachen.

Auch im Vorfeld des zweiten Monitoringberichts konnte sich die Fachgruppe Public Health im Jahr 2018 nicht auf ein Monitoring der Wirkung einigen, weil die Länder eine Nachverfolgung der Qualität der Maßnahmen weiterhin infrage stellten. Der Bund forderte in der Fachgruppe zwar zu einer Weiterentwicklung auf, um die Wirksamkeit der Maßnahmen im Nachhinein evaluieren zu können, dies erfolgte allerdings nicht; es wurden keine Parameter zur Wirkung von Maßnahmen erfasst.



(3) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Jahr 2021 gab es neben den Monitoringberichten zur Gesundheitsförderungsstrategie und jenen zu den Vorsorgemitteln auch andere zur Steuerung nutzbare Berichte: Die GÖG und das Gesundheitsministerium erstellten einen Monitoringbericht zu den Gesundheitszielen, eine Analyse von Outcomes im Gesundheitswesen sowie Erhebungen der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Monitoringsysteme unterschieden sich in Umfang und Zielsetzung. Es war trotz des Monitorings unklar, wie viele Akteure und Organisationen in Österreich Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention erbrachten und wie sich dieser Bereich in den letzten Jahren entwickelt hatte. Bereits Anfang 2015 hatte die Fachgruppe Public Health eine nähere Abstimmung zwischen den Prozessen der Gesundheitsziele und der Gesundheitsförderungsstrategie diskutiert. Allerdings konnten die Zielsteuerungspartner in der Fachgruppe Public Health nur Einigkeit über eine Abstimmung der Monitoringberichte zu den Gesundheitszielen erreichen, nicht über weitere Koordinationsmöglichkeiten.¹⁷

Auf die fehlende Abstimmung der Monitoringsysteme wies auch die Studie der GÖG „Gesundheitsförderungsmonitoring in Österreich: Referenzrahmen und Statusquo-Analyse“ aus dem Jahr 2019 hin. Monitorings mit einem direkten Bezug zur Gesundheitsförderung würden zeitgleich erfolgen und inhaltliche Überschneidungen aufweisen, was einen integrierten Gesamtüberblick verhindere und auf Seiten der Informationsbereitsteller einen teilweise unnötigen Mehraufwand erzeuge. Die zuständigen Gremien behandelten diese Studie bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung im Jahr 2021 nicht.

- 5.2 (1) Der RH erachtete es grundsätzlich als positiv, dass ein Monitoring die Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie begleiten sollte. Er merkte aber kritisch an, dass es sich auf die Mittel der Landesgesundheitsförderungsfonds in Höhe von jährlich 15 Mio. EUR beschränkte und das Interesse der Länder an einem länderübergreifenden Austausch begrenzt war. Vor dem Hintergrund, dass sich die Ausgaben für die von der Gesundheitsförderungsstrategie abgedeckten Bereiche Gesundheitsförderung und Primärprävention auf 69,84 Mio. EUR bzw. 296,61 Mio. EUR (beides 2016, TZ 4) beliefen, erschienen die Reichweite und der Mehrwert des Monitorings begrenzt.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit weitere relevante Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in das Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie einzubeziehen, um einen umfassenden Überblick zu erhalten.

¹⁷ Das Gesundheitsministerium teilte dem RH im August 2021 mit, dass auf konzeptioneller und technischer Ebene Voraussetzungen geschaffen werden seien, bestehende Monitoringsysteme besser zu verknüpfen. So sei in der Projektdokumentation des Fonds Gesundes Österreich bereits eine bestmögliche Abstimmung der Kriterien und Dokumentationsroutinen mit denen der Landesgesundheitsförderungsfonds und der Vorsorgemittel vorgesehen.



(2) Der RH kritisierte, dass das Monitoring nicht darauf ausgelegt war, die Wirkung von Maßnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu evaluieren.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, sich in der Zielsteuerung–Gesundheit weiterhin dafür einzusetzen, im Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie auch die Wirkung der Maßnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu evaluieren.

(3) Der RH hielt kritisch fest, dass es neben dem Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie weitere Monitoringsysteme zur Gesundheitsförderung und Prävention gab, die bis zur Zeit der Geburgsüberprüfung 2021 nicht miteinander abgestimmt waren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, sich in der Zielsteuerung–Gesundheit weiterhin um die Abstimmung aller Monitoringsysteme im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu bemühen, um damit einen guten Überblick und eine umfassende Steuerungsgrundlage für einen zielgerichteten Mitteleinsatz zu erlangen. Dafür wären auch die Ergebnisse der 2019 von der GÖG erstellten Studie „Gesundheitsförderungsmonitoring in Österreich: Referenzrahmen und Statusquo–Analyse“ heranzuziehen und klare Umsetzungsverantwortlichkeiten zu definieren.

5.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums würden die Partner der Zielsteuerung–Gesundheit das Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie zur Zeit der Stellungnahme diskutieren, um dieses insbesondere um die Wirkungsmessung zu ergänzen und um andere Maßnahmen zu erweitern. Das Gesundheitsministerium strebe in den Verhandlungen eine möglichst breite Einbeziehung bei hoher Qualität an, insbesondere Daten des Fonds Gesundes Österreich und aus der Agenda Gesundheitsförderung könnten (schrittweise) in das Monitoring integriert werden.

(2) Das Gesundheitsministerium habe sich bereits in der Vergangenheit in den Gremien der Zielsteuerung–Gesundheit dafür eingesetzt, deren Monitoring um die Wirkung der Maßnahmen zu ergänzen; es verfolge dieses Ziel weiter.

(3) Eine bessere Abstimmung der bestehenden Monitoringsysteme sei derzeit Gegenstand vorbereitender Arbeiten für die Gremien der Zielsteuerung–Gesundheit. Hierfür seien allerdings insbesondere auch methodisch–technische Herausforderungen der unterschiedlichen Monitoringsysteme zu erörtern und zu bewältigen. Wesentliche Herausforderung sei hier, gleichzeitig die methodische Qualität für alle Systeme nach oben anzulegen.



Struktur und Höhe der Ausgaben

6.1 (1) Einen Gesamtüberblick über die öffentlichen Ausgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ließ das Gesundheitsministerium zuletzt im März 2016 mit Daten des Jahres 2012 und im März 2019 mit Daten des Jahres 2016 von der GÖG erheben.

Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 sah vor, dass zur Unterstützung des zielgerichteten Mitteleinsatzes für Gesundheitsförderung und Prävention zeitnahe und detaillierte Informationen über die Ausgaben der öffentlichen Hand in diesen Bereichen zur Verfügung stehen sollten. Die strategische Planung der Mittelverwendung und das abgestimmte Vorgehen von Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung von Maßnahmen sollten durch die Erhebung der Ausgaben unterstützt werden.

Die GÖG erfasste die Gesundheitsförder– und Präventionsausgaben 2016 mittels eines (standardisierten) Erhebungsbogens beim Bund inklusive Fonds Gesundes Österreich (Vollerhebung), bei den Ländern (Teilerhebung als Annäherung an die Vollerhebung 2012) und bei der Sozialversicherung (Vollerhebung). Auf Ebene der Gemeinden schrieb sie alle „Gesunden Städte“¹⁸ und Statutarstädte an, bei den weiteren Gemeinden führte sie eine Stichprobenerhebung samt Hochrechnung durch.

Eine Trennung der Ausgaben einzelner Ressorts auf Bundesebene war nicht Ziel der Erhebungen. Der RH grenzte deshalb anhand der Daten aus den Erhebungen die Ausgaben des Gesundheitsministeriums von den übrigen Bundesausgaben näherungsweise ab. Dies ergab für das Gesundheitsministerium im Jahr 2016 rd. 41 Mio. EUR (2 % der gesamten öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention).

(2) Gemäß den Erhebungen waren die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention von 2,013 Mrd. EUR im Jahr 2012 um 0,428 Mrd. EUR auf 2,441 Mrd. EUR im Jahr 2016 (+21,3 %) gestiegen. Die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben erhöhten sich in diesem Zeitraum um 12,6 %.

¹⁸ „Gesunde Städte“ ist ein Netzwerk österreichischer Städte zur Förderung der Gesundheit in Städten durch Erfahrungsaustausch, Informationstransfer und gemeinsame Projekte.



Gesundheitsförderung und Prävention

Für das Jahr 2016 zeigte sich folgende Ausgabenverteilung:

Tabelle 1: Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention 2016

Ausgabenarten	Bund	Länder		Gemeinden		Sozialversicherung		Summe (Anteil an Summe)	
in Mio. EUR ¹ (Anteil an Summe in %)									
Gesundheitsförderung	10,32	(15)	29,95	(43)	6,48	(9)	23,10	(33)	69,84 (3)
Primärprävention	41,56	(14)	49,59	(17)	7,96	(3)	197,49	(67)	296,61 (12)
Sekundärprävention	81,50	(28)	17,67	(6)	2,57	(1)	189,09	(65)	290,83 (12)
Tertiärprävention	0,22	(0)	65,63	(4)	0,63	(0)	1.475,35	(96)	1.541,84 (63)
Capacity Building ²	1,80	(38)	1,39	(29)	0,16	(3)	1,43	(30)	4,78 (0)
nicht zuordenbar ³	—	—	—	—	—	—	237,35	(100)	237,35 (10)
Summe	135,41	(5)	164,22	(7)	17,80	(1)	2.123,82	(87)	2.441,25 (100)
ohne Tertiärprävention	135,18	(15)	98,60	(11)	17,17	(2)	648,47	(72)	899,42 (37)

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH

¹ Erhoben im Jahr 2019; zur Zeit der Gebarungsüberprüfung (2021) waren aktuellere Daten nicht verfügbar.

² Aufbau und Verbesserung von Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention (u.a. Fortbildung)

³ präventive Ausgaben im niedergelassenen Bereich, keiner Ausgabenart zuordenbar

Von den 2,441 Mrd. EUR gab die Sozialversicherung den größten Teil aus: 2,124 Mrd. EUR oder 87 % aller Mittel. Ohne Tertiärprävention (analog zur Darstellung der OECD) lagen die gesamten Ausgaben bei 899,42 Mio. EUR und jene der Sozialversicherung bei 648,47 Mio. EUR (72 %).

In die Zuständigkeit der Sozialversicherung fielen

- nahezu der gesamte Bereich (95,7 %) der Tertiärprävention, vor allem Rehabilitation und Kuren, der zudem fast zwei Drittel der gesamten Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention ausmachte,
- 66,6 % der Primärprävention, vor allem Zahngesundheit, Prävention von Arbeitsunfällen und altersbedingten Erkrankungen, und
- 65,0 % der Sekundärprävention, vor allem Vorsorgeuntersuchungen.

7 % der Ausgaben entfielen auf die Länder, 5 % auf den Bund und 1 % auf die Gemeinden.

(3) Die genannten Leistungen finanzierte fast ausschließlich (98,6 %) die Sozialversicherung. In folgenden – betragsmäßig kleineren – Bereichen war die Finanzierung geteilt:

- Gesundheitsförderung:
 - Kindergarten und Schule: Bund 8 %, Länder 47 %, Gemeinden 10 %, Sozialversicherung 35 %,



- Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung:
Bund 33 %, Länder 26 %, Gemeinden 6 %, Sozialversicherung 35 %,
- Primärprävention:
 - psychosoziale Interventionen: Bund 24 %, Länder 26 %, Gemeinden 7 %, Sozialversicherung 43 %,
 - Impfwesen: Bund 37 %, Länder 40 %, Gemeinden 0 %, Sozialversicherung 23 %.

Diese Informationen waren in den Erhebungsergebnissen zu den Ausgaben enthalten, daraus abgeleitete Abstimmungserfordernisse waren aus den Protokollen der Zielsteuerungsgremien nicht ersichtlich.

- 6.2 Der RH hielt fest, dass die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit den betragsmäßig höchsten Ausgaben in der Verantwortung der Sozialversicherung lagen. Insbesondere gab diese im Jahr 2016 für Tertiärprävention (vor allem Rehabilitation und Kuren) 1,475 Mrd. EUR aus, was fast zwei Drittel der gesamten Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (2,441 Mrd. EUR) entsprach. Auch wenn der ausgabenseitige Schwerpunkt überwiegend bei der Sozialversicherung lag, hielt der RH ein abgestimmtes Vorgehen nach gemeinsamen Zielen für zweckmäßig, vor allem bei Maßnahmen, bei denen verschiedene Partner Projekte (gemeinsam) durchführten und finanzierten. Dies betraf die Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen, die Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung oder die psychosozialen Interventionen.

Gemäß dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 sollte die Kenntnis der Ausgaben die strategische Planung der Mittelverwendung und das abgestimmte Vorgehen von Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung von Maßnahmen fördern. Der RH kritisierte, dass Ende 2021 nur Daten für das Jahr 2016 verfügbar waren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, in der Zielsteuerung-Gesundheit auf eine regelmäßige Erhebung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention und ihre verstärkte Nutzung gemäß dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 (Förderung der strategischen Planung der Mittelverwendung und des abgestimmten Vorgehens von Bund, Ländern und Sozialversicherung) hinzuwirken.

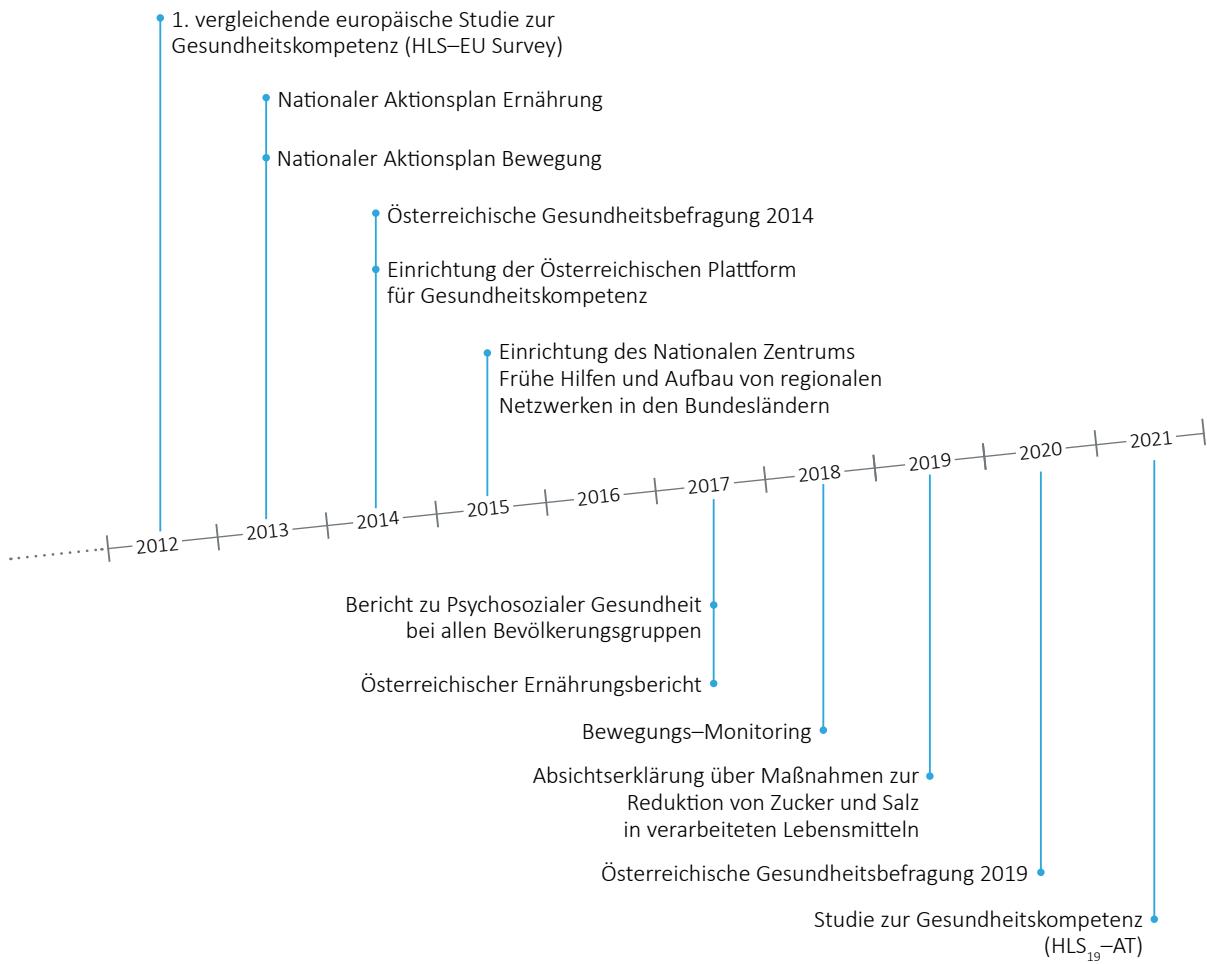
- 6.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums strebe es an, auch die Erhebung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention durch regelmäßige und breite Ermittlung der Kapazitäten und Ressourcen in das Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie einzubeziehen.

Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention

Übersicht

- 7 Aktivitäten zur Steigerung der gesunden Lebensjahre setzte das Gesundheitsministerium bis Ende 2021 vor allem in den nachfolgenden Bereichen (im Detail siehe [TZ 8](#) bis [TZ 15](#)):

Abbildung 2: Wesentliche Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention zur Steigerung der gesunden Lebensjahre



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH



Frühe Hilfen

8.1 (1) Die WHO Europa veröffentlichte im Jahr 2004 einen Bericht zu sozialen Determinanten von Gesundheit, aus dem hervorging, dass schwierige soziale und wirtschaftliche Lebensumstände den Gesundheitszustand eines Menschen lebenslang beeinflussen. Nachteilige Startbedingungen bei Kindern – wie mangelhafte Ernährung, Stress der Mutter, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Bewegungsarmut und unangemessene Schwangerschaftsbetreuung – würden die Entwicklung des Fötus und die Gesundheit des Kindes im weiteren Leben gefährden. Vor diesem Hintergrund beauftragte das Gesundheitsministerium die GÖG mit einem Grundlagenprojekt über eine verbesserte Chancengerechtigkeit für diese Familien.

Die GÖG entwickelte in den Jahren 2011 bis 2014 ein Modell für sogenannte Frühe Hilfen mit dem Ziel, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Dieses Modell umfasste ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur gezielten Frühintervention vor allem bei Schwangeren und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis maximal sechs Jahre. Besondere Zielgruppe waren Eltern in belasteten Lebenssituationen – wie finanzielle Notlage, psychische Erkrankung bzw. Suchterkrankung, minderjährige oder kranke Schwangere sowie Kinder mit besonderen Bedürfnissen.

Das Modell basierte darauf, dass Fachkräfte, die bei Betroffenen Bedarf an Frühen Hilfen sahen, mit deren Einverständnis ein regionales Frühe-Hilfen-Netzwerk kontaktierten. Interessierte Familien konnten sich auch direkt an das Netzwerk wenden. Aus diesen Kontaktaufnahmen konnte eine Familienbegleitung resultieren. Familienbegleiterinnen führten Hausbesuche durch, begleiteten die Betroffenen zu Terminen, unterstützten bei mangelnden Deutschkenntnissen oder Behördenanträgen.

(2) Das bei der GÖG Anfang 2015 eingerichtete Nationale Zentrum Frühe Hilfen sollte für Vorgaben sorgen, die eine bundesweit einheitliche Steuerung und Koordination, die fachliche Weiterentwicklung, überregionale Vernetzung und den Erfahrungsaustausch ermöglichen. Gleichzeitig begann der Auf- und Ausbau von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken in den Ländern. Die Finanzierung erfolgte aus Mitteln der Landesgesundheitsförderungsfonds.

Im Jahr 2016 waren in allen Ländern Frühe Hilfen eingerichtet, bis Ende 2020 23 regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke in 65 von 116 Bezirken aktiv. Burgenland, Salzburg und Vorarlberg waren flächendeckend mit Frühen Hilfen versorgt, die Steiermark und Wien wiesen einen vergleichsweise geringeren Deckungsgrad auf. Damit konnten die Netzwerke 55,3 % aller Geburten in Österreich abdecken. Insgesamt erhielten im Jahr 2020 2.198 Familien Unterstützung, wobei die durchschnittliche



Dauer der Begleitung im Vergleich zu 2019 um 37 % auf 260 Tage anstieg. Laut Jahresbericht 2020 erreichte das Netzwerk Frühe Hilfen während der Lockdowns aufgrund von COVID-19 (infolge Ausgangsbeschränkungen, Schließung von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, Abstandsregeln) weniger Familien als in anderen Jahren und waren vermittelnde Institutionen und unterstützende Dienstleisterinnen und Dienstleister in geringerem Ausmaß verfügbar.

(3) Insbesondere die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsförderungsfonds finanzierten die Frühen Hilfen. Folgende Aufwendungen fielen an bzw. waren geplant:

Tabelle 2: Mittel für Frühe Hilfen

	aufgewendete Mittel		geplante Mittel	
	2011 bis 2014	2015 bis 2016	Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021	
	gesamt	gesamt	jährlich	zusätzlich
in EUR				
Vorsorgemittel der Bundesgesundheitsagentur	470.000	4.800.000	2.700.000	–
Landesgesundheitsförderungsfonds	–	2.300.000	1.700.000	–
Diverses Bund ¹	5.000	80.000	–	45.000
Sozialversicherung ²	5.000	15.000	–	10.000
Länder	n.v.	n.v.	1.000.000	–
Fonds Gesundes Österreich ³	–	105.000	–	–
Summe	480.000	7.300.000	5.400.000	55.000

n.v. = nicht verfügbar

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH

¹ finanzielle Unterstützung für spezifische Aktivitäten, insbesondere Evaluation/Begleitforschung (Gesundheitsministerium) und Tagungen (Gesundheitsministerium sowie für Familien zuständiges Ministerium)

² ohne Modellprojekt „Gut begleitet von Anfang an“, das 2013 bis 2015 in Kooperation von fünf Gebietskrankenkassen mit der Liga für Kinder- und Jugendgesundheit durchgeführt und aus den Mitteln „Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen–Pharmavertrag, eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung“ gefördert wurde

³ finanzielle Unterstützung der Evaluierung und der Fachtagung 2016

Vor allem ab 2015 fielen relevante Ausgaben an, da in diesem Jahr der Auf- und Ausbau der regionalen Netzwerke in den Ländern begann. Für die Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 waren die Ausgaben auf 5,40 Mio. EUR jährlich festgelegt.

(4) Im Regierungsprogramm 2020–2024 waren die flächendeckende Bereitstellung und der Ausbau der Frühen Hilfen vorgesehen. Auch im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 waren die Weiterentwicklung und nachhaltige Verankerung von Frühen Hilfen in Österreich, inklusive der Festlegung eines nachhaltigen Finanzierungsmodells, festgelegt.



Im Juni 2019 beschlossen Bund, Länder und Sozialversicherung in der Bundes-Zielsteuerungskommission, die Frühen Hilfen in Österreich nach 2021 weiterzuführen. Der flächendeckende und bedarfsgerechte Ausbau sowie die nachhaltige Verankerung und Finanzierung sollten unterstützt werden.

Dazu fanden im Herbst 2020 und im Frühjahr 2021 zwei Abstimmungsgespräche zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung statt, bei der die Teilnehmenden eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG zur rechtlichen Verankerung sowie eine Drittelfinanzierung durch Bund, Länder und Sozialversicherung befürworteten. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Jahr 2021 sollte eine Arbeitsgruppe die Inhalte einer solchen Vereinbarung erarbeiten.

- 8.2 Der RH sah die Einrichtung, Entwicklung und Betreuung des Frühe–Hilfen–Netzwerks als Beispiel für eine gezielte Intervention in der Gesundheitsförderung und Prävention. Er würdigte, dass der Aufbau einem Konzept mit bundesweit einheitlichen Vorgaben und einheitlicher Steuerung sowie einer Umsetzung in den Ländern auf regionaler Ebene folgte. Er hielt positiv fest, dass mit den Jahresberichten ein Instrument zur Steuerung der Frühen Hilfen bereitstand.

Kritisch hielt der RH fest, dass die Frühen Hilfen weder nachhaltig verankert noch deren Finanzierung nachhaltig gesichert waren, merkte jedoch die Beschlüsse aller Beteiligten zur Fortsetzung der Frühen Hilfen über 2021 hinaus positiv an. Weiters vermerkte er, dass die flächendeckende Bereitstellung der Frühen Hilfen zwar im Regierungsprogramm 2020–2024 vorgesehen, der Ausbau der regionalen Frühen–Hilfen–Netzwerke jedoch erst in 65 von 116 Bezirken erfolgt war und nur das Burgenland, Salzburg und Vorarlberg flächendeckend mit Frühen Hilfen versorgt waren.

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Arbeiten an einer ab 2022 gelgenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG mit den Zielsteuerungspartnern zeitnah abzuschließen, um die Frühen Hilfen auf eine rechtliche Basis zu stellen, die deren bundesweiten Ausbau und die Finanzierung nachhaltig sicherstellt.](#)

- 8.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei die rechtliche Basis zur Verankerung der Frühen Hilfen im § 59e Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz¹⁹ (**KAKuG**) geschaffen und ihre Finanzierung infolge des bis Ende 2023 verlängerten Finanzausgleichs sichergestellt worden.

Im Rahmen des Österreichischen Aufbau– und Resilienzplans würde in den Jahren 2022 bis 2024 der österreichweite, flächendeckende und bedarfsgerechte Ausbau der Frühen Hilfen in allen 116 Bezirken mit 15 Mio. EUR gefördert. Zur nachhaltigen Finanzierung der Frühen Hilfen ab 2024 würden weiterhin eine Vereinba-

¹⁹ BGBl. 1/1957 i.d.g.F.



rung gemäß Art. 15a B–VG sowie eine Drittelfinanzierung durch Bund, Länder und Sozialversicherung angestrebt; dazu bestehe eine Arbeitsgruppe.

Gesundheitskompetenz

- 9.1 (1) Sowohl im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 als auch in den Gesundheitszielen und in der Gesundheitsförderungsstrategie war die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung als wichtiger Eckpunkt der Gesundheitsförderung ausgewiesen; auch in den Regierungsprogrammen 2017–2022 und 2020–2024 war sie ein ausdrückliches Ziel. Rechtlich war die Stärkung der Gesundheitskompetenz im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz²⁰ und im Gesundheits– und Krankenpflegegesetz²¹ verankert.

Die Gesundheitskompetenz umfasste „das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung [...], Prävention [...] und Krankenversorgung [...] Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen“²²

Untersuchungen u.a. der WHO zeigten, dass Gesundheitskompetenz eine soziale Komponente hatte und besonders Menschen mit niedriger Bildung und in einer finanziell prekären Situation geringe Gesundheitskompetenz aufwiesen. Diese Menschen betrieben weniger Sport, ernährten sich schlechter, hatten einen höheren Body–Mass–Index (**BMI**)²³, waren häufiger chronisch krank, hatten daher mehr Arztbesuche und belasteten dadurch das Gesundheitssystem stärker. Die WHO ging davon aus, dass die Gesundheitskompetenz der Menschen verbessert werden kann, wenn ihnen der Zugang zu aktueller Gesundheitsinformation erleichtert wird und sie die Qualität der Informationen einschätzen können. Während der COVID–19–Pandemie zeigte sich, dass eine hohe Gesundheitskompetenz den Umgang mit Informationen zur Pandemie unterstützen und daher auch für die Krisenbewältigung wesentlich sein kann.

- (2) Um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, die Aktivitäten im Bereich Gesundheitskompetenz zu vernetzen und die Kapazitäten zu bündeln, empfahl die Bundesgesundheitskommission im Dezember 2014 die Einrichtung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz beim Fonds Gesundes Öster-

²⁰ BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

²¹ BGBl. I 108/1997 i.d.g.F.

²² <https://oepgk.at/glossary/gesundheitskompetenz-2/> (abgerufen am 17. November 2022)

²³ Der BMI ist eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen im Verhältnis zu seiner Körpergröße.



reich. Das Kernteam als Koordinierungsgremium der Plattform umfasste nicht nur Bund, Länder und Sozialversicherung, sondern auch Landesgesundheitsfonds und im Bereich der Gesundheitskompetenz tätige Organisationen. Die Plattform erarbeitete Schwerpunktprogramme und veranstaltete jährlich Konferenzen, Netzwerktreffen und Workshops zu Schwerpunktthemen.

Ziel der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz waren Maßnahmen im Bereich des Gesundheitssystems und für die Bevölkerung. Vor allem in der Steiermark sowie in Niederösterreich, Oberösterreich und Wien wurden Maßnahmen gesetzt. Schwerpunkte waren etwa die Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung oder die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen.

Mitte 2021 war eine Arbeitsgruppe der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz unter Vorsitz des Bundes und mit Teilnehmenden von Bund, Ländern und Sozialversicherung im Auftrag der Fachgruppe Public Health damit befasst, Konzepte für eine systematischere und integrierte Umsetzung der Maßnahmen auf regionaler Ebene zu erarbeiten. Die Ergebnisse sollten in die Verhandlungen der nächsten Periode der Zielsteuerung–Gesundheit eingebbracht werden.

Die Gesundheitskompetenz war auch ein Schwerpunkt im Arbeitsprogramm Gesundheitsförderung 21+, mit dem Ziel, Gesundheitsinformation verstärkt zu Maßnahmen der Nationalen Aktionspläne Bewegung und Ernährung in den Gesundheitseinrichtungen zu vermitteln.

(3) Der Fonds Gesundes Österreich, die Bundesgesundheitsagentur und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Hauptverband**) – seit 2020 bezeichnet als Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**) – finanzierten die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz und die Schwerpunktprogramme zur Gesundheitskompetenz wie folgt:

Tabelle 3: Finanzierung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz und ihrer Schwerpunktprogramme

	2015	2016	2017	2018	2019
in EUR					
Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz – Koordinationsstelle	350.000	350.000	350.000	350.000	350.000
inhaltliche Schwerpunkte	73.825	65.885	89.710	177.475	364.142
weitere bundesweite Maßnahmen	–	–	34.150	37.325	49.601
Summe	423.825	415.885	473.860	564.800	763.743

Quelle: Gesundheitsministerium



Zusätzlich schätzte das Gesundheitsministerium, dass die Mitglieder der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz von 2015 bis 2019 800.000 EUR bis 1,5 Mio. EUR zur Maßnahmenumsetzung beitrugen. Die Mittelvergabe erfolgte jährlich, was die Planungssicherheit erschwerte. Laut Gesundheitsministerium sollte ein Konzept zur nachhaltigen Finanzierung und Verankerung der Plattform in die nächsten Verhandlungen zum Finanzausgleich eingebracht werden, wobei die Ende 2021 auslaufende Periode bis Ende 2023 verlängert wurde.

(4) Um die Ergebnisse der Aktivitäten zu messen, nahmen das Gesundheitsministerium, die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz und die GÖG an einer zweiten internationalen Vergleichsstudie zum Thema Gesundheitskompetenz im Rahmen des Aktionsnetzwerks „Measuring Population and Organizational Health Literacy“²⁴ der WHO teil. Eine internationale Vergleichsstudie, die diese Ergebnisse aufnimmt, sollte im ersten Halbjahr 2022 veröffentlicht werden.

- 9.2 (1) Der RH hielt positiv fest, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz in den Gesundheitszielen, der Gesundheitsförderungsstrategie und auch in den Regierungsprogrammen 2017–2022 und 2020–2024 als Ziel genannt war. Er sah die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz als strukturierte Einrichtung zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Österreich. Allerdings hielt er kritisch fest, dass diese bis Mitte 2021 nur in vier Ländern und auf Bundesebene aktiv war, in den anderen Ländern aber kaum.

Der RH sah positiv, dass das neue Arbeitsprogramm Gesundheitsförderung 21+ eine Verknüpfung unterschiedlicher Bereiche der Gesundheitsförderung wie Gesundheitskompetenz, Ernährung und Bewegung vorsah und Gesundheitseinrichtungen in die Umsetzung einbeziehen wollte.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Mitgliedern der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz in allen Ländern den Ausbau der Maßnahmen zur Gesundheitskompetenz voranzutreiben. Dazu sollte die Arbeitsgruppe der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz unter Vorsitz des Bundes zeitnah der Bundes–Zielsteuerungskommission das Konzept für eine bundesweite Ausrollung von konkreten Maßnahmen auf regionaler Ebene vorlegen und diese mit messbaren Ergebnisindikatoren unterlegen.

(2) Der RH merkte an, dass die nachhaltige Finanzierung und Verankerung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz vom nächsten Finanzausgleich (voraussichtlich ab 2024) abhängig war. Er erachtete es jedoch als kritisch, dass bis dahin ihre Finanzierung jährlich befristet und eine längerfristige und umfassendere Planung nicht möglich war.

²⁴ Dieses im Jahr 2018 in Wien gegründete Netzwerk stand allen 53 Mitgliedstaaten von WHO Europa offen und verfügte über 22 Mitglieder.



Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, das Konzept für eine nachhaltige Verankerung und Finanzierung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz möglichst zeitnah zu erarbeiten und mit den Zielsteuerungspartnern abzustimmen, um damit die Grundlage für eine längerfristige Planung und breite Umsetzung von Aktivitäten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu schaffen.

- 9.3 (1) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass gemäß einer Ende 2021 vorgelegten Bedarfs- und Angebotsanalyse zum Umsetzungsstand der Gesundheitskompetenz in Österreich die bisher umgesetzten Maßnahmen erfolgreich angenommen worden seien. Zur nachhaltigen Verankerung von Gesundheitskompetenz in Österreich seien sogenannte Modellregionen für Gesundheitskompetenz geplant. Das Rahmenkonzept dafür entwickle seit April 2021 die Arbeitsgruppe der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz.

Ziel sei es, in der nächsten Finanzausgleichsperiode in den Modellregionen qualitätsgesicherte, erprobte Maßnahmen zur Gesundheitskompetenz in einem regionalen Zusammenhang integriert zu planen, zu implementieren und zu evaluieren sowie in der Folge auf Basis der Evaluationsergebnisse bundesweit auszurollen. Dabei solle an bestehende Strukturen und Programme der Gesundheitsförderung (z.B. Gesunde Schule) und des Versorgungsbereichs (z.B. Primärversorgungseinheiten) angeknüpft werden. Die umfassende interne und externe Evaluierung mit messbaren Ergebnisindikatoren solle stärkeres Augenmerk auf Wirkungsmonitoring legen.

(2) Ein längerfristiges Finanzierungskonzept der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz solle in der laufenden Periode der Zielsteuerung Gesundheit die Fachgruppe Public Health unter Berücksichtigung der zweiten Evaluation der Plattform erarbeiten. Der Endbericht der zweiten Evaluation liege bis Ende November 2022 vor und solle eine wesentliche Grundlage für das Konzept zur nachhaltigen Finanzierung und Verankerung der Plattform gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern bilden. Eine Abstimmung mit den Zielsteuerungspartnern sei nach Vorlage des Endberichts geplant.



Ernährung und Bewegung

Datenlage zu Übergewicht und Adipositas

- 10.1 (1) Laut einer Studie der WHO zur globalen Krankheitslast war die Gesundheit der Bevölkerung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region am stärksten durch Ernährungsfaktoren bedroht, weil Fehlernährung zu Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit)²⁵ sowie zu anderen nicht übertragbaren Krankheiten führte und dadurch hohe soziale und ökonomische Kosten auslöste. Laut dem Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) der WHO waren in 87 % aller Mitgliedstaaten der Europäischen Region mehr als 50 % der Erwachsenen übergewichtig oder adipös. Aber auch immer mehr Kinder und Jugendliche waren von Übergewicht und Adipositas und damit einhergehenden körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen – wie Diabetes oder Depression – betroffen. Neben dem mit frühzeitigem Übergewicht und dessen Folgen verbundenen persönlichen Leid führte der sinkende Altersschnitt bei nicht übertragbaren Krankheiten auch zu einer erheblichen Belastung der Gesundheitssysteme.

Die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas war laut WHO in Bevölkerungsgruppen, die sozial und ökonomisch schlechter gestellt waren, höher, weil für sie gesunde Lebensmittel schwer zu bekommen und Sportangebote schlecht zu erreichen seien. Wie das Gesundheitsministerium in seinem Arbeitsprogramm Gesundheitsförderung 21+ festhielt, habe die COVID-19-Pandemie diese ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen noch verschärft, weil dieselben Bevölkerungsgruppen im Hinblick auf Erkrankungsrisiko und –verlauf, aber auch durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie stärker betroffen seien.

- (2) In Österreich lag der Anteil der ab 15-Jährigen mit Übergewicht oder Adipositas laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 bei 51 %. Diese Daten basierten allerdings auf der Selbsteinschätzung der Befragten, die oft ein zu niedriges Gewicht angaben.²⁶ Hinzu kam, dass die ab März 2020 getroffenen Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID-19 – insbesondere die wiederholten Lockdowns – mit einer Reduzierung sowohl der körperlichen Alltagsaktivität als auch der sportlichen Betätigung verbunden waren. Dies führte laut einer Studie der Universität Graz auch bei Kindern zu einer Verringerung der Herz- und respiratorischen Fitness sowie einer

²⁵ Als Übergewicht klassifizierte die WHO einen BMI bei Erwachsenen von 25,0 bis 29,9, als Fettleibigkeit einen BMI von mindestens 30. Übergewicht und Fettleibigkeit gelten als Risikofaktoren für zahlreiche Gesundheitsprobleme wie Bluthochdruck, hohe Cholesterinwerte, Diabetes, Herz- und Gefäßerkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparats.

²⁶ Kurth/Ellert, Estimated and measured BMI and self-perceived body image of adolescents in Germany. Obesity Facts 3 (2010) S. 181 bis 190



Erhöhung des BMI.²⁷ Dementsprechend war davon auszugehen, dass sich die COVID–19–Pandemie auch auf die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen auswirkte. Aktuelle österreichweite Daten zum Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen waren im Gesundheitsministerium nicht vorhanden.

Das Gesundheitsministerium hatte zuletzt von Oktober 2016 bis Februar 2017 für Schülerinnen und Schüler der 3. Schulstufe – mit einem Alter von acht bis neun Jahren – im Rahmen der WHO Adipositas Überwachungs–Initiative im Kindesalter²⁸ Körpergröße, Körpergewicht, Bauch– und Hüftumfang erheben lassen. Hierzu führten an 200 zufällig ausgewählten Schulen in ganz Österreich 35 speziell dafür geschulte Personen Untersuchungen durch. Demnach war einer von drei Schülern (29,2 %) bzw. eine von vier Schülerinnen (24,2 %) übergewichtig. Vergleichbare Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen anderer Altersklassen standen trotz deren Erhebung im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung nicht in auswertbarer Form zur Verfügung; der RH hatte dies in mehreren Berichten kritisiert (u.a. „Nationaler Aktionsplan Ernährung“ (Reihe Bund 2018/56, TZ 8)).

Im Jahr 2018 stellte der Gesetzgeber im Schulunterrichtsgesetz²⁹ klar, dass Schulärztinnen und Schulärzte nach Maßgabe einer zu erlassenden Verordnung auch Aufgaben der Gesundheitsvorsorge für die schulbesuchende Jugend wahrzunehmen hatten; u.a. periodische, stichprobenartige Untersuchungen der Schülerinnen und Schüler oder die elektronische Dokumentation von epidemiologisch relevanten Gesundheitsdaten wie Körpergewicht und Körpergröße. 2019 trat die Verordnung in Kraft³⁰; sie legte die Durchführung und elektronische Erfassung von Impfungen sowie die Mitwirkung der Schulärztinnen und Schulärzte bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten näher fest. Die im Gesetz vorgesehenen periodischen, stichprobenartigen Untersuchungen und die damit einhergehende Dokumentation relevanter Gesundheitsdaten unterblieben. Das Gesundheitsministerium verfügte über keine derartigen Gesundheitsdaten der Schülerinnen und Schüler.

