

# Was ist neu 2017?

Neuregelungen, Daten & Fakten



## Inhaltsverzeichnis

<b>DIE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSAKTE (ELGA)</b> .....	<b>4</b>
➤ Auf- und Ausbau der ELGA-Infrastruktur .....	4
➤ Errichtung von ELGA-Nutzeranwendungen .....	4
➤ Das öffentliche Gesundheitsportal .....	4
<b>FRAUENPOLITISCH RELEVANTE NEUERUNGEN</b> .....	<b>5</b>
➤ Neuerungen für Geburten ab 1. März 2017 .....	5
➤ gleich = berechnet.....	6
➤ Erbrechts-Änderungsgesetz 2015 .....	6
➤ Pensionsreform .....	7
➤ Öffnung von Standesamt & Familienname für gleichgeschlechtliche Paare .....	7
<b>FRAUENGESUNDHEIT</b> .....	<b>7</b>
➤ Aktionsplan Frauengesundheit .....	7
<b>KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT</b> .....	<b>8</b>
➤ Frühe Hilfen.....	8
➤ Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) in Kooperation mit dem WHO-Regionalbüro für Europa .....	8
➤ JANPA – Joint Action on Nutrition and Physical Activity .....	9
<b>ERNÄHRUNG</b> .....	<b>9</b>
➤ Österreichischer Ernährungsbericht 2016/17 .....	9
<b>ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST</b> .....	<b>9</b>
➤ Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags .....	9
➤ Rahmen-Gesundheitsziele .....	10
➤ Aktualisierung des nationalen Aktionsplans zur Antibiotikaresistenz .....	10
➤ Standard-Verfahrensanweisung Masern für Gesundheitsbehörden .....	11
➤ Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz .....	12
➤ Vorsorgestrategie des Bundes .....	13
➤ Nationale Auskunftsstelle zu klinischen Krebsstudien .....	13
➤ Österreichische Diabetesstrategie.....	14
➤ Umsetzung der Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ .....	15

➤	Designation von Expertisezentren für seltene Erkrankungen .....	16
➤	Koordinationsplattform zur psychosozialen Unterstützung für Flüchtlinge und Helfende .....	17
➤	SUPRA – Suizidprävention Austria .....	17
➤	Bedarfsanalyse zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Versorgung .....	18
	<b>KRANKENANSTALTEN.....</b>	<b>19</b>
➤	Modell für die Krankenanstalten-Finanzierung (LKF-Modell) 2017 .....	19
	<b>QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN .....</b>	<b>19</b>
➤	Erweiterung von Kliniksuche.at .....	19
➤	A-IQI Bericht 2016 .....	20
➤	Qualitätsstandards .....	20
	<b>SOZIALVERSICHERUNGSRECHT .....</b>	<b>21</b>
➤	Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, mit der die Betriebskrankenkasse Austria Tabak aufgelöst wird, BGBl. II Nr. 303/2016 .....	21
➤	Regierungsvorlage zum Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2016.....	22
➤	Entwurf zum Wiedereingliederungsteilzeitgesetz.....	22
➤	Bundesgesetz, mit dem ein Familienzeitbonusgesetz erlassen sowie das Kinderbetreuungsgeld, das Allgemeine Sozial-versicherungsgesetz ua. geändert werden, BGBl. I Nr. 53/2016.....	23
➤	GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 75/2016:.....	24
	<b>TABAKRECHTLICHE BESTIMMUNGEN .....</b>	<b>25</b>
➤	Inkrafttreten von tabakrechtlichen Bestimmungen gemäß TNRSG .....	25
	<b>VERBRAUCHERINNENGESUNDHEIT UND LEBENSMITTEL.....</b>	<b>26</b>
➤	Nährwertkennzeichnung auf verpackten Lebensmitteln .....	26
	<b>VETERINÄRWESEN UND TIERSCHUTZ .....</b>	<b>27</b>
➤	Schweinegesundheitsverordnung .....	27
	<b>WICHTIGE WERTE 2017 .....</b>	<b>29</b>

## Die elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

### ➤ **Auf- und Ausbau der ELGA-Infrastruktur**

Das ELGA-Zugangportal wurde Ende 2016 einem Relaunch unterzogen. Damit wurde das Portal auf den neusten Stand der Technik gebracht und die Usability weiter verbessert. Zudem ist geplant, 2017 weitere Funktionen in das ELGA-Zugangportal zu integrieren, u.a. der ELGA-Login „in Vertretung“ für Eltern minderjähriger Kinder.

Des Weiteren nahm im Juli 2016 der dezentrale Standort der ELGA Ombudsstelle in Kärnten den Betrieb auf. Im Dezember 2016 starteten die Standorte in Salzburg, Tirol und Oberösterreich. Die verbleibenden geplanten Standorte in Niederösterreich, Vorarlberg und dem Burgenland – die Standorte in Wien und der Steiermark bestehen bereits seit 2015 – werden 2017 den Betrieb aufnehmen. Zu diesem Zeitpunkt wird die ELGA Ombudsstelle voll ausgebaut und mit dezentralen Standorten in allen Bundesländern vertreten sein. Das gewährleistet einen niederschweligen Zugang der ELGA-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer zu Beratung, Information und Unterstützung rund um das Thema ELGA. Zeitgleich mit der Inbetriebnahme der Standorte der ELGA Ombudsstelle erfolgt das ELGA Go Live für die öffentlichen Krankenanstalten im jeweiligen Bundesland.

Zudem konnten 2016 weitere Krankenanstalten, Ambulatorien sowie Reha- und Pflegeeinrichtungen in Wien, der Steiermark und Kärnten, sowie in Tirol, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und dem Burgenland erfolgreich mit der Verwendung von ELGA beginnen.

Der weitere Rollout von ELGA in ganz Österreich, insb. im niedergelassenen Bereich, erfolgt dann sukzessive im Jahr 2017.

### ➤ **Errichtung von ELGA-Nutzeranwendungen**

Die e-Medikation ist eine der wichtigsten Anwendungen, die die ELGA-Infrastruktur nützt. Von ihr werden neben einer deutlichen Verbesserung der Patientinnen- und Patientensicherheit auch spürbare ökonomische Effekte erwartet. Im Mai 2016 startete im Bezirk Deutschlandsberg (Steiermark) ein Probebetrieb, der Ende 2016 abgeschlossen wurde. Die dabei gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse fließen in den weiteren Rollout der e-Medikation mit ein, um diesen zu optimieren.

### ➤ **Das öffentliche Gesundheitsportal**

Ziel des 2010 gestarteten öffentlichen Gesundheitsportals [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at) ist es, qualitätsgesicherte Informationen über das Gesundheitswesen und seine Leistungen für die Bürgerinnen und Bürger bereitzustellen. Das Angebot enthält

neben medizinischen Themen auch Informationen zu Struktur und Organisation des Gesundheitswesens.

Durch mehr und bessere Informationen sollen die Bürgerinnen und Bürger zur Sicherstellung und Erweiterung ihrer Mitwirkungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung befähigt werden ("Patient Empowerment"). Auch im Jahr 2016 wurde das Informationsangebot des Gesundheitsportals laufend erweitert bzw. um zusätzliche Services ergänzt. Zudem wurde das Gesundheitsportal Ende 2016 einem Relaunch unterzogen: Neben einem neuen, frischen Design und zusätzlichen Inhalten wurde auch eine mobile Version des Gesundheitsportals integriert. Die bessere Strukturierung, und die damit verbundene intuitivere Navigation, sowie die optisch ansprechendere Präsentation machen das Gesundheitsportal noch benutzerfreundlicher und attraktiver für alle, die sich rund um das Thema „Gesundheit“ informieren möchten.