²⁷ Die Studie *Jarnig/Jaunig/van Poppel*, Association of COVID–19 Mitigation Measures with Changes in Cardio-respiratory Fitness and Body Mass Index Among Children Aged 7 to 10 Years in Austria, ist abrufbar unter <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2783511> (abgerufen am 17. November 2022).

²⁸ WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)–Report on the fourth round of data collection, 2015–2017

²⁹ Die Änderung des Schulunterrichtsgesetzes (BGBl. 472/1986) – Einführung des § 66a – erfolgte durch BGBl. I 35/2018.

³⁰ Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend die Übernahme von Aufgaben der Gesundheitsvorsorge für die schulbesuchende Jugend durch Schulärztinnen und Schulärzte (SchulÄ–V), BGBl. II 388/2019



- 10.2 Der RH hielt fest, dass laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 51 % der Bevölkerung ab 15 Jahren übergewichtig bzw. adipös waren. Aufgrund einer ersten Studie zu den Auswirkungen der ab März 2020 getroffenen Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID–19 – insbesondere der wiederholten Lockdowns – war davon auszugehen, dass sich die COVID–19–Pandemie auch auf die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen auswirkte. Ange- sichts der persönlichen und volkswirtschaftlichen Folgen, die mit dem frühzeitigen Auftreten von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen verbunden waren, erachtete der RH die Erhebung repräsentativer Gesundheitsdaten wie Körpergewicht und Körpergröße, die Rückschlüsse auf die tatsächliche Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung zuließen, für wesentlich.

Er wies darauf hin, dass im Jahr 2018 im Schulunterrichtsgesetz eine gesetzliche Grundlage für die Wahrnehmung dieser gesundheitspolitischen Aufgaben durch die Schülärztinnen und Schülärzte geschaffen wurde. Nach Ansicht des RH war eine regelmäßige Erhebung von Gesundheitsdaten aller Schülerinnen und Schüler zweckmäßig; sie ermöglicht für diese Altersgruppe einen repräsentativen Querschnitt der gesamten Gesellschaft und kann dazu beitragen, von Übergewicht und Adipositas besonders betroffene Bevölkerungsgruppen leichter zu erreichen.

Der RH kritisierte, dass diese Bestimmung noch nicht umgesetzt war und das Gesundheitsministerium daher nicht über die erforderlichen Gesundheitsdaten verfügte, um Rückschlüsse auf das Ernährungs– und Bewegungsverhalten der Schülerinnen und Schüler ziehen zu können. Die Kenntnis dieser Daten wäre maßgeblich, um zielgerichtete gesundheitsfördernde Maßnahmen zu setzen, zu einer Verhal- tensänderung bei Kindern und Jugendlichen beizutragen und somit langfristig die gesunden Lebensjahre dieser Bevölkerungsgruppe steigern zu können.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium – wie bereits in seinem Bericht zur Diabetes–Prävention und –Versorgung (Reihe Bund 2019/43, TZ 9) –, auf eine Rege- lung hinzuarbeiten, die dem Gesundheitsministerium Zugang zu einheitlichen, elektronischen, gesundheitsbezogenen Daten aus schulärztlichen Untersuchungen bie- tet, und diese unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben für gesund- heitspolitische Analysen und entsprechende Maßnahmen zu nutzen.

Ergänzend verwies der RH auf die Untersuchung der 15– bis 17–jährigen Pflichtver- sicherten (Jugendlichenuntersuchung) und hielt fest, dass im Zeitraum 2013 bis 2017 berufstätige Jugendliche, die keine Berufsschulen besuchten, nicht öster- reichweit untersucht wurden.³¹

³¹ RH–Bericht „Diabetes–Prävention und –Versorgung“ (Reihe Bund 2019/43, TZ 8)



- 10.3 In seiner Stellungnahme gab das Gesundheitsministerium an, dass es gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (in der Folge: **Bildungsministerium**) im Sommer 2022 beim Digitalisierungsfonds um Mittel zur Digitalisierung des Schülärztlichen Dienstes (Ausstattung mit Laptop inklusive IT-Software) angesucht habe, um die Gesundheitsdaten von Schülerinnen und Schülern elektronisch erfassen und diese Daten in weiterer Folge für gesundheitspolitische Zwecke auswerten und analysieren zu können. Die Umsetzung dieses Vorhabens sei bis Ende 2023 vorgesehen.

Bund, Länder und Gemeinden hätten im Rahmen eines „Spending Review Projekts Schulgesundheit“ versucht, Empfehlungen zur durchlässigeren Gestaltung des Schülärztwesens zu erarbeiten. Deren Veröffentlichung durch das Bundesministerium für Finanzen (in der Folge: **Finanzministerium**) in einem Bericht stehe noch aus.

- 10.4 Der RH anerkannte die Bemühungen des Gesundheitsministeriums, die Datenerfassung im Schülärztlichen Dienst zu digitalisieren, um den von ihm empfohlenen Zugang zu den Daten künftig gewährleisten zu können.

Zum „Spending Review Projekt Schulgesundheit“ hielt er fest, dass dieses Projekt laut einer parlamentarischen Anfragebeantwortung durch den Finanzminister vom Mai 2021 bereits im Dezember 2019 finalisiert und im Februar 2020 ein Abschlussbericht erstellt worden sei. Demnach gebe es zwischen den Finanzausgleichspartnern u.a. Konsens über bundesweit standardisierte Untersuchungen, über die Weiterverwendung der von Schülärztinnen und –ärzten bzw. im niedergelassenen Bereich erhobenen Daten sowie über eine bundesweit einheitliche elektronische Dokumentation. Vor dem Hintergrund, dass neben einer 2018 geschaffenen gesetzlichen Grundlage seit Anfang 2020 offenbar auch ein Konsens in wesentlichen Fragen der Wahrnehmung von gesundheitspolitischen Aufgaben durch Schülärztinnen und Schülärzte gegeben war, bekräftigte der RH seine Kritik an dem immer noch fehlenden Zugang des Gesundheitsministeriums zu einheitlichen, elektronischen, gesundheitsbezogenen Daten aus schülärztlichen Untersuchungen.

Aktionspläne und Gesundheitsziele zur Förderung eines gesunden Lebensstils

- 11.1 (1) Aufgrund der starken Zunahme ernährungsbedingter Erkrankungen rief die WHO seit 2001 ihre europäischen Mitgliedstaaten in mehreren Aktionsplänen zu einer gezielten Nahrungs– und Ernährungspolitik auf, um für alle Menschen den Zugang zu einer bezahlbaren, ausgewogenen und gesundheitsförderlichen Ernährung sicherzustellen.



Neben gesunder Ernährung war für die Vermeidung von Übergewicht und Adipositas auch ausreichend Bewegung wesentlich. Auf die Tatsache, dass sich dennoch zwei Drittel der europäischen Bevölkerung zu wenig bewegten, hatten sowohl die Europäische Kommission mit „EU-Leitlinien für körperliche Aktivität“ als auch die WHO mit einer „Bewegungsstrategie für Europa 2016–2025“ reagiert und den Mitgliedstaaten politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung aufgezeigt.

(2) Während fast alle Länder der europäischen Region der WHO im Jahr 2002 Handlungskonzepte ausgearbeitet hatten, um dem steigenden Körpergewicht der Bevölkerung entgegenzuwirken, erstellte Österreich den ersten Nationalen Aktionsplan Ernährung erst im Jahr 2011 und den ersten Nationalen Aktionsplan Bewegung im Jahr 2013. Beide Pläne wollten die Gesundheit, Lebensqualität und Lebenserwartung der Bevölkerung steigern. Zusätzlich sollten durch eine gesündere Bevölkerung die Kosten für das Gesundheitswesen reduziert werden.

Der Nationale Aktionsplan Ernährung zielte darauf ab, den Anstieg von Übergewicht und Adipositas durch gesundheitsförderliche Lebensmittel, eine verbesserte Gemeinschaftsverpflegung und durch die Reduktion von Salz, Fett und Kohlehydraten insbesondere bei Kindern und Jugendlichen umzukehren oder zumindest zu stoppen. Der Aktionsplan verwies auch auf die seit 2011 vorliegende Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, die sich zum Ziel setzte, die gesundheitliche Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, ihre gesundheitlichen Ressourcen zu stärken und zu erhalten, die gesundheitliche Entwicklung so früh wie möglich zu fördern und gesundheitliche Risiken zu verringern.

Der Nationale Aktionsplan Ernährung wies zudem darauf hin, dass neben der Ernährung auch Bewegungsmangel zur Entstehung von Krankheiten beiträgt. Der aus dem Jahr 2013 stammende Nationale Aktionsplan Bewegung griff die Kombination von Ernährungs- und Bewegungsprogrammen, die Implementierung von niederschwelligen Bewegungsangeboten und die Schaffung von attraktiven Bewegungsanreizen im Alltag als wichtige Aufgabe der Gesellschaft auf.

Das Gesundheitsministerium aktualisierte den Nationalen Aktionsplan Ernährung zuletzt 2013; laut Gesundheitsministerium befand sich der Plan 2021 in Überarbeitung.

(3) Auch die im Jahr 2012 beschlossenen Gesundheitsziele (TZ 3) strebten an, gesunde Ernährung für alle zugänglich zu machen (Gesundheitsziel 7) und gesunde und sichere Bewegung im Alltag zu fördern (Gesundheitsziel 8). Während zum Gesundheitsziel 8 seit 2015 ein Bericht mit 50 Maßnahmen vorlag, nahm die Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 7 erst im Juni 2019 als Unterarbeitsgruppe der Nationalen Ernährungskommission ihre Tätigkeit auf. Deren Bericht lag Mitte 2021 als Entwurf vor.



Zum Gesundheitsziel 8 führte die GÖG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur im Jahr 2018 ein Maßnahmen-Monitoring durch und erobt vor allem, wie viele der Maßnahmen umgesetzt waren, wobei als Indikatoren vor allem die Anzahl der Projekte bzw. der Teilnehmenden angegeben waren. Die Wirkung der Maßnahmen war nicht Gegenstand des Monitorings. Laut Monitoringbericht seien eine präzise Formulierung der Maßnahmen sowie eine präzise Definition der Messgrößen für ein erfolgreiches Monitoring erforderlich.

(4) Ungeachtet der Zielsetzungen in den Nationalen Aktionsplänen Ernährung und Bewegung sowie in den Gesundheitszielen stieg in Österreich der Anteil der ab 15-Jährigen mit Übergewicht und Adipositas in den Jahren 2014 bis 2019 von 47 % auf 51 %.

Wie der Fonds Gesundes Österreich in einer aktualisierten Auflage der Österreichischen Bewegungsempfehlungen aus dem Jahr 2020 zeigte, folgten nur rd. 20 % der Erwachsenen diesen Empfehlungen (kräftigende Übungen und ausdauerorientierte Bewegung). Die Kosten, die dem österreichischen System aufgrund mangelnder körperlicher Aktivität entstanden, konnten laut Schätzungen des Fonds Gesundes Österreich anhand von Daten aus dem Jahr 2017 jährlich zwischen 181 Mio. EUR und 1,2 Mrd. EUR liegen.

(5) Während der COVID-19-Pandemie nahm der Bewegungsmangel weiter zu. Der Bericht einer interministeriellen Arbeitsgruppe unter Vorsitz des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit zu „Gesundheitlichen Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ empfahl u.a., Sport- und Bewegungsmöglichkeiten für alle Kinder und Jugendlichen auch während einer Pandemie zugänglich zu halten, da Sport und Bewegung die pandemiebedingten Belastungen reduzieren könnten. Public-Health-Expertinnen und -Experten empfahlen die Umsetzung dieser Maßnahmen auch für Österreich als Teil der Folgenminderungsstrategie.

11.2 Der RH hielt kritisch fest, dass – obwohl die WHO bereits seit 2001 auf den steigenden Anteil übergewichtiger und adipöser Personen und die daraus resultierenden Herausforderungen für die Gesundheitssysteme hinwies – Österreich erst seit 2011 über einen Nationalen Aktionsplan Ernährung und seit 2013 über einen Nationalen Aktionsplan Bewegung verfügte. Er kritisierte, dass beide Pläne seit 2013 nicht aktualisiert wurden.

Weiters kritisierte er, dass die konkrete Ausformulierung des Gesundheitsziels Ernährung neun Jahre nach Beschluss der Gesundheitsziele erst als Entwurf vorlag. Zum Gesundheitsziel Bewegung war 2015 ein Bericht mit Zielen und Maßnahmen erstellt worden. Der RH kritisierte das im Jahr 2018 durchgeföhrte Monitoring dazu als nicht aussagekräftig, weil daraus nicht hervorging, wie viele der teilnehmenden



Menschen zu Bewegung motiviert werden konnten, die nicht bereits vorher sportlich aktiv waren.

Vor dem Hintergrund, dass in Österreich der Anteil der übergewichtigen und adipösen Menschen ab 15 Jahren von 2014 bis 2019 um 4 Prozentpunkte auf 51 % angestiegen war, sah der RH dringenden Handlungsbedarf. Er erachtete eine Zusammenarbeit auf allen Ebenen und mit allen Stakeholdern wie Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitseinrichtungen oder Schulen für erforderlich, um

- die Gesundheitskompetenz und damit das Bewusstsein für gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung in allen Teilen der Bevölkerung zu stärken,
- einen gesünderen Lebensstil aktiv zu fördern und im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit insbesondere allen Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen,
- den Anteil an übergewichtigen und adipösen Personen damit zu senken und so
- eine Steigerung der Anzahl der gesunden Lebensjahre der Bevölkerung zu erreichen.

Er empfahl deshalb dem Gesundheitsministerium, die Arbeiten zur Aktualisierung der Nationalen Aktionspläne Ernährung und Bewegung sowie zu den Gesundheitszielen 7 (Ernährung) und 8 (Bewegung) zu konsolidieren, rasch abzuschließen und für deren Umsetzung auf eine Zusammenarbeit mit allen Stakeholdern – wie Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitseinrichtungen oder Schulen – hinzuwirken. Bei der Formulierung von Zielen und Maßnahmen wäre darauf zu achten, etwaige Möglichkeiten zur Messung ihrer Wirkung auszuloten und gegebenenfalls für ein Monitoring zu nutzen.

11.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums seien die Gesundheitsziele insgesamt als integrierte Strategie konzipiert, die alle zentralen Einflussfaktoren auf die Gesundheit und somit auch Ernährung und Bewegung miteinschließe. Insbesondere bei der Bearbeitung und Umsetzung der Gesundheitsziele 7 und 8 gebe es auch klare Synergien zu den jeweiligen Aktionsplänen; diese würden bei Überarbeitungen wechselseitig berücksichtigt, etwa durch eine gemeinsame Leitung der dafür zuständigen Arbeitsgruppen. Die schon vor der Erarbeitung der Gesundheitsziele entstandenen Aktionspläne seien auch eine Möglichkeit, der Umsetzung der Gesundheitsziele mehr Nachdruck zu verleihen. Der Nationale Aktionsplan Ernährung werde im Jahr 2023 veröffentlicht und messbare Ziele für die Österreichische Ernährungsstrategie enthalten. An einer Aktualisierung des Aktionsplans Bewegung arbeite federführend das Sportministerium.

Von einer Zusammenführung der Strategien für Ernährung und Bewegung werde das Gesundheitsministerium absehen, weil beide zwar viele Berührungspunkte aufwiesen, aber unterschiedliche Umsetzungsmaßnahmen durch andere Akteurinnen und Akteure bräuchten.



Für die Messung von Wirkungen sei es kaum möglich und mit hohem Aufwand verbunden, Korrelationen in der Beurteilung von komplexen Interventionen herzustellen. Die Erarbeitung eines Konzepts für ein Wirkungsmonitoring und seine Implementierung wären daher mit entsprechend hohen Kosten verbunden.

- 11.4 Der RH hielt fest, dass eine Zusammenführung der Bereiche Ernährung und Bewegung zu einer einzelnen neuen Strategie nicht seine Intention war. Da in Österreich der Anteil der ab 15-Jährigen mit Übergewicht und Adipositas zuletzt nicht gesunken, sondern entgegen der Zielsetzung sogar gestiegen war, erachtete er es aber für notwendig, die verschiedenen Arbeiten und Initiativen in beiden Bereichen zu intensivieren und die Anstrengungen aller Beteiligten zu bündeln, um diesen negativen Trend zu stoppen. Der RH anerkannte die Bemühungen des Gesundheitsministeriums, bestehende Synergien zu nutzen, die Aktionspläne zu aktualisieren sowie mit messbaren Zielen zu versehen und damit der Umsetzung der Gesundheitsziele mehr Nachdruck zu verleihen.

Dem RH war bewusst, dass eine Messung der Wirkung von Maßnahmen mit einem hohen Aufwand und Herausforderungen verbunden war. Er präzisierte deshalb die Empfehlung dahingehend, etwaige Möglichkeiten für eine Wirkungsmessung auszuloten und – falls vorhanden – mittels eines Monitorings zu berücksichtigen.

Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten

- 12.1 (1) Zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten setzte das Gesundheitsministerium vor allem Maßnahmen für Kinder.

Seit dem Jahr 2008 sollte das Programm „Richtig Essen von Anfang an“ (**REVAN**) die Ernährung von Schwangeren, Stillenden, Babys im Beikostalter, Kleinkindern und 4– bis 10-Jährigen verbessern. Im Rahmen dieses Programms entstanden Broschüren, eine Website sowie Stakeholder–Dialoge.

Laut Gesundheitsministerium hatte das Umfeld in Kindergarten und Schule insbesondere aufgrund der dortigen Gemeinschaftsverpflegung einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung von ernährungsbezogener Gesundheitskompetenz bei Kindern. Seit dem Jahr 2019 war eine im Rahmen von REVAN erarbeitete und von der Nationalen Ernährungskommission³² beschlossene Checkliste für Schulerhalter sowie all jene Personen, die eine Rolle bei der Gestaltung der schulischen Gemeinschaftsverpflegung spielen, mit ausführlichen Begleitinformationen auf der Website des Gesundheitsministeriums abrufbar. Im REVAN Arbeitsprogramm 2021 war die

³² Eine Expertenkommission im Gesundheitsministerium zur Beratung des Gesundheitsministers in allen Angelegenheiten der gesundheitsbezogenen Ernährungspolitik; Mitglieder kommen aus den betroffenen Ministerien, den Ländern, einschlägigen Fachgesellschaften, Universitäten und Institutionen, von Berufsverbänden, Sozialpartnern und Sozialversicherungen.



Optimierung der Gemeinschaftsverpflegung in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen als ein strategisches Handlungsfeld definiert. Bis Ende 2021 sollten die bestehenden Angebotsstrukturen sichtbar gemacht, bewertet sowie Handlungsbedarf und Good-Practice-Modelle identifiziert werden.

Für Kinder und Jugendliche über zehn Jahren, die nicht mehr in den Anwendungsbereich des Programms REVAN fielen, rief das Gesundheitsministerium 2011 mit „Unser Schulbuffet“ eine Initiative zur Verbesserung des Verpflegungsangebots in Schulen ins Leben und definierte in einer Leitlinie – basierend auf der Ernährungspyramide – einen Mindeststandard für Schulbuffets. Der RH hatte die Initiative in seinem Bericht „Nationaler Aktionsplan Ernährung“ (Reihe Bund 2018/56) grundsätzlich positiv beurteilt, aber auch festgestellt, dass zum einen nur die Länder Burgenland, Kärnten, Niederösterreich und Steiermark an der Initiative teilnahmen und zum anderen keine Daten darüber vorlagen, wie viele Schulbuffets den Mindeststandard der Leitlinie tatsächlich erfüllten und ob – wie vom damals für Bildung zuständigen Ministerium angegeben – die Leitlinie im Rahmen der Ausschreibung bei Neuverpachtungen von Schulbuffets Berücksichtigung fand. Dies war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Jahr 2021 unverändert.

(2) Zur öffentlichen Lebensmittelbeschaffung und Gemeinschaftsverpflegung für Kinder und Erwachsene waren Initiativen wie „Österreich isst regional“ und „Der Bund isst regional“ beim Landwirtschaftsministerium entstanden, an denen sich das Gesundheitsministerium beteiligte. Laut dem Arbeitsprogramm Gesundheitsförderung 21+ sollte erhoben werden, wie Anreize im Sinne einer gesundheitsfördernden und nachhaltigen Gemeinschaftsverpflegung für die dafür Verantwortlichen gesetzt werden können. Auch sollten im Bereich der Beschaffung von Lebensmitteln für die Gemeinschaftsverpflegung regelmäßige, nachhaltige Informations- und Unterstützungsstrukturen etabliert werden.

(3) Im März 2020 startete das Gesundheitsministerium mit dem Fonds Gesundes Österreich die Initiative „Kinder essen gesund“, um die Ernährung von 4– bis 10-Jährigen zu verbessern und die Ernährungskompetenz der Kinder zu steigern. Im Jahr 2021 beschloss die Nationale Ernährungskommission weiters ein Nährwertprofil, mit dem alle Formen der Werbung für Lebensmittel und Getränke vor, während und nach Kindersendungen gesteuert werden sollten. Im Hinblick auf die steigenden Zahlen von Übergewicht und Adipositas empfahl die Nationale Ernährungskommission einen Werbeverzicht für bestimmte Lebensmittelkategorien wie Schokolade und Süßwaren, Speiseeis oder Knabbereien.



Eine gesetzliche Verankerung des Werbeverzichts war im Jahr 2021 noch nicht erfolgt. Großbritannien hatte nach einem Bericht des Gesundheitsamtes England (Public Health England), der die Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas auf die Schwere von COVID-19-Krankheitsverläufen themisierte,³³ im Jahr 2020 ein solches gesetzliches Verbot von Werbung für Lebensmittel mit hohem Fett-, Zucker- oder Salzgehalt im Fernsehen und online vor 21 Uhr beschlossen. Die Studie „Kindermarketing für ungesunde Lebensmittel in Internet und TV“ der Universität Hamburg bestätigte dies für die deutschen Medien. Demnach sah ein mediennutzendes Kind durchschnittlich pro Tag 15,48 Werbespots oder –anzeigen für ungesunde Lebensmittel (92 % waren für Fast Food, Snacks und Süßigkeiten).

(4) Da die Essgewohnheiten der Bevölkerung, die immer häufiger auf zucker- und/oder fettreiche sowie auf verarbeitete Lebensmittel zurückgriff,³⁴ auch vom Produktangebot sowie von Marketing- und Werbestrategien der Lebensmittelhersteller geprägt waren, empfahl die WHO ihren Mitgliedstaaten Maßnahmen zur politischen Regulierung und Steuerung – etwa durch Verordnungen zum zulässigen Salz- oder Zuckeranteil in Nahrungsmitteln und zur Bewerbung derartiger Produkte.

Das Gesundheitsministerium unterzeichnete im Mai 2019 eine Absichtserklärung mit dem Lebensmittelgewerbe, dem Lebensmittelhandel, der Nahrungs- und Genussmittelindustrie sowie dem Handelsverband über „Maßnahmen zur weiteren Reduktion von Zucker und Salz in verarbeiteten Lebensmitteln als Beitrag für eine ausgewogene Ernährung“. Die Hersteller von Milchprodukten, Frühstückscerealien und alkoholfreien Erfrischungsgetränken unterzeichneten daraufhin im September 2019 Brancheninitiativen, den Zucker- und Salzgehalt ihrer Produkte bis 2025 zu senken und die Zielerreichung im Rahmen eines Monitorings zu prüfen. Damit setzte das Gesundheitsministerium eine Empfehlung des RH aus dem Bericht „Diabetes-Prävention und –Versorgung“ (Reihe Bund 2019/43, TZ 6) um.

12.2 Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium mit zahlreichen Maßnahmen darauf abzielte, zur Verbesserung der Ernährung von Kindern beizutragen und auch eine Bewusstseinsänderung bei den Eltern und im Umfeld von Kindergarten und Schule zu schaffen. Er hob in diesem Zusammenhang etwa die Schritte des Gesundheitsministeriums hervor, um gemeinsam mit der Lebensmittelindustrie den Zucker- und Salzgehalt in Lebensmitteln zu senken.

³³ Wissenschaftliche Erkenntnisse deuteten darauf hin, dass mit einem zunehmenden BMI im Falle einer COVID-19-Erkrankung auch das Risiko eines Krankenhausaufenthalts, der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Betreuung sowie eines tödlichen Verlaufs erheblich zunimmt.

³⁴ Für Österreich hielt der Österreichische Ernährungsbericht 2017 fest, dass 88,8 % der Frauen und 81,4 % der Männer den von der WHO empfohlenen Anteil des „freien Zuckers“ an der Gesamtenergiezuhr von höchstens 10 % überschritten. Die von der WHO empfohlene Salzzufuhr von 6 g pro Tag hielten Frauen ein, Männer überschritten sie mit insgesamt 7 g pro Tag.



Der RH stellte aber kritisch fest, dass die meisten Maßnahmen nicht verbindlich waren und sich auf die Bereitstellung einer Checkliste bzw. Leitlinie, die Identifikation von Handlungsbedarf und Good-Practice-Modellen, die Entwicklung von Anreizen sowie Informations- und Unterstützungsstrukturen, die Empfehlung eines Werbeverbots und eine Absichtserklärung der Lebensmittelhersteller und des Lebensmittelhandels beschränkten. Nach Ansicht des RH deuteten der starke Anstieg an übergewichtigen und adipösen Menschen sowie der zuletzt deutliche Verlust an gesunden Lebensjahren – noch ohne Berücksichtigung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie – darauf hin, dass diese Maßnahmen nur beschränkt Wirkung zeigten und daher nicht ausreichend waren, um die mit den Gesundheitszielen verfolgte Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu erreichen und die daraus resultierenden Kosten zu reduzieren.

Daher betonte der RH abermals den von ihm für erforderlich erachteten nationalen Schulterschluss auf allen Ebenen und mit allen Stakeholdern wie Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitseinrichtungen, Schulen oder Gemeinschaftseinrichtungen und seine Empfehlung in [TZ 11](#) zur Aktualisierung der Nationalen Aktionspläne für Ernährung und Bewegung. Er erachtete das Gesundheitsministerium aufgrund dessen Kompetenz für Gesundheit (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) für zuständig, dahingehend initiativ zu werden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit dem Bildungsministerium und den Ländern zu erheben, inwieweit Kindergärten und Schulen die entwickelten Checklisten und Leitlinien zur Gemeinschaftsverpflegung berücksichtigen. Im Falle einer mangelnden Akzeptanz der Empfehlungen wären die erforderlichen Schritte zu deren Verbindlichmachung zu prüfen und einzuleiten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium auch, innerhalb der Regierung auf die Umsetzung des Werbeverzichts für bestimmte Lebensmittelkategorien vor, während und nach Kindersendungen von audiovisuellen Mediendiensten hinzuwirken, den die Nationale Ernährungskommission in ihrem Nährwertprofil empfohlen hatte.

Schließlich empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, die Wirkung der Absichtserklärungen und Brancheninitiativen zur Reduzierung des Zucker- und Salzgehalts in Lebensmitteln zu evaluieren und bei Bedarf verbindliche Vorgaben zu prüfen und einzuleiten.

- 12.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums begrüße es die Empfehlungen und nehme deren Umsetzung in Aussicht. Es werde deshalb Gespräche mit dem Bildungsministerium über verbindliche Vorgaben von Qualitätsstandards für Bildungseinrichtungen führen. Im ersten Quartal 2023 – nach Übermittlung des Endberichts zu den Brancheninitiativen – werde es damit starten, die Wirkung der



Absichtserklärungen und Brancheninitiativen zur Reduzierung des Zucker- und Salzgehalts in Lebensmitteln zu evaluieren.

Initiative „Mach den ersten Schritt“

- 13.1 (1) Im September 2018 präsentierten die damalige Gesundheitsministerin und der damalige Sportminister³⁵ die Initiative „Mach den ersten Schritt“. Ziel der Initiative war es, die Verbindung von persönlichem Wohlbefinden und Bewegung in einer Informationskampagne sichtbar zu machen und eine Verhaltensänderung vor allem bei jenen Menschen zu bewirken, die sich kaum bis gar nicht bewusst bewegen. Laut einer Bevölkerungsbefragung erreichte mehr als die Hälfte der 18– bis 63-jährigen Österreicherinnen und Österreicher das von der WHO für einen gesundheitsfördernden Effekt empfohlene Mindestmaß an regelmäßiger Bewegung nicht.

Ein ähnliches Vorhaben – Wissen, Fertigkeiten und Bereitschaft der Bevölkerung zur Ausübung gesundheitsförderlicher Bewegung zu erhöhen – hatte die Bundesgesundheitskommission bereits im Rahmen der Gesundheitsziele³⁶ verfolgt. Eine von Sportministerium und dem damaligen Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie geleitete Arbeitsgruppe aus Expertinnen und Experten von insgesamt 24 Organisationen entwickelte dazu 50 Maßnahmen. Gemäß einem Monitoringbericht der GÖG aus 2018 waren einige dieser Maßnahmen noch in Umsetzung, ein Großteil der bereits umgesetzten Maßnahmen blieb aufrecht. Zur Frage der Wirksamkeit der Maßnahmen – wie viele Menschen zu Bewegung motiviert werden konnten, die nicht bereits zuvor sportlich aktiv waren – traf die GÖG keine Aussage. **(TZ 11)**

Ohne auf die Gesundheitsziele, die damit verbundenen Maßnahmen, deren Umsetzungsstand und Wirksamkeit einzugehen, legten die Gesundheitsministerin und der Sportminister in einem Ministerratsvortrag vom Dezember 2018 dar, welche Maßnahmen im Rahmen der Initiative „Mach den ersten Schritt“ gesetzt werden sollten: Ab Anfang 2019 wollten die Ministerien in einer ersten Phase über Print, Social Media und Rundfunk 100 Basisübungen für Bewegungseinstigerinnen und –einstiger jeden Alters begleitet durch Ernährungsempfehlungen des Gesundheitsministeriums bewerben. Zunächst sollten von Profisportlerinnen und –sportlern in Videos vorgeführte Übungen – abrufbar sowohl auf einem Videodienst als auch von einer eigenen Website – zur Nachahmung anregen. In einer zweiten Phase sollten diese Übungen unter dem Motto „Mach den ersten Schritt bei deinem Sportverein um die Ecke“ auch in Vereinskursen trainiert werden können. Dazu war geplant, ab Ende 2019 die drei Sportdachverbände einzubinden. Eine von diesen drei Dachverbänden gemeinsam betriebene Gesellschaft sollte die Angebote koordinieren.

³⁵ Mag.^a Beate Hartinger-Klein und Heinz-Christian Strache

³⁶ vgl. Gesundheitsziel 8 „Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern“



Ebenso wurde überlegt, zu einem späteren Zeitpunkt auch die Sozialversicherungs träger einzubinden, um auf Basis einer Verordnung durch die Hausärztin und den Hausarzt den Versicherten im Sinne der Prävention den Zugang zu bestimmten Bewegungsangeboten zu ermöglichen.

(2) Zur Abklärung der Rollen bei der Durchführung der Initiative schlossen das Sportministerium und das Gesundheitsministerium im April 2019 eine Kooperationsvereinbarung, wonach das Sportministerium für den Bereich „Bewegung und Sport“ zuständig war und das Gesundheitsministerium den Bereich „Gesundheit und Ernährung“ abdecken sollte. Die Ministerien sollten in ihren jeweiligen Bereichen u.a. die Erstellung fachspezifischer Expertisen, die Information der (medialen) Öffentlichkeit und die Auswahl sowie Einbindung von strategischen Partnern und Testimonials übernehmen. Für Abläufe, die gemeinsam zu koordinieren waren, und für Entscheidungen, die beide Ressorts betrafen, war ein Koordinierungsgremium – bestehend aus einer Projektleitung Bewegung (im Sportministerium) und einer Projektleitung Gesundheit (im Gesundheitsministerium) – vorgesehen. Einvernehmliche Vorgehensweisen vereinbarten die Ministerien auch für legistische Maßnahmen.

Die Vereinbarung umfasste auch eine grobe Aufstellung des von den Ministerien für den Zeitraum 2018/19³⁷ geplanten Finanzierungsaufwands von insgesamt 2,38 Mio. EUR:

Tabelle 4: Finanzierungsaufwand „Mach den ersten Schritt“ 2018/19 laut Vereinbarung der Ministerien

Finanzierungsaufwand		Sportministerium		Gesundheitsministerium	
Maßnahme	Gegenstand	in EUR	Gegenstand	in EUR	
Erstellung von Videos	Videos Basisübungen für Einsteigerinnen und –einstieger	100.000	Videos in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH	40.000	
Werkverträge für Testimonials	Übungsleiter Bewegung	75.000	Ernährungsbotschafterin	60.000	
Inseratenschaltung „Mach den ersten Schritt“	Inserate	100.000	Inserate	1.000.000	
Gratiskursangebote bei den Vereinen der Sportdachverbände		1.000.000			
Summe		1.275.000		1.100.000	

Quelle: Sportministerium

³⁷ Kosten u.a. für die Konzeption der Initiative waren bereits im Jahr 2018 angefallen.



Für die Weiterführung im Jahr 2020 waren laut Vereinbarung insgesamt weitere 3,1 Mio. EUR vorgesehen, davon vom Gesundheitsministerium 1,1 Mio. EUR und vom Sportministerium 2 Mio. EUR. Anders als für den Zeitraum 2018/19 enthielt die Vereinbarung keine konkreten Angaben über vorgesehene Maßnahmen.

(3) Eine Umsetzung im geplanten Ausmaß unterblieb, weil Mitte Mai 2019 der Sportminister zurücktrat und Ende Mai 2019 die Bundesregierung nach einem Misstrauensvotum ihres Amtes enthoben wurde. Die danach vom Bundespräsidenten mit der Führung der Amtsgeschäfte beauftragte Übergangsregierung (Beamtenregierung) verfolgte die Initiative „Mach den ersten Schritt“ nicht weiter und beendete die Informationskampagne, indem die Website deaktiviert und bereits erstellte Videos offline genommen wurden.³⁸

Bis August 2019 war es laut den betroffenen Ministerien zu folgenden Kosten gekommen: Im Gesundheitsministerium fielen insgesamt rd. 320.000 EUR an, von denen rd. 184.000 EUR für Beratungsleistungen von zwei Kommunikations- und PR-Agenturen und rd. 115.000 EUR für Inserate verwendet wurden. Das Sportministerium gab Kosten von rd. 450.000 EUR an, wovon rd. 113.000 EUR auf die Produktion der Videos und rd. 309.000 EUR – anstelle der vereinbarten 100.000 EUR – auf Inserate entfielen. Nicht inkludiert waren dabei die Kosten des Sportministeriums für eine Motivanalyse Bewegung und Sport in Höhe von 63.600 EUR. Ende März 2019 hatte das damit beauftragte Unternehmen, an dem eine ehemalige Bundesministerin beteiligt war, nach Gesprächen mit dem Kabinett des Sportministers vorgeschlagen, im Rahmen einer Motivanalyse zu erheben, „wie man Menschen dazu motivieren kann, sich mehr zu bewegen und welche Motive und situativen Faktoren dabei angesprochen werden müssen“. Im Zuge der Analyse sollte auch das Konzept für „Mach den ersten Schritt“ vor seiner Umsetzung auf Optimierungspotenzial und im Hinblick auf eine bürgerliche und bedarfsgerechte Konzeption und Umsetzung beurteilt werden.

Im Mai 2019 – zu diesem Zeitpunkt hatten die beiden Ministerien bereits 770.000 EUR für die Konzeption und Umsetzung der Initiative sowie ihre Bewerbung mit einer Inseratenkampagne verausgabt – legten drei Unternehmen auf Anfrage des Sportministeriums Angebote für eine Motivanalyse; interne Vorgaben sahen bei Direktvergaben die Einholung von drei Vergleichsangeboten vor. Bei den drei Unternehmen handelte es sich einerseits um das beauftragte Unternehmen und andererseits um zwei dem Sportministerium von diesem Unternehmen empfohlene Anbieter. Aufgrund des Rücktritts des Sportministers und der darauffolgenden Regierungsumbildung verzögerte sich die Auftragsvergabe. Nach einer Bestätigung der drei Unter-

³⁸ Im Mai 2019 verwiesen noch die Absichtserklärung über Maßnahmen zur weiteren Reduktion von Zucker und Salz in verarbeiteten Lebensmitteln zwischen dem Gesundheitsministerium und der Lebensmittelbranche sowie ein Inserat in einer Tageszeitung auf die Kampagne „Mach den ersten Schritt“. Im Herbst 2019 war die Website mit den Videos im Netz nicht mehr verfügbar und im Gesundheitsministerium fanden keine Aktivitäten zur Kampagne mehr statt.



nehmen, dass ihre Angebote noch aufrecht waren, vergab das Sportministerium die Motivanalyse direkt an den Bestbieter (beauftragtes Unternehmen) und schloss im September 2019 mit diesem einen Werkvertrag ab.

Das Unternehmen präsentierte die Ergebnisse Anfang 2020 mittels 67 Vortragsfolien. Daraus war erkennbar, dass die Hauptmotive für Bewegung und Sport die Vorbildfunktion von Personen im sozialen Umfeld, die bisherige persönliche Erfahrung mit Bewegung und das gesteigerte Wohlbefinden nach der Tätigkeit seien. Der Effekt von Medienberichten, Spitzensportlerinnen und –sportlern als Testimonials und Sportinitiativen wie z.B. der Tag des Sports sei laut den Befragten hingegen nur kurzfristig bzw. gering.

Nach Beendigung des Stellungnahmeverfahrens erobt die Wirtschafts- und Korruptionsstaatsanwaltschaft Ende November 2022 Anklage wegen wettbewerbsbeschränkender Absprachen bei Vergabeverfahren, u.a. gegen eine ehemalige Bundesministerin.

- 13.2 Der RH sah die Pläne der für Gesundheit und für Sport zuständigen Ministerien, Maßnahmen für mehr Bewegung und bessere Ernährung miteinander zu koordinieren und in einer gemeinsamen Kampagne öffentlich zu bewerben, grundsätzlich positiv.

Er kritisierte jedoch, dass das Gesundheitsministerium und das Sportministerium

- parallel zu den Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsziele mit dem Fokus Gesundheitsförderung und Bewegung eine themengleiche Initiative starteten, ohne sie mit diesen Maßnahmen oder mit den zu erneuernden nationalen Aktionsplänen (TZ 11) abzustimmen,
- die bis 2020 geplante Initiative bereits nach wenigen Monaten im Mai 2019 wieder einstellten, obwohl sie bis dahin bereits insgesamt 770.000 EUR an Leistungen – für Beratungen, Videoproduktionen und insbesondere für Inserate (424.000 EUR) – verausgabt hatten und das Sportministerium erst im September 2019 eine Motivanalyse beauftragte, wie die Menschen am besten zu mehr Bewegung motiviert werden können.

Für den RH war daher weder der Beauftragungszeitpunkt noch das Ziel der Motivanalyse im Hinblick auf ihre Verwendbarkeit im Rahmen der Initiative „Mach den ersten Schritt“ nachvollziehbar. Wenn eine Motivanalyse tatsächlich zu zusätzlichen Erkenntnissen hätte führen können, wäre sie jedenfalls vor der Konzeption der Initiative zu veranlassen gewesen. Zudem hätten auch Erfahrungen aus den im Rahmen der Gesundheitsziele gesetzten Maßnahmen einfließen müssen.