## Frauenpolitisch relevante Neuerungen

### ➤ Neuerungen für Geburten ab 1. März 2017

Das einkommensabhängige Kindergeld bleibt in der bisherigen Form bestehen, die bisherigen Pauschal-Modelle

<vier Pauschalmodelle: 12+2 Monate (1.000 Euro/Monat), 15+3 Monate (800 Euro), 20+4 (624 Euro) und 30+6 (436 Euro). In Summe ergibt das letztlich unterschiedliche Beträge von 14.000 bei der kürzesten bis 15.696 Euro bei der längsten Variante. >

verschmelzen jedoch zu einem Kindergeld-Konto:

Die Bezugsdauer kann flexibel zwischen rund 12 und 28 Monaten für einen Elternteil bzw. zwischen rund 15,5 und 35 Monaten für beide Elternteile gewählt werden. Der reservierte Teil für den zweiten Elternteil, in der Regel die Väter, wird von 16 auf 20 Prozent angehoben.

Unabhängig von der Bezugsdauer erhalten Eltern eine Gesamtsumme, sie beträgt maximal 15.449 Euro. Dazu kommen noch 1.000 Euro Partnerschaftsbonus (je 500 Euro für beide Elternteile), wenn sie sich die Betreuung 50:50 oder zumindest 60:40 aufteilen; der Partnerschafts-Bonus gilt auch für das einkommensabhängige Kindergeld.

Neu – und zwar sowohl für das "Konto" als auch für die einkommensabhängige Variante – ist die Möglichkeit, einen Papamonat ("Familienzeit") in Anspruch zu nehmen. Väter können demnach direkt nach der Geburt ihres Kindes zwischen 28 und 31 Tage lang durchgehend zuhause bleiben und bekommen dafür eine Pauschalsumme aus dem Kindergeld von 700 Euro (gilt auch für

gleichgeschlechtliche Partner). Es besteht volle Kranken- und Pensionsversicherung. Rechtsanspruch auf die "Familienzeit" gibt es leider keinen, der Arbeitgeber muss zustimmen.

### ➤ **gleich = berechnet**

Der neue Online-Rechner für das gemeinsame Haushaltseinkommen in der Karenz und danach wurde am 16.11.2016 präsentiert. [www.gleich-berechnet.gv.at](http://www.gleich-berechnet.gv.at) richtet sich an (werdende) Eltern, die nachrechnen wollen, wie sich eine partnerschaftliche Aufteilung von Karenz und Elternteilzeit finanziell ausgeht. Mit nur wenigen Angaben kann das monatliche Nettoeinkommen des Haushalts berechnet werden. Dabei können Elternteilzeit oder verschiedene Varianten des Kinderbetreuungsgeldes verglichen werden. Ergänzt wird das Angebot um Informationen rund um die partnerschaftliche Aufteilung der Kindererziehung.

gleich=berechnet wurde vom BMGF im Rahmen des EU ko-finanzierten Projekts [„Männer und Vereinbarkeit von Beruf und Familie: Wege zur gerechten Verteilung von Karenz-, Betreuungs- und Arbeitszeiten“](#) entwickelt, das vom Sozialministerium koordiniert wird.

### ➤ **Erbrechts-Änderungsgesetz 2015**

Mit 1. Jänner 2017 tritt ein Großteil der Regelungen des Erbrechts-Änderungsgesetzes 2015 in Kraft. Dieses Gesetz enthält nicht nur einige sprachliche Modernisierungen, sondern auch zahlreiche Neuerungen, die auf alle Todesfälle ab dem 1.1.2017 anzuwenden sind.

Die frauenpolitisch wichtigsten sind:

- **Außerordentliches Erbrecht für Lebensgefährten**

Für LebensgefährtenInnen wird ein „außerordentliches Erbrecht“ eingeführt. Das heißt: Gibt es keine gesetzlichen (zB Kinder) oder per Testament eingesetzte Erben, erbt automatisch der Lebensgefährte oder die Lebensgefährtin. Bisher hatten Lebensgefährten keinerlei Erbansprüche, konnten aber in einem Testament bedacht werden.

Achtung: Voraussetzung für das außerordentliche Erbrecht ist, dass man mindestens drei Jahre im gemeinsamen Haushalt gelebt haben muss und der Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes weder verheiratet war, noch in einer eingetragenen Partnerschaft gelebt hat.

Tipp: Wenn die Lebensgefährtin oder der Lebensgefährte als Erbin oder Erben eingesetzt werden soll, dann sollte das auch künftig besser in einer letztwilligen Verfügung (zB Testament) geregelt werden.

- **gesetzliches Vorausvermächtnis**

Neu ist auch, dass das gesetzliche Vorausvermächtnis auf Lebensgefährten erweitert wird. Dies bedeutet, dass die Lebensgefährtin oder der Lebensgefährte nach dem Tod des Verstorbenen das Recht hat, vorerst in der gemeinsamen Wohnung weiter zu wohnen.

Achtung: Die Rechte des Lebensgefährten aus dem Vorausvermächtnis sind zeitlich befristet und enden ein Jahr nach dem Tod des Verstorbenen!

- **Pflegevermächtnis**

Ab 1.1.2017 werden erstmals auch Pflegeleistungen naher Angehöriger als sogenanntes Pflegevermächtnis im Erbrecht berücksichtigt. Das Pflegevermächtnis ist für jene, dem Verstorbenen nahestehenden, Personen vorgesehen, die diesen in den letzten drei Jahren vor dessen Tod mindestens sechs Monate lang in nicht bloß geringfügigem Ausmaß (ab durchschnittlich mehr als 20 Stunden im Monat) gepflegt haben. Der Wert der Leistungen orientiert sich am Nutzen für den Verstorbenen, ohne Rücksicht auf den Wert der Verlassenschaft.

Achtung: Ein Pflegevermächtnis steht nicht zu, wenn für die Pflegeleistungen ein Entgelt vereinbart war oder Zuwendungen gewährt wurden!

➤ **Pensionsreform**

Mit der beschlossenen Pensionsreform konnten Verbesserungen für Frauen erreicht werden: Die Mindestpension bei langer Versicherungsdauer wird auf 1.000 Euro erhöht. Davon profitieren vor allem Frauen.

➤ **Öffnung von Standesamt & Familienname für gleichgeschlechtliche Paare**

Ab April 2017 können gleichgeschlechtliche Paare am Standesamt eine Eingetragene Partnerschaft eingehen. Außerdem können sie nunmehr statt eines bloßen „Nachnamens“ einen gemeinsamen Familiennamen führen.

## Frauengesundheit

➤ **Aktionsplan Frauengesundheit**

Der Aktionsplan Frauengesundheit umfasst 40 Maßnahmenvorschläge für eine gendgerechte, lebensphasenbezogene Gesundheitsförderung und –Versorgung bei Frauen. Die Maßnahmenvorschläge sind wiederum 17 Wirkungszielen



untergeordnet. Das Prinzip der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit ist dem BMGF ein wichtiges Qualitätskriterium. Mit Hilfe des Aktionsplanes können bereits laufende Maßnahmen und zukünftige Maßnahmen optimal umgesetzt werden. Der Aktionsplan ist auf fachlicher Ebene fertiggestellt und wird im 1. Quartal 2017 veröffentlicht werden.