Alternativ hätten das Gesundheitsministerium und das Sportministerium selbst die Initiative einschließlich der bereits umgesetzten Inhalte begleitend auf ihre Wirksamkeit und Eignung analysieren können und erst in der Folge über ihre Fortführung oder ihr Ende entscheiden sollen.

Der RH bewertete die hohen, für die Initiative angefallenen Kosten von 770.000 EUR kritisch.

Der RH verwies darauf, dass die Motivanalyse die Wirkung von Spitzensportlerinnen und Spitzensportlern als Testimonials und von Sportinitiativen auf die Sportaktivitäten der Bevölkerung nur als kurzfristig bzw. gering eingestuft hatte. Dieses Ergebnis stellte den Fokus der Initiative „Mach den ersten Schritt“ in der ersten Phase auf Videos mit Testimonials und Inserate/Medienberichte im Nachhinein in Frage.

Der RH empfahl daher dem Gesundheitsministerium und dem Sportministerium, Analysen über Verhaltensmotive in Zukunft nur bei konkretem Bedarf, jedenfalls aber vor der Konzeption von neuen Aktionsplänen, Zielen oder Kampagnen zu beauftragen.

Im Zusammenhang mit der Direktvergabe im August 2019 an den Bestbieter kritisierte der RH, dass das Kabinett des Sportministers mit diesem Vorgespräche führte und sich das Sportministerium danach bei der Einholung von Vergleichsangeboten auf die vom späteren Bestbieter als geeignet benannten Anbieter beschränkte. Dieses Vorgehen war – ungeachtet einer allfälligen strafrechtlichen Relevanz und vor dem Hintergrund der Intention der Vorgabe, Vergleichsangebote einzuholen – nicht ordnungsgemäß. Es war nicht geeignet, die Transparenz sowie den gebotenen Wettbewerb zwischen den Anbietern und damit die Qualität und Preisangemessenheit der beauftragten Leistungen sicherzustellen.

Der RH empfahl daher dem Sportministerium, vor Direktvergaben jene Unternehmen eigenständig auszuwählen, die zur Legung von Vergleichsangeboten eingeladen werden, um einen Wettbewerb zwischen den Anbietern zu ermöglichen und so Qualität und Preisangemessenheit der beauftragten Leistungen ordnungsgemäß sicherzustellen.

Der RH erachtete – wie schon in TZ 11 ausgeführt – eine Zusammenarbeit mit allen Stakeholdern, wie Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitseinrichtungen oder Schulen, als erforderlich, um die Gesundheitskompetenz und damit das Bewusstsein für gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung in allen Teilen der Bevölkerung zu stärken. Vor diesem Hintergrund beurteilte er die Pläne für kostenlose Sportangebote in der zweiten Phase der Initiative grundsätzlich positiv. Auch die Überlegungen, Sozialversicherungsträger einzubinden und Versicherten auf hausärztliche



Verordnung Zugang zu bestimmten Bewegungsangeboten zu ermöglichen, sah er grundsätzlich als zweckmäßig.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Pläne für kostenlose Sportangebote und für einen Zugang zu bestimmten Bewegungsangeboten auf hausärztliche Verordnung bei der von ihm empfohlenen Aktualisierung der Nationalen Aktionspläne Ernährung und Bewegung weiterzuverfolgen und auf Möglichkeiten der Umsetzung zu prüfen.

13.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums werde es sich um die Umsetzung der Empfehlung zu Anlass und Zeitpunkt von Analysen über Verhaltensmotive bemühen. Pilotprojekte zur hausärztlichen Verordnung von Bewegungsangeboten seien geplant. Das Gesundheitsministerium strebe dafür Gespräche mit den relevanten Stakeholdern an, um entsprechende Angebote im Rahmen von Social Prescribing unter Förderung der Österreichischen Forschungsförderungsgesellschaft mbH bereitstellen zu können.

(2) Das Sportministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Initiative im Einklang mit den Zielen des Nationalen Aktionsplans Ernährung konzipiert worden sei und bei voller Ausrollung die im Rahmen der Gesundheitsziele gesetzten Schwerpunkte zur Förderung gesunder und sicherer Bewegung im Alltag abgedeckt hätte. Für die Durchführung von 15.000 kostenlosen bewegungsfördernden Einheiten sei bereits eine Vereinbarung mit den Sportdachverbänden über eine Förderung in der Höhe von insgesamt bis zu 1,1 Mio. EUR konzipiert, aber nicht umgesetzt worden. Die geplante, aber ebenfalls nicht mehr realisierte Einbindung der Sozialversicherungsträger in eine Bewegungsinitiative sei zumindest vom Inhalt her zu einem späteren Zeitpunkt mit dem zur Zeit der Stellungnahme laufenden Projekt „Jackpot-Fit“ realisiert worden. Darin werde auch dem empfohlenen Zugang zu kostenlosen Bewegungsangeboten auf hausärztliche Verordnung praktisch entsprochen. Diese Empfehlung sei auch in der Aktualisierung des Nationalen Aktionsplans Ernährung berücksichtigt worden.

Die Motivanalyse sei ursprünglich im Zusammenhang mit der Initiative „Mach den ersten Schritt“ geplant gewesen. Nach deren Einstellung und einer neuen Aufforderung zur Angebotslegung habe sich der Fokus aber hin zu einem allgemeinen Erkenntnisgewinn für ähnlich gelagerte künftige Projekte zur Erhöhung der sportlichen Aktivität und Attraktivierung des Sports verschoben. Dies sei im Werkvertrag mit dem beauftragten Unternehmen entsprechend beschrieben.

Zur Auftragsvergabe und Einholung von Vergleichsangeboten verwies das Sportministerium darauf, dass auch die Innenrevision in ihrem Prüfbericht entsprechende Empfehlungen ausgesprochen habe. Das Sportministerium habe u.a. mit einer erweiterten Schulung zum Vergaberecht – insbesondere für leitende Mitarbeiterin-



nen und Mitarbeiter in der betroffenen Sektion – reagiert sowie mit einer Präzisierung der verbindlichen internen Vorgaben zur Einholung von Vergleichsangeboten bei Direktvergaben.

Psychische Gesundheit

14.1 (1) Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 hob hervor, dass „bei der Einführung neuer Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Kranken– und Langzeitversorgung sowie bei der Umsetzung der Zielsteuerung–Gesundheit insbesondere auch die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung beachtet“ werden müssten. Daraus entstand im November 2017 der Bericht der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 9 („Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“). In der Arbeitsgruppe waren mehr als 40 Institutionen aus verschiedenen Politik– und Gesellschaftsbereichen vertreten. Sie erarbeiteten die drei Handlungsfelder „Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung“, „Versorgung, Rehabilitation und Ausbildung“ sowie „Gesellschaft und Entstigmatisierung“ mit Wirkungszielen und definierten Maßnahmen. Ein ergänzender Bericht vom Februar 2019 enthielt weitere Maßnahmen zu den Zielen. Allerdings waren die Maßnahmen allgemein gehalten und nicht quantifiziert, was ihre Messung und Steuerung erschwerte.

Diese Berichte bauten auf den Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit auf, die dieser 2009 erarbeitet und 2013 überarbeitet hatte. Dem Beirat oblag die fachliche Beratung des Gesundheitsministers zu allen Themen der psychischen Gesundheit, in ihm waren interdisziplinär u.a. verschiedene im Bereich psychische Gesundheit tätige Organisationen, das Gesundheitsministerium, der Hauptverband bzw. Dachverband und die Österreichische Ärztekammer vertreten. Laut einem Papier des Beirats aus 2018 sei der Bericht der Arbeitsgruppe als Strategie für psychische Gesundheit zu verstehen.

(2) Allerdings konzentrierte sich der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 abseits des Bekenntnisses zur Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auf den bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung, wie die Finanzierung der Suchthilfe, Maßnahmen im Rahmen der Kinder– und Jugendgesundheitsstrategie sowie der Suchtgiftpräventionsstrategie. Die Fachgruppe Public Health diskutierte vor allem über die Attraktivierung von Mangelberufen in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Ende 2019 legten das Gesundheitsministerium, der Hauptverband, die Wiener Gebietskrankenkasse und die GÖG im Zuge der Arbeiten zum Gesundheitsziel 9 ein „Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung“ vor. Dieses sollte eine Organisation der kassenfinanzierten Sachleistungsversorgung mit Psychotherapie entwickeln und damit eine



Entscheidungsgrundlage zur Weiterentwicklung der Versorgung mit Psychotherapie und klinisch-psychologischer Diagnostik bilden. Der Fokus lag auf der Frage, wie die Patientinnen und Patienten möglichst schnell an den „Best Point of Service“ für sie gelangen.

Ende September 2020 fand ein Runder Tisch mit rd. 50 Vertreterinnen und Vertretern relevanter Berufsgruppen, der Österreichischen Gesundheitskasse, des Gesundheitsministeriums, von Betroffenen und Angehörigen statt, bei dem das Konzept präsentiert und zustimmend aufgenommen wurde. Darauf aufbauend führten das Gesundheitsministerium und die GÖG Gespräche mit der Österreichischen Gesundheitskasse zur weiteren Umsetzung des Konzepts. Diese bekräftigte die Aufstockung von Therapieplätzen und befürwortete das Modell der Clearingstellen. Allerdings erklärte sie, im Zuge ihrer Selbstverwaltung einem eigenen Konzept zur Organisation der psychischen Versorgung folgen zu wollen, auf die das Gesundheitsministerium nur begrenzt Einfluss hatte.

(3) Da sich sowohl der Beirat für psychische Gesundheit als auch die Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 9 mit der Verbesserung der psychosozialen Gesundheit der Bevölkerung befassten und es bei Zielen und Wirkungsweise zu Überschneidungen kam, sollten sie zu einem Beirat für psychosoziale Gesundheit als integriertem Beratungsgremium für alle Fragen der psychischen Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung vereint werden. Im Sommer 2021 war die Nominierung der Vertreterinnen und Vertreter noch im Laufen. Die konstituierende Sitzung sollte im Herbst 2021 stattfinden.

- 14.2 Angesichts des Anstiegs psychischer Erkrankungen wies der RH darauf hin, dass nicht nur der psychosozialen Versorgung, sondern vor allem der Vorsorge und Prävention verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. In diesem Sinne sah er die Gründung des Beirats für psychosoziale Gesundheit als ersten Schritt zur Schaffung von Synergien positiv, weil dieser nicht nur mit Versorgung, sondern auch mit psychischer Gesundheitsförderung und Prävention befasst werden sollte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern bei der Umsetzung der Strategie für psychische Gesundheit der Vorsorge und Prävention im Bereich der psychosozialen Gesundheit besonderes Augenmerk zu widmen, um einer Entstehung psychischer Erkrankungen vorzubeugen.

Positiv hob der RH hervor, dass das Gesundheitsministerium, der Hauptverband und die Wiener Gebietskrankenkasse Ende 2019 ein Konzept für eine gesamthafte Lösung der psychosozialen Versorgung vorlegten, dem in der Folge auch die Österreichische Gesundheitskasse zustimmte. Er kritisierte daher, dass die Österreichische Gesundheitskasse im Zuge ihrer Selbstverwaltung einem eigenen Konzept zur Organisation der psychischen Versorgung folgen wollte.



Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, darauf hinzuwirken, dass im geplanten Beirat für psychosoziale Gesundheit auch die Aktivitäten der Österreichischen Gesundheitskasse zur psychischen Gesundheit berücksichtigt werden.

- 14.3 (1) Das Gesundheitsministerium bestätigte in seiner Stellungnahme, dass die psychische Gesundheit im aktuellen Bundes–Zielsteuerungsvertrag noch nicht im erforderlichen Ausmaß verankert sei. Es setze sich dafür ein, das Thema im Bundes–Zielsteuerungsvertrag für die nächste Periode ab voraussichtlich 2024 idealerweise als eigenes strategisches Ziel abzubilden. Der Beirat für psychosoziale Gesundheit habe Vorschläge erarbeitet, welche Themen in diesem Vertrag vorrangig aufzunehmen seien. Diese würden neben einer Stärkung der psychischen Gesundheitsförderung vor allem nachfolgende Aspekte der psychosozialen Versorgung umfassen, die im Vergleich zur Versorgung der körperlichen Gesundheit noch Entwicklungspotenziale aufweise:
- flächendeckende Umsetzung von ausgewählten Good–Practice–Modellen der psychosozialen Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen,
 - Ausbau, finanzielle Absicherung und regionale Koordination von Krisendiensten bzw. Krisen–Telefonen,
 - bedarfsgerechte Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung mit besonderem Fokus auf Kinder und Jugendliche,
 - verbindliche Qualitätsstandards für die Behandlung als Grundlage für die Sachleistungsversorgung in den Bereichen Psychotherapie und klinische Psychologie.

Das Gesundheitsministerium werde sich im weiteren Verlauf der Zielsteuerungsverhandlungen dafür einsetzen, dass möglichst viele Aspekte aus diesem Themenspektrum in den neuen Bundes–Zielsteuerungsvertrag aufgenommen werden.

Weiters betreibe der Fonds Gesundes Österreich seit 2019 eine Initiative zur Förderung der psychosozialen Gesundheit in enger Kooperation mit dem Bildungsministerium (www.wohlfuehlzone-schule.at). Dabei würden bereits in sechs Bundesländern Schulen bei der Entwicklung von Kompetenzen und der Umsetzung von Maßnahmen zur psychosozialen Gesundheit begleitet. Eine Ausweitung und Anpassung an die neuen Herausforderungen durch die COVID–19–Pandemie seien geplant. Darüber hinaus seien in Kooperation mit dem Bildungsministerium und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau Webinare für Bezugspersonen wie Lehrende und Eltern sowie eine jährliche Konferenz umgesetzt worden.

Bereits das Arbeitsprogramm von „Gesundheitsförderung 21+“ habe dem Thema psychosoziale Gesundheit besonderes Augenmerk gewidmet. Ein Fördercall mit dem Titel „Psychosoziale Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ sei umgesetzt und eine digitale Ressourcenplattform „WohlfühlPOOL“ etabliert.



liert worden, um kostenlos und niederschwellig Angebote wie Coaching und Webinare sowie Tools wie Unterrichtsprogramme aus Good–Practice–Projekten in ganz Österreich zugänglich zu machen. Das im Arbeitsprogramm der „Agenda Gesundheitsförderung“ und insbesondere das Arbeitsprogramm des Kompetenzzentrums Zukunft Gesundheitsförderung würden diese Maßnahmen weiterentwickeln und fortsetzen.

(2) Mitte 2021 seien der Beirat für psychische Gesundheit und die Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 9 – psychische Gesundheit – im Beirat für psychosoziale Gesundheit zusammengeführt worden. Der Beirat – eine Kommission nach § 8 Abs. 1 Bundesministeriengesetz 1986 – berate den Gesundheitsminister in allen Fragen der psychischen Gesundheit und bestehe aus ehrenamtlich tätigen Mitgliedern aus unterschiedlichen Bereichen. Zur Einbindung der Aktivitäten der Österreichischen Gesundheitskasse sei Mitte 2021 auch eine Vertreterin der Österreichischen Gesundheitskasse in den Beirat bestellt worden.

Vorsorgeuntersuchung

15.1

(1) Das Gesundheitsziel 10 bezog sich auf eine qualitativ hochstehende und leistbare Gesundheitsversorgung für alle, betonte aber auch die Bedeutung von Vorbeugung, Früherkennung und Erstversorgung sowie von Gesundheitsförderung. Ein Bericht der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 10 war 2021 noch nicht veröffentlicht.

Laut der Ausgabenerhebung 2019 ([TZ 6](#)) entfielen im Jahr 2016 von den insgesamt 290,83 Mio. EUR für Sekundärprävention 140,61 Mio. EUR auf die Vorsorgeuntersuchung. Diese war damit das zentrale Instrument der österreichischen Krankenversicherungsträger zur Früherkennung von Krankheiten (z.B. Krebs oder Diabetes). Alle Versicherten ab 18 Jahren konnten sie beanspruchen.

(2) Laut § 447h Allgemeines Sozialversicherungsgesetz hatte der Haupt– bzw. Dachverband den für Gesundheit und Soziales zuständigen Ministerien „einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden–)untersuchungen und die Maßnahmen der Gesundheitsförderung“ vorzulegen. Dieser Bericht hatte insbesondere zu enthalten:

- die zahlenmäßige Entwicklung der Vorsorge(Gesunden–)untersuchungen sowie eine Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme,
- eine Evaluierung der Auswirkungen von Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie eine Kosten–Nutzen–Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre,
- die Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten waren,



- eine gezielte Evaluierung der Vorsorge(Gesunden-)untersuchungen nach spezifischen Risikogruppen,
- die Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Haupt- bzw. Dachverband (teil-)finanziert wurden.

Der Haupt- bzw. Dachverband übermittelte jährlich den Bericht an die für Gesundheit und Soziales zuständigen Ministerien, der vor allem Daten über die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung enthielt. Zur Zeit der Geburtsüberprüfung im Jahr 2021 enthielt der letzte veröffentlichte Bericht zur Vorsorgeuntersuchung Daten aus dem Jahr 2019. In diesem Jahr nahmen österreichweit 14,7 % der Bevölkerung eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. 6,9 % der Vorsorgeuntersuchungen waren auf eine Einladung zur Untersuchung zurückzuführen. Die jährliche Inanspruchnahme war bis 2019 nur leicht angestiegen.

In dem Bericht war auch festgehalten, dass eine standardisierte Folgedokumentation der Vorsorgeuntersuchung sowie klinische Diagnoseinformationen vor allem im niedergelassenen Bereich nicht vorgesehen waren. Bereits 2013 hatte ein Evaluierungsbericht der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zur Vorsorgeuntersuchung NEU u.a. festgehalten, dass

- die Patientinnen und Patienten mit der Vorsorgeuntersuchung NEU zwar zufrieden waren, die Vorsorgeuntersuchung jedoch selbst gewählt und daher die Aussage nicht repräsentativ war,
- die Ärztinnen und Ärzte die empfohlenen (Lebensstil-)Maßnahmen bei bestimmten Befunden, wie Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder (Prä-)Adipositas, zu einem auffallend hohen Prozentsatz nicht dokumentierten und
- kein „positives“ Kosten-Nutzen-Verhältnis durch die Vorsorgeuntersuchung erkennbar war (keine signifikanten Unterschiede bei den Krankenhaus- und Krankenstandorten zwischen Teilnehmenden an der Vorsorgeuntersuchung und Nicht-Teilnehmenden).

Diese Evaluierung floss ab 2013 in die Berichte des Haupt- bzw. Dachverbands an das Gesundheitsministerium ein, die festhielten, dass „für eine umfassende Kosten-Nutzen-Bewertung der Vorsorgeuntersuchung die Entwicklung eines soliden Wirkmodells erforderlich“ sei. Das Gesundheitsministerium nahm die Berichte des Haupt- bzw. Dachverbands zur Kenntnis, setzte aber keine weiteren Schritte und wertete die Berichte nicht weiter aus.



(3) Ein Universitätsdepartment der Donau–Universität Krems³⁹ erstellte 2019 im Auftrag des Hauptverbands eine evidenzbasierte Überarbeitung der Vorsorgeuntersuchung samt Empfehlungen. Diese Überarbeitung bezog sich auf Krankheitserkennung, nicht auf Prävention.

Das Universitätsdepartment fragte die Motive, die Erwartungen und die Zufriedenheit der an der Vorsorgeuntersuchung teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger ab. Als Motivation für eine Vorsorgeuntersuchung gaben die Teilnehmenden die Früherkennung von Krankheiten und ein langes Leben in Gesundheit an. Unzufrieden waren sie damit, dass die Vorsorgeuntersuchung nicht standardisiert durchgeführt wurde und zu wenige individualisierte Untersuchungen beinhaltet.

- 15.2 Der RH hielt die Vorsorgeuntersuchung für grundsätzlich geeignet, Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und Risikogruppen zu identifizieren. Allerdings merkte er kritisch an, dass die Inanspruchnahme österreichweit im Jahr 2019 nur bei knapp 15 % lag. Weiters kritisierte er, dass die Daten aufgrund mangelhafter Dokumentationsqualität nicht für eine Steuerung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention verwendet werden konnten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit dem Dachverband die Datenqualität zur Vorsorgeuntersuchung und die Berichte darüber zu verbessern, um die Erkenntnisse aus der Vorsorgeuntersuchung für eine Steuerung der Gesundheitsförderung und Prävention nutzen zu können und in der Folge zu einer Erhöhung der Anzahl der gesunden Lebensjahre beitragen zu können.

Der RH verwies darauf, dass für den Hauptverband selbst bereits im Jahr 2013 kein positives Kosten–Nutzen–Verhältnis der Vorsorgeuntersuchung erkennbar war. Er hielt fest, dass sich die Empfehlungen der wissenschaftlichen Überarbeitung der Vorsorgeuntersuchung auf Krankheitserkennung und nicht auch auf Prävention bezogen, obwohl das Gesundheitsministerium gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern im Rahmen der Gesundheitsziele insbesondere die Gesundheitsförderung und Prävention als vordringlichste Anliegen der Gesundheitsversorgung bezeichnet hatte. Er kritisierte, dass das Gesundheitsministerium im Hinblick auf die jährlichen Berichte des Dach– bzw. Hauptverbands zur Vorsorgeuntersuchung keine Initiative setzte, auf die Beseitigung der darin aufgezeigten Mängel hinzuwirken.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit dem Dachverband die Vorsorgeuntersuchung – unter Beachtung des Kosten–Nutzen–Verhältnisses – zu einem effektiven Instrument der Früherkennung von Erkrankungen und der Identifikation von Risikogruppen auszubauen.

³⁹ Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie der Donau–Universität Krems



- 15.3 Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung Aufgabe der Krankenversicherungsträger sei. Es sei gemäß § 132b Abs. 6 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz lediglich für die finanzielle Refundierung der Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen der „Nichtversicherten“ – für das Jahr 2020 rd. 17.000 EUR – an die Krankenversicherungsträger zuständig.

Der Dachverband werte die Daten der Vorsorgeuntersuchung laut seinem „Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden-)untersuchungen und die Maßnahmen der Gesundheitsförderung“ auch aus und habe darauf basierend bereits Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden-)untersuchungen getroffen. Die Stellungnahme enthielt dazu einen Berichtsauszug zur quantitativen Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden-)untersuchungen im Jahr 2020.

Der Bericht enthalte auch Angaben zu den Maßnahmen für eine zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention. Themenübergreifend seien Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau im Bereich Public Health gesetzt und der Schwerpunkt Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung weiterbearbeitet worden. Auch dazu enthielt die Stellungnahme einen Auszug aus dem Bericht.

- 15.4 Dem RH war bewusst, dass die Zuständigkeit für die Vorsorgeuntersuchung hauptsächlich bei den Krankenversicherungsträgern liegt. Er betonte jedoch, dass es im Interesse aller beteiligten Stellen liegen sollte, Synergien für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu nutzen. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung, gemeinsam mit dem Dachverband die Datenqualität zur Vorsorgeuntersuchung und die Berichte darüber zu verbessern. Dies auch vor dem Hintergrund, dass der in der Stellungnahme zitierte Bericht des Dachverbands zwar die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung quantifizierte, aber keine Hinweise auf qualitative Erkenntnisse aus dieser enthielt.

Frauengesundheit

Allgemeines

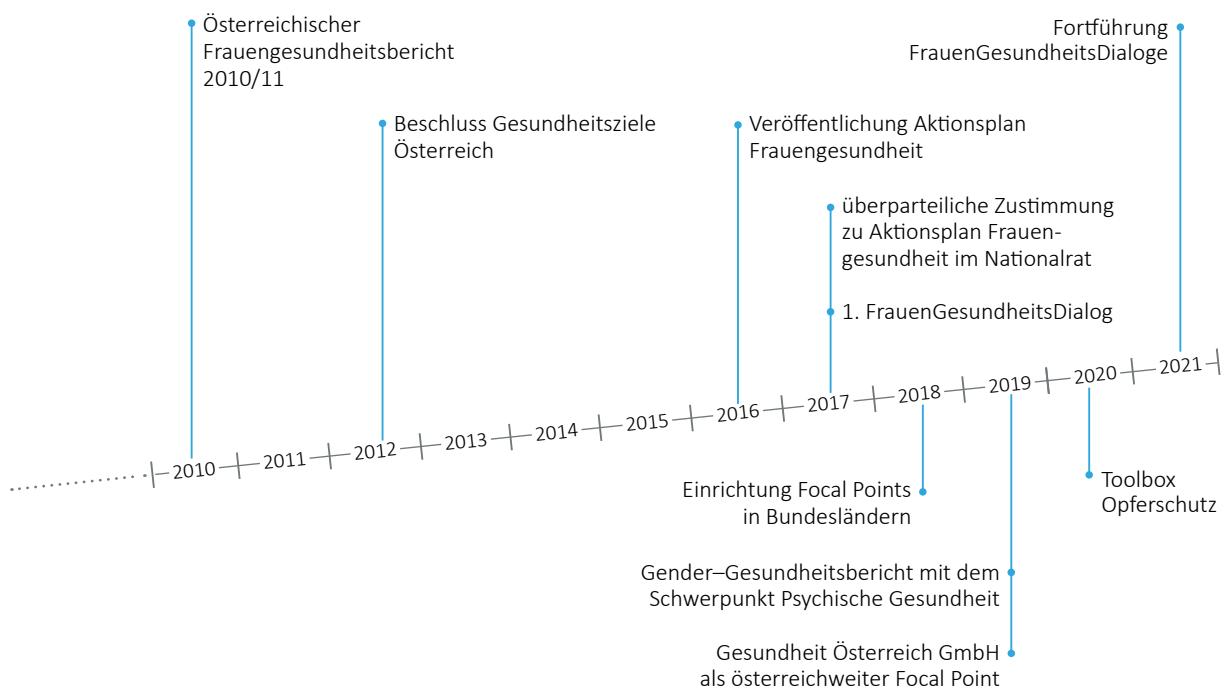
- 16 Frauen und Männer haben unterschiedliche Gesundheitsrisiken, die unterschiedliche Herangehensweisen zur Erhaltung der Gesundheit und zur Behandlung von Krankheiten erfordern. Beispielsweise gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Frauen entwickeln oft andere Symptome als Männer und erhalten häufig zu hohe Arzneimitteldosen.

Frauen wurden im Jahr 2014 durchschnittlich 83,7 Jahre alt (2019: 84,0 Jahre) und lebten damit rund fünf Jahre länger als Männer (2019: 79,3 Jahre). Ab dem 65. Lebensjahr konnten Frauen noch mit 11,3 gesunden Lebensjahren rechnen (2019 waren es nur mehr 10,2 Jahre); bei Männern waren es 11,4 Jahre (2019 nur mehr 9,3 Jahre).

Der Österreichische Frauengesundheitsbericht 2010/11 forderte Prioritäten der Gesundheitsförderung bei jenen Gesundheitsrisiken, die Frauen in zunehmendem Maß bzw. anders als Männer trafen.⁴⁰

Die folgende Abbildung zeigt die Chronologie der Maßnahmen im Bereich der Frauengesundheit (zu den Maßnahmen im Detail siehe [TZ 17](#)):

Abbildung 3: Maßnahmen Frauengesundheit



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

⁴⁰ Einen aktuelleren Frauengesundheitsbericht gab es bis zum Jahr 2021 nicht.



In der Folge analysiert der RH basierend auf dem Beschluss des Nationalrats zur gegenständlichen Gebarungsüberprüfung den Bereich Frauengesundheit.

Aktionsplan Frauengesundheit

17.1 (1) Im Jahr 2016 veröffentlichte das Gesundheitsministerium den interdisziplinär entwickelten Aktionsplan Frauengesundheit mit 17 Wirkungszielen und 40 Maßnahmen aus den Bereichen Gesundheitsforschung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung (z.B. die Stärkung der psychischen Gesundheit von Frauen). Ziel war, für die Umsetzung die Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs- und Wirtschaftspolitik auf Bundes- und Landesebene sowie die Sozialversicherung, Interessenvertretungen und NGO einzubeziehen. Der Nationalrat diskutierte den Aktionsplan Frauengesundheit im Juni 2017 und nahm ihn mehrheitlich an. Allerdings bemängelten die Abgeordneten, dass ein Zeitplan für die Umsetzung der Ziele sowie Evaluierungsmaßnahmen und ein Finanzierungsplan fehlten.

Laut Regierungsprogramm 2020–2024 war die Verbesserung der Frauengesundheit ein besonderes Anliegen. Es nannte als Maßnahmen eine forcierte Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit, die Erstellung eines jährlichen Frauengesundheitsberichts sowie die Weiterentwicklung und Anwendung von Gender-Medizin.

(2) Die Strategische Arbeitsgruppe Frauengesundheit mit Vertreterinnen aus dem damals für Gesundheit und Frauen zuständigen Ministerium und der GÖG legte im Jahr 2017 fest, dass die Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit vor allem in den Ländern stattfinden sollte. Sie beschloss dafür die Einrichtung von „Focal Points“ sowie die Festlegung von Leuchtturmprojekten; bis 2021 waren solche Leuchtturmprojekte die psychische Gesundheit, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit und das Selbstbild von Frauen.

(3) Ab dem Jahr 2017 stand der Aufbau von Strukturen für die Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit im Vordergrund. Dazu wurde ein Konzept erarbeitet, auf dessen Basis die Länder Focal Points für Frauengesundheit benennen sollten. Im Jahr 2019 wurde zusätzlich die GÖG als österreichweiter Focal Point bestimmt.

Die Focal Points sollten vernetzen, Maßnahmen und Themen des Aktionsplans aufgreifen und auf bereits umgesetzte Initiativen und Maßnahmen, gemeinsam mit regionalen, relevanten Stakeholdern, fokussieren. Bis März 2021 hatten elf Focal Point Meetings stattgefunden, davon fünf im Jahr 2020.

Für die Erstellung und Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit fielen in den Jahren 2015 bis 2019 Aufwendungen von rd. 230.000 EUR an.



(4) Ein Forum zur Vernetzung aller im Bereich der Frauengesundheit tätigen Organisationen und Expertinnen sowie Experten war der 2017 bis 2019 jährlich stattfindende FrauenGesundheitsDialog.

Der im Mai 2021 als Online–Veranstaltung abgehaltene 4. FrauenGesundheitsDialog beinhaltete u.a. Beiträge zu Gendermedizin zu Zeiten der COVID–19–Pandemie sowie zur psychosozialen und sozioökonomischen Lage von Frauen während und nach der COVID–19–Krise. Die Focal Points berichteten in der Veranstaltung über die Initiativen für Frauengesundheit in den Ländern während der COVID–19–Pandemie.

(5) Laut der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage vom November 2020 wirkte sich die COVID–19–Pandemie auf Frauen anders und zum Teil schwerwiegender aus als auf Männer. Ängste, Druck und Depressionen würden COVID–19–bedingt bei Frauen zunehmen. Mehrfachbelastung und Überforderung durch Homeoffice und Homeschooling seien während der strikten Quarantäne vermehrt bei Frauen aufgetreten.

Das Gesundheitsministerium fasste gesundheitsspezifische Angebote für Frauen mit COVID–19–bedingten besonderen Herausforderungen in einer Aufstellung, abrufbar auf der Website des Gesundheitsministeriums, zusammen. Diese beinhaltete Informationen und Angebote für Frauen und dokumentierte Aktivitäten österreichweit und aus den Ländern u.a. zu Gewalt, psychosozialer Beratung oder Gesundheitskompetenz.

- 17.2 Der RH würdigte die Erstellung des Aktionsplans Frauengesundheit, der die Themen zur Frauengesundheit mit Wirkungszielen und Maßnahmen aufbereitete. Veranstaltungen wie die Focal Point Meetings und der FrauenGesundheitsDialog setzten den Aktionsplan bundes– und länderübergreifend in die Praxis um und boten Möglichkeiten zur Vernetzung sowie zum Erfahrungsaustausch. Auch die Befassung mit Auswirkungen der COVID–19–Pandemie auf die Frauengesundheit beurteilte der RH positiv.



Transparenz und Monitoring

- 18.1 (1) Die Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit sollte webbasiert begleitet werden.

Auf der Website des Gesundheitsministeriums waren zur Zeit der Geburungsüberprüfung im Jahr 2021 eine Dokumentation des 4. FrauenGesundheitsDialogs vom Mai 2021 und ein Hinweis zum Bestehen der Focal Points abrufbar, aber keine darüber hinausgehenden Inhalte zu den bereits stattgefundenen Focal Point Meetings.

(2) Laut Aktionsplan Frauengesundheit sollte ein gemeinsames Monitoring mit der Gesundheitsförderungsstrategie stattfinden. Laut erstem Monitoringbericht zur Gesundheitsförderungsstrategie aus dem Jahr 2016 waren bei 30,7 % der Maßnahmen gezielt Genderaspekte, die gesellschaftlich geprägten Geschlechterrollen von Frauen und Männern, berücksichtigt. Auch der Monitoringbericht zu den Gesundheitszielen aus 2019 (Stand 2017) enthielt teilweise geschlechterspezifische Auswertungen. Im Jahr 2019 veröffentlichte das Gesundheitsministerium weiters einen Gender–Gesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel von Depression und Suizid.

Ein spezifisches Monitoring zur Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit fand bis zur Zeit der Geburungsüberprüfung im Jahr 2021 nicht statt. Auch waren die Wirkungsziele des Aktionsplans Frauengesundheit nicht quantifiziert. Mit dem 5. Focal Point Meeting im Oktober 2019 begannen die Teilnehmerinnen, die Maßnahmen und ihre Umsetzungsstände zu sammeln. Dabei schätzten die Vertreterinnen der Focal Points die 40 Maßnahmen des Aktionsplans Frauengesundheit zu 15,0 % als umgesetzt ein, zu 41,1 % als in Umsetzung begriffen und zu 43,9 % als nicht umgesetzt.

(3) Eine Maßnahme zur Förderung der Frauengesundheit war das im Jahr 2014 gestartete Mammographie–Screening im Rahmen des nationalen Brustkrebs–Frühherkennungsprogramms.

Für die Programmevaluierung war die GÖG im Auftrag des Gesundheitsministeriums verantwortlich. Nach einem ersten Bericht über die Programmjahre 2014 und 2015 lag der zweite Evaluationsbericht zum Brustkrebs–Früherkennungsprogramm für die Jahre 2014 bis 2017 im September 2019 vor. Das Gesundheitsministerium stellte für die Programmevaluierung zwischen 2014 und 2019 insgesamt rd. 900.000 EUR zur Verfügung.

(4) Laut Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage vom Februar 2021 werde aufgrund der laufenden Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit von einer neuerlichen Erstellung des Österreichischen Frauengesundheitsberichts abgesehen.



Eine budgetäre Vorsorge für die Erstellung eines aktuellen Frauengesundheitsberichts sei nicht geplant.

- 18.2 Der RH sah positiv, dass das Gesundheitsministerium plante, die Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit transparent und öffentlich abrufbar darzustellen. Er hielt allerdings kritisch fest, dass die Veröffentlichung bisher nur den 4. FrauenGesundheitsDialog betraf.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, im Sinne der Bewusstseinsbildung und Transparenz auch die Ergebnisse der Focal Point Meetings auf seiner Website zu veröffentlichen.

Der RH kritisierte, dass das Gesundheitsministerium keinen Überblick über die durchgeführten Maßnahmen des Aktionsplans Frauengesundheit hatte und bisherige Versuche eines Monitorings nicht erfolgreich waren. Er würdigte die Maßnahmensammlung im 5. Focal Point Meeting (Oktober 2019), hielt allerdings kritisch fest, dass die Wirkungsziele nicht quantifiziert waren, was deren Messung und somit die Bewertung der Umsetzung sowie eine Steuerung erschwerte.

Weiters hielt er kritisch fest, dass das Gesundheitsministerium für das Monitoring des Aktionsplans Frauengesundheit die vorhandenen Strukturen, z.B. die Datenbank IDDS–Gesundheit des Fonds Gesundes Österreich, nicht nutzte. In dieser Datenbank könnten mit vergleichsweise geringem Aufwand die Maßnahmen nicht nur gesammelt, sondern auch für eine weitere Auswertung und Steuerung strukturiert werden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, unter Nutzung vorhandener Strukturen die Maßnahmen zur Frauengesundheit zu sammeln, zu strukturieren und auszuwerten und so ein Monitoring zu implementieren. Weiters empfahl er, bei einer Aktualisierung des Aktionsplans Frauengesundheit die Wirkungsziele zu quantifizieren, um eine Messung des Maßnahmenerfolgs und eine Steuerung zu ermöglichen.

- 18.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums habe es eine Dokumentation des 5. FrauenGesundheitsDialogs vom Juni 2022 auf seiner Website veröffentlicht. Weiters strebe es an, zukünftig die Eckdaten der Focal Point Meetings zu veröffentlichen. Eine Veröffentlichung der auf vertrauensvoller Basis stattfindenden Focal Point Meetings sei in Abstimmung und auf Wunsch der Focal Points nicht geplant.

Es bestehet zwar kein eigenes Monitoring des Aktionsplans Frauengesundheit. Themen des Aktionsplans Frauengesundheit seien jedoch im Monitoring des Gesundheitsziele–Prozesses durch eine eigene Messgröße abgebildet. Die Datenbank IDDS–Gesundheit könnte das Gesundheitsministerium dafür nicht nutzen, weil überwiegend Einrichtungen in den Ländern (Frauengesundheitszentren, Frauenberatungsstellen, weitere Vereine) die Maßnahmen des Aktionsplans Frauengesund-



heit umsetzen würden, deren Aktivitäten nicht in der Datenbank abgebildet seien. Der Empfehlung des RH, die Wirkungsziele bei einer Überarbeitung des Aktionsplans Frauengesundheit zu quantifizieren, werde das Gesundheitsministerium nachkommen.

Bisher sei der Aktionsplan Frauengesundheit als Strategiepapier und nicht als Umsetzungsplan konzipiert gewesen, der inhaltliche, aber keine quantifizierbaren Wirkungsziele enthalten habe.

Zum Umsetzungsstand der 40 Maßnahmen des Aktionsplans Frauengesundheit habe im Oktober 2021 eine zweite Erhebung stattgefunden. Demgemäß befänden sich 25 % der Maßnahmen in „guter Umsetzung“, 50 % der Maßnahmen in Bearbeitung und 25 % seien noch nicht umgesetzt. Das Gesundheitsministerium erläuterte dazu in seiner Stellungnahme ausführlich die Methodik und Ergebnisse der Bewertung des Umsetzungsstands.

Für das Jahr 2023 sei die Veröffentlichung des zur Zeit der Stellungnahme erstellten Frauengesundheitsberichts 2022 geplant. Dazu würden vorwiegend Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung herangezogen. Ein eigener Schwerpunkt sei die Entwicklung seit der COVID-19-Pandemie. Der Bericht solle zudem innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems das Bewusstsein darüber fördern, wovon speziell Frauen in ihrer Gesundheit betroffen sind.

- 18.4 Der RH begrüßte, dass das Gesundheitsministerium künftig Eckdaten der Focal Point Meetings auf seiner Website veröffentlichen will, wies jedoch darauf hin, dass die Veröffentlichung jedenfalls auch die zusammengefassten Ergebnisse dieser Meetings beinhalten sollte.

Die Bereitschaft des Gesundheitsministeriums, künftig bei einer Überarbeitung des Aktionsplans Frauengesundheit quantifizierbare Wirkungsziele festzulegen, wertete der RH als Grundlage für ein Monitoring des Aktionsplans. Der RH verblieb bei seiner Ansicht, dass ein eigenes Monitoring des Aktionsplans Frauengesundheit unerlässlich für die Beurteilung des Erfolgs der Maßnahmen im Bereich der Frauengesundheit war. Das Monitoring der allgemeinen Gesundheitsziele konnte dabei ergänzende Informationen liefern, aber ein eigenes Monitoring nicht ersetzen.



Mutter–Kind–Pass

Allgemeines

- 19.1 (1) Das Gesundheitsministerium war für die Angelegenheiten des Mutter–Kind–Passes zuständig.⁴¹ Gemäß Kinderbetreuungsgeldgesetz⁴² hatte der Gesundheitsminister einen Mutter–Kind–Pass aufzulegen. Er hatte im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Familien und Jugend⁴³ ein Mutter–Kind–Pass–Programm zu verordnen und dabei u.a. Umfang und Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchungen bzw. der Hebammenberatung zu bestimmen. Diese Verordnung⁴⁴ (Mutter–Kind–Pass–Verordnung) wurde zuletzt im Jahr 2013 durch die Aufnahme der Hebammenberatung novelliert.

Zur Durchführung und Honorierung des Programms hatte der Haupt– bzw. Dachverband einen genehmigungspflichtigen Gesamtvertrag sowohl mit der Österreichischen Ärztekammer als auch mit dem Österreichischen Hebammengremium abzuschließen.

- (2) Der RH hatte den Mutter–Kind–Pass zuletzt in seinem Bericht „System der Gesundheitsvorsorge; Follow–up–Überprüfung“ (Reihe Bund 2016/19) überprüft.⁴⁵ Seither hatten sich die rechtlichen Vorgaben im Wesentlichen nicht verändert⁴⁶, die Organisation des Mutter–Kind–Passes und die Regelungen zur Kostentragung blieben unverändert. Das System des Mutter–Kind–Passes stellte sich wie folgt dar:

⁴¹ Bundesministeriengesetz 1986, BGBl. 76/1986 i.d.g.F.

⁴² BGBl. I 103/2001 i.d.g.F.

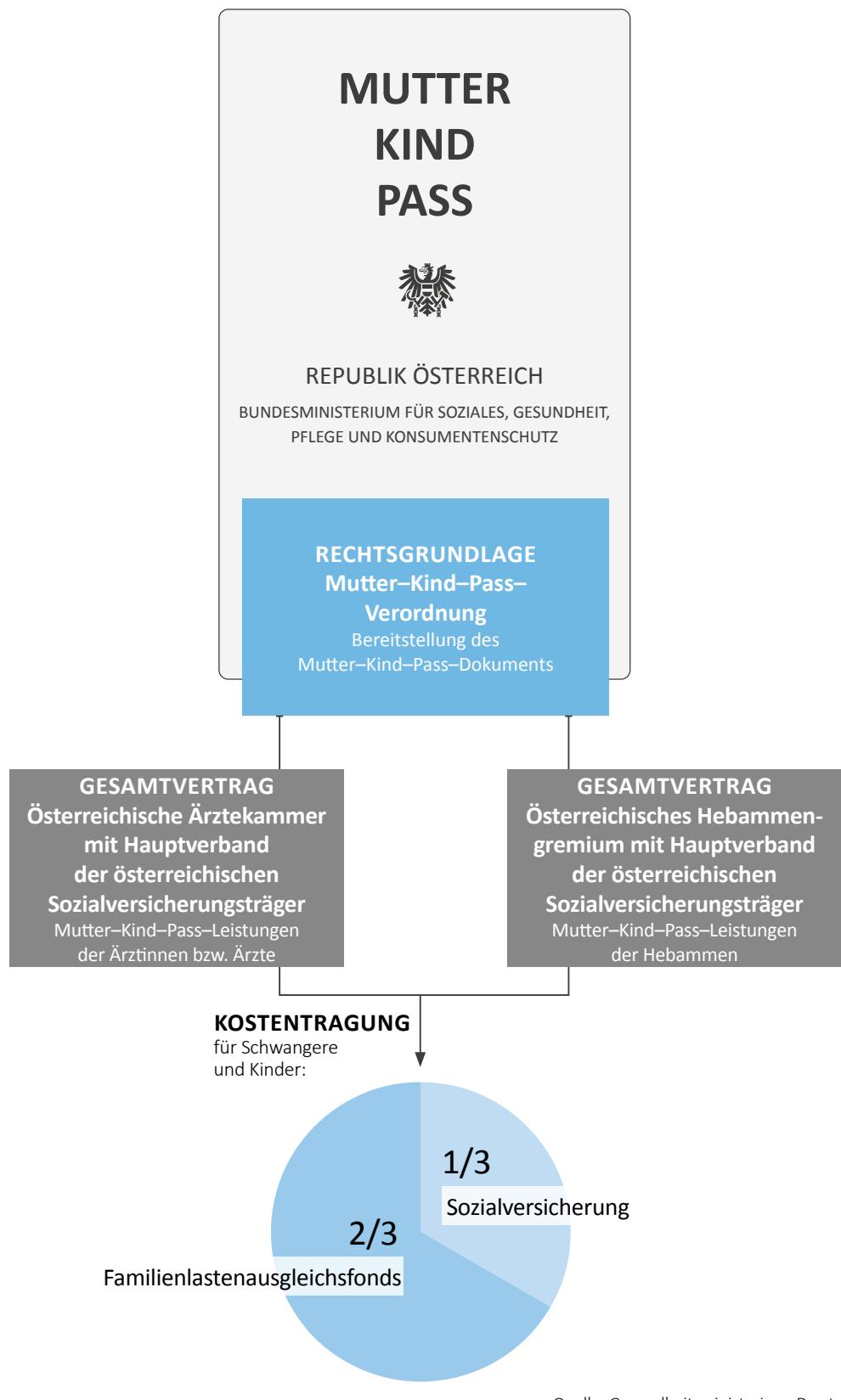
⁴³ zur Zeit der Geburgsüberprüfung 2021: Bundesministerin für Frauen, Familie, Jugend und Integration im Bundeskanzleramt

⁴⁴ Mutter–Kind–Pass–Verordnung 2002, BGBl. II 470/2001 i.d.g.F.

⁴⁵ Der RH hatte außerdem die Leistungen nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz überprüft (Reihe Bund 2020/24).

⁴⁶ Die Hebammenberatung wurde im Herbst 2013 in das Programm aufgenommen und war noch nicht Inhalt des RH–Berichts „System der Gesundheitsvorsorge“ (Reihe Bund 2014/14).

Abbildung 4: System des Mutter–Kind–Passes



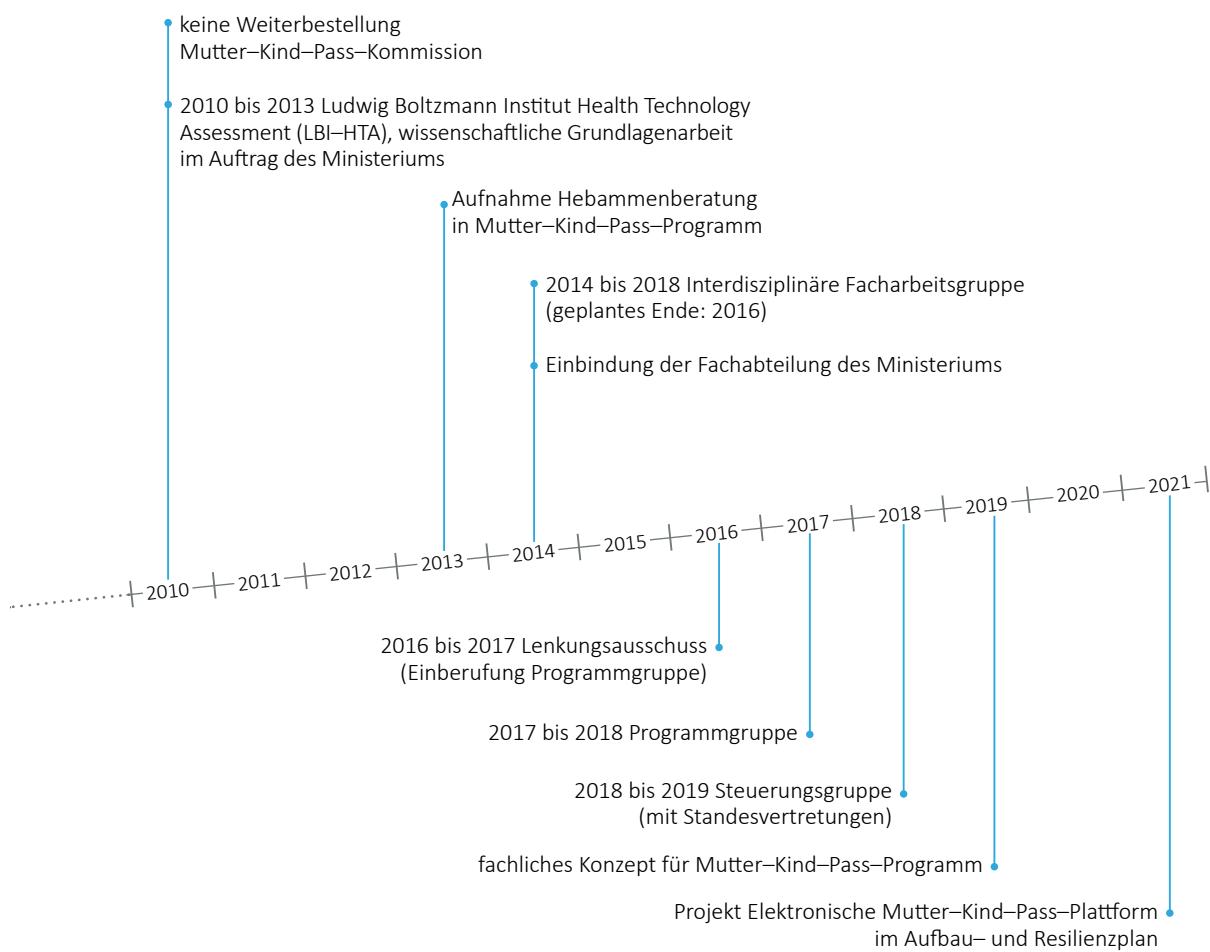


Gesundheitsförderung und Prävention

Die Kosten für das Mutter–Kind–Pass–Programm trugen zu zwei Dritteln der Famili恒lastenausgleichsfonds⁴⁷ und zu einem Drittel die Sozialversicherung.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Entwicklung des Mutter–Kind–Passes und den vom Gesundheitsministerium im Jahr 2010 initiierten Reformprozess, den der RH in der Folge beurteilt:

Abbildung 5: Entwicklung des Mutter–Kind–Passes und des Reformprozesses



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

- 19.2 Der RH hielt fest, dass sich seit dem letzten RH–Bericht zum Mutter–Kind–Pass aus dem Jahr 2016 die Vorgaben und die Organisation des Mutter–Kind–Passes im Wesentlichen nicht verändert hatten. Die Organisation des Vorsorgeinstruments war aufgrund der Einbindung zahlreicher Akteure (u.a. Bund, Österreichische Ärztekammer, Sozialversicherung) komplex und durch eine Trennung der Aufgabenver-

⁴⁷ Dieser fiel zur Zeit der Geburtsüberprüfung 2021 in den Aufgabenbereich der Bundesministerin für Frauen, Familie, Jugend und Integration im Bundeskanzleramt.



antwortung (insbesondere Gesundheitsministerium) von der Finanzierungsverantwortung (Familienlastenausgleichsfonds, Sozialversicherung) gekennzeichnet. Mit der Aufnahme der Hebammenberatung in das Programm im Jahr 2013 hatte sich die Komplexität der Organisation abermals erhöht.

Reformprozess

Akteure der Reform

20.1 (1) Bis 2010 bewertete die im Jahr 1996 eingerichtete und dem Obersten Sanitätsrat⁴⁸ zugeordnete Mutter–Kind–Pass–Kommission Änderungsvorschläge zum Mutter–Kind–Pass–Programm fachlich und reihte sie nach Dringlichkeit. Die Kommission wurde nach dem Ende ihrer Funktionsperiode im Jahr 2010 nicht mehr bestellt; maßgebliche Gründe dafür waren nicht dokumentiert.

(2) Das Gesundheitsministerium beauftragte im Jahr 2010 zur Neuorientierung der Eltern–Kind–Vorsorge das Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment (in der Folge: **LBI Health Technology**)⁴⁹ mit der Erarbeitung von wissenschaftlichen Grundlagen, die dieses bis 2013 in Berichten mit insgesamt rd. 1.600 Seiten zu neun Projektteilen veröffentlichte. Die Berichte handelten ein breites Themenspektrum ab, das über die Aspekte des Mutter–Kind–Passes hinausging. Zum Teil waren auch Handlungsempfehlungen enthalten, wie eine elektronische Umsetzung des Vorsorgeprogramms.

Die für den Mutter–Kind–Pass zuständige Fachabteilung des Gesundheitsministeriums war nicht in die Konzeption der Grundlagenarbeit und der weiterführenden Reformschritte eingebunden. Das Kabinett des damaligen Bundesministers informierte die Fachabteilung über fertige Berichte des LBI Health Technology. Eine strukturiertere Einbindung der Fachabteilung erfolgte erst ab 2014. Nach Angaben des Gesundheitsministeriums lag bis 2017 die maßgebliche Steuerung des Reformprozesses direkt bei der jeweiligen Bundesministerin bzw. dem jeweiligen Bundesminister und deren bzw. dessen Kabinett.

(3) Ziel des Reformprozesses war die Weiterentwicklung zu einem zeitgemäßen und evidenzbasierten Mutter–Kind–Pass. Weitergehende Konkretisierungen (z.B. Projektbeschreibung und Abgrenzung) oder Zieldefinitionen (z.B. Digitalisierung,

⁴⁸ Der Oberste Sanitätsrat war ein unabhängiges Expertengremium, dem die Beratung des Gesundheitsministers inklusive Abgabe von Empfehlungen oblag. Er war eine Kommission gemäß § 8 Bundesministerien gesetz 1986 zur Vorbereitung und Vorberatung der Geschäfte eines Bundesministeriums.

⁴⁹ Das Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment wurde im Jahr 2006 gegründet und gehörte zur Ludwig Boltzmann Gesellschaft, einer Trägerorganisation für außeruniversitäre Forschung. Das Gesundheitsministerium trat dem Errichtungsvertrag im Jahr 2010 bei.



Datenqualität) bzw. die Verknüpfung mit noch festzulegenden Messgrößen erfolgten im Wesentlichen nicht.

- 20.2 (1) Der RH wies auf die Bedeutung eines wissenschaftlichen Beratungsorgans wie des Obersten Sanitätsrats bzw. der Mutter–Kind–Pass–Kommission für die kontinuierliche Weiterentwicklung des Mutter–Kind–Pass–Programms hin.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, sicherzustellen, dass es bei der Entwicklung des Mutter–Kind–Pass–Programms kontinuierlich von einer Expertengruppe beraten und begleitet wird.

(2) Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium Änderungsbedarf im Bereich des Mutter–Kind–Passes erkannte und ab dem Jahr 2010 umfangreiche Grundlagen zur Eltern–Kind–Vorsorge durch das LBI Health Technology erarbeiten ließ.

Er kritisierte, dass bei der Konzeption der Grundlagenarbeit und der weiterführenden Reformschritte die für den Mutter–Kind–Pass zuständige Fachabteilung des Gesundheitsministeriums im Wesentlichen bis Ende 2013 nicht eingebunden war.

- 20.3 Das Gesundheitsministerium verwies dazu auf seine Stellungnahmen zu TZ 21 und TZ 22.

Ablauf der Reformarbeiten

- 21.1 (1) Ab 2014 bauten die Arbeiten zur Reform des Mutter–Kind–Pass–Programms auf den Grundlagenarbeiten des LBI Health Technology auf. Es erstellte in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium im Jahr 2014 einen übergeordneten Leitfaden für den Reformprozess. Demnach sollten

- in einer ersten Phase eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Facharbeitsgruppe als Beratungsgremium bis Ende 2016 evidenzbasierte Screening–Empfehlungen erarbeiten,
- ein breit aufgestelltes Entscheidungsgremium bestehend aus den Entscheidungsträgern⁵⁰ und Standes– und Interessenvertretungen diese Empfehlungen ab Mitte 2015 begutachten und
- die akkordierten und von den Entscheidungsträgern beschlossenen Empfehlungen legistisch bzw. vertraglich umgesetzt werden.

⁵⁰ Die für Gesundheit und für Familie zuständigen Ministerien sowie der Hauptverband; diese sollten gemeinsam auch den Lenkungsausschuss bilden.



(2) Die Facharbeitsgruppe⁵¹ begann ihre Arbeit im Oktober 2014 und beendete sie im Mai 2018 nach 38 Sitzungen. Als Resultat des nach einem standardisierten Modell durchgeführten Bewertungsprozesses⁵² gab sie für die Bereiche Schwangerschaft, Wochenbett und Kindheit insgesamt 51 Empfehlungen für Screenings ab.

Ein Lenkungsausschuss wurde im Dezember 2016 einberufen, mit dem Ziel, nach dem Abschluss der Arbeiten der Facharbeitsgruppe die nächsten Schritte zu planen. Er bestand aus Führungskräften der für Gesundheit und für Familie zuständigen Ministerien sowie des Hauptverbands.⁵³ Er hielt im Dezember 2016 und November 2017 je eine Sitzung ab.

(3) Das im Leitfaden des LBI Health Technology vorgesehene, breit aufgestellte Entscheidungsgremium für die Begutachtung der Screening-Empfehlungen wurde nicht etabliert.

Der Lenkungsausschuss richtete bei seiner ersten Sitzung im Dezember 2016 eine Programmgruppe als Untergruppe auf Fachebene ein.⁵⁴ Diese sollte aus den Facharbeitsgruppenergebnissen ein Mutter–Kind–Pass–Programm konzipieren und Varianten aufzeigen, da die Facharbeitsgruppe u.a. weder die Untersuchungen bündelte noch die Berufsgruppen (z.B. Ärztin bzw. Arzt oder Hebamme) festlegte. Die Programmgruppe hielt zwischen März 2017 und Mai 2018 insgesamt vier Sitzungen ab.

Nach Ende der Arbeiten der Facharbeitsgruppe und Programmgruppe im Mai 2018 wurde im Juni 2018 eine Steuerungsgruppe eingerichtet. In dieser waren erstmals auch Standesvertretungen – Österreichische Ärztekammer, Österreichisches Hebamengremium – in die Programmgestaltung miteinbezogen und war das Finanzministerium vertreten. Die Steuerungsgruppe hielt zwischen Juni 2018 und Mai 2019 sechs Sitzungen ab. Sie diskutierte die Ergebnisse der Facharbeitsgruppe und der Programmgruppe, zog erforderlichenfalls Fachexpertinnen und Fachexperten hinzu und überprüfte die Evidenzlagen nochmals. Darüber hinaus diskutierte die Steuerungsgruppe ein elektronisches Modell für den Mutter–Kind–Pass. Nach der letzten Sitzung im Mai 2019 waren die inhaltlichen Arbeiten zur Änderung des Mutter–Kind–Pass–Programms im Wesentlichen abgeschlossen. Ein fachliches Konzept für ein geändertes Mutter–Kind–Pass–Programm lag im November 2019⁵⁵ vor. Für die Umsetzung des Programms relevante Beschlüsse wurden nicht gefasst.

⁵¹ Vertreten waren u.a. die für Gesundheit und für Familie zuständigen Ministerien, der Hauptverband, mehrere medizinische Gesellschaften, relevante Studiengänge und einige nominierte Expertinnen und Experten.

⁵² im Wesentlichen eine Bewertung anhand eines transparenten Schemas in Anlehnung an die Screening-Kriterien der WHO

⁵³ Beratend waren auch die GÖG und das LBI Health Technology vertreten.

⁵⁴ In der Programmgruppe waren dieselben Institutionen vertreten wie im Lenkungsausschuss.

⁵⁵ nach abschließenden Arbeiten, die auf die letzte Sitzung der Steuerungsgruppe folgten



(4) Obwohl die Organisation des Vorsorgeinstruments Mutter–Kind–Pass u.a. durch die Trennung von Aufgaben und die Abwicklung über Gesamtverträge segmentiert war und die Reformarbeiten hohen fachlichen Anforderungen genügen sollten, verfügte das Gesundheitsministerium erst im Frühjahr 2019 über ein Planungsdokument zur Strukturierung der erforderlichen Umsetzungsschritte. Es bildete Arbeitspakete zu unterschiedlichen Themenstellungen (wie Qualitätssicherung, Logistik, Digitalisierung) und legte Zeithorizonte und Verantwortlichkeiten fest. Unter anderen sollten der Hauptverband, die Österreichische Ärztekammer und das Finanzministerium in die Umsetzung einbezogen werden.

Die Umsetzungsschritte unterblieben. Das Gesundheitsministerium erklärte dies dem RH gegenüber mit dem vorzeitigen Ende der Bundesregierung (Mai 2019), der abwartenden Haltung der darauffolgenden Beamtenregierung sowie der COVID–19–Pandemie ab März 2020.

(5) Im Zuge der Reformarbeiten führte der Haupt– bzw. Dachverband Schätzungen der mit den geplanten Programmänderungen verbundenen Kosten durch. Nach einer Schätzung vom Februar 2020 würden sich durch die Programmänderungen die jährlichen Gesamtkosten von rd. 61 Mio. EUR (Stand: 2018) um rd. 30 Mio. EUR⁵⁶ auf rd. 91 Mio. EUR erhöhen. Ihre Finanzierung war bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung offen. Auch die Anpassung der Leistungskataloge und Honorarverhandlungen mit den Standesvertretungen standen 2021 noch aus.

- 21.2 (1) Der RH anerkannte den transparenten und nach einem standardisierten Modell abgewickelten Bewertungsprozess von Screening–Maßnahmen der Facharbeitsgruppe, dessen Ergebnisse die Grundlage zur Entwicklung eines evidenzbasierten Mutter–Kind–Pass–Programms bilden sollten. Er anerkannte auch, dass im Herbst 2019 ein fachliches Konzept für ein geändertes Mutter–Kind–Pass–Programm vorlag.

Er kritisierte jedoch, dass die Facharbeitsgruppe den geplanten Zeithorizont 2016 deutlich überschritt und das Gesundheitsministerium erst im Frühjahr 2019 – rund zehn Jahre nach Start des Reformprozesses – über ein Planungsdokument zur Umsetzung des neuen Mutter–Kind–Passes verfügte, das Verantwortlichkeiten, Arbeitspakete und Meilensteine definierte. Nach Ansicht des RH war die viel zu lange Projektdauer nicht allein durch die Komplexität der Abstimmungsmaßnahmen erklärbar. Der RH wies kritisch darauf hin, dass auch nach insgesamt 50 Sitzungen aller beteiligten Gremien die für die Umsetzung erforderlichen Beschlüsse nicht gefasst waren und die Umsetzung bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Jahr 2021 noch offen war.

⁵⁶ Darin enthalten waren Valorisierungskosten von rd. 15 Mio. EUR.



Der RH erachtete bei Projekten dieser Komplexität eine auf die Maßnahme angemessen abgestimmte Konzeption der Strukturen und der Prozesse als einen entscheidenden Erfolgsfaktor der Reformarbeit, nicht zuletzt, um Zeitverzögerungen zu minimieren.

(2) Der RH kritisierte, dass die Finanzierung des weiterentwickelten Mutter–Kind–Pass–Programms elf Jahre nach Start des Reformprozesses im Jahr 2010 bzw. zwei Jahre nach Vorliegen des fachlichen Konzepts aus dem Jahr 2019 noch nicht geklärt war.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, aktiv dazu beizutragen, dass die relevanten Akteure die Finanzierung des geänderten Mutter–Kind–Pass–Programms zeitnah klären und die für die Umsetzung notwendigen Schritte setzen.

21.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei im Rahmen des Österreichischen Aufbau– und Resilienzplans im Jahr 2022 ein neues Projekt mit einem Budget von 10 Mio. EUR gestartet worden. In der Folge solle sich der Mutter–Kind–Pass zu einer elektronischen Dokumentations– und Kommunikationsplattform inklusive Schnittstellen entwickeln. Bis dahin habe das Gesundheitsministerium aufgrund des Regierungswechsels im Mai 2019 und der seit Anfang 2020 andauernden COVID–19–Pandemie den politischen Abstimmungsprozess nicht weiterverfolgt. Die für die Erarbeitung der gesetzlichen Grundlagen notwendige politische Abstimmung zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Bundeskanzleramt sei noch nicht abgeschlossen.

Ergebnisse

22.1 (1) Seit der Geburungsüberprüfung des RH im Jahr 2013 wurde das Mutter–Kind–Pass–Programm um eine einstündige Hebammenberatung in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche ergänzt und blieb seitdem unverändert.

Der RH hatte dem Gesundheitsministerium in seinem Bericht „System der Gesundheitsvorsorge; Follow–up–Überprüfung“ (Reihe Bund 2016/19, TZ 7 und TZ 12) empfohlen, gemeinsam mit dem Hauptverband ein Gesamtmonitoring über die Inanspruchnahme von Mutter–Kind–Pass–Untersuchungen einzurichten und die einzelnen Untersuchungen sowie den Mutter–Kind–Pass insgesamt hinsichtlich des Kosten–Nutzen–Verhältnisses zu evaluieren.

Das Gesundheitsministerium verfügte zur Zeit der Geburungsüberprüfung im Jahr 2021 über kein Evaluierungskonzept, obwohl die Grundlagenarbeiten des LBI Health Technology entsprechende Empfehlungen enthielten. Es hatte auch keine Maßnahmen zur Verbesserung der Datenlage (z.B. der durchgeföhrten Untersuchungen) getroffen.



Eine Evaluierung der Hebammenberatung⁵⁷ aus dem Jahr 2018 im Auftrag des Hauptverbands zeigte, dass Schwangere, die eine Beratung beanspruchten, einen höheren sozioökonomischen Status aufwiesen und bei schwangerschaftsrelevanten Faktoren wie Rauchen bessere Ergebnisse zeigten.

(2) Ergebnisse des rund zehnjährigen Reformprozesses waren im Wesentlichen das fachliche Konzept für ein geändertes Mutter–Kind–Pass–Programm und ein Entwurf des damit abgestimmten Mutter–Kind–Pass–Dokuments.

Die geplanten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung (z.B. Leitfaden), zur logistischen Umsetzung (insbesondere Anpassung der Mutter–Kind–Pass–Verordnung) sowie zur elektronischen Dokumentation setzte das Gesundheitsministerium bis 2021 nicht um.

Auf Basis der Reformarbeiten bis Herbst 2019 stellten sich die geplanten Ergänzungen des bestehenden Programms auszugsweise wie folgt dar:

Tabelle 5: Geplante Ergänzungen zum Mutter–Kind–Pass–Programm

geplante Ergänzungen für die Schwangere		
Zeitraum	mit dem Kinderbetreuungsgeldbezug verknüpft	nicht mit dem Kinderbetreuungsgeldbezug verknüpft
bis 14. Schwangerschaftswoche	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung der medizinischen Anamnese wie u.a. erhöhtes Risiko für Schwangerschaftsdiabetes • bei Bedarf: Erhebung des Impfstatus (Röteln- und Windpocken-Antikörper) • bei Bedarf: Untersuchung Zellabstrich Gebärmutterhals • Thyreotropin-Bestimmung (Schilddrüsenhormon) 	
14. bis 17. Schwangerschaftswoche		psychosoziale Beratung durch eine Hebamme oder einen Arzt bzw. eine Ärztin
24. bis 34. Schwangerschaftswoche		Hebammenberatung (erweiterter Beratungszeitraum)
35. bis 38. Schwangerschaftswoche		Ultraschalluntersuchung mit Schwerpunkt Lageanomalie

⁵⁷ Das Erfassen der Beratungen und eine Evaluierung waren vertraglich festgelegt und für die Hebammen verpflichtend.



geplante Ergänzungen für das Kind		
Alter	mit dem Kinderbetreuungsgeldbezug verknüpft	nicht mit dem Kinderbetreuungsgeldbezug verknüpft
1. Woche	Hörscreening	
4. bis 7. Woche	Beratung (u.a. Passivrauchen, Unfallverhütung, Impfungen)	ausführlichere Dokumentation der Hüftultraschalluntersuchungen
3. bis 5. Monat	Beratung (Ernährung/Beikost, Unfallverhütung, Impfungen)	
7. bis 9. Monat	Beratung (Mundgesundheit, Sonnenschutz, Unfallverhütung, Impfungen)	
10. bis 14. Monat		
22. bis 26. Monat		Beratungen (Bewegungsmangel, Unfallverhütung, Impfungen)
34. bis 38. Monat		
46. bis 50. Monat		
58. bis 62. Monat		Sehprobentafel; Beratung (Bewegungsmangel, Unfallverhütung, Impfungen)

Quelle: Gesundheitsministerium

Wie die Tabelle zeigt, sollte der Mutter–Kind–Pass um medizinische Untersuchungen und psychosoziale Aspekte erweitert werden sowie neben seiner Funktion als Screening–Instrument auch verstärkt Beratungselemente enthalten.

(3) Für den Nutzen der internen (internistischen) Untersuchung bestand keine Evidenz, weshalb sie im geplanten Programm nicht mehr vorgesehen war. Für diese Untersuchung fielen 2,56 Mio. EUR jährlich an. Nach der Mutter–Kind–Pass–Verordnung war sie für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe nach wie vor verpflichtend.

(4) Basierend auf dem Österreichischen Aufbau– und Resilienzplan 2020–2026⁵⁸ genehmigte der Rat der Europäischen Union im Jahr 2021 ein Projekt Österreichs zur Entwicklung einer elektronischen Mutter–Kind–Pass–Plattform bis 2026 mit geschätzten Kosten und einem Förderumfang von 10 Mio. EUR. Ziel des Projekts war die Einrichtung einer elektronischen Dokumentations– und Kommunikationsplattform für die Mutter–Kind–Pass–Untersuchungen und –Beratungen. Diese sollte auch Auswertungen der Informationen für gesundheitspolitische, ökonomische und soziale Fragestellungen erlauben, u.a. Schnittstellen zu den Frühe–Hilfen–Netzwerken bieten und vereinfachten Zugang zu den Untersuchungsergebnissen ermöglichen.

22.2 (1) Der RH kritisierte, dass das Gesundheitsministerium keine wirksamen Maßnahmen zur Verbesserung der Datenlage veranlasste und über kein Evaluierungskonzept für den Mutter–Kind–Pass verfügte, obwohl in den Grundlagenarbeiten des

⁵⁸ Der EU–Aufbauplan (Aufbau– und Resilienzfazilität) umfasste EU–Finanzhilfen in Höhe von 672,5 Mrd. EUR für Reform– und Investitionsprojekte der EU–Mitgliedstaaten, davon für Österreich 3,5 Mrd. EUR, um den Wirtschaftsaufschwung anzustoßen und die Auswirkungen der COVID–19–Pandemie auf Wirtschaft und Gesellschaft abzufedern.



LBI Health Technology entsprechende Empfehlungen enthalten waren ([TZ 20](#)). Er verwies dazu auf die Evaluierungsergebnisse für die Hebammenberatung, die zeigten, dass eine klare Datenlage zur Beurteilung der Inanspruchnahme und folglich auch des Nutzens und damit allfälliger erforderlicher Steuerungsmaßnahmen notwendig war.

Der RH erachtete es grundsätzlich als positiv, dass die geplanten Änderungen im Mutter–Kind–Pass neben seiner Funktion als Screening–Instrument auch verstärkt Beratungselemente enthielten, die neben medizinischen auch psychosoziale Aspekte abdecken sollten.

Vor dem Hintergrund des langjährigen, aufwändigen sowie kostenintensiven Prozesses für ein evidenzbasiertes Mutter–Kind–Pass–Programm kritisierte er, dass das Programm noch nicht implementiert war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auf eine Entscheidung über die Inhalte des bereits erarbeiteten fachlichen Konzepts für ein evidenzbasiertes Mutter–Kind–Pass–Programm und in der Folge umgehend auf seine Umsetzung hinzuwirken; begleitend wäre ein umfassendes Evaluierungskonzept zu implementieren.

(2) Der RH kritisierte, dass die interne Untersuchung (mit Kosten von 2,56 Mio. EUR jährlich) trotz fehlender Evidenz weiterhin Programmbestandteil und für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes verpflichtend war.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, in der Mutter–Kind–Pass–Verordnung die Verknüpfung der internen (internistischen) Untersuchung mit dem Bezug des Kinderbetreuungsgeldes aufzuheben und auf eine Streichung der Untersuchung aus dem Mutter–Kind–Pass–Programm hinzuwirken.

(3) Der RH anerkannte, dass der Österreichische Aufbau– und Resilienzplan 2020–2026 ein Projekt zum elektronischen Mutter–Kind–Pass enthielt und damit auch Schnittstellen zwischen dem Mutter–Kind–Pass und den Frühen Hilfen geschaffen werden sollen. Er wies jedoch darauf hin, dass das Projekt kein Teil des bisherigen Reformprozesses war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, bei der Implementierung der elektronischen Mutter–Kind–Pass–Plattform auf die Arbeiten der Facharbeitsgruppe, der Programmgruppe und der Steuerungsgruppe aufzusetzen und das seit Herbst 2019 vorliegende fachliche Konzept für ein geändertes Mutter–Kind–Pass–Programm heranzuziehen, um Doppelgleisigkeiten und weitere zeitliche Verzögerungen zu vermeiden.



- 22.3 Das Gesundheitsministerium verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 21 und ergänzte, dass für die Inanspruchnahme der EU–Finanzhilfen im Rahmen des Österreichischen Aufbau– und Resilienzplans bis zum zweiten Quartal 2023 die Rechtsgrundlagen vorliegen und die Stakeholder konsultiert werden müssten, bis zum vierten Quartal 2023 die Programmierung auszuschreiben sei und bis zum zweiten Quartal 2026 der Anteil der betreuenden Ärztinnen und Ärzte sowie der Frauen, die den Mutter–Kind–Pass nutzen, 90 % erreichen sollte.

Das bis zum Jahr 2019 erarbeitete Programm des Mutter–Kind–Passes solle zeitgleich mit dem Umstieg auf den elektronischen Mutter–Kind–Pass umgesetzt werden. Dies solle auch eine digitale Erfassung der einzelnen Untersuchungen, die eine Ergebnisdokumentation (Gesundheitsdaten) erleichtert, umfassen, wodurch ein System zur Evaluation und eine transparente Darstellung der Kosten mit der Möglichkeit zur Einzelleistungsabrechnung geschaffen werden könnten.

- 22.4 Angesichts der angekündigten Einführung eines neuen digitalen Eltern–Kind–Passes verwies der RH darauf, dass die bereits bis 2019 erarbeiteten Änderungen des Mutter–Kind–Passes Ende 2022 noch nicht umgesetzt waren. Auch die Finanzierung war noch nicht final geklärt.

Daher bekraftigte der RH seine Empfehlung, nach einer Entscheidung über die Inhalte des bereits erarbeiteten fachlichen Konzepts für ein evidenzbasiertes Mutter–Kind–Pass–Programm auch umgehend auf seine zügige Umsetzung hinzuwirken und begleitend ein umfassendes Evaluierungskonzept zu implementieren.

Kosten der Arbeiten des Ludwig Boltzmann Instituts Health Technology Assessment und der Facharbeitsgruppe

- 23.1 (1) Zur Finanzierung des LBI Health Technology gewährte das Gesundheitsministerium gemeinsam mit weiteren Finanzierungspartnern – wie den Landesgesundheitsfonds oder dem Haupt– bzw. Dachverband – der Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH als Trägerorganisation des Instituts regelmäßig finanzielle Mittel, nicht nur für Aufträge zum Mutter–Kind–Pass, sondern auch für weitere Projekte.

Seit dem Beitritt des Gesundheitsministeriums zum Errichtungsvertrag des LBI Health Technology im Jahr 2010 bildeten im Wesentlichen zwei mehrjährige Verträge die rechtliche Grundlage der Finanzierung (Vertrag zur Errichtung: März 2010 bis Februar 2013; Vertrag zur Verlängerung: März 2013 bis Februar 2020). Demnach waren die Mittel des Gesundheitsministeriums im Rahmen von Quartalsberichten abzurechnen, in denen die Höhe der Personal– und Sachkosten des Instituts darzustellen war.



(2) Die Finanzierungsbeiträge des Gesundheitsministeriums für das LBI Health Technology betragen im Zeitraum 2010 bis 2019 insgesamt rd. 977.000 EUR, wovon rd. 327.000 EUR auf das Projekt Eltern–Kind–Vorsorge entfielen:

Für die Grundlagenarbeit, Aktualisierungen der Projektberichte, die Konzeption des Reformprozesses oder die Begleitung der Facharbeitsgruppe beim Projekt Eltern–Kind–Vorsorge war eine Ermittlung der Kosten durch das Gesundheitsministerium nur für den Zeitraum ab April 2013 möglich. Für die bis März 2013 erarbeiteten Grundlagen zur Eltern–Kind–Vorsorge (u.a. neun Projektteile) fehlten im Gesundheitsministerium Kostenaufstellungen.

Die für den Zeitraum April 2013 bis 2019 ermittelbaren Kosten von rd. 327.000 EUR basierten teilweise auf Planwerten, welche die Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH dem Gesundheitsministerium zur Verfügung stellte.

(3) Das Gesundheitsministerium stieß den Prozess zur grundsätzlich halbjährlichen Auszahlung der für das LBI Health Technology vereinbarten Mittel mit einem Zahlungsersuchen der Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH an.

In den Akten des Gesundheitsministeriums zur Freigabe und zur Anweisung der Mittel für den Finanzierungszeitraum 2010 bis 2012 war die Prüfung der sachlichen Richtigkeit im Wesentlichen nicht nachvollziehbar dokumentiert. Eine Aufstellung über die geplanten Kosten bzw. die verwendeten Mittel war in den Akten nicht abgebildet.

Ab dem Jahr 2014⁵⁹ war in den Akten regelmäßig festgehalten, dass eine Berichtslegung im Vertrag nicht vorgesehen sei. Dementsprechend lagen die vertraglich vorgesehenen Quartalsberichte dem Gesundheitsministerium nicht vor.

Legte die Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH eine Aufstellung der geplanten Projekte bzw. Kosten vor, prüfte das Gesundheitsministerium die Plausibilität und bestätigte auf dieser Basis die sachliche Richtigkeit. Es bestätigte die sachliche Richtigkeit auch, wenn keine Aufstellungen vorlagen, und begründete dies u.a. damit, dass mangels gegenteiliger Berichte weiterer Vertragspartner die Ordnungsmäßigkeit der erbrachten Leistungen anerkannt werden konnte.

(4) Für die Begleitung des Prozesses der Facharbeitsgruppe kalkulierte das LBI Health Technology (2015) pro Sitzung 0,4 Personenmonate und verrechnete pro Personenmonat rd. 9.500 EUR⁶⁰. Bei 38 Sitzungen der Facharbeitsgruppe beliefen sich auf dieser Basis die Kosten für die Prozessbegleitung auf rd. 144.400 EUR. Weitere

⁵⁹ Das Gesundheitsministerium gewährte die finanziellen Mittel für das Jahr 2013 erst im Jahr 2014.

⁶⁰ In den Jahren 2018 bzw. 2019 war ein Personenmonat mit rd. 10.200 EUR ausgewiesen.



Kosten im Bereich der Facharbeitsgruppe waren u.a. Reisekosten der Facharbeitsgruppenmitglieder von rd. 24.500 EUR und Kosten für die Moderation von rd. 47.100 EUR.