Themen des Aktionsplanes betreffen u.a.: Gendergerechte Gesundheitsversorgung, Gewaltprävention, Gesundheitliche Chancengerechtigkeit, reproduktive und sexuelle Gesundheit, die psychische Gesundheit sowie pflegende Angehörige.

## Kinder- und Jugendgesundheit

### ➤ **Frühe Hilfen**

Ausgehend von der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie wurde in den Jahren 2011-2014 bei der Gesundheit Österreich aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur ein Grundlagenprojekt für die Umsetzung von „Frühen Hilfen“ in Österreich in Auftrag gegeben und von dieser mit Partnern in allen Bundesländern umgesetzt.

„Frühe Hilfen“ zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Familien und Kindern frühzeitig zu verbessern. Insbesondere in belasteten Situationen – sei es finanzieller, sozialer oder gesundheitlicher Natur - brauchen Familien in der Schwangerschaft oder der ersten Lebensphase mit einem Kind oft Unterstützung.

Seit Anfang 2015 erfolgt in gemeinsamer Initiative von BMGF, Ländern und Sozialversicherungsträgern und mit Unterstützung aus Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur der Ausbau von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken in ganz Österreich. Derzeit sind 52 Bezirke in Österreich durch insgesamt 22 regionale Frühe Hilfen-Netzwerke erfasst – damit stehen fast der Hälfte der Bevölkerung Frühe Hilfen-Angebote zur Verfügung.

Darüber hinaus wurde an der Gesundheit Österreich ein nationales Zentrum Frühe Hilfen eingerichtet, das Abstimmung, Vernetzung und Qualitätssicherung der Umsetzung unterstützt sowie Schulungen durchführt.

### ➤ **Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) in Kooperation mit dem WHO-Regionalbüro für Europa**

Österreich nimmt heuer (2016) erstmals an COSI teil. Die Obesity Academy Austria wurde mit den Arbeiten beauftragt und hat mit der Feldarbeit im Oktober 2016 begonnen, diese dauert noch bis Dezember 2016. Im Zuge dieser Erhebung werden österreichweit Körpergröße und Gewicht von Kindern der 3. Schulstufe an 100 Schulen erhoben. Ziel dieser Initiative ist, für Österreich repräsentative und



europaweit vergleichbare Daten zur Über-/Gewichtssituation von Kindern zu erhalten - dies wird durch die einheitlichen und standardisierten Messmethoden ermöglicht. An der diesjährigen Erhebungsrunde nehmen insgesamt 32 Länder aus dem europäischen Raum teil. Die Daten und der Endbericht werden im 2. Quartal 2017 vorliegen.

### ➤ **JANPA – Joint Action on Nutrition and Physical Activity**

BMGF und AGES nehmen an der europäischen Joint Action on Nutrition and Physical Activity (JANPA) teil. Ziel von JANPA ist die Unterstützung des „EU Action PLAN on Childhood Obesity 2014-2020“. Österreich führt im Rahmen des Arbeitspakets 5 eine Pilotstudie zu Rezepturen von alkoholfreien Getränken und Cerealien durch. Dazu wurden Produkte der Kategorie analysiert. Die Auswertung läuft und wird in der 2. Hälfte 2017 fertig gestellt.

## Ernährung

### ➤ **Österreichischer Ernährungsbericht 2016/17**

Der Ernährungsbericht 2016 wird fertig gestellt. Die Veröffentlichung ist für das 1. Quartal 2017 geplant. Erstellt wird der Ernährungsbericht 2016 vom Department für Ernährungswissenschaften der Universität Wien in Kooperation mit anderen Institutionen wie z.B. der Fachhochschule Gesundheit in Tirol. Er wird anthropometrische Daten (Gewicht und Körpergröße) enthalten und somit ein Instrument zur Evaluierung des Ernährungszustandes der Bevölkerung sein.

## Öffentlicher Gesundheitsdienst

### ➤ **Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags**

Zur 2014 beschlossenen Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde ein Monitoring-Konzept erarbeitet und 2015 implementiert. 2016 wurde ein erster Monitoring-Bericht vorgelegt. Er enthält einen kumulativen Überblick über die im Rahmen der Strategie finanzierten und umgesetzten Maßnahmen. Demnach wurden von den LGFF bisher 162 Maßnahmen mit einem Fördervolumen von 43.529.002,- Euro gefördert. Fast 87 Prozent der Geldmittel wurden für die sechs priorisierten Schwerpunkte der GF-Strategie gewidmet. Das in der GF-Strategie definierte Ziel von fünfzig Prozent ist somit deutlich erfüllt. Hinsichtlich der Qualitätskriterien der Gesundheitsförderungs-Strategie sollte insbesondere die gesundheitliche

Chancengerechtigkeit mit Hinblick auf schwer erreichbare Gruppen in Zukunft vermehrt berücksichtigt und eine Ausgewogenheit zwischen verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen erreicht werden.

Für die Zukunft sind regelmäßige Monitorings vorgesehen, auf deren Grundlage die Gesundheitsförderungsstrategie bei Bedarf adaptiert werden kann.

## ➤ **Rahmen-Gesundheitsziele**

Die Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich stellen einen innovativen und breit abgestimmten Prozess dar, der durch Bürgerbeteiligung und aktive intersektorale Kooperation mit zahlreichen Stakeholdern entstanden ist. Die Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) sollen eine Grundlage für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik bieten und dazu beitragen, die gesunden Lebensjahre der in Österreich lebenden Bevölkerung in den nächsten 20 Jahren zu erhöhen – unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen.

Die Rahmen-Gesundheitsziele werden als Grundlage für die 2014 festgelegte österreichweite Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit verstanden und sind ebenfalls im aktuellen Regierungsprogramm (2013-2018) verankert.

Im Rahmen der Erarbeitung eines konkreten Strategie- und Maßnahmenkonzeptes wurden bisher zu fünf Rahmen-Gesundheitszielen intersektoral besetzte Arbeitsgruppen gestartet und Berichte mit konkreten Wirkungszielen, politikfeld-übergreifenden Maßnahmen und Indikatoren fertiggestellt: „Gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen“ (R-GZ 1), „Gesundheitskompetenz“ (R-GZ 3) „Gesundes Aufwachsen“ (R-GZ 6), „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ (R-GZ 2) und „Bewegung“ (R-GZ 8). Im Sinne eines einheitlichen Monitorings werden derzeit Machbarkeitsprüfungen einerseits zu den Wirkungsziel-Indikatoren, andererseits zu den Messgrößen der ausgearbeiteten Maßnahmen durchgeführt. Die Einsetzung weiterer Arbeitsgruppen im Jahr 2016 wurde vom RGZ-Plenum Ende 2015 beschlossen. Seit April 2016 tagt die Arbeitsgruppe zum Ziel 9 (Psychosoziale Gesundheit); ab Dezember 2016 wird eine intersektorale Arbeitsgruppe ihre Arbeit zum Ziel 4 (Umwelt) aufnehmen. Die Leitung der Arbeitsgruppen wird von unterschiedlichen Sektoren übernommen.

Die Abstimmung mit bestehenden Strategien erfolgt laufend. Besondere Relevanz liegt dabei auf der Abstimmung mit dem Prozess der Zielsteuerung Gesundheit.

## ➤ **Aktualisierung des nationalen Aktionsplans zur Antibiotikaresistenz**

Die erste Auflage des nationalen Aktionsplans zur Antibiotikaresistenz (NAP-AMR) wurde im November 2013 fertiggestellt. Wegen der internationalen

Entwicklungen auf dem Gebiet der antimikrobiellen Resistenzen wurde 2016 mit der Aktualisierung dieses nationalen Aktionsplans begonnen.