- 23.2 Der RH hielt fest, dass in den Jahren 2010 bis 2019 die im LBI Health Technology angefallenen Kosten für das Projekt Eltern–Kind–Vorsorge (u.a. die Grundlagenarbeiten, Aktualisierungen der Projektberichte und Begleitung der Facharbeitsgruppe) im Finanzierungsbeitrag des Gesundheitsministeriums von 977.000 EUR abgedeckt waren.

Er kritisierte, dass das Gesundheitsministerium keine Kenntnis der angefallenen Kosten der bis 2013 erarbeiteten Grundlagen hatte und die ermittelbaren Projektkosten von rd. 327.000 EUR (2013 bis 2019) teilweise auf Planwerten basierten. Diese mangelnde Kostentransparenz war einer zweckmäßigen und sparsamen Gestaltung abträglich.

Der RH kritisierte weiters, dass das Gesundheitsministerium die finanziellen Mittel für das LBI Health Technology gewährte, ohne die vertraglich vereinbarten Quartalsberichte und damit einen Nachweis über die Mittelverwendung einzufordern. Auch bemängelte er, dass die Vorgangsweise im Gesundheitsministerium bei der Prüfung und Bestätigung der sachlichen Richtigkeit teilweise nicht nachvollziehbar war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die dem LBI Health Technology gewährten Finanzmittel künftig ordnungsgemäß abzuwickeln und eine nachvollziehbare Dokumentation der Mittelverwendung einzufordern.

Der RH wies vor dem Hintergrund der bisher fehlenden Umsetzung des fachlichen Konzepts für die Weiterentwicklung des Mutter–Kind–Passes kritisch darauf hin, dass allein für Begleitung, Moderation und Sitzungen der Facharbeitsgruppe rd. 216.000 EUR angefallen waren.

- 23.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums werde es sich um die Umsetzung der Empfehlung bemühen.



Impfstoffversorgung

Allgemeines

24

(1) Das Impfwesen oblag gemäß der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung in Gesetzgebung und Vollziehung dem Bund.⁶¹ Die Impfung bzw. aktive Immunisierung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (**FSME**) sowie die Impfung gegen Influenza mit dem Influenza-Pandemieimpfstoff, wenn und solange die WHO eine Influenza-Pandemie ausgerufen hatte ([TZ 27](#)), zählten gemäß § 132c Allgemeines Sozialversicherungsgesetz⁶² zu den „sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit“ und damit zu den Aufgaben der Krankenversicherungsträger. Alle anderen Impfungen zum Zweck der Gesundheitsvorsorge waren keine gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherung und daher grundsätzlich privat zu finanzieren; dies galt auch für die Impfung gegen die saisonale Influenza.

(2) Ungeachtet dessen bestand ein öffentliches Interesse an hohen Durchimpfungs-raten im Sinne einer hohen Impfbeteiligung der Bevölkerung, weil durch Impfungen sowohl schwer verlaufende als auch übertragbare Krankheiten vermeidbar sind und die Belastung für die erkrankte Person und bei großflächiger Verbreitung in der Bevölkerung auch für das öffentliche Gesundheitswesen verringert werden kann.

Zudem bestand gegenüber der WHO die Verpflichtung, an der Bekämpfung bestimmter Krankheiten – Masern, Röteln und Kinderlähmung (Poliomyelitis, in der Folge: **Polio**) – mitzuwirken ([TZ 31](#)). Daher stellte der Bund sowohl Kindern ([TZ 25](#)) als auch Erwachsenen ([TZ 26](#)) Impfungen kostenlos zur Verfügung.

(3) Das Impfschadengesetz⁶³ sah eine Entschädigung u.a. für Impfungen vor, die nach einer gemäß § 1b leg. cit. erlassenen Verordnung⁶⁴ zur Abwehr einer Gefahr für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung im Interesse der Volksge-sundheit empfohlen waren. Dies galt im Wesentlichen für die vom Bund kostenlos zur Verfügung gestellten Impfungen, die FSME-Impfung, die Influenza-Impfung (seit Oktober 2020) sowie für die COVID-19-Impfung (seit Dezember 2020).

(4) Bis 2010 nahm im Gesundheitsministerium ein direkt der zuständigen Sektions-leitung III (Öffentliches Gesundheitswesen und Arzneimittelwesen) unterstellter Fachexperte die Aufgaben des Impfwesens wahr. Darüber hinaus beriet zu dieser Zeit auch der Impfausschuss des Obersten Sanitätsrats den Bundesminister in fach-lichen Fragen. Im Jahr 2010 richtete das Gesundheitsministerium eine eigene Abtei-

⁶¹ Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Kompetenztatbestand Gesundheitswesen)

⁶² BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

⁶³ Bundesgesetz vom 3. Juli 1973 über die Entschädigung für Impfschäden, BGBl. 371/1973 i.d.g.F.

⁶⁴ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über empfohlene Impfungen, BGBl. II 526/2006 i.d.g.F.



lung für Impfwesen ein. Im Jahr 2011 übernahm das Nationale Impfremium die Aufgaben des Impfausschusses, dieses war – wie der Oberste Sanitätsrat – eine Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz zur Vorbereitung und Vorberatung der Geschäfte des Gesundheitsministeriums.

(5) Das Gesundheitsministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die Impfstoffbeschaffung durch den Bund – unabhängig davon, gegen welche Erreger oder welche Krankheit der Impfstoff wirken sollte – auf der Grundlage von Art. 17 B–VG im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung durchgeführt werde.

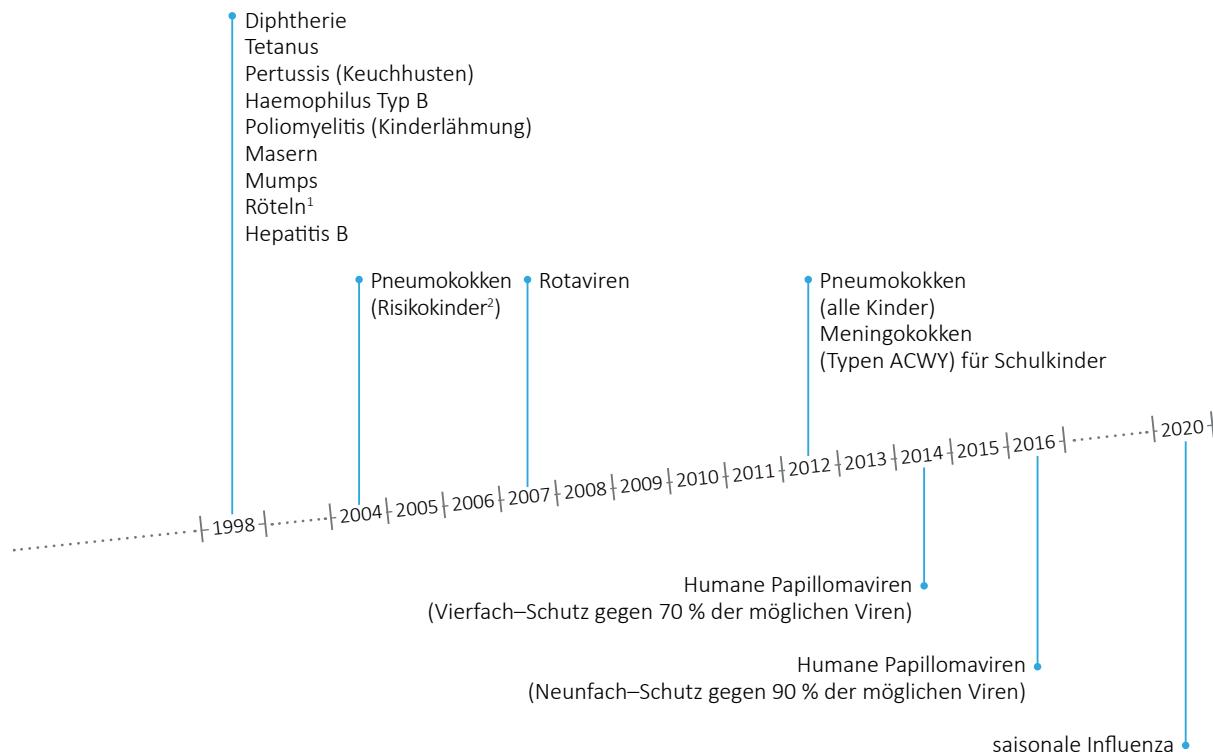
Kinderimpfkonzept

25.1 (1) Das ab 1998 umgesetzte Kinderimpfkonzept finanzierten zu zwei Dritteln der Bund und zu jeweils einem Sechstel die Länder und die Sozialversicherung. Es hatte zum Ziel, allen in Österreich lebenden Kindern bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres die für die öffentliche Gesundheit wichtigen Impfungen zu ermöglichen.

Der Umfang des Konzepts orientierte sich an den vom Obersten Sanitätsrat bzw. ab 2011 vom Nationalen Impfremium für Kinder empfohlenen Impfungen. Diese waren im Impfplan Österreich abgebildet, den das Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Impfremium erarbeitete und laufend nach den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft präzisierte und aktualisierte. Der Impfplan Österreich hatte zum Ziel, Ärztinnen und Ärzten sowie Impfwilligen einen Überblick über verfügbare Impfungen zu geben und für diese einheitliche, evidenzbasierte Empfehlungen auszusprechen.

Das Kinderimpfkonzept wurde nach Maßgabe der finanziellen Bedeckung seit seiner Einrichtung kontinuierlich erweitert – siehe dazu die folgende Abbildung –, umfasste aber noch nicht alle im Impfplan Österreich für Kinder empfohlenen Impfungen:⁶⁵

Abbildung 6: Entwicklung der im Kinderimpfkonzept enthaltenen Impfungen



¹ bis 2002 nur für Mädchen im 13. Lebensjahr

² Kinder mit erhöhtem Risiko, eine Pneumokokkenerkrankung zu entwickeln, und Kinder, die bei Erkrankung ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe haben (z.B. mit Immundefekten oder neurologischen Erkrankungen)

Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

(2) Die Impfstoffe beschaffte bis 2010 die Wiener Gebietskrankenkasse im Auftrag des Bundes, seither die Bundesbeschaffung GmbH, die nach Durchführung der Ausschreibungen mit den Impfstoffherstellern Rahmenvereinbarungen abschloss. Diese wiesen – abhängig vom Beschaffungsgegenstand – einjährige Laufzeiten mit der Option auf Vertragsverlängerung oder mehrjährige (in der Regel dreijährige) Laufzeiten auf.

⁶⁵ Im Impfplan empfohlen, aber nicht im Kinderimpfkonzept enthalten, waren z.B. Impfungen gegen Meningokokken B und Hepatitis A. Aktuell im Kinderimpfkonzept enthaltene Impfungen und weitere Informationen waren abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Kostenfreies-Kinderimpfprogramm.html> (abgerufen am 21. November 2022).



In einigen Fällen beschaffte das Gesundheitsministerium die Impfstoffe selbst, etwa, wenn nur ein Hersteller zur Verfügung stand und eine Beschaffung direkt bei diesem günstiger sein konnte, oder bei Dringlichkeit, z.B. anlässlich des Masern–Ausbruchs in Europa 2011.

Die folgende Tabelle zeigt den Anteil des Bundes an den Kosten der für das Kinderimpfkonzept beschafften Impfstoffe in den Jahren 2009 bis 2018:

Tabelle 6: Kostenanteil des Bundes am Kinderimpfkonzept

Jahr	Kostenanteil ¹ in Mio. EUR	Jahr	Kostenanteil ¹ in Mio. EUR
2009	11,68	2014	12,71
2010	8,92	2015	16,45
2011	9,59	2016	15,38
2012	14,36	2017	15,35
2013	12,98	2018	15,46
Summe 2009 bis 2018			132,88

¹ Die Tabelle enthält ab dem Jahr 2014 auch die Kosten für die im Rahmen der Aktionen des Bundes an Erwachsene ausgegebenen MMR–Impfstoffe (MMR = Masern, Mumps und Röteln), die laut Gesundheitsministerium seit 2014 über das Kinderimpfkonzept abgerechnet werden.

Quelle: Gesundheitsministerium

Die sprunghaften Kostenanstiege von 2011 auf 2012 sowie von 2014 auf 2015 waren laut Gesundheitsministerium durch die Erweiterungen des Kinderimpfkonzepts in den Jahren 2012 und 2014 begründet.

25.2 Der RH erachtete das Kinderimpfkonzept, das Bund, Länder und Sozialversicherung seit 1998 gemeinschaftlich finanzierten und nach Maßgabe der finanziellen Bedeckung erweiterten, als sinnvolle Maßnahme, um Kindern Zugang zu den für die öffentliche Gesundheit wichtigen Impfungen zu verschaffen. Er vermerkte, dass das Konzept nicht alle im Impfplan Österreich für Kinder empfohlenen Impfungen umfasste und dass die Aufnahme weiterer Impfungen der Abstimmung und der Finanzierungszusagen der Systempartner bedurfte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, das Kinderimpfkonzept regelmäßig auf der Basis des Impfplans Österreich zu evaluieren, mit den Ländern und der Sozialversicherung abzustimmen und gegebenenfalls anzupassen.

25.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums seien aus medizinischer Sicht Erweiterungen des kostenfreien Kinderimpfkonzepts dringend wünschenswert, hätten aber bislang aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen nicht umgesetzt werden können.



Impfstoffversorgung Erwachsener

- 26.1 (1) Der Bund finanzierte im Rahmen sogenannter Bundaktionen Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln (**MMR**) sowie gegen Polio auch für Erwachsene. Das Ziel bestand in der Schließung diesbezüglicher Impflücken.

Der Bund beschaffte die MMR- und Polio-Impfstoffe nach Maßgabe des von den Ländern jährlich vorab bekannt gegebenen Bedarfs, die Länder riefen diese aus ihren Kontingenten ab und führten die Impfungen an den öffentlichen Impfstellen durch.

- (2) Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Kosten des Bundes für die im Rahmen der Bundaktionen abgegebenen Impfstoffe der Jahre 2009 bis 2018:

Tabelle 7: Kosten für die im Rahmen der Bundaktionen abgegebenen Impfstoffe für Erwachsene

Jahr	MMR-Impfstoff ¹	Polio-Impfstoff
	in EUR	
2009	70.534	32.698
2010	53.385	12.698
2011	77.739	26.690
2012	91.471	11.996
2013	112.991	12.203
2014	7.970	35.549
2015	11.220	25.531
2016	29.700	278.834
2017	0	23.025
2018	14.036	25.884
Summe	469.046	485.108

¹ Die Tabelle enthält ab dem Jahr 2014 nur die Kosten für die an das Bundesheer abgegebenen MMR-Impfstoffe (MMR = Masern, Mumps und Röteln). MMR-Impfstoffe für andere Erwachsene wurden seitdem über das Kinderimpfkonzept abgerechnet und gemeinschaftlich durch Bund, Länder und Sozialversicherung finanziert (siehe Tabelle 6).

Quelle: Gesundheitsministerium

Die Kosten von rd. 279.000 EUR für den Polio-Impfstoff im Jahr 2016 waren durch einen Lieferengpass verursacht, der in den Jahren 2015 und 2016 die Beschaffung einer höheren Anzahl an Impfdosen erforderte. Ein weiterer Grund war die verstärkte Migration insbesondere im Jahr 2015. Weil die beschafften Impfstoffe nicht zur Gänze verbraucht wurden und auch in den Folgejahren noch verimpft werden konnten, waren die Ausgaben in den Jahren 2017 und 2018 wieder vergleichsweise geringer.



- 26.2 Der RH erachtete es als sinnvolle Maßnahme, dass der Bund Impfungen gegen MMR sowie gegen Polio auch für Erwachsene kostenfrei anbot, um Impflücken zu schließen und seinen Verpflichtungen gegenüber der WHO nachzukommen.

Impfstoffversorgung im Pandemiefall

Berücksichtigung in der Pandemieplanung

- 27.1 Eine Pandemie ist ein grenzüberschreitendes und geografisch weiträumiges Auftreten von Infektionen, ausgelöst durch zwischen Menschen übertragbare Erreger, gegen die keine Immunität besteht. Weil Pandemien die Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens gefährden können⁶⁶, sind Planung und Vorbereitung der im Pandemiefall von den Gesundheitsbehörden zu ergreifenden Maßnahmen geboten.

Die Grundlage des Pandemie- bzw. Krisenmanagements in Österreich bildete der Influenza-Pandemieplan aus dem Jahr 2006.⁶⁷ Dieser galt bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie im März 2020 nach wie vor, obwohl er gemäß einem im Jahr 2012 veröffentlichten Evaluierungsbericht zum österreichischen Pandemiemanagement in einigen Punkten dringend anzupassen und zu aktualisieren war. Das Gesundheitsministerium hatte die GÖG nach der im Jahr 2009 aufgetretenen Influenza-Pandemie mit einer Evaluierung der österreichischen Maßnahmen zur Pandemiebewältigung beauftragt. Der Bericht empfahl u.a., den nationalen Pandemieplan künftig regelmäßig und in kürzeren Zeitintervallen zu überarbeiten.

Im Herbst 2021 lag ein Entwurf für eine umfassende Überarbeitung vor, der jedoch – wie schon der Plan aus dem Jahr 2006 – ausschließlich auf eine durch Influenzaviren hervorgerufene Pandemie fokussierte und beispielsweise auf der – für COVID-19 nicht zutreffenden – Annahme basierte, für die Entwicklung eines Impfstoffs auf bereits bestehenden Virusvarianten aufbauen zu können. In diesem Entwurf fehlten daher Maßnahmen für den Zeitraum, in dem noch keine Impfstoffe zur Verfügung standen, etwa betreffend die Identifikation und Absonderung potenzieller Virusüberträger.⁶⁸

⁶⁶ Pandemien waren z.B. die Spanische Grippe 1918 bis 1920 (weltweit 500 Mio. Erkrankte, 25 Mio. bis 50 Mio. Tote), die Asiatische Grippe 1957 (mehr als 1 Mio. Tote), die Hongkong-Grippe 1968 (mehr als 1 Mio. Tote) und aktuell die COVID-19-Pandemie mit rd. 4,9 Mio. Toten bis Oktober 2021.

⁶⁷ Influenza Pandemieplan – Strategie für Österreich, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 3. Auflage November 2006; das Gesundheitsministerium erstellte erstmals im Jahr 2005 einen Pandemieplan, den es zweimal überarbeitete. Die Länder waren aufgerufen, auf dieser Grundlage ihre regionalen Umsetzungspläne zu erstellen.

⁶⁸ Das Gesundheitsministerium veröffentlichte am 30. April 2021 das Dokument „COVID-19-Pandemie. Bestandsaufnahme, Handlungsrahmen“ auf seiner Website. Es fasste die bisherigen Erfahrungen und Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie zusammen und sollte als nationaler strategischer Handlungsrahmen zur Pandemie dienen, war aber kein neuer umfassender Pandemieplan.



- 27.2 Der RH hielt kritisch fest, dass das Gesundheitsministerium den nationalen Pandemieplan zumindest 15 Jahre lang nicht anpasste.⁶⁹ Dies, obwohl eine vom ihm beauftragte Evaluierung aus dem Jahr 2012 sowohl einen dringenden Bedarf für eine Überarbeitung des nationalen Pandemieplans erkannt als auch künftig kürzere Aktualisierungsintervalle empfohlen hatte. Zudem berücksichtigte der bei Ausbruch der COVID–19–Pandemie gültige nationale Pandemieplan nicht das Szenario eines durch bisher unbekannte Erreger hervorgerufenen Krankheitsausbruchs und die damit verbundenen Herausforderungen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Aktualisierung des Pandemieplans ehestmöglich abzuschließen und eine solche in Zukunft regelmäßig durchzuführen. Ein aktualisierter Pandemieplan sollte nicht ausschließlich auf eine Influenza–Pandemie ausgerichtet sein, sondern der generellen Vorbereitung auf die von unbekannten hochansteckenden Krankheitserregern ausgehende Bedrohung dienen.

- 27.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums unterstützte es die Empfehlung des RH, Krisenpläne für besondere gesundheitsbezogene Gefährdungssituationen zu erstellen. Das Dokument „Die COVID–19–Pandemie: Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen“, das das Gesundheitsministerium erstmals im April 2021 sowie aktualisiert im April 2022 veröffentlicht habe, könne der Ableitung von Strategien im Pandemiemanagement und somit der Erarbeitung eines Krisen– bzw. Pandemieplans dienen. Dabei seien sowohl die Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO ([TZ 36](#)) als auch die künftig – u.a. mit dem Ziel der Harmonisierung der Krisenpläne der Mitgliedstaaten – in Kraft tretenden EU–Vorschriften betreffend grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren zu beachten. Zudem sei die umfassende Einbindung aller Stakeholder sicherzustellen, um Lessons Learned aus der aktuellen Pandemiebekämpfung einfließen zu lassen. Auch weitere Vorhaben, wie beispielsweise das Bundes–Krisensicherheitsgesetz, seien zu berücksichtigen.

Influenza–Pandemieimpfstoff

- 28.1 (1) Einer der Schwerpunkte im Evaluierungsbericht der GÖG aus 2012 war die pandemische Influenzaimpfung. Ein Kritikpunkt betraf die Verpackung des beschafften Impfstoffs, nämlich Durchstichflaschen mit jeweils zehn Dosen, weil diese – im Unterschied zu Einzeldosen – die Einbindung der Apotheken und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in die Impfstrategie erschwerte. Zudem bemängelte die GÖG die unklare Zuständigkeit für die Durchführung und Kostentragung der Impfung. Der Influenza–Pandemieplan ging von einer Zuständigkeit der Bezirksverwaltungsbehörden gemäß Epidemiegesetz 1950 aus und berücksichtigte nicht, dass mit der 67. Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Jahr 2007 die Infl-

⁶⁹ siehe RH–Bericht „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie“ (Reihe Bund 2022/18)



enza–Impfung im Pandemiefall den Trägern der Krankenversicherung gesetzlich übertragen wurde und seitdem als Krankenbehandlung galt.⁷⁰ Laut Evaluierungsbericht führte dies insbesondere zu Beginn der Influenza–Pandemie im Jahr 2009 zu langwierigen Abstimmungsprozessen zwischen den Akteuren sowie etwa dazu, dass die Länder die Durchführung der Impfung unterschiedlich organisierten.

Die GÖG leitete aus den Kritikpunkten Empfehlungen ab, etwa die Lieferung zumindest eines Teils des Impfstoffs in Einzeldosen und die klare Regelung der Zuständigkeiten für die Durchführung und Kostentragung der Impfung, insbesondere durch eine fundierte Überarbeitung des Pandemieplans sowie durch Anpassung und Abstimmung der gesetzlichen Grundlagen.

(2) Die Kosten für den während der Influenza–Pandemie 2009/10 gelieferten Pandemieimpfstoff trugen jeweils zur Hälfte der Bund und der Hauptverband. Dies hatte das Gesundheitsministerium mit dem Hauptverband vereinbart, eine gesetzliche Grundlage dafür lag nicht vor.

- 28.2 Der RH vermerkte kritisch, dass die Zuständigkeit für die Durchführung und Kostentragung der Influenza–Pandemieimpfung im Pandemieplan nach wie vor nicht klar gestellt war, obwohl der Evaluierungsbericht aus 2012 auf diesen Mangel hinwies.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, auf eine Klarstellung der Zuständigkeit für die Durchführung und Kostentragung von Influenza–Pandemieimpfungen hinzuwirken und diese Zuständigkeit auch im neuen Pandemieplan eindeutig festzulegen.

- 28.3 Das Gesundheitsministerium verwies in seiner Stellungnahme auf die bestehende Rechtsgrundlage. Demnach sei die Influenza–Pandemieimpfung – solange die WHO eine Influenzapandemie ausgerufen habe – als Pflichtaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt und die Krankenversicherungsträger hätten die gesamten Kosten zu tragen. Bei der Erstellung eines Pandemieplans sei auf diese Zuständigkeit Bedacht zu nehmen, dies im Hinblick auf eine engere Zusammenarbeit mit den Ländern und betroffenen Akteuren.

- 28.4 Der RH entgegnete dem Gesundheitsministerium, dass diese Rechtsgrundlage bereits zur Zeit der Influenza–Pandemie 2009/10 bestand, aber abweichend davon der Bund und der Hauptverband jeweils die Hälfte der Kosten des gelieferten Pandemieimpfstoffs trugen. Er hielt fest, dass sich seine Empfehlung auch auf die Klarstellung und Festlegung der Zuständigkeit in einem neuen Pandemieplan bezog.

⁷⁰ Sozialrechts–Änderungsgesetz 2007, BGBl. I 31/2007; gemäß dem diesbezüglichen Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales (110 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXIII. Gesetzgebungsperiode) sollten die Kosten des Pandemieimpfstoffs von den Krankenversicherungsträgern wie bei einem Heilmittel übernommen werden.



29.1

- (1) Das Gesundheitsministerium schloss im November 2006 einen Vertrag mit dem Impfstoffhersteller A über die Vorhaltung und – im Pandemiefall – Lieferung von 16 Mio. Dosen des Influenza–Pandemieimpfstoffs; es plante, wie im Pandemieplan grundsätzlich empfohlen, die Impfung der gesamten Bevölkerung (8 Mio. Personen, zwei Teilimpfungen). Der Vertrag sah die Lieferung in Durchstichflaschen zu jeweils zehn Impfdosen vor, Nadeln und Spritzen waren vom Gesundheitsministerium selbst zu erwerben. Die Vorhaltekosten betrugen rd. 34 Mio. EUR und waren in Raten über die Vertragslaufzeit bis Ende 2009 zu bezahlen.
- (2) Im Jahr 2011 strebte das Gesundheitsministerium eine Änderung des über das Jahr 2009 hinaus verlängerten Vertrags an. Es reduzierte das reservierte Volumen ab 2012 von 16 Mio. Dosen auf 1,2 Mio. Dosen, ohne dies nachvollziehbar zu begründen, und vereinbarte für den Fall des Abrufs eine Lieferung in Einzeldosen. Im Jahr 2013 stellte der Impfstoffhersteller A seine Produktion des Influenza–Pandemieimpfstoffs ein und kündigte den Vertrag. Neben der Ausschreibung eines neuen Vertrags erwog das Gesundheitsministerium zu dieser Zeit auch eine Beteiligung am geplanten Beschaffungsprogramm der EU–Kommission für Pandemieimpfstoffe (Joint Procurement of Pandemic Vaccines). Im Jahr 2016 informierte das Gesundheitsministerium die EU–Kommission über seine Absicht, an der – nach Verzögerungen – in diesem Jahr geplanten ersten Ausschreibung im Rahmen des gemeinsamen Beschaffungsprogramms teilzunehmen, widerrief dies jedoch anlässlich des Abschlusses eines neuen nationalen Vorhaltevertrags im Jahr 2017.
- (3) Im Oktober 2017 schloss die Bundesbeschaffung GmbH für das Gesundheitsministerium einen neuen Vorhaltevertrag mit dem Impfstoffhersteller B ab, nachdem das Gesundheitsministerium den Hersteller im Dezember 2015 im Rahmen einer Absichtserklärung um Aufnahme von Gesprächen zur Vertragserrichtung ersucht hatte. Das Gesundheitsministerium berücksichtigte dabei im Wesentlichen die aus der Evaluierung des Krisenmanagements der Influenza–Pandemie 2009/10 abgeleiteten Empfehlungen. Das reservierte Volumen betrug 2,4 Mio. Einzeldosen für 1,2 Mio. Personen; dies entsprach der angenommenen Anzahl an Schlüssel– und Risikopersonen, die mit einer Schutzimpfung (zwei Teilimpfungen) versorgt werden sollten.⁷¹ Der Bund hatte dafür eine jährliche Bereitstellungsgebühr zu entrichten, die Mindestbestellmenge im Pandemiefall betrug 1 Mio. Impfdosen.

⁷¹ Diese Zahl entsprach den bei der Überarbeitung des Pandemieplans getroffenen Annahmen, das Nationale Impfgremium bestätigte sie in seiner Sitzung vom 22. Juni 2017.



(4) In den Jahren 2009 bis 2018 fielen beim Gesundheitsministerium für den Influenza–Pandemieimpfstoff (bzw. für die Vorhaltung entsprechender Produktionskapazitäten) folgende Kosten an:

Tabelle 8: Kosten des Influenza–Pandemieimpfstoffs für das Gesundheitsministerium

Jahr	Hersteller	Vorhaltekosten	Impfstoff	Nadeln und Spritzen
in EUR				
2009	A	8.263.703	0	45.336
2010	A	6.294.600	3.839.952	84.132
2011	A	6.318.035	0	0
2012	A	1.075.680	0	0
2013	A	1.075.680	0	0
2014	–	–	–	–
2015	–	–	–	–
2016	–	–	–	–
2017	B	412.258	0	0
2018	B	2.044.800	0	0
Summe		25.484.756	3.839.952	129.468

Quelle: Gesundheitsministerium

Die Tabelle zeigt die in den Jahren 2009 bis 2011 erheblichen Vorhaltekosten für das vereinbarte Vorhalte– und Liefervolumen von 16 Mio. Impfdosen sowie ihre geringere Höhe ab dem Jahr 2012 infolge der mit dem Impfstoffhersteller A vertraglich vereinbarten Reduzierung des Volumens auf 1,2 Mio. Impfdosen. In den Jahren 2014 bis 2016 bestand kein Vorhaltevertrag. Die Vorhaltekosten gemäß dem neuen Vertrag ab Oktober 2017 betrugen 0,71 EUR (exklusive Umsatzsteuer) je Einzeldosis, somit für das vereinbarte Volumen von 2,4 Mio. Impfdosen 2,04 Mio. EUR jährlich.⁷²

Aus der Tabelle geht auch hervor, dass nur im Jahr 2010 Zahlungen für die Lieferung des während der Influenza–Pandemie 2009/10 verbrauchten Influenza–Pandemieimpfstoffs anfielen. Die Hälfte der Impfstoffkosten in Höhe von 7,68 Mio. EUR trug der Hauptverband.

- 29.2 Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium im Jahr 2006 die Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Influenza–Pandemieimpfstoff sicherstellte und dafür bis 2011 erhebliche Vorhaltekosten zu tragen hatte. Für die Jahre 2012 und 2013 reduzierte das Gesundheitsministerium das Vorhaltevolumen von 16 Mio. auf 1,2 Mio. Impfdosen. Der RH merkte dazu kritisch an, dass das Gesundheitsministerium damit zwar die Vorhaltekosten senkte, dass aber Pandemieimpfstoff in diesem

⁷² Nach Vertragsabschluss im Oktober 2017 war für das Jahr 2017 nur ein aliquoter Betrag zu entrichten.



Zeitraum nur für etwa 600.000 Personen reserviert war und für diese Reduktion der Ressourcen keine nachvollziehbare Begründung vorlag.

Der RH wies darauf hin, dass das Gesundheitsministerium nach der Kündigung des Vorhaltevertrags im Jahr 2013 – u.a. wegen der Überlegungen zur Teilnahme am Beschaffungsprogramm der EU-Kommission – erst im Jahr 2015 Verhandlungen zum Abschluss eines neuen Vertrags aufnahm und die neue Vereinbarung erst im Oktober 2017 abschloss. Damit war die Impfstoffversorgung im Pandemiefall über einen Zeitraum von fast vier Jahren nicht gesichert. Den im Jahr 2017 abgeschlossenen neuen Vertrag bewertete der RH grundsätzlich positiv, weil das Gesundheitsministerium die aus der Influenza-Pandemie 2009/10 gewonnenen Erkenntnisse darin weitgehend berücksichtigte. Allerdings umfasste die Vorhaltemenge nur ein Volumen von jährlich 2,4 Mio. Dosen.

Impfbeteiligung

Nutzen hoher Impfbeteiligung

30 Der Nutzen von Impfungen ist im Wesentlichen im Individual– und Gemeinschaftsschutz begründet:

- Das Konzept des Individualschutzes hebt den Schutz der geimpften Person hervor. Ihr Risiko für eine (schwere) Erkrankung einschließlich allfälliger Folgeschäden wird durch die Impfung reduziert, was nicht zuletzt auch zu einer Entlastung der medizinischen Versorgungsstrukturen führt. Dies gilt ungeachtet des Umstands, dass die Impfung eine Infektion oder Erkrankung nicht in jedem Fall ausschließt.
- Das Konzept des Gemeinschaftsschutzes beruht darauf, dass die Impfung die Ansteckungsfähigkeit (Infektiosität) vermindert und dass eine hohe Impfbeteiligung oder Impfquote die Transmission (Übertragung) im Sinne der Weitergabe und Verbreitung eines Erregers in der gesamten Bevölkerung reduziert. Daher sinkt das Infektionsrisiko auch für ungeschützte Personen. Dies kommt Personen zugute, für die eine Impfung nicht infrage kommt bzw. nur beschränkt wirkt, etwa aufgrund des Alters bzw. von Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffs oder bestimmter Vorerkrankungen.

Herdenimmunität kann als höchste Stufe bzw. wirksamste Form des Gemeinschaftsschutzes interpretiert werden. Sie liegt vor, wenn die Virusübertragung wegen fehlender Verbreitungsmöglichkeiten vollständig zum Erliegen kommt und der Erreger in einer Bevölkerung ausgerottet wird, weil ein genügend hoher Anteil an Personen – infolge einer durchgemachten Infektion oder durch Impfung – immun ist. Herdenimmunität erfordert in der Regel einen großen Anteil geimpfter Personen in der Bevölkerung.



Die für die Herdenimmunität erforderliche Impfquote oder Durchimpfungsrate ist je nach Krankheit unterschiedlich und muss grundsätzlich umso höher sein, je größer die von der Krankheit ausgehende Ansteckungsgefahr (Basisreproduktionsrate) ist.⁷³ Beobachtungen zeigten, dass in Bevölkerungen mit einer Durchimpfungsrate von mindestens 95 % gegen die hochansteckenden Masern keine Ausbrüche dieser Krankheit auftraten.

Internationale und nationale Ziele

- 31.1 (1) Die Mitgliedstaaten der WHO, darunter Österreich, waren bestrebt, die Impfbeteiligung der Bevölkerung insbesondere gegen hochansteckende und weltweit verbreitete Infektionskrankheiten, vor allem Masern, Röteln und Polio, zu erhöhen und verfolgten das Ziel der Ausrottung (Elimination bzw. Eradikation) dieser Krankheiten seit Jahrzehnten. Erforderlich dafür waren insbesondere die Erreichung und Aufrechterhaltung einer Durchimpfungsrate von mindestens 95 % durch breite Routineimmunisierungen, der Ausbau der Surveillance–Systeme sowie die Bereitstellung evidenzbasierter Information zur Erhöhung der Impfbereitschaft der Bevölkerung, wozu sich auch Österreich verpflichtete.
- (2) Auf nationaler Ebene wurden Zielvereinbarungen zur Impfbeteiligung verschiedentlich verankert, etwa seit dem Jahr 2013 als Wirkungsziel in den Bundesvoranschlägen⁷⁴, im Rahmen der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung für das Kinderimpfkonzept⁷⁵, im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021, in den Gesundheitszielen sowie im Nationalen Aktionsplan Masern–Röteln–Elimination. Darüber hinaus waren sie Gegenstand von Diskussionen des Nationalen Impfremiums im Juni 2019 sowie einer parlamentarischen Anfragebeantwortung im April 2020.

⁷³ Die für die Herdenimmunität erforderliche Impfquote hängt zudem von weiteren Faktoren ab, wie von der Wirksamkeit des Impfstoffs, vom Kontaktverhalten der Bevölkerung oder von ihrem Immunstatus.

⁷⁴ Gemäß § 23 Bundeshaushaltsgesetz 2013, BGBl. I 139/2009 i.d.g.F., waren im Bundesvoranschlag Wirkungsziele und für deren Erreichen vorgesehene Maßnahmen mit Indikatoren anzuführen.

⁷⁵ Gemäß § 17 Bundeshaushaltsgesetz 2013 hatte jedes Mitglied der Bundesregierung bzw. jedes zuständige haushaltsleitende Organ u.a. jedem Vorhaben von außerordentlicher finanzieller Bedeutung – wie dem Kinderimpfkonzept – eine Wirkungsorientierte Folgenabschätzung mit Zielen, Maßnahmen und Indikatoren sowie der Planung der internen Evaluierung anzuschließen und darüber das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen.



Gesundheitsförderung und Prävention

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die bestehenden Ziele:

Tabelle 9: Ziele Impfbeteiligung und Durchimpfungsrationen

Impfung	Zielwert für Durchimpfungsrate	Quellen
Masern/Röteln	95 %	<ul style="list-style-type: none"> – WHO-Eliminationsprogramm Masern/Röteln – Wirkungsziel 3 zum Bundesvoranschlag der Untergliederung 24 (Kennzahl 24.3.4, seit 2013) – Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 (Strategisches Ziel 1, Operatives Ziel 4, Messgröße 10) – Gesundheitsziel 6, Wirkungsziel 2, Maßnahme 6.2.6c – Wirkungsorientierte Folgenabschätzung für das Kinderimpfkonzept (Kennzahl zu Ziel 1) – Nationaler Aktionsplan Masern-/Röteln-Elimination 2013 (Ziel 1) – Protokoll Nationales Impfremium 4. Juni 2019 – 820/AB (XXVII. GP) vom 9. April 2020
Mumps ¹	95 %	<ul style="list-style-type: none"> – Protokoll Nationales Impfremium 4. Juni 2019 – 820/AB (XXVII. GP) vom 9. April 2020
Polio	95 %	<ul style="list-style-type: none"> – WHO-Eradikationsprogramm – Maßnahme 2 zum Ziel 1 im Rahmen der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung für das Kinderimpfkonzept – Protokoll Nationales Impfremium 4. Juni 2019 – 820/AB (XXVII. GP) vom 9. April 2020
Diphtherie ²	90 % bei Schulkindern	
Tetanus ²	90 % bei Schulkindern	<ul style="list-style-type: none"> – Protokoll Nationales Impfremium 4. Juni 2019
Keuchhusten ²	90 % bei Schulkindern	<ul style="list-style-type: none"> – 820/AB (XXVII. GP) vom 9. April 2020
Hepatitis B ²	95 %	
Humane Papillomaviren	90 % bei bis 15-jährigen Mädchen 70 % bei beiden Geschlechtern	<ul style="list-style-type: none"> – WHO-Strategie zur Elimination von Gebärmutterhalskrebs – Gesundheitsziel 2, Wirkungsziel 3, Maßnahme 2.3.10 – Protokoll Nationales Impfremium 4. Juni 2019 – 820/AB (XXVII. GP) vom 9. April 2020
saisonale Influenza	75 % bei älteren Personen	<ul style="list-style-type: none"> – EU-Empfehlung aus 2009 – Protokoll Nationales Impfremium 4. Juni 2019

AB = Anfragebeantwortung

GP = Gesetzgebungsperiode

Zusammenstellung: RH

¹ Das Ziel ergibt sich durch die Verwendung eines Kombinationsimpfstoffs gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR).

² Das Ziel ergibt sich durch die Verwendung eines Kombinationsimpfstoffs (Vierfach-Impfstoff gegen Polio, Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten bzw. Sechsach-Impfstoff gegen Polio, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B und Haemophilus).

Die Tabelle zeigt, dass die Ziele aus den Programmen der WHO zur Ausrottung von Masern, Röteln und Polio in den nationalen Steuerungssystemen abgebildet wurden, wobei das Gesundheitsministerium davon ausging, dass das Ziel einer Durchimpfungsrate von 95 % auch für andere Krankheiten bzw. Erreger galt, die der verwendete Kombinationsimpfstoff abdeckte. Zudem bekraftigte das Nationale Impfremium zwei weitere aus internationalen Vorgaben stammende Ziele: die Durch-



impfungsrate von 90 % gegen Humane Papillomaviren bei bis 15-jährigen Mädchen (aus der WHO–Strategie zur Bekämpfung von Gebärmutterhalskrebs) und die Durchimpfungsrate von 75 % gegen saisonale Influenza bei älteren Personen (EU–Empfehlung aus 2009).

Weitere Zielvorgaben bestanden nicht. Das Nationale Impfgremium empfahl im Juni 2019, Zielwerte für alle vom Kinderimpfkonzept umfassten Impfungen zu definieren und dabei die Ansteckungsfähigkeit (Infektiosität) des Erregers sowie die Wirksamkeit der Impfung zu berücksichtigen.

- 31.2 Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium Ziele zur Erhöhung der Impfteiligung, die aus internationalen Vorgaben stammten, in verschiedenen nationalen Steuerungskonzepten (Wirkungsorientierung, Zielsteuerung–Gesundheit, Gesundheitsziele, Nationaler Aktionsplan Masern–/Röteln–Elimination) verankerte. Er erachtete es als wenig zweckmäßig, dass das Ziel einer Durchimpfungsrate von 95 % gegen Masern in fünf verschiedenen Konzepten aufschien, für andere Impfungen des Kinderimpfkonzepts (z.B. Diphtherie, Tetanus, saisonale Influenza) hingegen noch kein Zielwert in nationalen Dokumenten definiert war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, der Empfehlung des Nationalen Impfgremiums zu folgen und unter Berücksichtigung der Ansteckungsgefahr sowie der Wirksamkeit der Impfung Zielwerte für alle Impfungen des Kinderimpfkonzepts zu definieren.

- 31.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei es aus medizinisch–fachlicher und epidemiologischer Sicht wünschenswert, möglichst alle Kinder zu impfen. Die Wirksamkeit des kostenfreien Kinderimpfkonzepts werde im Rahmen der jährlichen Aktualisierung des Impfplans diskutiert und evaluiert; gegebenenfalls würden die Impfempfehlungen angepasst.

Aufgrund des hohen Aufwands für die Erhebung bzw. Modellierung sowie aufgrund der geringen Zuverlässigkeit von Durchimpfungsralten stehe infrage, ob die Definition von diesbezüglichen Zielwerten sinnvoll sei, die nur begrenzt geprüft werden könnten. International verfügbare Durchimpfungsralten seien meist schwer nachvollziehbar, unterschiedlich definiert und somit nicht vergleichbar. Allerdings sei die Definition von Durchimpfungsralten letztlich eine politische Fragestellung.

Der Ausbau des elektronischen Impfpasses werde die Datenlage verbessern und lasse eine erneute Diskussion über eine Zieldefinition in Form von Durchimpfungsralten sinnvoll erscheinen.



- 31.4 Der RH entgegnete dem Gesundheitsministerium, dass die WHO die Erreichung und Aufrechterhaltung einer Durchimpfungsrate von mindestens 95 % als zentrale Maßnahme zur Ausrottung hochansteckender und weltweit verbreiteter Infektionskrankheiten erachtete. Er verwies darauf, dass das Gesundheitsministerium Impfziele in Form von Durchimpfungsrationen – ungeachtet der in der Stellungnahme geäußerten Vorbehalte – in verschiedenen nationalen Steuerungskonzepten verankert hatte (siehe dazu auch [TZ 32](#)).

Datenlage und Zielerreichung

- 32.1 (1) Das Gesundheitsministerium ermittelte Durchimpfungsrationen für die vom Kinderimpfkonzept ([TZ 25](#)) sowie von den sogenannten Bundaktionen für Erwachsene ([TZ 26](#)) umfassten Impfungen. In methodischer Hinsicht handelte es sich dabei um grobe Schätzungen, die im Wesentlichen auf der Anzahl der beschafften und an die Länder abgegebenen Impfdosen beruhten. Diese Schätzungen ließen jedoch andere Einflussfaktoren außer Acht und standen nicht immer im Einklang mit den von den Ländern als verabreicht dokumentierten Impfungen. Auch international veröffentlichte Angaben zu den Durchimpfungsrationen in Österreich wichen von den Zahlen des Gesundheitsministeriums ab.⁷⁶

- (2) Mit dem Ziel, die widersprüchliche Datenlage zu korrigieren, und zur Überbrückung des Zeitraums bis zur Einführung eines elektronischen Dokumentationssystems für Impfungen ([TZ 33](#)) beauftragte das Gesundheitsministerium im Februar 2016 einen Mathematiker der Technischen Universität Wien mit der Evaluierung der Durchimpfungsrationen von MMR- und Polio-Impfungen. Das daraus entwickelte Simulationsmodell berücksichtigte neben den beschafften bzw. als verabreicht dokumentierten Impfdosen auch Verkaufszahlen am Privatmarkt, den Immunstatus der Bevölkerung, Bevölkerungsbewegungen sowie Migration und erlaubte jährliche Aktualisierungen.

Das Simulationsmodell traf insbesondere Aussagen für Geburtsjahrgänge ab 1997 und differenzierte dabei nach Altersgruppen. Bei Masern beispielsweise betrug die Durchimpfungsrate (mit beiden erforderlichen Teiliimpfungen) bei zwei- bis fünfjährigen Kindern in den Jahren 2015 bis 2018 knapp über 80 % und stieg im – von erhöhter Masernaktivität gekennzeichneten – Jahr 2019 auf 88 %. Das Ziel einer Durchimpfungsrate von 95 % wurde im Jahr 2019 jedoch nur in der Gruppe der Zehn- bis 18-Jährigen erreicht. Bei Polio war die angestrebte Durchimpfungsrate von 95 % (Grundimmunisierung im Säuglingsalter und Auffrischungsimpfungen) im

⁷⁶ Der Europäische Gesundheitsbericht des Jahres 2015 wies für Österreich eine Durchimpfungsrate für Masern bei zweijährigen Kindern (eine Dosis) von unter 76 % im Jahr 2012 und damit den europaweit geringsten Wert aus (WHO – Regionalbüro für Europa: Der Europäische Gesundheitsbericht 2015: Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz).



Jahr 2019 bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre durchwegs nicht erreicht, sie betrug je nach Altersgruppe zwischen 70 % und 90 %.

Ein zeitgleich gelegtes Angebot zur Evaluierung der Durchimpfungsrate gegen Humane Papillomaviren (**HPV**) lehnte das Gesundheitsministerium ab. Laut Auskunft des Gesundheitsministeriums erfordere die Berechnung mehrere geimpfte Jahrgänge, die HPV–Impfung war jedoch erst ab dem Jahr 2014 im Kinderimpfkonzept enthalten.

(3) Die Durchimpfungsrate der im Jahr 2020 in das Kinderimpfkonzept aufgenommenen Impfung gegen die saisonale Influenza erhob das Gesundheitsministerium bislang nicht. Sie war gemäß der zuletzt von Oktober 2018 bis September 2019 durchgeführten Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 im europäischen Vergleich⁷⁷ gering: 16,2 % der Personen ab 60 Jahren und 5,8 % der Personen unter 60 Jahren hatten einen aufrechten Grippeimpfschutz, die Durchimpfungsrate in der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren betrug demnach 8,8 %. Aktuellere Daten lagen dem Gesundheitsministerium nicht vor. Zwar wurden die in ausgewählten öffentlichen Impfstellen verabreichten Influenza–Impfungen in der Saison 2020/21 erstmals im Rahmen eines Pilotprojekts im elektronischen Impfpass ([TZ 33](#)) erfasst, die Ermittlung der Durchimpfungsrate war aufgrund der Unvollständigkeit der Daten jedoch nicht möglich. Das Gesundheitsministerium ging auf Grundlage der zusätzlich in Österreich verfügbaren und abgegebenen Impfdosen davon aus, dass in der Saison 2020/21 eine im Vergleich zu den Vorjahren deutlich höhere Durchimpfungsrate von rd. 20 % erreicht wurde.

(4) Die bestehenden Ziele zur Impfbeteiligung waren in jenen Fällen, in denen Daten zur Durchimpfungsrate vorlagen, im Wesentlichen nicht erreicht. Mitunter erfolgte die Beurteilung der Zielerreichung auch ohne Vorliegen der dafür erforderlichen Datengrundlagen. So stufte das Gesundheitsministerium in seiner zuletzt 2019 vorgenommenen internen Evaluierung des Kinderimpfkonzepts im Rahmen der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung das allgemein formulierte Ziel („Sicherstellung und Ausbau des öffentlichen Kinderimpfkonzepts“) als zur Gänze bzw. überwiegend erreicht ein, obwohl das Gesundheitsministerium als Beurteilungsmaßstab bzw. Erfolgskennzahl insbesondere die bei der jeweiligen Impfung erreichte Durchimpfungsrate vorgesehen hatte und darüber keine verlässlichen Daten vorlagen.⁷⁸ Die zuletzt im Jahr 2017 veröffentlichten Monitoringberichte zu den Gesundheits-

⁷⁷ Die OECD veröffentlichte regelmäßig Daten zur Influenza–Durchimpfungsrate von Personen ab 65 Lebensjahren in Europa, wobei die Durchimpfungsquoten nicht in allen Ländern jährlich erhoben wurden. Im Jahr 2019 beispielsweise betrug sie in Österreich 18,3 %, in Deutschland 38,8 %, in Frankreich 52,0 %, in Schweden 52,8 %, in Italien 53,1 %, in Spanien 54,7 %, in den Niederlanden 61,3 % und im Vereinigten Königreich 72,4 %.

⁷⁸ In den Jahren 2016 und 2017 führte das Gesundheitsministerium keine interne Evaluierung durch, sie wurde in Abstimmung mit dem Bundeskanzleramt auf 2019 verschoben. Für die Jahre 2018 bis 2021 wurde die Wirkungsorientierte Folgenabschätzung für das Kinderimpfkonzept erstmals gebündelt erstellt und die interne Evaluierung dieses Zeitraums im Jahr 2022 vorgesehen.



zielen hielten lediglich fest, dass die geschätzte Beteiligung an der HPV-Impfung im Jahr 2015 zugenommen hatte.

32.2 (1) Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium über einen langen Zeitraum nur über Näherungswerte der Durchimpfungsrationen für die Impfungen des Kinderimpfkonzepts verfügte. Er würdigte, dass das Gesundheitsministerium erste Schritte zur Verbesserung der Datenlage setzte, indem es im Jahr 2016 ein Simulationsmodell zur Evaluierung der Durchimpfungsrationen für MMR und Polio beauftragte und in der Folge für Kinder und Jugendliche über verlässlichere Daten verfügte. Der RH vermerkte kritisch, dass demnach die angestrebte Durchimpfungsrate von 95 % bei diesen beiden Impfungen noch nicht erreicht wurde.

(2) Die Datenlage war nach Ansicht des RH nach wie vor verbesserungswürdig, etwa hinsichtlich der HPV-Durchimpfungsrate, die nach wie vor geschätzt wurde, obwohl mittlerweile mehrere Jahrgänge im Rahmen des Kinderimpfkonzepts gegen HPV immunisiert waren. Die ungenügende Datenlage war ursächlich dafür, dass das Gesundheitsministerium die Erreichung von Zielen nur gesamthaft beurteilen und den Grad der Zielerreichung nur wenig differenziert abbilden konnte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die zur Ermittlung der Durchimpfungsrate gegen HPV erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium weiters, die Wirksamkeit des Kinderimpfkonzepts zu prüfen und darauf aufbauend sowie auf Grundlage der dafür vorgesehenen Erfolgskennzahlen entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

Schließlich verwies der RH kritisch auf die im europäischen Vergleich geringe Durchimpfungsrate gegen die saisonale Influenza und auf seine diesbezügliche Empfehlung in TZ 34, ein entsprechendes niederschwelliges Impfangebot auch für Erwachsene zu erwägen.

32.3 In seiner Stellungnahme erklärte das Gesundheitsministerium, die Berechnung und Analyse der HPV-Durchimpfungsrate durch die Technische Universität Wien im Jahr 2022 erstmals beauftragt zu haben.

Die Wirksamkeit des Kinderimpfkonzepts bzw. der eingesetzten Impfungen werde – wie schon in TZ 31 ausgeführt – im Rahmen der jährlichen Aktualisierung des Impfplans diskutiert sowie evaluiert; Impfempfehlungen würden gegebenenfalls angepasst. Es stehe aufgrund des hohen Aufwands für die Erhebung bzw. Modellierung sowie aufgrund der geringen Zuverlässigkeit von Durchimpfungsrationen jedoch infrage, ob die Definition von diesbezüglichen Zielwerten bzw. Erfolgskennzahlen sinnvoll sei, die nur begrenzt überprüft werden könnten. Der Ausbau des elektronischen



schen Impfpasses werde die Datenlage verbessern und lasse eine erneute Diskussion über eine Zieldefinition in Form von Durchimpfungsrationen sinnvoll erscheinen.

- 32.4 Der RH verwies darauf, dass das Gesundheitsministerium Impfziele in Form von Durchimpfungsrationen – ungeachtet der in seiner Stellungnahme geäußerten Vorbehalte – in verschiedenen nationalen Steuerungskonzepten verankert und die Zielerreichung bereits wiederholt anhand dieser Kennzahlen beurteilt hatte. Er verblieb bei seiner Ansicht, dass die Schaffung einer klaren Datenlage zur Impfbeteiligung eine wesentliche Voraussetzung für zielgerichtete Maßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsrate war, und bei seiner Feststellung, dass das Gesundheitsministerium den Erfolg auf der Grundlage einer ungenügenden Datenlage maß. Insofern erachtete der RH die veranlasste Berechnung und Analyse der HPV–Durchimpfungsrate als wesentlichen ersten Schritt.

Maßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsrate

Elektronischer Impfpass

- 33.1 (1) Österreichische Impfexpertinnen und –experten diskutierten bereits im Jahr 2007 auf Einladung des Hauptverbands, welchen Anforderungen eine elektronische Impfdokumentation zu genügen hätte. In seiner ersten Sitzung im Mai 2011 thematisierte das damals neu eingerichtete Nationale Impfgremium die mangelhafte Dokumentation durchgeföhrter Impfungen in einigen Ländern und erwartete eine wesentliche Verbesserung der Dokumentation mit der Einföhrung eines flächendeckenden elektronischen Impfpasses ab Ende 2012.
- (2) Im Jahr 2010 beauftragten Bund, Länder und Hauptverband die ELGA GmbH⁷⁹, ein Konzept für die Umsetzung eines elektronischen Impfpasses zu entwickeln. Nach der Vorlage dieses Konzepts im Jahr 2012 beauftragte die Bundes–Zielsteuerungskommission die ELGA GmbH im Jahr 2017 mit der Planung eines Pilotprojekts sowie im Jahr 2018 mit dessen Umsetzung.⁸⁰ Gemäß diesen Beschlüssen war der elektronische Impfpass – neben bereits bestehenden Anwendungen – im Rahmen der technischen Infrastruktur der elektronischen Gesundheitsakte (**ELGA**) zu realisieren und gemeinsam vom Gesundheitsministerium, den Ländern und der Sozialversicherung zu finanzieren. Parallel dazu erarbeitete das Gesundheitsministerium im

⁷⁹ Die ELGA GmbH wurde im Jahr 2009 gegründet und steht im Eigentum von Bund, Ländern und Sozialversicherung.

⁸⁰ Laut Gesundheitsministerium waren zwischenzeitlich die Erarbeitung der Planungsgrundlagen und Rahmenbedingungen für die Ausrollung der ELGA–Infrastruktur sowie deren technische Umsetzung (z.B. Widerspruchsstelle, Berechtigungssystem) vorrangig.



Jahr 2018 die rechtlichen Rahmenbedingungen durch eine Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012⁸¹.

(3) Die Planung sah die Erprobung des elektronischen Impfpasses mit einigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Kinder– und Jugendheilkunde und für Allgemeinmedizin in den Ländern Niederösterreich, Steiermark und Wien sowie die Evaluierung des Pilotbetriebs bis Ende 2020 vor. Parallel dazu sollte die ELGA GmbH bis zum Herbst 2020 ein Gesamtkonzept für den Vollbetrieb (Funktionserweiterungen, bundesweite Ausrollung, Anbindung der Gesundheitsdiensteanbieter) vorlegen. Für diesen war u.a. vorgesehen, aus der Verknüpfung der Daten über den Impfstatus mit den Impfempfehlungen des Impfplans Österreich personalisierte Impfempfehlungen abzuleiten. Zudem sollte der Abgleich der Information über den Impfstatus der Bevölkerung mit den im Epidemiologischen Meldesystem (TZ 38) erfassten Daten über das zeitliche und räumliche Auftreten von Infektionskrankheiten die Reaktionsmöglichkeiten auf Krankheitsausbrüche verbessern und die gezielte Schließung von Impflücken ermöglichen.

(4) Der Ausbruch der COVID–19–Pandemie führte im Jahr 2020 zu einer Umplanung des Pilotbetriebs. Die Bundes–Zielsteuerungskommission beschloss im Juni 2020 u.a. die Ausweitung des Pilotbetriebs auf das gesamte Bundesgebiet, um die Dokumentation der für 2021 erwarteten COVID–19–Impfungen bestmöglich vorzubereiten.

(5) Im Oktober 2020 trat die Novelle zum Gesundheitstelematikgesetz 2012 in Kraft.⁸² Der elektronische Impfpass sollte demgemäß durch eine einheitliche, flächendeckende und lückenlose digitale Impfdokumentation u.a. zur Optimierung der Impfstoffversorgung der Bevölkerung sowie zur Erhöhung der Durchimpfungsquoten beitragen. Im selben Monat verordnete⁸³ der Gesundheitsminister, ab welchem Zeitpunkt die Gesundheitsdiensteanbieter die Angaben zu den von ihnen verabreichten Impfungen zu speichern hatten, und legte die Rahmenbedingungen für den Pilotbetrieb fest. Dieser startete im Herbst 2020 mit der Erfassung der in ausgewählten öffentlichen Impfstellen in den Pilotbundesländern verabreichten Influenza–Impfungen. Die COVID–19–Impfungen waren die ersten Impfungen, die österreichweit lückenlos im elektronischen Impfpass gespeichert wurden.⁸⁴ Im Laufe des Jahres 2021 startete die (zunächst freiwillige) Erfassung anderer Impfungen durch ausgewählte Gesundheitsdiensteanbieter, insbesondere durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag.

⁸¹ BGBI. I 111/2012 i.d.g.F.

⁸² BGBI. I 115/2020

⁸³ eHealth–Verordnung, BGBI. II 449/2020

⁸⁴ Die eHealth–Verordnungsnovelle 2021, BGBI. II 35/2021 vom 27. Jänner 2021, enthielt die Verpflichtung zur Erfassung der COVID–19–Impfungen. Mit einer Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 im Februar 2021, BGBI. I 34/2021, wurden die Gesundheitsdiensteanbieter verpflichtet, die von ihnen seit dem 27. Dezember 2020 verabreichten COVID–19–Impfungen im elektronischen Impfpass nachzutragen.



(6) Die folgende Tabelle fasst die Meilensteine bei der Einführung des elektronischen Impfpasses zusammen:

Tabelle 10: Meilensteine bei der Einführung des elektronischen Impfpasses

Datum	Meilenstein
2009	Gründung der ELGA GmbH
November 2010	Beauftragung der ELGA GmbH mit der Konzeption des elektronischen Impfpasses durch die Eigentümer
Oktober 2012	Vorlage eines ersten Umsetzungskonzepts durch die ELGA GmbH
Juni 2017	Beauftragung der ELGA GmbH mit der Ausarbeitung eines Lastenhefts sowie eines Vorgehensmodells für die Pilotierung des elektronischen Impfpasses durch die Bundes-Zielsteuerungskommission
Juni 2018	Beauftragung der ELGA GmbH mit der Umsetzung der Pilotierung des elektronischen Impfpasses in ausgewählten Ländern durch die Bundes-Zielsteuerungskommission
Dezember 2018	Entwurf für eine Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012
Juni 2020	Umplanung des Pilotprojekts: Ausweitung auf alle Länder zur bestmöglichen Vorbereitung der Erfassung der für 2021 erwarteten COVID-19-Impfungen
Oktober 2020	Inkrafttreten der Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012
Oktober 2020	Erlass der eHealth-Verordnung Start des Pilotbetriebs mit der Erfassung der Influenza-Impfungen in öffentlichen Impfstellen in den Pilotbundesländern
Jänner 2021	Novelle zur eHealth-Verordnung; Start der verpflichtenden Erfassung der COVID-19-Impfungen und Möglichkeit, ab 27. Dezember 2020 verabreichte COVID-19-Impfungen nachzutragen
Februar 2021	Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes: Verpflichtung der Gesundheitsdiensteanbieter, ab dem 27. Dezember 2020 verabreichte COVID-19-Impfungen im elektronischen Impfpass nachzutragen

Quelle: Gesundheitsministerium

33.2 (1) Der RH hob hervor, dass die Schaffung einer klaren Datenlage zur Impfbeteiligung eine wesentliche Voraussetzung für zielgerichtete Maßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsrate war. Er erachtete die Einführung des elektronischen Impfpasses aus diesem Grund als zweckmäßig, kritisierte allerdings die damit verbundene lange Entwicklungsphase.

(2) Der RH vermerkte, dass der Pilotbetrieb des elektronischen Impfpasses im Oktober 2020 mit der Erfassung der in ausgewählten öffentlichen Impfstellen verabreichten Influenza-Impfungen startete und dass die COVID-19-Impfungen lückenlos im elektronischen Impfpass erfasst wurden. Der Übergang zum Vollbetrieb im Sinne der Erfassung sämtlicher Impfungen war im Herbst 2021 aber noch nicht erfolgt.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, mit Nachdruck auf die zeitnahe Realisierung des Vollbetriebs des elektronischen Impfpasses hinzuwirken und dabei im Interesse der Schaffung einer klaren Datenlage eine lückenlose Dokumentationsverpflichtung vorzusehen.



- 33.3 In seiner Stellungnahme pflichtete das Gesundheitsministerium dem RH bei, dass der elektronische Impfpass schnellstmöglich umzusetzen sei, und verwies auf die bereits bestehende Verpflichtung, neben den COVID-19-Impfungen auch Impfungen gegen Influenza und Affenpocken in den elektronischen Impfpass einzutragen. Aktuell werde ein Erinnerungssystem entwickelt, das auf anstehende Impfungen aufmerksam mache. Gemäß internationaler Erfahrung sei dies eine effektive Maßnahme zur Steigerung der Durchimpfungsrate.

Weitere Maßnahmen

- 34.1 (1) Persönliche Impfentscheidungen sind insbesondere vom subjektiv wahrgenommenen Erkrankungsrisiko, vom Vertrauen in die Wirksamkeit und Sicherheit von Impfstoffen sowie vom Bestehen eines barrierefreien bzw. niederschwelligen Zugangs zur Impfung abhängig. Ausschlaggebend ist u.a., ob verständliche Informationen über Nutzen und Risiko der Impfung verfügbar sind und ob die Impfung mit möglichst wenig Aufwand beanspruchbar ist. Ein in der impfwilligen Person gelegener Einflussfaktor ist ihre impfbezogene Gesundheitskompetenz (Impfwissen bzw. Impfkompetenz), das heißt ihr Vermögen, Impfinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und auf dieser Grundlage angemessene Impfentscheidungen zu treffen.

(2) (a) Schaffung von Bewusstsein

Das Gesundheitsministerium war bestrebt, die Impfkompetenz der Bevölkerung durch Impfaufklärung und die Schaffung von Bewusstsein über den Nutzen von Impfungen zu erhöhen. Neben der Erarbeitung des Impfplans Österreich ([TZ 25](#)) und der Bereitstellung von Informationsmaterialien (Informationsbroschüren, Plakate etc.) veranlasste es eine Masern-Impfkampagne im Jahr 2014 und schaltete in den Jahren 2016 und 2017 Inserate zur Bewerbung der Masernimpfung sowie der im Jahr 2014 in das Kinderimpfkonzept aufgenommenen HPV-Impfung. Darüber hinaus plante das Gesundheitsministerium besondere Aufklärungsmaßnahmen für Personengruppen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko, etwa für Minderjährige, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut wurden (schriftlicher Nachweis über den aktuellen Impfstatus, nachweislicher Hinweis auf fehlende Impfungen, Sensibilisierung zur Ansteckungsgefahr nicht geimpfter Personen). Dieses Vorhaben war im Herbst 2021 noch nicht umgesetzt.

(b) Niederschwelliger Zugang

Ein niederschwelliger Zugang zu Impfungen konnte durch die kostenfreie Abgabe von Impfstoffen gefördert werden, wie dies im Rahmen des Kinderimpfkonzepts ([TZ 25](#)), der Bundaktionen für Erwachsene ([TZ 26](#)) und der COVID-19-Impfung erfolgte. In der Saison 2020/21 förderte das Gesundheitsministerium erstmals auch



die Impfung gegen die saisonale Influenza: Es nahm die Impfung für Kinder vom vollendeten 6. Lebensmonat bis zum vollendeten 15. Lebensjahr in das kostenfreie Kinderimpfkonzept auf und beschaffte dafür insgesamt 350.000 Impfdosen. Zudem initiierte das Gesundheitsministerium eine ebenfalls kostenfreie Influenza-Impfaktion für Personen ab 65 Jahren und beschaffte dafür 100.000 Impfdosen. In Summe wendete es dafür 11,4 Mio. EUR auf.

Ebenfalls im Interesse der Niederschwelligkeit lag es, den organisatorischen bzw. logistischen Aufwand für die Inanspruchnahme einer Impfung aus Sicht der impfwilligen Person zu reduzieren. Dies wurde ab der Verfügbarkeit von COVID-19-Impfstoffen besonders deutlich, als es galt, geeignete Rahmenbedingungen für die Immunisierung einer Vielzahl von Personen in einem möglichst kurzen Zeitraum („Massenimpfungen“) zu schaffen.

(c) Impfpflicht

Eine mögliche Maßnahme zur Erhöhung der Durchimpfungsquoten ist eine allgemeine oder auf bestimmte Personengruppen beschränkte Impfpflicht gegen ausgewählte Krankheiten. Das im Jänner 2022 vom Nationalrat beschlossene Gesetz über die Pflicht zur Impfung gegen COVID-19 trat am 5. Februar 2022 in Kraft⁸⁵. Die Impfpflicht wurde mit 12. März 2022 befristet außer Kraft gesetzt und mit 29. Juli 2022 vom Nationalrat aufgehoben.⁸⁶

- 34.2 (1) Der RH hielt fest, dass die Impfbereitschaft von verschiedenen Faktoren abhing, insbesondere auch von der Verfügbarkeit verlässlicher und widerspruchsfreier Informationen und der Fähigkeit der Bevölkerung, auf der Grundlage dieser Informationen angemessene Impfentscheidungen zu treffen. Nach Ansicht des RH war es daher geboten, sowohl den Nutzen als auch das Risiko einer Impfung im Rahmen einer abgestimmten Kommunikationsstrategie klar zu vermitteln und damit die Impfkompetenz der Bevölkerung zu erhöhen.

Der RH erachtete die vom Gesundheitsministerium initiierte Masern-Kampagne – im Zusammenspiel mit der kostenfreien Bereitstellung des Impfstoffs (TZ 25 und TZ 26) – grundsätzlich als sinnvoll, merkte jedoch kritisch an, dass sich die Kampagne – ungeachtet der Schaltung von Inseraten in den Jahren 2016 und 2017 – im Wesentlichen auf das Jahr 2014 konzentrierte und daher für eine nachhaltige Stärkung der Impfkompetenz der Bevölkerung nur eingeschränkt geeignet war.

⁸⁵ Bundesgesetz über die Pflicht zur Impfung gegen COVID-19 (COVID-19-Impfpflichtgesetz), BGBl. I 4/2022

⁸⁶ Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend die vorübergehende Nichtanwendung des COVID-19-Impfpflichtgesetzes und der COVID-19-Impfpflichtverordnung, BGBl. II 103/2022; Bundesgesetz, mit dem das COVID-19-Impfpflichtgesetz, die COVID-19-Impfpflichtverordnung und die Verordnung betreffend die vorübergehende Nichtanwendung des COVID-19-Impfpflichtgesetzes und der COVID-19-Impfpflichtverordnung aufgehoben werden und das Epidemiegesetz 1950 geändert wird, BGBl. I 131/2022



(2) Der RH hielt fest, dass zur Erzielung einer hohen Durchimpfungsrate auch der Zugang zu Impfungen so einfach wie möglich zu gestalten war. Er verwies in diesem Zusammenhang insbesondere auf die im europäischen Vergleich geringe Durchimpfungsrate gegen die saisonale Influenza ([TZ 32](#)).

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, insbesondere die saisonale Influenza–Impfung als wesentliches Präventionsinstrument verstärkt ins Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken und ein diesbezügliches niederschwelliges Impfangebot auch für Erwachsene – etwa in Form einer Abgabe bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder in öffentlichen Impfstellen – zu erwägen.

- 34.3 Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme die Ansicht des RH und verwies darauf, dass die Influenza–Impfung für die Saisonen 2020/21 und 2022/23 vor dem Hintergrund der COVID–19–Pandemie in das Kinderimpfkonzept ([TZ 25](#)) integriert worden sei und ein kostenfreies Influenza–Impfprogramm für Menschen in Alten– und Pflegeheimen habe angeboten werden können. Zudem habe die Bundes–Zielsteuerungskommission in den letzten eineinhalb Jahren über ein öffentliches Influenza–Impfprogramm beraten und am 1. Juli 2022 seine Einführung für die Saisonen 2023/24 und 2024/25 beschlossen. Für eine Impfung werde demgemäß ein Selbstbehalt in Höhe der Rezeptgebühr eingehoben, wobei Rezeptgebührenbefreiungen gültig blieben und Kinder als rezeptgebührenbefreit zu betrachten seien. Details zur Umsetzung würden zur Zeit der Stellungnahme im Lenkungsausschuss für das öffentliche Impfprogramm ausgearbeitet.

Infektionskrankheiten

Allgemeines

- 35.1 (1) Infektionskrankheiten – auch als übertragbare bzw. ansteckende Krankheiten bezeichnet – sind durch den Kontakt mit oder das Eindringen von Krankheitserregern (insbesondere Bakterien, Viren, Pilzen) ausgelöste Krankheiten. Als importiert gilt eine Infektionskrankheit, wenn die Ansteckung (Infektion) im Zuge eines Aufenthalts im Ausland erfolgte. Ein Krankheitsausbruch liegt vor, wenn die Anzahl von Personen mit einer bestimmten Infektionskrankheit in einer bestimmten Region und/oder einem bestimmten Zeitraum die erwartete Anzahl dieser Erkrankungen übersteigt. Bei seltenen und/oder gefährlichen Krankheiten können schon einzelne Fälle als Ausbruch gelten. Voraussetzung für das Erkennen eines Krankheitsausbruchs ist die Überwachung des epidemiologischen Geschehens, das heißt des zeitlichen und räumlichen Auftretens von Infektionskrankheiten, durch ein wirksames Surveillance–System ([TZ 38](#)).



(2) Die Übergänge zwischen importierten und natürlich vorkommenden Infektionskrankheiten sind fließend. Beim Nachweis einer als importiert geltenden Krankheit (z.B. Denguefieber, West Nil Virus) ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sich die Trägerin bzw. der Träger des Erregers zuvor im Ausland aufgehalten und dort angesteckt hat.

Jedoch steckten sich in den letzten Jahren in verschiedenen europäischen Ländern Personen an, weil sich der Überträger der Krankheit, im Falle des West Nil Virus eine Stechmückenart, infolge klimatischer Veränderungen auch in Europa ansiedelt. So wurden in Österreich in den Jahren 2009 bis 2018 insgesamt 44 im Inland erworbene West–Nil–Virus–Fälle bestätigt. Expertinnen und Experten gingen davon aus, dass bislang als importiert geltende Krankheiten in absehbarer Zeit auch in Europa heimisch sein würden.

(3) Entscheidend für die erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten ist die unverzügliche Information der Gesundheitsbehörden, damit diese die gesetzlich geregelten Vorkehrungen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheit möglichst rasch treffen können. Dies gilt sowohl für importierte als auch für natürlich vorkommende Krankheiten.

- 35.2 Der RH hielt fest, dass die zeitnahe Überwachung des epidemiologischen Geschehens für die erfolgreiche Bekämpfung aller Infektionskrankheiten entscheidend war. Aufgrund der fließenden Übergänge zwischen importierten und natürlich vorkommenden Krankheiten sieht der RH in der Folge von dieser Unterscheidung ab, geht aber im Sinne des Prüfverlangens in TZ 39 auf grenzüberschreitende Aspekte von Infektionskrankheiten ein.

Zuständigkeit und Rechtsgrundlagen

- 36.1 (1) Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten war dem Kompetenztatbestand Gesundheitswesen zuzurechnen (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B–VG) und in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache. Der Bund hatte sich zur Durchführung dieser Aufgabe der Landesbehörden zu bedienen (mittelbare Bundesverwaltung). Dies waren in erster Linie die Landeshauptleute und die ihnen unterstellten Behörden, vor allem die Bezirksverwaltungsbehörden⁸⁷. An der Spitze der Verwaltungskette stand der Gesundheitsminister, der die Leitungs– und Aufsichtsbefugnis über die nachgeordnete Verwaltung hatte. Insbesondere konnte er Verordnungen erlassen und den Landeshauptleuten Weisungen erteilen.⁸⁸

⁸⁷ Bezirkshauptmannschaften, Bürgermeisterin bzw. Bürgermeister in Städten mit eigenem Statut und Magistrat der Stadt Wien

⁸⁸ Siehe Art. 102 B–VG; die Landeshauptleute als Träger der mittelbaren Bundesverwaltung hatten darauf hinzuwirken, dass die ihnen unterstellten Behörden, insbesondere die Bezirksverwaltungsbehörden, die Weisungen auch umsetzen.



(2) Zentrale Rechtsgrundlage für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten war das Epidemiegesetz 1950. Es legte insbesondere fest, welche Infektionskrankheiten anzeigenpflichtig (TZ 37) und welche Erhebungen und Vorkehrungen zur Verhütung und Bekämpfung dieser Krankheiten zu treffen waren. Die Einleitung, Durchführung und Sicherstellung dieser Maßnahmen oblagen den Bezirksverwaltungsbehörden. Die Landeshauptleute, denen die Koordinierung und Kontrolle der Verwaltungsführung im Land zukamen, hatten das Gesundheitsministerium im Fall von Krankheitsausbrüchen unverzüglich zu verständigen.⁸⁹

(3) Die Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005 der WHO traten im Jahr 2007 in Kraft und hatten das Ziel, die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu bekämpfen. Österreich übernahm sie durch Kundmachung des Bundeskanzlers im Jahr 2008 in seinen Rechtsbestand.⁹⁰ Die Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005 der WHO forderten von den Vertragsstaaten die Errichtung bzw. Aufrechterhaltung von Kernkapazitäten auf allen sanitätsbehördlichen Ebenen, um umgehend und wirksam auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit reagieren zu können. Dies war z.B. die Kapazität, Krankheitsausbrüche zu erkennen, unverzüglich Bekämpfungsmaßnahmen durchzuführen und die WHO über Ereignisse von internationaler Tragweite über eine nationale Anlaufstelle zu benachrichtigen. Darüber hinaus hatten die Vertragsstaaten Grenzübergangsstellen („points of entry“) zu benennen und an diesen ebenfalls bestimmte Kapazitäten vorzuhalten. Österreich hatte es lange Zeit verabsäumt, die Forderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005 der WHO in die nationale Gesetzgebung zu integrieren.⁹¹ Dies war nach Auskunft des Gesundheitsministeriums zwar in einem Entwurf für eine Neugestaltung des Epidemiegesetzes 1950 aus dem Jahr 2019 vorgesehen, eine entsprechende Regierungsvorlage unterblieb aber.

36.2 Der RH hielt fest, dass die Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005 der WHO im Jahr 2007 in Kraft traten und für Österreich bindend waren. Er verwies darauf, dass wesentliche sich daraus ergebende Verpflichtungen, wie die Benennung von Grenzübergangsstellen sowie deren Verpflichtung, definierte Kapazitäten zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten vorzuhalten, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nach wie vor nicht im Epidemiegesetz 1950 verankert waren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die zeitnahe Erlassung der für die Erfüllung der Verpflichtungen aus den Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005 der WHO erforderlichen nationalen rechtlichen Bestimmungen sicherzustellen.

⁸⁹ § 43 Epidemiegesetz 1950

⁹⁰ BGBl. III 98/2008

⁹¹ Lediglich die Benennung des Gesundheitsministeriums als nationale Anlaufstelle für die Kommunikation mit der WHO sowie die Festlegung der damit verbundenen Informationspflichten erfolgten im März 2020 im Epidemiegesetz 1950.



- 36.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums habe es im Jahr 2019 im ressort-internen Entwurf für ein neues Epidemiegesetz die Verankerung der Internationalen Gesundheitsvorschriften – beispielsweise die Bestimmung des Flughafens Wien als Grenzübergangsstelle („point of entry“) – in einem eigenen Hauptstück vorgesehen. Zudem habe es die Integration und Modernisierung aller für übertragbare Krankheiten relevanten Gesetze im Sinne eines umfassenden und gut abgestimmten Gesetzesgeistes geplant. Eine umfassende Überarbeitung des Epidemiegesetzes 1950 sei jedoch nicht zielführend, solange die COVID–19–Pandemie andauere, insbesondere weil die Überführung in ein neues Seuchenrecht einer abschließenden Gesamtbe trachtung bedürfe, um alle aus der Pandemie zu ziehenden Lehren umfassend berücksichtigen zu können.
- Ein Teil der Internationalen Gesundheitsvorschriften sei im Laufe der Pandemie umgesetzt worden: In § 28b Abs. 1 Epidemiegesetz 1950 sei das Gesundheitsministerium als nationale Anlaufstelle („focal point“) im Sinne der Internationalen Gesundheitsvorschriften normiert und damit ein zentrales Ziel der Vorschriften erfüllt worden. Dadurch könnten der Informationsaustausch über grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren in einem internationalen System sichergestellt sowie ein effektives internationales Contact–Tracing durchgeführt werden. Die Benennung eines sogenannten „point of entry“ inklusive der Schaffung und Vorhaltung der vorgesehenen Kernkapazitäten sei noch umzusetzen.
- 36.4 Der RH verwies darauf, dass der Gesundheitsminister im Rechnungshofausschuss am 15. September 2022 anlässlich der Behandlung des RH–Berichts „Pandemien management der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie“ (Reihe Bund 2022/18) sowohl eine Modernisierung des Epidemiegesetzes als auch einen neuen nationalen Pandemieplan ankündigte.