Als Beispiele für die internationalen Entwicklungen können folgende Punkte genannt werden:

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Jahr 2015 einen globalen Aktionsplan veröffentlicht.
- Auf Ebene der Europäischen Union wurden im Jahr 2016 die

„Schlussfolgerungen des Rates zu den nächsten Schritten im Rahmen eines "Eine-Gesundheit-Konzepts" zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenz“ veröffentlicht. Die Mitgliedsstaaten und die Kommission wurden u.a. aufgerufen gemeinsam – unter Wahrung der Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten – einen neuen und umfassenden Aktionsplan der EU zur Antibiotikaresistenz auf Grundlage des "Eine-Gesundheit-Konzepts" zu entwickeln, wobei der Bewertung des derzeitigen Aktionsplans, den Beratungen auf der "Eine-Gesundheit-Konferenz" der EU auf Ministerebene zur Antibiotikaresistenz vom 10. Februar 2016 und dem globalen Aktionsplan der WHO Rechnung zu tragen ist.

- Am 21. September 2016 wurde das Thema antimikrobielle Resistenzen auf Ebene der Vereinten Nationen behandelt.

Das Ziel der für das Jahr 2017 projektierten Publikation einer aktualisierten Fassung des nationalen Aktionsplans zur Antibiotikaresistenz (NAP-AMR) ist es, die Entstehung und Ausbreitung von antimikrobiellen Resistenzen nachhaltig zu vermindern, um die Wirksamkeit der vorhandenen antimikrobiell wirksamen Substanzen zu erhalten und - wo möglich - die Qualität der antimikrobiellen Therapien zu fördern.

## ➤ **Standard-Verfahrensanweisung Masern für Gesundheitsbehörden**

Die seit Ende 2016 veröffentlichte Standard-Verfahrensanweisung Masern bringt klare Vorgehensweisen personenbezogener Kontroll- und Präventionsmaßnahmen für die Gesundheitsbehörden in Österreich.

Es wird sowohl auf Übertragungsarten, Fallklassifikationen und Kontaktpersonenklassifizierung, als auch auf behördliche Maßnahmen eingegangen.

Neben der Standard-Verfahrensanweisung wird den Behörden eine Toolbox mit verschiedensten Dokumenten und Informationen, die eine zeitnahe, adäquate Identifizierung und Klassifizierung von u.a. Kontaktpersonen ermöglichen werden, zur Verfügung gestellt.

## ➤ Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz – die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden – ist eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit. Personen mit besserer Gesundheitskompetenz haben auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, länger und gesünder zu leben als Personen mit geringerer Gesundheitskompetenz. Weil die Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen und Österreicher laut der ersten europäischen Studie zur Gesundheitskompetenz im Vergleich von 8 EU-Staaten unterdurchschnittlich ist, wurde dem Thema in der Ausarbeitung der österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele ein eigenes Ziel, Ziel 3, „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“, gewidmet und in der Umsetzung priorisiert.

Zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und zur Koordinierung von Umsetzungsmaßnahmen wurde 2015 die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) gegründet. Den Vorsitz der ÖPGK hat das BMG inne, die Koordinationsstelle der Plattform ist bei der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich angesiedelt.

Die zentralen Aufgaben der ÖPGK sind:

1. Unterstützung der langfristigen Entwicklung und Etablierung der Gesundheitskompetenz in Österreich
2. Förderung von Vernetzung, Zusammenarbeit, Erfahrungsaustausch und gemeinsamem Lernen
3. Ermöglichen und Abstimmen von Maßnahmen zwischen Politik- und Gesellschaftsbereichen
4. Entwickeln eines gemeinsamen Verständnisses, Verbreiten von Wissen, Ermöglichen von Innovation
5. Aufbau von Monitoring und Berichterstattung, Entwicklung von Transparenz und Qualität

Die Ziele der Plattform werden u.a. über Jahresschwerpunkten umgesetzt. Der für 2016/17 gewählte Schwerpunkt ist das Thema Kommunikation, das auch im Zentrum der zweiten Jahreskonferenz der ÖPGK stand, die am 13.10.2016 mit ca. 300 TeilnehmerInnen sehr erfolgreich in Wien stattfand.

Organisationen, die Maßnahmen im Bereich Gesundheitskompetenz – vorzugsweise zum Jahresschwerpunkt Verbesserung der Kommunikationsqualität – durchführen, können Mitglied der ÖPGK werden und deren Weiterentwicklung auf diesem Weg mitgestalten. Am 12.10.2016 fand erstmals eine Wahl von Mitgliedsorganisationen in das Kernteam (koordinierendes Gremium) der ÖPGK statt. Informationen zur ÖPGK und zur Mitgliedschaft sind online unter [www.fgoe.org/plattform-gesundheitskompetenz](http://www.fgoe.org/plattform-gesundheitskompetenz) verfügbar.

## ➤ **Vorsorgestrategie des Bundes**

Mit dem Ministerratsbeschluss vom 15.11.2016 über die 15a-Vereinbarung zur Finanzierung von bundesweit bedeutenden Vorsorgemaßnahmen wurden für die Finanzausgleichsperiode 2017-2020 wieder Vorsorgemittel beschlossen. Thema bleibt die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen.

## ➤ **Nationale Auskunftsstelle zu klinischen Krebsstudien**

Klinische Studien stellen die entscheidende Schnittstelle zwischen innovativer Krebsforschung und erfolgreicher Therapie dar. Sie verschaffen Patientinnen und Patienten direkten Zugang zu neuesten therapeutischen Entwicklungen und bieten damit die Möglichkeit, direkt und zeitnah von aktuellen Forschungsergebnissen zu profitieren.

Ein im Krebsrahmenprogramm Österreich verankertes Ziel ist daher die Förderung von frühzeitiger Teilnahme von Krebserkrankten an passenden klinischen Studien, unabhängig von ihrem Wohnort und ihrer sozioökonomischen Situation. Dies setzt mehr Information über die in Österreich genehmigten klinischen Arzneimittelstudien für Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten voraus.

Die Nationale Auskunftsstelle zu klinischen Krebsstudien wurde im Juni 2016 im Auftrag des BMGF an der GÖG eingerichtet. Sie bietet unabhängige, objektive und kompetente Informationen über laufende klinische Studien für Krebspatientinnen und -patienten. Grundsatz der Anlaufstelle ist, dass jede Anfrage umfassend, qualifiziert und zeitnah von der zuständigen Medizinerin/dem zuständigen Mediziner in der Gesundheit Österreich GmbH beantwortet wird.

Dazu steht das frei zugängliche und in englischer Sprache geführte EU Clinical Trials Register (EudraCT-Studienregister <https://www.clinicaltrialsregister.eu/index.html>) zur Verfügung, das Datensätze behördlich genehmigter Arzneimittelprüfungen in Europa enthält. Die Informationen richten sich in erster Linie an medizinische Fachleute. Per Internetrecherche erhalten Ärztinnen/Ärzte Auskunft über den Ort und aktuellen Stand der Studie etc.

Das Aufgabenspektrum der Auskunftsstelle umfasst:

- Unterstützung bei der Online-Suche in EU Clinical Trials Register
- Informationen zu laufenden klinischen Studien
- Weiterführende Recherchen zu klinischen Studien
- Vermitteln von Kontakten zu Studienansprechpartnern

Die Auskunftsstelle ist als einjähriges Pilotprojekt eingerichtet, das sich in einem Aufbauprozess befindet. Entsprechend wird sich das Aufgabenspektrum gemäß den Informationsbedürfnissen weitentwickeln.

Zum besseren Kennenlernen wurde ein entsprechender Folder entwickelt.

Die Auskunftsstelle kann ausschließlich über folgende E-Mail-Adresse kontaktiert werden: Krebsstudien@goeg.at

## ➤ **Österreichische Diabetesstrategie**

Aufgrund der hohen Prävalenz (ca. 600.000 Menschen in Österreich) und der komplexen Ansprüchen an eine optimale Versorgung, wird Diabetes mellitus Typ 2 zu einer immer größeren Herausforderung für Politik und Gesellschaft.

Basierend auf einem aus dem Jahr 2015 vorliegenden Konzept sowie auf internationaler Evidenz, wird seit Anfang 2016 im Auftrag des BMGF eine Diabetes-Strategie erarbeitet. Diese soll als strategisches Expertenpapier verstanden werden, das der Gesundheitspolitik einen Überblick über die wichtigsten Handlungsfelder rund um das Thema Diabetes liefert sowie einen inhaltlichen Rahmen vorschlägt, wie sich Prävention, Diagnose, Therapie, Forschung etc. in Bezug auf Diabetes in Österreich in den nächsten 5 – 10 Jahren weiterentwickeln sollten.

Seit der am 7. März 2016 stattgefundenen Auftaktveranstaltung arbeiten interessierte Stakeholder im Sinne des HiAP-Ansatzes an der Strategieentwicklung. Dieser breit angelegte, partizipative Strategieentwicklungsprozess soll letztendlich auch die erfolgreiche Umsetzung der Strategie unterstützen.

Die Strategie formuliert folgende zwei übergeordnete Ziele:

Ziel 1: Für alle in Österreich lebenden Menschen soll die Wahrscheinlichkeit an Diabetes mellitus zu erkranken, verringert werden.

Ziel 2: Alle in Österreich lebenden und an Diabetes mellitus erkrankten Menschen sollen möglichst lange mit hoher Lebensqualität leben können.

Rein medizinische Aspekte sind nicht Kerninhalt der Strategie, sondern primär Versorgungsstrukturen und Abläufe, sowie die Verbindung zu Präventionsstrategien.

Es wurden folgende fünf Handlungsfelder (HF) mit übergeordneten Zielen identifiziert, die in verschiedenen Arbeitsgruppen mit Wirkungszielen und Handlungsempfehlungen hinterlegt wurden:

HF 1 Awareness/Bewusstseinsbildung für Diabetes mellitus in der Bevölkerung, Primärprävention, Gesundheitskompetenz, inkl. Diabetes Literacy

HF 2 Akzeptanz, Selbstmanagement, Patientenempowerment, Krankheitsbewältigung, Gesundheitsförderung für Erkrankte, inkl. Sekundär- und Tertiärprävention

HF 3 Versorgungsstruktur und –prozesse, Rahmenbedingungen, inkl. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

HF 4 Wissen und Kompetenz der Gesundheitsdiensteanbieter

HF 5 Angewandte Forschung, Entwicklung und Vernetzung, Information, Dokumentation und Evaluation, Qualitätssicherung

In einem breit angelegten Konsultationsverfahren wurden die Inhalte akkordiert.

Die Abnahme des Strategieentwurfs durch das BMGF ist für das 1. Quartal 2017 geplant. Ende März 2017 wird die Strategie in einer Pressekonferenz im Rahmen einer Abschlussveranstaltung im ersten Quartal 2017 präsentiert werden. Ebenso ist 2017 die Erstellung eines konkreten Umsetzungsplans vorgesehen.

### ➤ **Umsetzung der Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“**

Aktuellen Schätzungen zufolge leben in Österreich 130.000 Personen mit irgendeiner Form der Demenz. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Prävalenz stark zu. Im Zuge der demografischen Alterung ist daher mit einem weiteren starken Anstieg der Zahl der Betroffenen zu rechnen. Nicht nur die steigenden Prävalenzraten, auch der damit hohe Betreuungs- und Pflegeaufwand haben die österreichische Regierung dazu veranlasst, das Thema Demenz in ihr aktuelles Arbeitsprogramm aufzunehmen.

Im Jänner 2015 wurde die GÖG seitens des BMG und des BMASK mit der Entwicklung einer österreichweiten Demenzstrategie beauftragt.

Die Strategie wurde am 14. Dezember 2015 der Öffentlichkeit präsentiert. Mittlerweile ist die Umsetzung der Strategie in vollem Gange.

Derzeit laufende bzw. bereits abgeschlossene Umsetzungsschritte:

- **Einrichtung einer Plattform Demenzstrategie:**  
Die Plattform, der alle relevanten Entscheidungsträger angehören sollen, soll ein abgestimmtes Vorgehen und das Umsetzen gemeinsamer Rahmenbedingungen und Empfehlungen ermöglichen. Darüber hinaus soll die Plattform die Abstimmung zwischen Bund und Ländern koordinieren, Impulse zur Umsetzung der Demenzstrategie setzen sowie den Wissenstransfer koordinieren. Die Plattform setzt sich aus folgenden Gruppen zusammen: Steuerungsgruppe (BMGF/BMASK), Koordinierungsgruppe (Steuerungsgruppe, 9 Bundesländervertretungen, HV, Städtebund, Gemeindebund, Betroffenenvertretungen, ExpertInnen), Plenum und Arbeitsgruppen (bei Bedarf). Die erste Sitzung der Koordinierungsgruppe wird am 12. Dezember 2016 stattfinden.
- **Aufbau einer Website zur Demenzstrategie:**



Die Website [www.demanzstrategie.at](http://www.demanzstrategie.at) soll laufend über die Umsetzungsschritte informieren, eine Sammlung von Best-Practice Beispielen anbieten und ist seit 10. Oktober 2016 online.

- Entwicklung eines Informationsfolders für Angehörige und Betroffene, der Kontakte zu niederschweligen Informations- und Beratungsmöglichkeiten bietet:

Dieser ist bereits publiziert und ist auf den Websites der herausgebenden Ressorts (BMGF und BMASK) bestellbar und downloadbar:

[http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/9/1/CH1513/CMS1478687320585/demanz\\_folder.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/9/1/CH1513/CMS1478687320585/demanz_folder.pdf)

- Projekt „Menschen mit Demenz im öffentlichen Verkehr – Grundlagen und Perspektiven aus dem öffentlichen Verkehr“:

Dieses zweiteilige Projekt (erster Teil wurde vom BMGF in Auftrag gegeben, das darauf aufbauende Folgeprojekt wird vom BMASK in Auftrag gegeben werden) setzt sich zum Ziel die Gesundheitskompetenz von Mitarbeitenden in öffentlichen Verkehrsdienstleistungsunternehmen zu steigern sowie eine verbesserte soziale Teilhabe von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen durch den damit verbundenen Mobilitätsgewinn zu erreichen. Endprodukt des Projekts werden Leitlinien für Mitarbeitende in öffentlichen Verkehrsdienstleistungsunternehmen sein. Das Projekt soll im Frühjahr 2017 abgeschlossen sein.