Anzeigepflicht

- 37.1 (1) Das Epidemiegesetz 1950 enthielt einen seit seinem Inkrafttreten mehrmals angepassten bzw. erweiterten Katalog anzeigepflichtiger Infektionskrankheiten und Keime. Der Gesundheitsminister konnte durch Verordnung weitere übertragbare Krankheiten der Anzeigepflicht unterwerfen oder bestehende Anzeigepflichten erweitern; dies erfolgte im Zusammenhang mit der Influenza-Pandemie 2009/10 wiederholt und zuletzt in den Jahren 2013 (MERS-CoV), 2015 (West Nil Fieber) und 2020 (COVID-19).⁹² Jede Erkrankung und jeder Todesfall, in bestimmten Fällen auch der Verdacht, waren der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde binnen 24 Stunden anzugeben.
- (2) Neben dem Epidemiegesetz 1950 bestanden weitere Gesetze zu Infektionskrankheiten, etwa das Tuberkulosegesetz⁹³, das AIDS-Gesetz 1993⁹⁴ und das Geschlechtskrankheitengesetz⁹⁵. Diese legten unterschiedliche Anzeigepflichten fest: Die Anzeigepflicht nach dem Tuberkulosegesetz war jener im Epidemiegesetz 1950 nachgebildet, wobei die Frist für die Erstattung der Anzeige an die Bezirksverwaltungsbehörde drei Tage betrug. AIDS-Erkrankungen und –Todesfälle waren innerhalb einer Woche dem Gesundheitsministerium zu melden. Eine Anzeigepflicht gemäß Geschlechtskrankheitengesetz bestand nur, wenn eine Weiterverbreitung der Krankheit zu befürchten war oder sich die kranke Person der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzog.
- 37.2 (1) Der RH hielt fest, dass das Epidemiegesetz 1950 einen Katalog anzeigepflichtiger Infektionskrankheiten enthielt und den Gesundheitsminister ermächtigte, weitere übertragbare Krankheiten der Anzeigepflicht zu unterwerfen oder bestehende Anzeigepflichten zu erweitern. Der RH verwies auf die zahlreichen seit dem Jahr 2009 erlassenen Verordnungen sowie die daraufhin erfolgten Aktualisierungen des Katalogs der anzeigepflichtigen Krankheiten im Epidemiegesetz 1950 und erachtete beides im Sinne einer wirkungsvollen epidemiologischen Überwachung als zweckmäßig.
- (2) Der RH verwies darauf, dass neben dem Epidemiegesetz 1950 weitere Gesetze zu Infektionskrankheiten bestanden und die darin festgelegten Anzeigepflichten von jener des Epidemiegesetzes 1950 abweichen. Er hielt kritisch fest, dass dies der

⁹² Im Zeitraum 2009 bis 2020 verordnete die Bundesministerin bzw. der Bundesminister Anzeigepflichten zu übertragbaren Krankheiten u.a. betreffend Influenzavirus A/H1N1, Clostridium difficile, Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus, West Nil Fieber und zuletzt COVID-19. Diese Verordnungen waren zur Zeit der Geburungsüberprüfung mit Ausnahme jener zu COVID-19 wieder außer Kraft gesetzt und die entsprechenden Anzeigepflichten – mit Ausnahme der pandemischen Influenza A/H1N1 – in das Epidemiegesetz 1950 übernommen.

⁹³ BGBl. 127/1968 i.d.g.F.

⁹⁴ BGBl. 728/1993 (WV) i.d.g.F.

⁹⁵ StGBl. 152/1945 i.d.g.F.



epidemiologischen Überwachung nicht dienlich war und den effizienten und einheitlichen Vollzug durch die Sanitätsbehörden erschweren konnte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, darauf hinzuwirken, alle anzeigenpflichtigen Infektionskrankheiten in der geplanten Neufassung des Epidemiegesetzes 1950 zu berücksichtigen und die Anzeigepflicht nach Möglichkeit einheitlich zu regeln.

- 37.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums habe es – wie schon in [TZ 36](#) ausgeführt – im Jahr 2019 die Integration und Modernisierung aller für übertragbare Krankheiten relevanten Gesetze geplant. Eine umfassende Überarbeitung des Epidemiegesetzes 1950 bzw. die Schaffung eines neuen Seuchenrechts sei jedoch nicht zielführend, solange die COVID-19-Pandemie andauere, weil darin alle aus der Pandemie zu ziehenden Lehren umfassend zu berücksichtigen wären.

Epidemiologische Überwachung (Surveillance)

- 38.1 Epidemiologische Überwachung (Surveillance) ist die systematische und kontinuierliche Sammlung, Analyse, Interpretation und Aufbereitung von Gesundheitsdaten, insbesondere über Erkrankungen und Todesfälle in der Bevölkerung. Die Kenntnis des epidemiologischen Geschehens ermöglicht den Gesundheitsbehörden, Präventionsmaßnahmen zu planen, bei Krankheitsausbrüchen die Infektionsquelle rasch zu identifizieren und Vorkehrungsmaßnahmen zu ergreifen. Dabei stellt die rasche Datenverfügbarkeit einen kritischen Erfolgsfaktor dar.

Bis 2008 nutzten die Gesundheitsbehörden die Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung nicht. Dies betraf sowohl die Erfassung der bei den Bezirksverwaltungsbehörden in Papierform eingehenden Anzeigen der Ärztinnen und Ärzte, Krankenanstalten und Labors als auch die Erstellung von Statistiken und Berichten durch das Gesundheitsministerium.

Neben Bestrebungen zur Prozessoptimierung in qualitativer und quantitativer Hinsicht waren auch Verpflichtungen auf europäischer Ebene zur raschen und möglichst vollständigen Meldung von Infektionskrankheiten sowie das erstmalige Vorliegen verbindlicher EU-Falldefinitionen im Juni 2008 für die Optimierung der Surveillance-Systeme der EU-Mitgliedstaaten maßgeblich. Ziel dabei war die möglichst zeitnahe Erfassung von Krankheitsfällen („real time surveillance“).

Das Gesundheitsministerium entwickelte ab 2007 unter Berücksichtigung von Best Practices⁹⁶ und mit Unterstützung externer Projektpartner ein elektronisches Melde-

⁹⁶ Das Gesundheitsministerium arbeitete insbesondere mit dem Robert Koch-Institut in Berlin zusammen, das schon länger ein derartiges System betrieb.



system für Infektionskrankheiten, das Epidemiologische Meldesystem, das im Jahr 2009 in Produktivbetrieb ging. Eine ausführliche Beurteilung dieses Melde-systems enthält der RH-Bericht „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ (Reihe Bund 2021/43, TZ 4 bis TZ 10).

Ärztinnen und Ärzte, Krankenanstalten und Labors waren seit 2014 verpflichtet, in das Epidemiologische Meldesystem einzumelden; zur elektronischen Meldung waren jedoch nur Labors verpflichtet. Laut Auskunft des Gesundheitsministeriums erstatteten die Ärztinnen und Ärzte elektronische Anzeigen – auf freiwilliger Basis – nur vereinzelt.

- 38.2 Der RH hielt kritisch fest, dass der Vollbetrieb des Epidemiologischen Meldesystems bis zur Zeit der Geburungsüberprüfung noch nicht umgesetzt war und die Bezirksverwaltungsbehörden die von den Ärztinnen und Ärzten schriftlich erstatteten Anzeigen von Infektionskrankheiten im Wesentlichen nach wie vor manuell im Epidemiologischen Meldesystem erfassen mussten, weil Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten – im Unterschied zu Labors – nicht zur elektronischen Anzeige verpflichtet waren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, sich weiterhin für die zeitnahe Umsetzung des Vollbetriebs des Epidemiologischen Meldesystems sowie für die Schaffung der dafür erforderlichen rechtlichen Grundlagen einzusetzen, um Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten zur elektronischen Anzeige von Infektionskrankheiten zu verpflichten.

- 38.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums werde das Epidemiologische Meldesystem laufend inhaltlich und technisch zu verschiedenen Aspekten einzelner Infektionskrankheiten angepasst. Eine umfassende Überarbeitung sei zur Zeit der Stellungnahme im Anlaufen und gehe je nach Entwicklung mit der Anpassung oder Schaffung rechtlicher Grundlagen einher.

Grenzüberschreitende Aspekte von Infektionskrankheiten

- 39.1 (1) Das Verbreitungspotenzial übertragbarer Krankheiten nahm aufgrund wachsender globaler Mobilität (z.B. Tourismus, internationale Wirtschafts- und Arbeitsbeziehungen, Migration) tendenziell zu.

Im Folgenden geht der RH auf Maßnahmen zur Erkennung von Infektionskrankheiten bei hilfs- und schutzbedürftigen Fremden bzw. Asylsuchenden näher ein.



(2) Im Jahr 2004 schlossen der Bund und die Länder die Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Grundversorgung⁹⁷ mit dem Ziel, die Gewährleistung der vorübergehenden Grundversorgung für hilfs– und schutzbedürftige Fremde bundesweit zu vereinheitlichen. Der Bund betreute die genannten Personen gemäß dem Grundversorgungsgesetz – Bund 2005⁹⁸ in Erstaufnahmestellen oder sonstigen Betreuungsstellen des Bundes. Die Versorgung umfasste auch eine medizinische Untersuchung im Bedarfsfall bei der Erstaufnahme nach den Vorgaben der gesundheitsbehördlichen Aufsicht.

(3) Die im Betreuungsinformationssystem (Informationsverbundsystem) erfassten Daten – auf die auch die von Bund und Ländern beauftragten Organisationen Zugriff hatten⁹⁹ – hatten sich gemäß Grundversorgungsgesetz – Bund 2005 auch auf den Gesundheitszustand zu beziehen. Das System enthielt allerdings nur in Ausnahmefällen gesundheitsbezogene Daten. Die Anzeigepflichten gemäß Epidemiegesetz 1950 und Tuberkulosegesetz blieben unberührt.

(4) Das Gesundheitsministerium traf während des erhöhten Zuzugs von Migrantinnen und Migranten 2015/16 weitere punktuelle Maßnahmen:

- verstärkte epidemiologische Überwachung bestimmter Krankheiten in Erstaufnahmestellen und Verteilzentren durch die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH; dafür entwickelte diese u.a. ein Meldeformular, welches das Gesundheitspersonal bei der Bewertung typischer Krankheitsbilder (wie Infektionen der Atemwege oder Durchfall) unterstützte,
- Impfempfehlungen für in Erstaufnahmestellen aufgenommene Personen,
- Empfehlungen für persönliche Schutzmaßnahmen für öffentliches und medizinisches Personal oder
- Bereitstellung medizinischer Fachinformationen über in Österreich seltene Infektionskrankheiten.

39.2 Der RH verwies darauf, dass die zunehmende globale Mobilität das Risiko der grenzüberschreitenden bzw. weltweiten Verbreitung von übertragbaren Krankheiten erhöhte, und hielt fest, dass beispielsweise im Migrationsbereich im Rahmen der vorgesehenen Erstuntersuchungen die Möglichkeit bestand, bei den betroffenen Personen anzeigepflichtige Krankheiten zu diagnostizieren und den Gesundheitsbehörden zu melden.

⁹⁷ Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B–VG über gemeinsame Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs– und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Österreich (**Grundversorgungsvereinbarung**), BGBl. I 80/2004

⁹⁸ BGBl. 405/1991 i.d.g.F.

⁹⁹ Art. 1 Abs. 3 und Art. 13 Grundversorgungsvereinbarung



Gesundheitssystem-assozierte Infektionen

Grundlagen

- 40.1 (1) Gesundheitssystem-assozierte Infektionen sind Infektionen, die sich eine Patientin bzw. ein Patient im Laufe eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus, Ordination oder Rehabilitationszentrum) zuzieht. Nosokomiale Infektionen sind jene Gesundheitssystem-assozierten Infektionen, die in einer Krankenanstalt auftreten.

Zu den häufigsten Gesundheitssystem-assozierten Infektionen zählen Lungenentzündungen, Harnwegsinfekte, post-operative Wundinfektionen und Blutvergiftungen, aber auch mit bestimmten Erregern (wie Clostridium difficile) assoziierte Infektionen. Besonders problematisch sind dabei Gesundheitssystem-assozierte Infektionen aufgrund multiresistenter Erreger. Krankheiten, die durch derart resistente Mikroorganismen ausgelöst werden, sind nur schwer oder gar nicht behandelbar. Um Gesundheitssystem-assozierte Infektionen zu verhindern, sind daher Informationen zur Verbreitung von antimikrobiellen Resistenzen und Maßnahmen zu deren Eindämmung notwendig.

In Österreich stecken sich im Schnitt 5 % der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus mit Keimen an. Laut Plattform Patientensicherheit zeigen Zahlen des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten¹⁰⁰, dass 5 % der infizierten Personen daran sterben. Das waren in Österreich rd. 2.400 Menschen pro Jahr und damit sechsmal mehr Todesfälle durch nosokomiale Infektionen als durch Unfälle im Straßenverkehr.¹⁰¹ Nach Schätzungen von Expertinnen und Experten könnten insbesondere Hygienemaßnahmen 20 % bis 30 % der Infektionen verhindern, das wären in Österreich rd. 500 bis 700 vermeidbare Todesfälle pro Jahr. Entgegen Annahmen, dass nosokomiale Infektionen seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie und infolge der damit verbundenen Hygienemaßnahmen zurückgegangen seien, zeigte der Barmer Krankenhausreport 2021 eine Zunahme nosokomialer Infektionen in deutschen Krankenanstalten. Dies sei insbesondere auf die außergewöhnliche Belastung des Personals zurückzuführen, das mit geänderten Verfahrensabläufen, fehlendem Schutzmaterial, Personalausfällen oder der Angst, sich selbst und Angehörige mit COVID-19 anzustecken, konfrontiert gewesen sei.

¹⁰⁰ Das ist eine EU-Agentur, die Überwachungsdaten und wissenschaftliche Beratung zu den 52 meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten, zu Krankheitsausbrüchen und sonstigen Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit liefert. Die Agentur bezieht ihre Fachkenntnisse und ihr Wissen von ihren Sachverständigen, von europaweiten Netzen für bestimmte Krankheiten und nationalen Gesundheitsbehörden.

¹⁰¹ Laut den von der Statistik Austria erhobenen Todesursachen starben im Jahr 2019 durch sogenannte „Transportmittelunfälle“ 416 Menschen.



Nosokomiale Infektionen stellen auch einen erheblichen Kostenfaktor dar: Der stationäre Aufenthalt verlängert sich um durchschnittlich vier Tage. Außerdem bedarf es zusätzlicher Diagnostik und Therapie – oft auf der Intensivstation.

(2) Ziel des Bundes war es daher, Gesundheitssystem–assoziierte Infektionen möglichst zu verhindern.

(a) Maßnahmen auf Basis des Kompetenztatbestands „Heil– und Pflegeanstalten“ (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B–VG)

Dazu schuf der Bund für den Bereich der Krankenanstalten auf Basis des Kompetenztatbestands „Heil– und Pflegeanstalten“ (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B–VG) grundsatzgesetzliche Vorgaben zur Infektionsprävention im KAKuG. Die Länder hatten diese Vorgaben, die vorwiegend die Infektionserfassung und die Organisation der Krankenhaushygiene betrafen, in Ausführungsgesetzen zu konkretisieren und zu vollziehen.

(b) Maßnahmen auf Basis des Kompetenztatbestands „Gesundheitswesen“ (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B–VG)

Darüber hinaus konnte der Bund Maßnahmen zur Verhinderung von Gesundheitssystem–assoziierten Infektionen auf den Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B–VG) stützen und unmittelbar anwendbares Bundesrecht zur Verhinderung von Gesundheitssystem–assoziierten Infektionen schaffen – etwa durch die Einführung von Registern für Daten aus dem niedergelassenen und dem stationären Bereich, wie sie das Gesundheitsministerium in einem Entwurf für eine Novelle des Epidemiegesetzes 1950 aus dem Jahr 2019 vorgesehen hatte, der jedoch nicht umgesetzt wurde.

Nach diesem Kompetenztatbestand war der Bund aber auch für die sanitäre Aufsicht über Heil– und Pflegeanstalten zuständig. Die sanitäre Aufsicht umfasste die Kontrolle, ob die aufgrund des KAKuG erlassenen Landesausführungsgesetze eingehalten wurden und ob Struktur und Prozesse der Hygienericht oder die Führung von Infektionsstatistiken dem Gesetz entsprachen. Zu diesem Zweck regelte der Bund die Art der sanitären Aufsicht (z.B. Einsichtnahmen) und die Mittel zur Herstellung eines rechtskonformen Zustands (z.B. Betriebsuntersagung). Die sanitäre Aufsicht war in mittelbarer Bundesverwaltung (Art. 102 B–VG) durch die Landeshauptleute und Bezirksverwaltungsbehörden zu vollziehen. Als oberstem zuständigem Verwaltungsorgan kam dem Gesundheitsminister dabei die Leitungs– und Aufsichtsfunktion zu.



(c) Maßnahmen im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung

Im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung war das Gesundheitsministerium außerdem an Projekten zur Erfassung von Gesundheitssystem-assozierten Infektionen beteiligt – z.B. dem Projekt zur bundesweit einheitlichen Erfassung von Gesundheitssystem-assozierten Infektionen (Healthcare Associated Infections – A-HAI; in der Folge: **Projekt A-HAI**) – und beauftragte Studien. Die Teilnahme an diesen Projekten und Studien war für die Krankenanstalten freiwillig. Im Jahr 2013 erarbeitete das Gesundheitsministerium gemeinsam mit der GÖG sowie Expertinnen und Experten erstmals den Nationalen Aktionsplan Antibiotikaresistenz, der im Jahr 2018 aktualisiert wurde. Der Nationale Aktionsplan Antibiotikaresistenz sollte die Aktivitäten in den Bereichen Infektionsprävention und Antibiotikaresistenz koordinieren.

- 40.2 Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl der mit Gesundheitssystem-assozierten Infektionen verbundenen Todesfälle, der antimikrobiellen Resistzenzen und des erheblichen Kostenfaktors war die Prävention dieser Infektionen von wesentlicher Bedeutung. Um adäquate Maßnahmen zur Infektionsprävention setzen zu können, war die Information darüber maßgeblich, in welchen Gesundheitseinrichtungen bzw. Abteilungen Gesundheitssystem-assozierte Infektionen in welchem Ausmaß auftraten und was die Ursachen des Infektionsgeschehens waren. Der RH überprüfte daher, inwieweit das Gesundheitsministerium über Daten zu Gesundheitssystem-assozierten Infektionen verfügte, in welcher Hinsicht der Bund die Infektionsprävention in Krankenanstalten regelte und ob die Einhaltung dieser Vorgaben im Rahmen der sanitären Aufsicht – insbesondere im Sinne der Patientensicherheit – gewährleistet war.

Erfassung und Meldung

- 41.1 (1) Das Gesundheitsministerium verfügte über keine Daten zum Auftreten von Gesundheitssystem-assozierten Infektionen im niedergelassenen Bereich. Ärztinnen und Ärzte waren zwar verpflichtet, dahingehende Aufzeichnungen zu führen¹⁰², es war aber weder eine einheitliche Dokumentation noch eine Meldung an eine öffentliche Stelle vorgesehen. Auch Labors oder Sozialversicherungsträger waren zu keinen Meldungen verpflichtet. Nur schwer verlaufende Clostridium-difficile-assozierte Erkrankungen waren nach dem Epidemiegesetz 1950 anzeigepflichtig.
- (2) Das Gesundheitsministerium arbeitete 2019 an einer Neufassung des Epidemiegesetzes 1950; die Arbeiten daran waren bis Oktober 2021 nicht abgeschlossen. Laut dem Entwurf sollte ein Register zum Verbrauch antimikrobiell wirksamer Arzneimittel und zu Resistzenzen beim Gesundheitsministerium eingerichtet werden,

¹⁰² § 51 Ärztegesetz 1998, BGBl. I 169/1998 i.d.g.F.



das mit bestimmten Meldepflichten – über die Sozialversicherungsträger auch für den niedergelassenen Bereich – verknüpft war. Auch Labors sollten das Auftreten bestimmter Krankheitserreger und etwaiger Resistenzen melden. Außerdem wäre beim Gesundheitsministerium ein Register zu Gesundheitssystem-assozierten Infektionen einzurichten. Eine entsprechende Meldepflicht war im Entwurf aber nur für Krankenanstaltenträger, nicht jedoch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vorgesehen.

(3) Diese geplanten Regelungsinhalte überschnitten sich zum Teil mit dem im Jahr 2019 vom Bundesgesetzgeber erlassenen § 8a Abs. 8 KAKuG. Nach dieser Grundsatzbestimmung waren Krankenanstaltenträger mittels Landesgesetz zu verpflichten, an einer österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen teilzunehmen und die dafür erforderlichen anonymisierten Daten dem Gesundheitsministerium jährlich in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen. Die Landesgesetzgebung übernahm diese Regelungen im Wesentlichen wortgleich in ihre Ausführungsgesetze.

- 41.2 Der RH hielt fest, dass die einheitliche Erfassung und Meldung von Gesundheitssystem-assozierten Infektionen an einer zentralen Stelle für eine wirksame Infektionsprävention und –bekämpfung unerlässlich waren. Er befürwortete daher die im Entwurf zur Novelle des Epidemiegesetzes 1950 aus dem Jahr 2019 vorgesehene Einführung eines Registers für Antibiotikaverbrauch, Resistenzen und Gesundheitssystem-assozierte Infektionen sowie die damit verbundenen Meldepflichten. Er hielt allerdings kritisch fest, dass die Umsetzung der Neuerungen des Entwurfs zur Zeit der Gebarungsüberprüfung offen und für den niedergelassenen Bereich keine Meldepflicht bei Infektionen vorgesehen war.

Der RH anerkannte, dass der Bund im Jahr 2019 – zumindest für den Bereich der Krankenanstalten – eine gesetzliche Grundlage zur bundesweiten Datenerfassung und –übermittlung von Gesundheitssystem-assozierten Infektionen geschaffen hatte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auf die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für ein Register für Antibiotikaverbrauch, Resistenzen und Gesundheitssystem-assozierte Infektionen sowie für die damit verbundenen Meldepflichten an das Gesundheitsministerium sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich hinzuwirken.

- 41.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums werde es sich um die Umsetzung der Empfehlung bemühen.



Infektionsprävention und –bekämpfung in Krankenanstalten

Krankenhaushygiene

42.1 Die grundsatzgesetzlichen Vorgaben für die Organisation der Krankenhaushygiene waren insbesondere in § 8a KAKuG geregelt. Demnach waren eine Krankenhaushygienikerin bzw. ein Krankenhaushygieniker oder eine Hygienebeauftragte bzw. ein Hygienebeauftragter sowie in bettenführenden Krankenanstalten zusätzlich eine Hygienefachkraft zu bestellen. Aus dem Hygienepersonal war ein Hygieneteam zu bilden, zu dessen Aufgaben u.a. die Überwachung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen gehörten. Das dafür erforderliche, von der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt abhängige Beschäftigungsmaß des Hygieneteams war nicht gesetzlich definiert, aber in einem im Jahr 2002 erstmals veröffentlichten, von Expertinnen und Experten erarbeiteten Dokument zur Infektionsprävention in Krankenanstalten („PROHYG – Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“) vorgegeben. PROHYG fasste zum einen den damaligen Wissensstand über die Organisation der Hygiene in Gesundheitseinrichtungen zusammen. Zum anderen gab es Strategien vor, um die Strukturqualität¹⁰³ der Krankenhaushygiene zu verbessern. Nach einer umfassenden Überarbeitung lag das Dokument ab 2011 als Version PROHYG 2.0 vor.

Im Jahr 2015 veröffentlichte das Gesundheitsministerium den Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenaushygiene, der – wie das Expertenpapier PROHYG 2.0 – nur Empfehlungscharakter hatte. Inhaltlich beschränkte sich der Qualitätsstandard auf eine Zusammenfassung von PROHYG 2.0 in 13 allgemein formulierten „Empfehlungen“ über die Struktur, die Bedeutung und die Belange der Hygiene. Die inhaltlich zentrale Tabelle zur Personalausstattung der Hygieneteams war – laut Protokoll der Zielsteuerung–Gesundheit auf Wunsch der Länder – im Qualitätsstandard weder enthalten noch erwähnt. 2020 wurde der Qualitätsstandard im Rahmen einer Online–Befragung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, Mitgliedern der Hygieneteams und der kollegialen Führungen von Krankenanstalten evaluiert. Obwohl die Evaluierung laut Ergebnisbericht hinsichtlich der teilnehmenden Berufsgruppen und Krankenanstaltentypen sowie ihrer geografischen Verteilung auf die Länder repräsentativ gewesen sei, wurde der Ergebnisbericht nicht veröffentlicht. Die Bundes–Zielsteuerungskommission nahm im April 2021 eine dreijährige Verlängerung des Qualitätsstandards zur Kenntnis.

¹⁰³ Die Strukturqualität betrifft die Frage, wie gut die sachliche und personelle Ausstattung der Krankenanstalt auf die angebotene medizinische Versorgung abgestimmt ist.



42.2 Der RH anerkannte, dass das Gesundheitsministerium die zur Infektionsprävention in Krankenanstalten erforderlichen Standards im Dokument PROHYG 2.0 sowie im Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene festhielt und veröffentlichte. Ein Ergebnisbericht zum Qualitätsstandard blieb allerdings unveröffentlicht.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, den im Jahr 2021 zur Kenntnis genommenen Ergebnisbericht zur Evaluierung des Qualitätsstandards Organisation und Strategie der Krankenaushygiene zu veröffentlichen und den Qualitätsstandard anhand des Ergebnisberichts zu überarbeiten. Dabei sollten insbesondere Empfehlungen zur Personalausstattung der Hygieneteams aufgenommen werden.

42.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei es Wunsch der Vertreterinnen und Vertreter der Länder gewesen, den Ergebnisbericht nicht zu veröffentlichen, sondern ihn als Instrument zur Entscheidungsunterstützung für weitere Arbeiten zu betrachten.

42.4 Der RH hielt dem Gesundheitsministerium entgegen, dass laut dem Ergebnisbericht Abweichungen vom Standard in den Krankenanstalten vorwiegend auf dessen fehlende Verbindlichkeit sowie den geringen Konkretisierungsgrad der Empfehlungen – insbesondere hinsichtlich der Personalausstattung der Hygieneteams – zurückzuführen waren. Der RH hielt es vor diesem Hintergrund nicht für zweckmäßig, dem Wunsch der Länder zu entsprechen, den Bericht nicht zu veröffentlichen und damit auf Transparenz gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern zu verzichten. In diesem Sinne und auch aufgrund der Verantwortung des Gesundheitsministers für die dem Bereich „öffentliche Gesundheit“ zuzuordnende Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten bekräftigte der RH seine Empfehlung, den Ergebnisbericht zu veröffentlichen und den Qualitätsstandard anzupassen. Die Anpassung sollte dabei insbesondere die Aufnahme von Empfehlungen zur Personalausstattung der Hygieneteams umfassen.

Arbeitsbehelfe für die sanitäre Aufsicht

43.1 (1) Im Bundes-Jahresarbeitsprogramm 2014 zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016 war zur Konkretisierung der Maßnahme „Finalisierung einer Strategie zur Vermeidung und Reduktion von nosokomialen Infektionen und Resistenzen“ die Entwicklung von einheitlichen Standards der sanitären Aufsicht festgelegt.

Im Jahr 2016 veröffentlichte das Gesundheitsministerium den unter Beteiligung der Länder erstellten Arbeitsbehelf „Sanitäre Aufsicht“. Ziel war es, dem zuständigen Personal die rechtlichen Grundlagen sowie ein Werkzeug zur Umsetzung zur Verfügung zu stellen.



Gesundheitsförderung und Prävention

Der Arbeitsbehelf enthielt auch Checklisten, wie z.B. die folgende zur Krankenhaushygiene:

Tabelle 11: Checkliste Krankenhaushygiene (Basis: PROHYG 2.0)

Thema	Inhalt
Zusammensetzung Hygieneteam	<ul style="list-style-type: none"> - Qualifikation - Ist-Beschäftigungsmaß - Personalressourcen
Infektionserfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Infektionserfassungsprogramm - Indikatoroperationen - Organisation der Erfassung - Vergleich mit Referenzdaten - Konsequenzen aus Ergebnissen
Organisation und Dokumentation Hygienearbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Ablaufregelungen - Ausstattung - Hygienevisiten
Schulungsaktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> - Schulungen durch Hygieneteam - Themen
Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Jahresbericht - Berichtsempfängerinnen und –empfänger

Quelle: Gesundheitsministerium

Die Checklisten sollten eine einheitliche und qualitätsgesicherte Überwachung ermöglichen, waren nicht verbindlich und konnten je nach Erfordernis angepasst werden.

(2) Mit einem Erlass aus dem Jahr 2001 wies das Gesundheitsministerium die Länder an, ihm jährlich einen Bericht über die im Rahmen der sanitären Aufsicht gesetzten Maßnahmen zu übermitteln. Mangels Formvorgabe waren die Berichte uneinheitlich. Für das Jahr 2017 sollten die Länder erstmals dem Gesundheitsministerium in standardisierter Form berichten. Eine spezifische IT-Anwendung sollte eine einheitliche, elektronische Datenübermittlung und Auswertungen ermöglichen. Seit 2018 verwendeten die Länder dieses standardisierte Berichtswesen „SANE“, nach Auskunft des Gesundheitsministeriums wurden aber – bedingt durch die COVID-19-Pandemie – keine maßgeblichen Fortschritte erzielt.

- 43.2 Nach Ansicht des RH könnten bundesweit einheitliche und verbindliche Mindeststandards für die sanitäre Aufsicht dazu beitragen, eine einheitliche Qualität in Krankenanstalten sicherzustellen. Der RH wertete daher positiv, dass das Gesundheitsministerium einen Arbeitsbehelf zur Vereinheitlichung der sanitären Aufsicht mit Checklisten, etwa für die Krankenhaushygiene, herausgab und sich um ein standardisiertes Berichtswesen bemühte. Er kritisierte aber, dass die Verwendung der



Checklisten freiwillig war und das Gesundheitsministerium zur Zeit der Gebaungsüberprüfung 2021 über keine einheitlichen, elektronischen Daten zu den im Rahmen der sanitären Aufsicht von den Ländern gesetzten Maßnahmen verfügte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, seine Leitungs- und Aufsichtsfunktion im Rahmen der sanitären Aufsicht aktiver wahrzunehmen und den Landeshauptleuten für die Aufsicht von Krankenanstalten Mindeststandards sowie eine einheitliche, elektronische Datenübermittlung der getroffenen Maßnahmen verbindlich vorzugeben.

- 43.3 In seiner Stellungnahme gab das Gesundheitsministerium an, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.

Überwachungssysteme

- 44.1 (1) Für Krankenanstalten bestand seit 2007 die gesetzliche Verpflichtung, ein anerkanntes, dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance-System zur Überwachung nosokomialer Infektionen einzusetzen. Dabei sollten sie die eigenen Infektionsraten – insbesondere in den Bereichen Intensivmedizin und Chirurgie – analysieren und im Zeitablauf mit jenen anderer Krankenanstalten vergleichen. Zudem waren Krankenanstalten berechtigt, Daten ihrer Patientinnen und Patienten zum Zweck der Überwachung nosokomialer Infektionen pseudonymisiert zu verarbeiten und anonymisiert weiterzuleiten. Die Landesgesetzgebung übernahm diese Vorgaben im Wesentlichen wortgleich in ihre Ausführungsgesetze.

Ob diese Landesausführungsgesetze eingehalten wurden, konnte der Bund im Rahmen der sanitären Aufsicht in mittelbarer Bundesverwaltung prüfen. Bei einer Gesetzesverletzung hatte der Landeshauptmann dem Krankenanstaltenträger die ehste Beseitigung der Missstände mit Bescheid aufzutragen. Da die Länder mehrheitlich auch Krankenanstaltenträger waren, waren sie – wenn auch in mittelbarer Bundesverwaltung – durch die Landeshauptleute zu kontrollieren.

(2) Die Ausführungsgesetze der Länder enthielten keine weiteren Vorgaben zu Art und Weise der Überwachung (Surveillance). Daher hatten die Krankenanstaltenträger die freie Wahl bei der Implementierung des Überwachungssystems, solange es wissenschaftlich anerkannt war. In der Praxis hatten sich u.a. das Austrian Nosocomial Infection Surveillance System (**ANISS**) oder das deutsche Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (**KISS**) etabliert. Detaillierte Daten darüber, welche Überwachungssysteme in den österreichischen Krankenanstalten zur Anwendung kamen, lagen im Gesundheitsministerium nicht vor.



Laut den aggregierten Daten, die die GÖG für die Jahre 2015 und 2017 mithilfe einer Selbstbewertung aller Akutkrankenanstalten erhoben und in einem Bericht veröffentlicht hat, hatten 10 % der Akutkrankenanstalten die gesetzliche Verpflichtung zur Überwachung zehn Jahre nach Einführung der Überwachungspflicht (2007) noch nicht umgesetzt. Gemäß einer Umfrage des Gesundheitsministeriums aus 2020/21 erfasste nur mehr eine der insgesamt 114 Akutkrankenanstalten das Auftreten nosokomialer Infektionen außerhalb eines der wissenschaftlich anerkannten Überwachungssysteme.

Die zuständige Rechtsabteilung des Gesundheitsministeriums hatte nach Bekanntwerden des Berichts der GÖG darauf hingewiesen, dass die Landeshauptleute über den Bericht zu informieren und im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung anzuweisen wären, den betroffenen Rechtsträgern die Beseitigung dieses Missstandes aufzutragen. Eine entsprechende Kommunikation mit den Landeshauptleuten war seither nicht erfolgt.

- 44.2 Der RH hielt fest, dass der Gesetzgeber die Infektionsüberwachung als essenzielle Aufgabe der Krankenhaushygiene betrachtete und mit der 2007 eingeführten Verpflichtung, hierfür ein anerkanntes, dem Stand der Wissenschaft entsprechendes System zu verwenden, gewährleisten wollte, dass die eigenen Infektionsraten denen vergleichbarer Einrichtungen gegenübergestellt werden. Vor diesem Hintergrund kritisierte er, dass die Verpflichtung erst 2021 – und damit fast 15 Jahre nach ihrer gesetzlichen Verankerung – mit Ausnahme einer Krankenanstalt umgesetzt war.

Dies war auch in Zusammenhang mit der sanitären Aufsicht zu sehen, weil es sich bei den Krankenanstaltenträgern mehrheitlich um die Länder selbst handelte und die Einhaltung der gesetzlichen Verpflichtung zur Infektionsüberwachung durch die Landeshauptleute zu kontrollieren war. Vor diesem Hintergrund kam der Leitungs- und Aufsichtsfunktion des Gesundheitsministers als oberstem zuständigem Verwaltungsorgan besondere Bedeutung zu.

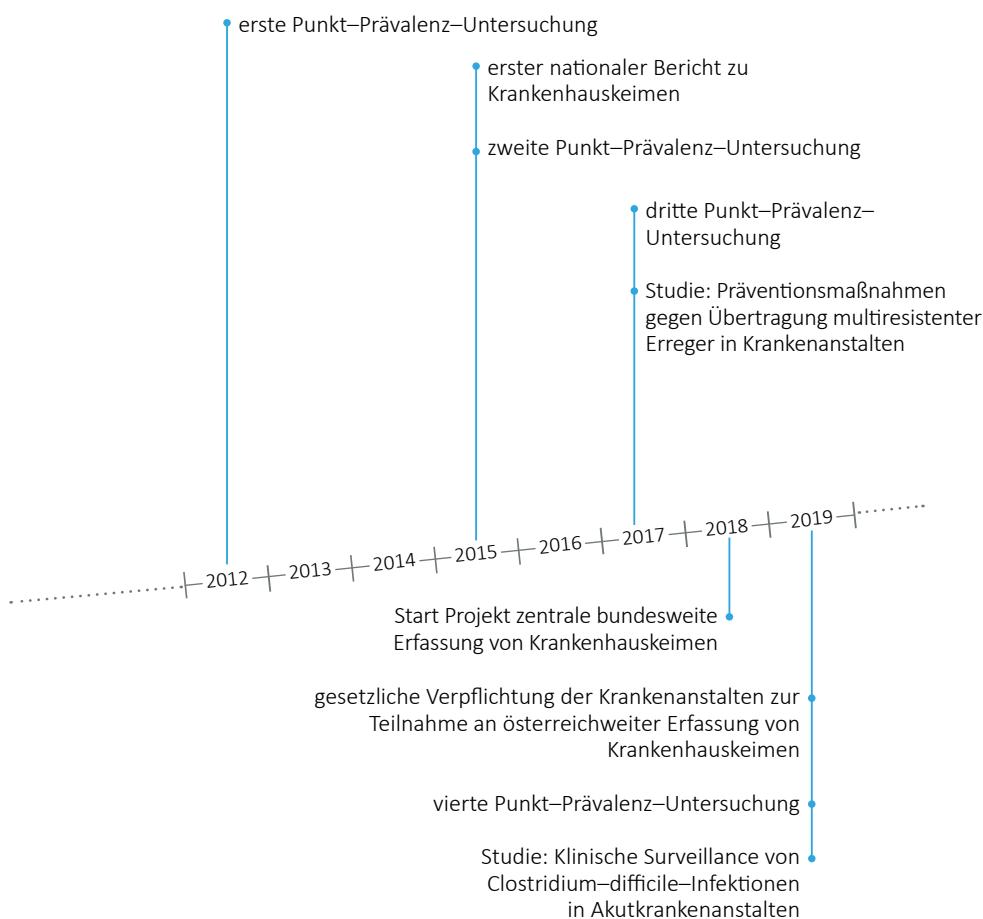
Der RH wiederholte daher seine Empfehlung ([TZ 44](#)) an das Gesundheitsministerium, seine Leitungs- und Aufsichtsfunktion im Rahmen der sanitären Aufsicht aktiver wahrzunehmen und den Landeshauptleuten für die Aufsicht von Krankenanstalten Mindeststandards sowie eine einheitliche, elektronische Datenübermittlung der getroffenen Maßnahmen verbindlich vorzugeben.

- 44.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums werde es sich um die Umsetzung der Empfehlung bemühen. Detaillierte Daten dazu, welche Überwachungssysteme die österreichischen Krankenanstalten anwenden würden, lägen nur im Zusammenhang mit dem Projekt A-HAI vor.

Bundesweite Datenlage zu Krankenhauskeimen

45.1 Das Gesundheitsministerium versuchte, anhand von Meldungen der Ergebnisse aus den Überwachungsnetzwerken ([TZ 44](#)) und anhand von beauftragten Studien wie Punkt–Prävalenz–Untersuchungen einen bundesweiten Überblick über Krankenhauskeime zu schaffen. Solange sowohl diese Meldung als auch die Studienteilnahme für die Krankenanstalten freiwillig waren, fehlte ein solcher Überblick. 2018 startete daher ein Projekt zur zentralen bundesweiten Erfassung von nosokomialen Infektionen (A–HAI), zu dessen Teilnahme der Gesetzgeber im Jahr 2019 alle Krankenanstalten verpflichtete.

Abbildung 7: Maßnahmen zur Schaffung einer bundesweiten Datenlage zu Krankenhauskeimen



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

Im Rahmen des Projekts A–HAI sollten vorerst Daten zu nosokomialen Infektionen auf Intensivstationen und zu postoperativen Wundinfektionen für die Indikatoroperationen Hüftendoprothese und Gallenblasenentfernung bundesweit einheitlich erfasst werden. Im Nationalen Aktionsplan Antibiotikaresistenz 2018 war – nach



einer Einführungsphase – vorgesehen, die Datenerfassung auf weitere Indikatoroperationen auszudehnen. Krankenanstalten sollten ihre Infektionsdaten in Form einheitlicher Datensätze jährlich an das Gesundheitsministerium übermitteln. Es erstellte dazu eine Website mit einer Schnittstelle zu den von den Krankenanstalten eingesetzten Überwachungssystemen. Im Jahr 2017 wurde ein Pilotversuch von A–HAI positiv abgeschlossen. Ein erster Bericht sollte bis September 2021 fertiggestellt werden.

- 45.2 Der RH wertete das Projekt A–HAI positiv, weil das Gesundheitsministerium damit eine Grundlage dafür geschaffen hatte, einen Überblick über das Infektionsgeschehen in den Krankenanstalten zu bekommen. Dieser war aufgrund der verfügbaren Daten aber vorerst auf die Lage in den Intensivstationen begrenzt. Über das Infektionsgeschehen auf Normalstationen hatte das Gesundheitsministerium keinen vergleichbaren Überblick, weil nur Daten über postoperative Wundinfektionen bei zwei Indikatoroperationen erfasst wurden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, darauf hinzuwirken, das Projekt A–HAI fortzuführen und – wie im Nationalen Aktionsplan Antibiotikaresistenz 2018 vorgesehen – auf weitere Indikatoroperationen auszudehnen.

- 45.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums werde es sich um die Umsetzung der Empfehlung bemühen. Es habe bereits die bisherigen Indikatoroperationen in einer A–HAI–Rahmenrichtlinie vom April 2022 detaillierter definiert und um eine weitere – den Kaiserschnitt – ergänzt. Es führe das Projekt auch insofern weiter, als die Einrichtung eines webbasierten Feedbacktools auf Basis der A–HAI–Daten mit der Möglichkeit eines Benchmarkings für die Krankenanstalten geplant sei.



Kosten und Finanzierung von Projekten

46.1 Die Kosten der Projekte zu Gesundheitssystem-assozierten Infektionen und Antibiotikaresistenzen im Verantwortungsbereich der zuständigen Fachabteilung des Gesundheitsministeriums erreichten im Jahresschnitt rd. 244.000 EUR. Sie stellten sich – neben Forschungsaufträgen mit geringerem Gebarungsumfang – im Zeitraum 2013 bis 2019 wie folgt dar:

Tabelle 12: Kosten der Projekte zu Gesundheitssystem-assozierten Infektionen

Projekte ¹	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Summe 2013 bis 2019
in 1.000 EUR								
Punkt-Prävalenz-Untersuchung	–	10,0	49,6	12,2	50,5	–	96,9	219,2
Surveillance Netzwerk nosokomiale Infektionen (ANISS)	68,6	80,0	89,2	98,1	93,9	97,0	97,0	623,8
Surveillance Netzwerke Resistenzen (EARS-Net und SURV-Net)	49,3	49,8	49,8	49,8	50,3	50,4	50,4	349,8
Bericht nosokomiale Infektionen	–	10,0	10,0	10,9	11,8	–	11,8	54,5
Infektionssurveillance Neonatologie	–	30,0	23,5	24,9	24,3	26,1	23,4	152,2
Maßnahmen gegen die Übertragung multiresistenter Erreger	–	–	–	–	30,0	–	–	30,0
Surveillance Clostridium difficile	–	–	–	–	–	37,6	–	37,6
sonstige (z.B. Resistenzbericht)	38,4	39,1	39,1	41,6	41,6	24,5	18,0	242,3
Summe	156,3	218,9	261,2	237,5	302,4	235,6	297,5	1.709,4

ANISS = Austrian Nosocomial Infection Surveillance System

Quelle: Gesundheitsministerium

EARS-Net = European Antimicrobial Resistance Surveillance Network

SURV-Net = Surveillance Network

¹ Vereinzelt vergab das Gesundheitsministerium auch Forschungsaufträge mit geringerem Gebarungsumfang.

Das Gesundheitsministerium führte im Jahr 2019 ein Vergabeverfahren durch, in dem es die bis dahin direkt vergebenen Vorhaben (Punkt-Prävalenz, ANISS, Infektionssurveillance Neonatologie, Bericht nosokomiale Infektionen) in ein gemeinsames Beschaffungsvorhaben integrierte. Der Werkvertrag legte einen vierjährigen Leistungszeitraum beginnend mit Jänner 2020 fest. Die geplanten Gesamtkosten beliefen sich auf 741.364 EUR.

46.2 Der RH hielt fest, dass die Gesamtkosten der diversen Projekte zu nosokomialen Infektionen im Verantwortungsbereich der zuständigen Fachabteilung des Gesundheitsministeriums pro Jahr durchschnittlich rd. 244.000 EUR betrugen. Er sah die Zusammenführung der bis 2019 direkt vergebenen Projekte in ein mehrjähriges Beschaffungsvorhaben positiv.



Zusammenfassende Beantwortung

- 47 Die Geburtsüberprüfung erfolgte gemäß Art. 126b Abs. 4 B–VG aufgrund des Beschlusses des Nationalrats vom 27. März 2019 gemäß § 99 Abs. 1 Geschäftsordnungsgesetz 1975 (517 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrats XXVI. Gesetzgebungsperiode). Diesem Beschluss lag ein Antrag der Abgeordneten Gabriela Schwarz und Dr.ⁱⁿ Brigitte Povysil sowie Kolleginnen und Kollegen vom 29. Jänner 2019 (561/A) zugrunde. Aufgrund des Ausbruchs der COVID–19–Pandemie unterbrach der RH die im ersten Halbjahr 2020 geplante Finalisierung seiner Überprüfung und setzte diese im zweiten Halbjahr 2021 fort, wobei er vor allem die im Prüfverlangen angeführten Themenbereiche aktualisierte.

Laut Auftrag des Nationalrats zur Durchführung der Geburtsüberprüfung waren 27 Themen im Hinblick auf ihre Kosten und Wirkungen zu beurteilen und war anzugeben, welche Empfehlungen aus den bei der Geburtsüberprüfung gewonnenen Erkenntnissen abgeleitet werden können. Soweit ein Zusammenwirken des Gesundheitsministeriums mit Sozialversicherungsträgern, Krankenanstalten und anderen Gebietskörperschaften erforderlich war, sollte der RH auch Maßnahmen im Rahmen der Aufsicht, am Verhandlungsweg oder durch gesetzliche Initiativen berücksichtigen. In die Beantwortung flossen sowohl die vom RH festgestellten Sachverhalte als auch die im Zuge der Erhebungen erhaltenen Informationen ein.

Der vorliegende Bericht umfasst neun Themen zu Gesundheitsförderung und Prävention (Themenbereiche 19 bis 27). Die übrigen Themen „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ sowie „Ärzteausbildung“ waren Gegenstand von zwei gesonderten Geburtsüberprüfungen. Diese Berichte veröffentlichte der RH 2021.¹⁰⁴

Die nachfolgenden Erläuterungen beantworten im Überblick und jeweils unter Verweis auf die detaillierten Ausführungen im Bericht die Fragen aus den neun Themen zu Gesundheitsförderung und Prävention. Die sich daraus ergebenden Empfehlungen fasst der RH in der nachfolgenden TZ 48 zusammen.

¹⁰⁴ veröffentlicht in Reihe Bund 2021/30 und Reihe Bund 2021/42



19. „Zielorientierte Zusammenführung der verschiedenen Präventionstöpfe beim Gesundheitsministerium/Gesundheit Österreich GmbH, Sozialversicherung und Zielsteuerung oder klare Aufgabenteilung und Abstimmung der Programme zur Erhöhung der Wirkung von Maßnahmen“

Zentral für alle Maßnahmen in diesem Bereich waren die im Jahr 2012 beschlossenen Gesundheitsziele Österreich, mit denen bis 2032 eine Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, in Form von durchschnittlich zwei zusätzlichen gesunden Lebensjahren, bewirkt werden sollte. (TZ 3)

Ein wichtiges Instrument zur Umsetzung der Gesundheitsziele durch die Systempartner des Gesundheitswesens (Bund, Länder, Sozialversicherung) war die Zielsteuerung–Gesundheit, deren Bundes–Jahresarbeitsprogramme zahlreiche Maßnahmen, wie die Einführung einer Gesundheitsförderungsstrategie, enthielten. Dadurch verbesserten sich die Rahmenbedingungen für eine Stärkung und Abstimmung der Gesundheitsförderung und Prävention. In der konkreten Umsetzung, etwa bei der Kooperation der Partner in der Steuerung der Maßnahmen durch Monitoringsysteme, gab es jedoch Optimierungspotenzial. (TZ 3, TZ 4, TZ 5)

Auch wenn die Instrumente der Gesundheitsförderung und Prävention mit den betragsmäßig höchsten Ausgaben in der Verantwortung der Sozialversicherung lagen (insbesondere Rehabilitation und Kuren; 1,475 Mrd. EUR bei Gesamtausgaben von 2,441 Mrd. EUR im Jahr 2016), hielt der RH ein abgestimmtes Vorgehen nach gemeinsamen Zielen für zweckmäßig. Dies wäre vor allem in Bereichen mit Kompetenzüberschneidungen zwischen den Systempartnern – wie der Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen, der Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung oder den psychosozialen Interventionen – erforderlich. (TZ 6)

20. „Zeitgemäße Reform des Mutter–Kind–Passes und der Vorsorgeuntersuchungen“

Das Gesundheitsministerium beauftragte im Jahr 2010 umfangreiche Grundlagenarbeiten zur Eltern–Kind–Vorsorge, die auch einen Änderungsbedarf im Bereich des Mutter–Kind–Passes aufzeigten. Konkrete Ziele bzw. Projektbeschreibungen als Basis für den weiteren Reformprozess des Mutter–Kind–Passes leitete es aus den im Jahr 2013 vorliegenden Grundlagen nicht ab. (TZ 20)

Ab 2014 erarbeitete eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Facharbeitsgruppe evidenzbasierte Screening–Empfehlungen. Sie schloss ihre Arbeiten nicht wie geplant im Jahr 2016, sondern erst im Mai 2018 ab. Die bisherigen Ergebnisse des rund zehnjährigen Reformprozesses mit 38 Sitzungen der Facharbeitsgruppe und zwölf Sitzungen weiterer Gremien beschränkten sich im Wesentlichen auf den Entwurf eines evidenzbasierten Mutter–Kind–Pass–Programms und eines damit abgestimmten Mutter–Kind–Pass–Dokuments. Demnach sollte das Vorsorge-



instrument verstärkt Beratungselemente (u.a. zu Impfungen) enthalten und sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte abdecken. Die für die Umsetzung des fachlichen Entwurfs relevanten Beschlüsse wurden allerdings nicht gefasst. Zur Frage der Finanzierung gab es Gespräche des Gesundheitsministeriums mit den für Familie und für Finanzen zuständigen Ministerien sowie dem Hauptverband, final geklärt war die Finanzierung jedoch nicht. Ende 2022 stand die Umsetzung noch immer aus. ([TZ 21](#) und [TZ 22](#))

Das Gesundheitsministerium hatte weder ein Evaluierungskonzept erstellt noch eine Verbesserung der Datenlage über die Inanspruchnahme der Mutter–Kind–Pass–Untersuchungen erreicht. ([TZ 22](#))

Trotz der festgestellten fehlenden Evidenz waren die interne (internistische) Untersuchung mit Kosten von 2,56 Mio. EUR jährlich weiterhin Programmbestandteil und ihre Inanspruchnahme Voraussetzung für den Bezug von Kinderbetreuungsgeld. ([TZ 22](#))

Die Kosten des Projekts Eltern–Kind–Vorsorge (u.a. die Grundlagenarbeiten und die Begleitung der Facharbeitsgruppe) finanzierte das Gesundheitsministerium mittels Beiträgen für ein Ludwig Boltzmann Institut. Diese beliefen sich auf insgesamt 977.000 EUR (2010 bis 2019), wobei ein vollständiger Überblick über die Kosten des Projekts der Eltern–Kind–Vorsorge fehlte. ([TZ 23](#))

Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung lag österreichweit im Jahr 2019 bei knapp 15 %. Für den Hauptverband, der Berichte über die Vorsorgeuntersuchung zu erstellen hatte, war bereits ab dem Jahr 2013 kein „positives“ Kosten–Nutzen–Verhältnis der Vorsorgeuntersuchung erkennbar. Obwohl die Gesundheitsziele insbesondere Gesundheitsförderung und Prävention als vordringlichste Anliegen der Gesundheitsversorgung bezeichnet hatten, bezogen sich sowohl die Vorsorgeuntersuchung als auch die Empfehlungen einer wissenschaftlichen Überarbeitung aus dem Jahr 2019 auf Krankheitserkennung. ([TZ 15](#))

21. „Sicherstellung der Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit wichtigen Impfstoffen“

Die Versorgung mit Impfstoffen oblag grundsätzlich der Verantwortung des Einzelnen. Weil aber ein begründetes öffentliches Interesse an hohen Durchimpfungs-raten in der Bevölkerung bestand, stellte der Bund sowohl Kindern als auch Erwachsenen wichtige Impfungen kostenlos zur Verfügung. ([TZ 24](#))



Der Bund entwickelte ein Kinderimpfkonzept, das ab 1998 umgesetzt und gemeinschaftlich von Bund, Ländern und Sozialversicherung finanziert wurde. Dieses Konzept und seine kontinuierliche Erweiterung nach Maßgabe der finanziellen Bedeckung waren zweckmäßig. Auch Erwachsenen stellte der Bund Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln sowie gegen Kinderlähmung zur Schließung von Impflücken kostenfrei zur Verfügung. (TZ 25 und TZ 26)

22. „Maßnahmen zur Schaffung einer klaren Datenlage zur Durchimpfungsrate gegen wichtige und gefährliche Infektionskrankheiten und Maßnahmen zur Verbesserung“

Hohe Durchimpfungsrationen haben einen Nutzen für den Einzelnen und die Gemeinschaft. Gemäß dem Konzept des Gemeinschaftsschutzes können Impfungen die Ansteckungsfähigkeit (Infektiosität) vermindern und die weitere Übertragung erschweren. Dies kommt auch Personen zugute, die selbst nicht geimpft werden können. (TZ 30)

Dem Gesundheitsministerium lagen erstmals im Jahr 2016 verlässliche Angaben zu den Durchimpfungsrationen bei Impfungen gegen Masern und Kinderlähmung vor, davor war es auf Schätzungen angewiesen. Das wichtigste Instrument zur Schaffung einer klaren Datenlage war der elektronische Impfpass, dessen Einführung schon lange angestrebt wurde. Im Herbst 2021 befand sich der elektronische Impfpass im Pilotbetrieb. (TZ 33)

Um die Durchimpfungsrationen zu erhöhen, setzte das Gesundheitsministerium insbesondere auf Impfaufklärung und Bewusstseinsbildung. Eine weitere mögliche Maßnahme war eine allgemeine oder auf bestimmte Personengruppen beschränkte Impfpflicht gegen ausgewählte Krankheiten. (TZ 34)

23. „Maßnahmen im Sinne der Frauen–Gesundheit“

Im Jahr 2016 veröffentlichte das Gesundheitsministerium gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen den intersektoral und interdisziplinär entwickelten Aktionsplan Frauengesundheit mit 17 Wirkungszielen und 40 Maßnahmen aus den Bereichen Gesundheitsforschung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung. Diesen nahm der Nationalrat im Juni 2017 mehrheitlich an. (TZ 17)

Die Strategische Arbeitsgruppe Frauengesundheit, mit Vertreterinnen aus dem damals für Gesundheit und Frauen zuständigen Ministerium und der GÖG, legte im Jahr 2017 fest, dass die Umsetzung des Aktionsplans vor allem in den Ländern erfolgen sollte und dafür sogenannte Focal Points einzurichten waren. Nach Einrichtung



der Focal Points in allen Ländern wurde im Jahr 2019 ein österreichweiter Focal Point bei der GÖG festgelegt. (TZ 17)

Ein Monitoring zur Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit, dessen Wirkungsziele nicht quantifiziert waren, stand zur Zeit der Geburungsüberprüfung im Jahr 2021 noch aus. 2019 startete mit dem 5. Focal Point Meeting eine Dokumentation der Maßnahmen und ihres bisherigen Umsetzungsstandes. Eine Vollerhebung aller Maßnahmen war aus Ressourcengründen unterblieben. (TZ 18)

24. „Sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Volksgesundheit“

Sowohl die Gesundheitsziele als auch die Gesundheitsförderungsstrategie strebten eine Steigerung der Anzahl der gesunden Lebensjahre an. Allerdings war die Anzahl der gesunden Lebensjahre nach rund einem Drittel der Gültigkeitsdauer der Gesundheitsziele nicht gestiegen, sondern von 2014 bis 2019 sogar um 1,6 Jahre zurückgegangen. Laut Eurostat (Daten aus 2019) hatten die Österreicherinnen und Österreicher ab 65 Jahren mit 7,7 gesunden Lebensjahren eine deutlich geringere Anzahl an gesunden Lebensjahren zu erwarten als die EU-Bürgerinnen und EU-Bürger mit durchschnittlich 10,3 gesunden Lebensjahren. (TZ 3)

Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention setzten das Gesundheitsministerium und die Zielsteuerungspartner bei den Frühen Hilfen zur Unterstützung von Familien in belasteten Situationen. Solche belasteten Situationen waren etwa eine finanzielle Notlage, eine psychische bzw. Suchterkrankung, minderjährige oder kranke Schwangere sowie Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Der Aufbau dieses Netzwerks folgte einem Konzept mit bundesweit einheitlichen Vorgaben und einheitlicher Steuerung, die Umsetzung erfolgte in den Ländern auf regionaler Ebene. Allerdings waren – trotz Bemühungen aller Beteiligten – die Frühen Hilfen weder nachhaltig verankert noch ihre Finanzierung nachhaltig gesichert. Die flächendeckende Bereitstellung der Frühen Hilfen war im Regierungsprogramm 2020–2024 vorgesehen, der Ausbau der regionalen Frühen-Hilfen-Netzwerke war jedoch erst in 65 von 116 Bezirken erfolgt und nur das Burgenland, Salzburg und Vorarlberg waren flächendeckend mit Frühen Hilfen versorgt. (TZ 8)

Eine weitere Maßnahme war die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Seit 2015 vernetzte die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz Bund, Länder, Sozialversicherung, die Landesgesundheitsfonds sowie im Bereich der Gesundheitskompetenz tätige Organisationen. Die Plattform war im Jahr 2021 nur in vier Ländern und auf Bundesebene aktiv. (TZ 9)

Studien und Befragungen zur Gesundheit der Bevölkerung belegten, dass rund die Hälfte der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren übergewichtig bzw. adipös war. Allerdings beruhten diese Zahlen auf Selbsteinschätzung; repräsentative Erhe-



bungen der Gesundheitsdaten, die Rückschlüsse auf die tatsächliche Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung zuließen, fehlten. Dies, obwohl die WHO bereits 2001 auf die Herausforderungen für die Gesundheitssysteme hingewiesen hatte. (TZ 10, TZ 11)

Österreich verfügte seit 2011 über einen Nationalen Aktionsplan Ernährung und seit 2013 über einen Nationalen Aktionsplan Bewegung, die beide seit 2013 nicht mehr aktualisiert wurden. Auch der Bericht zum Gesundheitsziel Ernährung lag neun Jahre nach Beschluss der Gesundheitsziele erst als Entwurf vor. Zum Gesundheitsziel Bewegung bestand zwar ein Bericht mit Zielen und Maßnahmen, allerdings erlaubte das Monitoring keine Rückschlüsse darauf, wie viele Menschen zu Bewegung motiviert werden konnten, die nicht bereits sportlich aktiv waren. (TZ 11)

Das Gesundheitsministerium versuchte, mit zahlreichen Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährung von Kindern beizutragen. Positiv war, dass es mit der Lebensmittelbranche Schritte setzte, den Zucker- und Salzgehalt in Lebensmitteln zu senken und so die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken. Allerdings waren die meisten Maßnahmen nicht verbindlich und zeigten nur beschränkt Wirkung. Sie waren daher nicht ausreichend, um die mit den Gesundheitszielen Österreich verfolgte Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung zu erreichen. (TZ 12)

Auch das Ziel der Förderung der psychosozialen Gesundheit war Mitte 2021 in Bearbeitung. Maßnahmen setzten das Gesundheitsministerium und die Zielsteuerungspartner vor allem im Bereich der psychosozialen Versorgung, nicht jedoch in der Vorsorge und Prävention. Ein Konzept für eine gesamthafte Lösung der psychosozialen Versorgung fand zwar breite Zustimmung und auch die eingebundene Österreichische Gesundheitskasse befürwortete das präsentierte Modell, allerdings wollte sie im Zuge ihrer Selbstverwaltung einem eigenen Konzept zur Organisation der psychischen Versorgung folgen. (TZ 14)

25. „Maßnahmen zur Früherkennung und zeitgerechten Eindämmung eingeschleppter Infektionskrankheiten“

Entscheidend für die erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten ist die unverzügliche Information der Gesundheitsbehörden, damit diese die erforderlichen Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung rasch treffen können. Dies gilt sowohl für eingeschleppte als auch für heimische Krankheiten, die Übergänge zwischen diesen Kategorien sind fließend. (TZ 35)

Der Vollbetrieb des Epidemiologischen Meldesystems war bis zur Zeit der Geburtsüberprüfung 2021 noch nicht umgesetzt, wobei u.a. die Einbeziehung der Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten in die elektronische Meldepflicht noch ausstand. (TZ 38)



Die zunehmende globale Mobilität erhöhte das Risiko der grenzüberschreitenden bzw. weltweiten Verbreitung von übertragbaren Krankheiten. Beispielsweise bestand im Migrationsbereich im Rahmen der vorgesehenen Erstuntersuchungen die Möglichkeit, bei den betroffenen Personen anzeigenpflichtige Krankheiten zu diagnostizieren und den Gesundheitsbehörden zu melden. (TZ 39)

26. „Schaffung einer klaren Datenlage im Zusammenhang mit sogenannten ‚Spitalskeimen‘ und Maßnahmen zur Reduktion des damit verbundenen Infektionsrisikos“

Das Gesundheitsministerium versuchte in der Vergangenheit, anhand von Meldungen der Ergebnisse aus den Netzwerken zur Infektionsüberwachung und anhand von beauftragten Studien wie Punkt-Prävalenz-Untersuchungen einen Überblick über das Infektionsgeschehen in Krankenanstalten zu schaffen. Solange sowohl diese Meldung als auch die Studienteilnahme für die Krankenanstalten auf Freiwilligkeit beruhten, blieb die Datenlage jedoch unklar. Erst im Jahr 2019 verpflichtete der Gesetzgeber die Krankenanstaltenträger, an einer österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen teilzunehmen und die dafür erforderlichen anonymisierten Daten dem Gesundheitsministerium im Rahmen des Projekts A-HAI jährlich in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen. Damit war eine Grundlage dafür geschaffen, an klare Daten über das Infektionsgeschehen in Krankenanstalten zu kommen. Aufgrund der zur Zeit der Geburungsüberprüfung verfügbaren Daten hatte das Gesundheitsministerium aber vorerst nur einen Überblick über die Lage in den Intensivstationen, weil die Krankenanstalten auf den Normalstationen nur bei zwei Indikatoroperationen Daten über postoperative Wundinfektionen erfassten. Eine Ausweitung der Datenübermittlung war im Nationalen Aktionsplan Antibiotikaresistenz 2018 vorgesehen, aber noch nicht umgesetzt. (TZ 45)

Zur Reduktion des Infektionsrisikos veröffentlichte das Gesundheitsministerium im Jahr 2011 das unverbindliche Expertenpapier „PROHYG 2.0 – Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“. Im Jahr 2015 veröffentlichte es den ebenfalls unverbindlichen Qualitätsstandard Organisation und Strategie Krankenhaushygiene, der inhaltlich hinter PROHYG 2.0 zurückfiel. (TZ 42) Das Gesundheitsministerium gab auch einen Arbeitsbehelf zur Vereinheitlichung der sanitären Aufsicht heraus. Es versuchte zudem, ein standardisiertes Berichtswesen der sanitären Aufsicht zu etablieren. (TZ 43) Die sanitäre Aufsicht war durch die Bezirksverwaltungsbehörden und die Landeshauptleute in mittelbarer Bundesverwaltung – unter Leitung der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers – zu vollziehen. Da die Krankenanstaltenträger mehrheitlich die Länder selbst waren, waren sie durch die Landeshauptleute zu kontrollieren. Vor diesem Hintergrund kam der Leitungs- und Aufsichtsfunktion der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers besondere Bedeutung zu. Dass das Gesundheitsministerium diese Leitungsfunktion aber nur eingeschränkt wahrnahm, war auch bei der Implementierung von Überwachungs-



systemen (Surveillance–Systemen) nosokomialer Infektionen in Krankenanstalten erkennbar: Zwar waren Krankenanstalten ab 2007 verpflichtet, das Auftreten nosokomialer Infektionen mit einem – dem Stand der Wissenschaft entsprechenden – Surveillance–System zu überwachen; diese Verpflichtung war aber erst 2021 in (beinahe) allen Krankenanstalten umgesetzt. (TZ 44)

27. „*Soweit die in den Punkten 1 bis 25 genannten Bereiche ein Zusammenwirken mit Krankenversicherungsträgern, Spitalsträgern oder anderen Gebietskörperschaften erfordert: welche Maßnahmen mit welcher Wirkung wurden im Rahmen der Aufsicht oder im Wege von Verhandlungen oder durch gesetzliche Initiativen konkret durch das Gesundheitsressort gesetzt, um eine gemeinsame Vorgangsweise zu erreichen?*“

Der RH verwies dazu insbesondere auf seine Ausführungen

- zur Zielsteuerung–Gesundheit, zu den zehn Gesundheitszielen und zur Gesundheitsförderungsstrategie (Themenbereiche 19 und 24),
- zum Kinderimpfkonzept und zur Impfversorgung Erwachsener (Themenbereich 21),
- zum Aktionsplan Frauengesundheit (Themenbereich 23), zu den Frühen Hilfen, zu Ernährung und Bewegung, zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und zur psycho-sozialen Gesundheit (Themenbereich 24) sowie
- zu Infektionskrankheiten (Themenbereich 25) und Spitalskeimen (Themenbereich 26).



Gesundheitsförderung und Prävention



Schlussempfehlungen

48 Zusammenfassend empfahl der RH:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- (1) Die für 2022 vorgesehene Erarbeitung einer Gesamtstrategie für die zukünftige Planung der Gesundheitsförderung wäre weiter zu betreiben; ihr sollte ein möglichst breiter Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und der dafür eingesetzten Mittel unterstellt werden. (TZ 4)
- (2) Mit den Partnern der Zielsteuerung–Gesundheit wäre eine nachhaltige Finanzierung für erfolgreiche Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention zu sichern, die Mittel wären einer gemeinsamen verbindlichen Strategie zu unterstellen und so der zielgerichtete und abgestimmte Einsatz der Mittel aller Partner (Bund, Länder, Sozialversicherung) zu stärken. (TZ 4)
- (3) Im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit sollten weitere relevante Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in das Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie einbezogen werden, um einen umfassenden Überblick zu erhalten. (TZ 5)
- (4) Das Gesundheitsministerium sollte sich in der Zielsteuerung–Gesundheit weiterhin dafür einsetzen, im Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie auch die Wirkung der Maßnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu evaluieren. (TZ 5)
- (5) Das Gesundheitsministerium sollte sich in der Zielsteuerung–Gesundheit weiterhin um die Abstimmung aller Monitoringsysteme im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bemühen, um damit einen guten Überblick und eine umfassende Steuerungsgrundlage für einen zielgerichteten Mitteleinsatz zu erlangen. Dafür wären auch die Ergebnisse der 2019 von der Gesundheit Österreich GmbH erstellten Studie „Gesundheitsförderungsmonitoring in Österreich: Referenzrahmen und Status–quo–Analyse“ heranzuziehen und klare Umsetzungsverantwortlichkeiten zu definieren. (TZ 5)
- (6) In der Zielsteuerung–Gesundheit wäre auf eine regelmäßige Erhebung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention und ihre verstärkte Nutzung gemäß dem Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 (Förderung der strategischen Planung der Mittelverwendung und des abgestimmten Vorgehens von Bund, Ländern und Sozialversicherung) hinzuwirken. (TZ 6)



- (7) Die Arbeiten an einer ab 2022 geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG mit den Zielsteuerungspartnern sollten zeitnah abgeschlossen werden, um die Frühen Hilfen auf eine rechtliche Basis zu stellen, die deren bundesweiten Ausbau und die Finanzierung nachhaltig sicherstellt. (TZ 8)
- (8) Gemeinsam mit den Mitgliedern der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz wäre in allen Ländern der Ausbau der Maßnahmen zur Gesundheitskompetenz voranzutreiben. Dazu sollte die Arbeitsgruppe der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz unter Vorsitz des Bundes zeitnah der Bundes–Zielsteuerungskommission das Konzept für eine bundesweite Ausrollung von konkreten Maßnahmen auf regionaler Ebene vorlegen und diese mit messbaren Ergebnisindikatoren unterlegen. (TZ 9)
- (9) Das Konzept für eine nachhaltige Verankerung und Finanzierung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz wäre möglichst zeitnah zu erarbeiten und mit den Zielsteuerungspartnern abzustimmen, um damit die Grundlage für eine längerfristige Planung und breite Umsetzung von Aktivitäten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu schaffen. (TZ 9)
- (10) Es wäre auf eine Regelung hinzuarbeiten, die dem Gesundheitsministerium Zugang zu einheitlichen, elektronischen, gesundheitsbezogenen Daten aus schulärztlichen Untersuchungen bietet; diese Daten wären unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben für gesundheitspolitische Analysen und entsprechende Maßnahmen zu nutzen. (TZ 10)
- (11) Die Arbeiten zur Aktualisierung der Nationalen Aktionspläne Ernährung und Bewegung sowie zu den Gesundheitszielen 7 (Ernährung) und 8 (Bewegung) wären zu konsolidieren und rasch abzuschließen. Für deren Umsetzung wäre auf eine Zusammenarbeit mit allen Stakeholdern – wie Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitseinrichtungen oder Schulen – hinzuwirken. Bei der Formulierung von Zielen und Maßnahmen wäre darauf zu achten, etwaige Möglichkeiten zur Messung ihrer Wirkung auszuloten und gegebenenfalls für ein Monitoring zu nutzen. (TZ 11)
- (12) Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung und den Ländern wäre zu erheben, inwieweit Kindergärten und Schulen die entwickelten Checklisten und Leitlinien zur Gemeinschaftspflege berücksichtigen. Im Falle einer mangelnden Akzeptanz der Empfehlungen wären die erforderlichen Schritte zu deren Verbindlichmachung zu prüfen und einzuleiten. (TZ 12)



- (13) Innerhalb der Regierung wäre auf die Umsetzung des Werbeverzichts für bestimmte Lebensmittelkategorien vor, während und nach Kindersendungen von audiovisuellen Mediendiensten hinzuwirken, den die Nationale Ernährungskommission in ihrem Nährwertprofil empfohlen hatte. (TZ 12)
- (14) Die Wirkung der Absichtserklärungen und Brancheninitiativen zur Reduzierung des Zucker- und Salzgehalts in Lebensmitteln wäre zu evaluieren; bei Bedarf wären verbindliche Vorgaben zu prüfen und einzuleiten. (TZ 12)
- (15) Die Pläne für kostenlose Sportangebote und für einen Zugang zu bestimmten Bewegungsangeboten auf hausärztliche Verordnung wären bei der vom RH empfohlenen Aktualisierung der Nationalen Aktionspläne Ernährung und Bewegung weiterzuverfolgen und auf Möglichkeiten der Umsetzung zu prüfen. (TZ 13)
- (16) Gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern wäre bei der Umsetzung der Strategie für psychische Gesundheit der Vorsorge und Prävention im Bereich der psychosozialen Gesundheit besonderes Augenmerk zu widmen, um einer Entstehung psychischer Erkrankungen vorzubeugen. (TZ 14)
- (17) Es wäre darauf hinzuwirken, dass im geplanten Beirat für psychosoziale Gesundheit auch die Aktivitäten der Österreichischen Gesundheitskasse zur psychischen Gesundheit berücksichtigt werden. (TZ 14)
- (18) Gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger wären die Datenqualität zur Vorsorgeuntersuchung und die Berichte darüber zu verbessern, um die Erkenntnisse aus der Vorsorgeuntersuchung für eine Steuerung bei der Gesundheitsförderung und Prävention nutzen zu können und in der Folge zu einer Erhöhung der Anzahl der gesunden Lebensjahre beitragen zu können. (TZ 15)
- (19) Die Vorsorgeuntersuchung wäre gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger – unter Beachtung des Kosten–Nutzen–Verhältnisses – zu einem effektiven Instrument der Früherkennung von Erkrankungen und der Identifikation von Risikogruppen auszubauen. (TZ 15)
- (20) Hinsichtlich des Aktionsplans Frauengesundheit sollten im Sinne der Bewusstseinsbildung und Transparenz auch die Ergebnisse der Focal Point Meetings auf der Website des Gesundheitsministeriums veröffentlicht werden. (TZ 18)
- (21) Unter Nutzung vorhandener Strukturen wären die Maßnahmen zur Frauen gesundheit zu sammeln, zu strukturieren und auszuwerten und so ein Monitoring zu implementieren. (TZ 18)



- (22) Bei einer Aktualisierung des Aktionsplans Frauengesundheit wären die Wirkungsziele zu quantifizieren, um eine Messung des Maßnahmenerfolgs und eine Steuerung zu ermöglichen. (TZ 18)
- (23) Es wäre sicherzustellen, dass das Gesundheitsministerium bei der Entwicklung des Mutter–Kind–Pass–Programms kontinuierlich von einer Expertengruppe beraten und begleitet wird. (TZ 20)
- (24) Das Gesundheitsministerium sollte aktiv dazu beitragen, dass die relevanten Akteure die Finanzierung des geänderten Mutter–Kind–Pass–Programms zeitnah klären und die für die Umsetzung notwendigen Schritte setzen. (TZ 21)
- (25) Es wäre auf eine Entscheidung über die Inhalte des bereits erarbeiteten fachlichen Konzepts für ein evidenzbasiertes Mutter–Kind–Pass–Programm und in der Folge umgehend auf seine Umsetzung hinzuwirken; begleitend wäre ein umfassendes Evaluierungskonzept zu implementieren. (TZ 22)
- (26) In der Mutter–Kind–Pass–Verordnung wäre die Verknüpfung der internen (internistischen) Untersuchung mit dem Bezug des Kinderbetreuungsgeldes aufzuheben und auf eine Streichung der Untersuchung aus dem Mutter–Kind–Pass–Programm hinzuwirken. (TZ 22)
- (27) Bei der Implementierung der elektronischen Mutter–Kind–Pass–Plattform wäre auf die Arbeiten der Facharbeitsgruppe, der Programmgruppe und der Steuerungsgruppe aufzusetzen und das seit Herbst 2019 vorliegende fachliche Konzept für ein geändertes Mutter–Kind–Pass–Programm heranzuziehen, um Doppelgleisigkeiten und weitere zeitliche Verzögerungen zu vermeiden. (TZ 22)
- (28) Die dem Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment gewährten Finanzmittel wären künftig ordnungsgemäß abzuwickeln und eine nachvollziehbare Dokumentation der Mittelverwendung einzufordern. (TZ 23)
- (29) Das Kinderimpfkonzept wäre regelmäßig auf der Basis des Impfplans Österreich zu evaluieren, mit den Ländern und der Sozialversicherung abzustimmen und gegebenenfalls anzupassen. (TZ 25)
- (30) Die Aktualisierung des Pandemieplans wäre ehestmöglich abzuschließen und eine solche in Zukunft regelmäßig durchzuführen. Ein aktualisierter Pandemieplan sollte nicht ausschließlich auf eine Influenza–Pandemie ausgerichtet sein, sondern der generellen Vorbereitung auf die von unbekannten hochansteckenden Krankheitserregern ausgehende Bedrohung dienen. (TZ 27)



- (31) Auf eine Klarstellung der Zuständigkeit für die Durchführung und Kostentragung von Influenza–Pandemieimpfungen wäre hinzuwirken und diese Zuständigkeit auch im neuen Influenza–Pandemieplan eindeutig festzulegen. (TZ 28)
- (32) Es wären, unter Berücksichtigung der Ansteckungsgefahr sowie der Wirksamkeit der Impfung, Zielwerte für alle Impfungen des Kinderimpfkonzepts zu definieren. (TZ 31)
- (33) Die zur Ermittlung der Durchimpfungsrate gegen Humane Papillomaviren erforderlichen Maßnahmen wären zu treffen. (TZ 32)
- (34) Die Wirksamkeit des Kinderimpfkonzepts wäre zu prüfen; darauf aufbauend sowie auf Grundlage der dafür vorgesehenen Erfolgskennzahlen wären entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. (TZ 32)
- (35) Mit Nachdruck wäre auf die zeitnahe Realisierung des Vollbetriebs des elektronischen Impfpasses hinzuwirken und dabei im Interesse der Schaffung einer klaren Datenlage eine lückenlose Dokumentationsverpflichtung vorzusehen. (TZ 33)
- (36) Die saisonale Influenza–Impfung als wesentliches Präventionsinstrument wäre verstärkt ins Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken und ein diesbezügliches niederschwelliges Impfangebot auch für Erwachsene – etwa in Form einer Abgabe bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder in öffentlichen Impfstellen – zu erwägen. (TZ 34)
- (37) Die zeitnahe Erlassung der für die Erfüllung der Verpflichtungen aus den Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005 der WHO erforderlichen nationalen rechtlichen Bestimmungen wäre sicherzustellen. (TZ 36)
- (38) Es wäre darauf hinzuwirken, in der geplanten Neufassung des Epidemiengesetzes 1950 alle anzeigenpflichtigen Infektionskrankheiten zu berücksichtigen und die Anzeigenpflicht nach Möglichkeit einheitlich zu regeln. (TZ 37)
- (39) Das Gesundheitsministerium sollte sich weiterhin für die zeitnahe Umsetzung des Vollbetriebs des Epidemiologischen Meldesystems sowie für die Schaffung der dafür erforderlichen rechtlichen Grundlagen einsetzen, um Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten zur elektronischen Anzeige von Infektionskrankheiten zu verpflichten. (TZ 38)



- (40) Auf die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für ein Register für Antibiotikaverbrauch, Resistenzen und Gesundheitssystem-assozierte Infektionen sowie für die damit verbundenen Meldepflichten an das Gesundheitsministerium sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich wäre hinzuwirken. (TZ 41)
- (41) Der im Jahr 2021 zur Kenntnis genommene Ergebnisbericht zur Evaluierung des Qualitätsstandards Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene wäre zu veröffentlichen und der Qualitätsstandard anhand des Ergebnisberichts zu überarbeiten. Dabei sollten insbesondere Empfehlungen zur Personalausstattung der Hygieneteams aufgenommen werden. (TZ 42)
- (42) Die Leitungs- und Aufsichtsfunktion des Gesundheitsministeriums im Rahmen der sanitären Aufsicht wäre aktiver wahrzunehmen. Den Landeshauptleuten wären für die Aufsicht von Krankenanstalten Mindeststandards sowie eine einheitliche, elektronische Datenübermittlung der getroffenen Maßnahmen verbindlich vorzugeben. (TZ 43, TZ 44)
- (43) Es wäre darauf hinzuwirken, das Projekt A-HAI (Austrian Healthcare Associated Infections) fortzuführen und – wie im Nationalen Aktionsplan Antibiotikaresistenz 2018 vorgesehen – auf weitere Indikatoroperationen auszudehnen. (TZ 45)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport

- (44) Analysen über Verhaltensmotive wären in Zukunft nur bei konkretem Bedarf, jedenfalls aber vor der Konzeption von neuen Aktionsplänen, Zielen oder Kampagnen zu beauftragen. (TZ 13)

Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport

- (45) Vor Direktvergaben wären jene Unternehmen eigenständig auszuwählen, die zur Legung von Vergleichsangeboten eingeladen werden, um einen Wettbewerb zwischen den Anbietern zu ermöglichen und so Qualität und Preisangemessenheit der beauftragten Leistungen ordnungsgemäß sicherzustellen. (TZ 13)



Gesundheitsförderung und Prävention



Wien, im Jänner 2023

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