## ➤ **Designation von Expertisezentren für seltene Erkrankungen**

Spezialisierte Expertisezentren sollen zukünftig dafür sorgen, dass an seltenen Krankheiten leidende Menschen optimal versorgt werden. Einrichtungen, die über klinische Expertise zu einer definierten Gruppe von seltenen Erkrankungen verfügen und gleichzeitig hohe gesundheitsplanerische Relevanz für die überregionale Versorgung aufweisen, kommen grundsätzlich für eine Bewerbung als Expertisezentrum in Frage. Die Auswahl für die Designation einer solchen Versorgungseinrichtung zu einem Expertisezentrum erfolgt in Österreich nach einem klar definierten Prozess. Der Designationsprozess wurde anhand von zwei Krankheitsgruppen beispielhaft ausgearbeitet und durchgeführt:

- Genodermatosen (genetisch bedingte Hauterkrankungen) mit Schwerpunkt Epidermolysis bullosa und
- Pädiatrische Hämato-Onkologie (kindliche Blut- und Tumorerkrankungen).

Im Dezember 2016 wurde der Designation des „EB-Haus Austria“ zum Expertisezentrum (Typ B-Zentrum) für Genodermatosen mit Schwerpunkt Epidermolysis bullosa in der Bundes-Zielsteuerungskommission zugestimmt.

Als nächstes wird die Designation des St. Anna Kinderspitals zum Expertisezentrum (Typ B-Zentrum) für pädiatrische Hämato-Onkologie erfolgen.

## ➤ **Koordinationsplattform zur psychosozialen Unterstützung für Flüchtlinge und Helfende**

Die optimale Versorgung von Flüchtlingen mit psychischen Problemen ist ein ebenso aktuelles wie komplexes Thema. Neben naheliegenden Problemen wie die Traumatisierungen durch Kriegs- bzw. Fluchterfahrungen, der Sorge um die Angehörigen und eine ungewisse Zukunft, können auch andere Faktoren – verstärkende oder lindernde – Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben: Platzmangel in Notquartieren, damit verbunden mangelnde Intimsphäre, fehlende Tagesstruktur, Zugang zu Versorgungsangeboten, etc.

Gleichzeitig sind die Langzeitfolgekosten von psychosozialer Unterversorgung in den frühen Stadien der Ankunft im Gesundheitswesen des Gastlandes sehr hoch.

Zur psychosozialen Unterstützung von Flüchtlingen existieren zwar Angebote in Österreich, jedoch fehlt es nicht nur an Ressourcen sondern teilweise auch an Know-How, Koordination und Zusammenarbeit. Dies führt in weiterer Folge dazu, dass es für die Zielgruppe mitunter schwierig ist geeignete Angebote in Anspruch zu nehmen, bzw. können manche Angebote von der Zielgruppe nicht genutzt werden. Neben den Flüchtlingen selbst stellt die Gruppe der (oft ehrenamtlich) helfenden Personen eine weitere Zielgruppe dar, die Unterstützung benötigt.

Das BMGF hat die Gesundheit Österreich GmbH daher mit dem Aufbau einer nationalen Koordinationsplattform zur psychosozialen Unterstützung für Flüchtlinge und Helfende beauftragt. In der Plattform werden (politische) Entscheidungsträger, Expertinnen/Experten und NGOs vertreten sein. Die Plattform soll der niederschweligen Koordination und der Vernetzung zwischen den beteiligten Akteuren dienen und somit die psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen und Helfenden verbessern. Konkret soll die Plattform folgendermaßen zusammengesetzt werden:

- entscheidungsbefugte VertreterInnen relevanter Ministerien (BMGF, BMI, BMASK, BMEIA, BMB, BKA, BMFJ, BMLVS),
- ein entscheidungsbefugter Vertreter des Hauptverbandes der Sozialversicherungen,
- entscheidungsbefugte Ländervertretungen,
- NGOs/NPOs.

Die konstituierende Sitzung der Plattform wird am 31. Jänner 2017 stattfinden. Die Nominierungsschreiben sowie in weiterer Folge die Einladungsschreiben werden in Kürze versendet. Das BMGF hofft auf rege Beteiligung und eine konstruktive Zusammenarbeit.

## ➤ **SUPRA – Suizidprävention Austria**

Das bereits erarbeitete Konzept SUPRA – Suizidprävention Austria, stellt die Basis für eine nationale Suizidpräventionsstrategie dar. An der Gesundheit Österreich

GmbH wurde bereits eine Koordinationsstelle für Suizidprävention eingerichtet, welche die Umsetzungsschritte in Module teilt und nach Dringlichkeit und Machbarkeit priorisiert. Das Umsetzungskonzept wird Ende 2016 vorliegen.

Die periodische Erarbeitung eines Suizidberichts, schulische Prävention und Medienarbeit stehen im Vordergrund. Ziel ist es, in Österreich eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Suizidprävention sicherzustellen.

Bereits im Jahr 2014 wurde der erste Bericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ – Basisbericht 2013 vorgestellt. Im darauffolgenden Jahr wurde der Nachfolgebericht für das Jahr 2014 veröffentlicht. Der aktuelle Bericht für das Jahr 2015 wurde Anfang 2016 veröffentlicht. Diese jährlich erscheinenden Berichte liefern eine Zusammenschau der wichtigsten verfügbaren und aktuellen Daten zu den Suiziden in Österreich. Die zweiten Teile der Berichte befassen sich jeweils mit aktuellen Schwerpunktthemen und variieren von Ausgabe zu Ausgabe. Der aktuelle Bericht 2015 befasst sich in seinem Schwerpunktteil mit der Suizidprävention und der Rolle des Internets in diesem Zusammenhang. Der Bericht für das Jahr 2016 wird Anfang 2017 erscheinen.

➤ **Tagung in Götzis**

Im Rahmen der „Tagung: Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen“ von 23. bis 24. September in Götzis setzten sich ExpertInnen und Experten aus Österreich, Deutschland und der Schweiz intensiv mit den Themen Suizidversuch und Suizid im Kindes- und Jugendalter auseinander. Die Tagung wurde von SUPRO (die SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe ist das vom Land Vorarlberg beauftragte Kompetenzzentrum für Suchtprävention) unter Mitarbeit der oa. Koordinationsstelle Suizidprävention veranstaltet.

➤ **Bedarfsanalyse zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Versorgung**

Die mittel- und langfristige Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Versorgung in Österreich ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen. Die GÖG wurde vom BMGF und BMASK mit einer Bedarfsanalyse zur Ist-Situation der Arbeitsmedizin in Österreich beauftragt. Die AUVA steht dem Projekt als Kooperationspartner zur Seite.

Die Studie soll als Basis für die Diskussion über Lösungsmöglichkeiten zur Sicherung der arbeitsmedizinischen Versorgung in Österreich dienen. Im Rahmen von weiterführenden Modulen sollen qualitative Erhebungen ergänzt und damit auch auf die zukünftigen Anforderungen in diesem Bereich eingegangen werden.

Ziele der Bedarfsanalyse sind:

- Ist-Stand-Darstellung des arbeitsmedizinischen (ärztlichen) Personals (Anzahl, Verfügbarkeit, Alter, Geschlecht)

- Ist-Stand-Darstellung der arbeitsmedizinischen Ausbildung (Einrichtungen, Kapazitäten, Auszubildende)
- Einschätzung des aktuellen Bedarfs an Arbeitsmedizin auf Basis der vorliegenden rechtlichen Grundlagen sowie des für die Auftragnehmerin verfügbaren bzw. durch die Auftraggeber zur Verfügung gestellten Datenmaterials

## Krankenanstalten

### ➤ **Modell für die Krankenanstalten-Finanzierung (LKF-Modell) 2017**

Mit 1. Jänner 2017 steht allen Krankenanstalten, die nach dem LKF-System abgerechnet werden, ein aktualisiertes LKF-Modell zur Verfügung. Betroffen sind die landesgesundheitsfondsfinanzierten und die PRIKRAF-Krankenanstalten.

Für das LKF-Modell 2016 wurde der Leistungskatalog geringfügig adaptiert.

Bereits 2012 haben Vorarbeiten für die Aktualisierung der Kalkulationsgrundlagen der Fallpauschalen begonnen. Diese Arbeiten wurden gemeinsam mit Referenzkrankenhäusern der Bundesländer durchgeführt und wurden als Basis für eine umfassende Modelländerung im Jahr 2017 verwendet. Die Änderungen und Neuerungen im LKF-Modell 2017 beinhalten die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen, eine geänderte Finanzierung von Intensivaufenthalten sowie eine Harmonisierung der Datensatzstrukturen.

Außerdem wird mit dem LKF-Modell 2017 ein neues Bepunktungsmodell für spitalsambulante Leistungen eingeführt. Mit den Bundesländern wurde eine Einführungsphase ab 1.1.2017 bis 31.12.2018 mit laufender Evaluierung und Weiterentwicklung auf Basis aktueller Daten vereinbart. Ab 1.1.2019 ist eine bundesweit verbindliche Anwendung geplant.

Das LKF-Modell 2017 wurde von der BGK am 1. Juli 2016 beschlossen.

Weitere Detailinformationen zum LKF-Modell 2017 finden sich auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen [www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at) (Schwerpunkt Krankenanstalten > LKF-Modell 2017).

## Qualität im Gesundheitswesen

### ➤ **Erweiterung von Kliniksuche.at**

Das für die Bevölkerung entwickelte Webtool „kliniksuche.at“ wurde im April 2016 veröffentlicht. Es handelt sich um die Darstellung von Leistungen der

österreichischen Krankenhäuser, die einer qualitativen Bewertung unterzogen wurden und somit der Bevölkerung eine transparente Information über die Krankenanstalten geben.

Datengrundlage sind die Krankenhausroutinedaten (LKF) und die Daten der Plattform „Qualitätsberichterstattung“ (GÖG). Die ausgewählten Themengebiete werden je Krankenhaus in den Kategorien Anzahl behandelter Fälle, Kriterien für den Aufenthalt (z.B. Verweildauer, Tagesklinik, Operationstechnik) und Kriterien zum Krankenhaus (z.B. Patientenbefragung oder Meldesystem für im KH erworbene Infektionen vorhanden) dargestellt.

Aufgrund des positiven öffentlichen Feedbacks und der zahlreichen Anfragen ist für 2017 eine umfassende Erweiterung in Planung. Die derzeit abgebildeten Themengebiete umfassen bereits knapp 60 % des operativen Leistungsgeschehens in den Krankenhäusern.

### ➤ **A-IQI Bericht 2016**

A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) ist ein Projekt der Bundesgesundheitsagentur zur bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität im Krankenhaus. Aus Routinedaten werden dabei statistische Auffälligkeiten für definierte Krankheitsbilder in einzelnen Krankenanstalten identifiziert. Betrachtet werden dabei in erster Linie Sterbehäufigkeiten, aber auch Intensivhäufigkeiten, Komplikationen, Mengeninformationen, Operationstechniken sowie Versorgungs- und Prozessindikatoren.

Auch 2017 wird ein Ländervergleich Österreich-Deutschland-Schweiz veröffentlicht werden. Inhaltlich werden die A-IQI-Ergebnisse sowie die Ergebnisse der Peer-Review-Verfahren 2015/2016 (Schwerpunkte: Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Urologie) und das bundesweite Monitoring dieser Ergebnisse dargestellt.

### ➤ **Qualitätsstandards**

Mit Qualitätsstandards werden bundesweite Mindeststandards hinsichtlich der Versorgung von Patientinnen und Patienten im österreichischen Gesundheitssystem festgelegt. Qualitätsstandards sind eine zentrale Grundlage für die Umsetzung Integrierter Versorgung

#### a) **Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall**

2017 wird der Qualitätsstandard Schlaganfall veröffentlicht werden, der österreichweit die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall verbessern soll.

Ausgangsbasis für die Arbeiten waren die Peer-Review-Verfahren zum Thema Schlaganfall und in einigen Bundesländern bereits bestehenden

Programme. Beispiele für Verbesserungsmöglichkeiten in den Peer-Review-Verfahren:

- Steuerung der Einweisungen (geeignetes Krankenhaus);
- Stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit (besonders Neurologie und Neurochirurgie);
- Aspirationsprophylaxe: niederschwelliger Zugang zu logopädischer Betreuung inkl. Screening.

b) **Qualitätsstandard Patient Blood Management (QS PBM)**

Der Qualitätsstandard „patientenorientiertes Blutmanagement“ (oder international Patient Blood Management - PBM) bezieht sich auf Patientinnen und Patienten, die sich einem geplanten, blutungs-riskanten Eingriff unterziehen. Dieser Qualitätsstandard richtet sich an alle, die solche Eingriffe durchführen. PBM hat den gesamten Prozess von der präoperativen Vorbereitung über intraoperative Maßnahmen bis hin zur postoperativen Betreuung im Fokus.

**Ergebnisberichte über die Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen**

Das Gesundheitsqualitätsgesetz und der Bundes-Zielsteuerungsvertrag führen Transparenz und Information der Bevölkerung als eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik an. Aus diesem Grund werden 2017 im Rahmen der Qualitätsberichterstattung bereits zum zweiten Mal die österreichweiten Berichte über die Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen veröffentlicht werden. Die Berichte geben einen guten Überblick über den aktuellen Entwicklungsstand der Qualitätsarbeit und umfassen unter anderem Angaben zu Patientensicherheit, Krankenhaushygiene, Risikomanagement und der Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme.

## Sozialversicherungsrecht

Wesentliche Änderungen im Bereich des Kranken- und Unfallversicherungsrechts, die am 1. Jänner 2017 in Kraft treten:

- **Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, mit der die Betriebskrankenkasse Austria Tabak aufgelöst wird, BGBl. II Nr. 303/2016**

**Auflösung der Betriebskrankenkasse Austria Tabak:**

Bei der Betriebskrankenkasse Austria Tabak ist der Versichertenstand in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Als Konsequenz dieser ungünstigen Entwicklung der Versichertenstruktur wird mit Ablauf des 31. Dezember 2016 die Auflösung der in Rede stehenden Betriebskrankenkasse vorgenommen.

Die Versicherungszugehörigkeit und -zuständigkeit sowie die Leistungszugehörigkeit und -zuständigkeit bezüglich der zum Stichtag 31. Dezember 2016 bei der Betriebskrankenkasse Austria Tabak versicherten Personen und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen gehen mit 1. Jänner 2017 auf die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse über.

## ➤ **Regierungsvorlage zum Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2016**

Im Rahmen der Regierungsvorlage zum SVÄG 2016, 1330 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXV.GP (es wäre die parlamentarische Behandlung abzuwarten), ist mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2017 folgende Maßnahme vorgesehen:

### **Harmonisierung des durch geringfügig Beschäftigte zu tragenden Pauschalbeitrages im Bereich der Krankenversicherung:**

Mit dem Steuerreformgesetz 2015/2016, BGBl. I Nr. 118/2015, wurden sämtliche Beitragsbestandteile in der Krankenversicherung in einem einzigen Beitragssatz zusammengefasst und darüber hinaus wurde die Ungleichheit beseitigt, dass sich der durch den Dienstnehmer/die Dienstnehmerin zu tragende Teil in der Höhe bei Arbeitern/Arbeiterinnen von jenem bei Angestellten unterscheidet.

Hinsichtlich des Pauschalbeitrages für Vollversicherte, die in einem oder mehreren geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen nach dem ASVG oder dem Dienstleistungsscheckgesetz stehen (§ 53a Abs. 3 ASVG), soll diese Angleichung nun nachvollzogen werden.

## ➤ **Entwurf zum Wiedereingliederungsteilzeitgesetz**

Im Rahmen dieses Begutachtungsentwurfs (die weitere Behandlung auf Regierungsebene und die parlamentarische Behandlung wären noch abzuwarten) ist mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2017 folgende Maßnahme vorgesehen:

### **Schaffung eines Anspruches auf Wiedereingliederungsgeld im Bereich der Krankenversicherung:**

Um das Ziel der langfristigen Sicherung des gesetzlichen Pensionssystems durch Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters zu erreichen, wird in Umsetzung des Regierungsprogrammes die "Wiedereingliederung nach langem Krankenstand" eingeführt.



Konkret soll für Personen, die sich bereits seit mindestens sechs Wochen durchgehend im Krankenstand befinden, die Möglichkeit geschaffen werden, mit dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin eine Wiedereingliederungsteilzeit zu vereinbaren (Höchstdauer der Wiedereingliederungsteilzeit: 6 Monate). Um den durch die Teilzeitvereinbarung bedingten Einkommensverlust auszugleichen, wird ein Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld im Bereich der Krankenversicherung geschaffen.

Voraussetzung für den Anspruch ist die Genehmigung der vereinbarten Wiedereingliederungsteilzeit durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst des zuständigen Krankenversicherungsträgers. Die ärztliche Bewilligung darf nur erteilt werden, wenn die Wiedereingliederungsteilzeit medizinisch zweckmäßig ist.

Das Wiedereingliederungsgeld gebührt ab dem Beginn der Wiedereingliederungsteilzeit bis zu deren vereinbartem Ende, sofern es nicht aus bestimmten Gründen frühzeitig durch den Krankenversicherungsträger entzogen wird. Es errechnet sich aus dem erhöhten Krankengeld nach § 141 Abs. 2 ASVG und ist entsprechend der vereinbarten wöchentlichen Normalarbeitszeit zu aliquotieren.

Nach dem Ende einer Wiedereingliederungsteilzeit kann ein neuerlicher Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld erst nach Ablauf von 18 Monaten („Sperrfrist“) entstehen.

Wesentliche Änderungen im Bereich des Kranken- und Unfallversicherungsrechts, die (erst) am 1. März 2017 in Kraft treten:

➤ **Bundesgesetz, mit dem ein Familienzeitbonusgesetz erlassen sowie das Kinderbetreuungsgeld, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz ua. geändert werden, BGBl. I Nr. 53/2016**

**1) Sozialversicherungsrechtliche Absicherung bei Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Familienzeitbonusgesetz:**

Für den Bezugszeitraum des Familienzeitbonus wird eine Krankenversicherung geschaffen. Väter, die zum Zwecke der Familienzeit ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen, sind für diesen zwischen 28 und 31 Tage andauernden Zeitraum in der Krankenversicherung pflichtversichert. Neben dem Familienzeitbonus soll jedoch nicht gleichzeitig Krankengeld bezogen werden, sodass Familienzeitbonusbezieher vom Krankengeldbezug ausgeschlossen sind.

Die Beiträge sind aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen an die Krankenversicherungsträger zu zahlen. Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt analog zur Regelung beim Kinderbetreuungsgeld 7,05 %. Die Verteilung der Mittel

an die Krankenversicherungsträger erfolgt anteilig durch die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse als Kompetenzzentrum.

Die pensionsversicherungsrechtliche Absicherung fällt in den Zuständigkeitsbereich des BMASK.

## **2) Anpassung des Wochengeldes an das Kinderbetreuungsgeld-Konto:**

Wochengeld aus Kinderbetreuungsgeld steht zu, sofern am Tag des Beginns des Beschäftigungsverbotes vor der Geburt eines weiteren Kindes Kinderbetreuungsgeld bezogen wird. Die Höhe dieses Wochengeldes wird nun an die Höhe des davor bezogenen Kinderbetreuungsgeldes angepasst. Das Wochengeld aus Kinderbetreuungsgeld beträgt somit künftig 100 % des Tagsatzes an Kinderbetreuungsgeld.

Tritt der Versicherungsfall der Mutterschaft nach Ende des Kinderbetreuungsgeldbezuges ein, so besteht kein Anspruch auf Wochengeld aus Kinderbetreuungsgeld und zwar auch dann nicht, wenn der Beginn der 32. Woche vor dem Eintritt des Versicherungsfalles in den Zeitraum des Kinderbetreuungsgeldbezuges fällt.

Der Vollständigkeit halber wird noch auf folgende Maßnahme hingewiesen, die bereits mit 1. September 2016 in Kraft getreten ist:

### ➤ **GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 75/2016:**

Die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG-Novelle 2016) trägt zur Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals und damit zu einer verbesserten Versorgungssituation in den verschiedenen Settings bei. In Zukunft erfolgt die Ausbildung des gehobenen Diensts für Gesundheits- und Krankenpflege ausschließlich auf tertiärer Ebene (Übergangsfrist bis 2024). Neben der Pflegeassistenz, als „neue Pflegehilfe“ mit aktualisiertem Tätigkeitsbereich, wurde die Pflegefachassistenz als zweiter Pflegeassistenzberuf geschaffen. Weitere Spezialisierungen für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, wie jene für psychogeriatrische Pflege oder Hospiz- und Palliativversorgung, tragen dem Versorgungsbedarf durch eine immer älter werdende Bevölkerung Rechnung.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Durchlässigkeit der Ausbildung der Pflegeberufe – Berufserfahrung sowie informell erworbenes Wissen können in Zukunft berücksichtigt werden, was insbesondere QuereinsteigerInnen verbesserte Aufstiegsmöglichkeiten im Beruf bietet.

Die Ausbildung der Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten erfolgt an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege. Die Auszubildenden sind grundsätzlich von der Vollversicherung nach dem ASVG umfasst.

## Tabakrechtliche Bestimmungen

### ➤ Inkrafttreten von tabakrechtlichen Bestimmungen gemäß TNRS

1. Mit der am 20. Mai 2016 kundgemachten Novelle des österreichischen Tabakgesetzes 2016 (BGBl. I Nr. 22/2016 - nunmehr Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz – TNRS) ist insofern eine Gleichstellung von „verwandten Erzeugnissen“ (inklusive nicht nikotinhaltiger E-Zigaretten) mit herkömmlichen Tabakprodukten erfolgt, als diese ab 20. Mai 2016 nunmehr ebenfalls entsprechend ausgedehnten Meldeverpflichtungen betreffend Inhaltsstoffe, Werbe- und Sponsoringverbote, Versandhandelsverbote wie auch amtlichen Untersuchungen bzw. Kontrollen unterworfen werden. Durch diese erstmalige Regelung und Schaffung von verbindlichen Vorgaben für Hersteller von „verwandten Erzeugnissen“ konnte eine Erhöhung der Produktsicherheit und Qualitätssicherheit im Sinne des Konsumentenschutzes für insbesondere E-Zigaretten und deren Liquids erreicht werden.
2. In derzeit erarbeitenden und noch zu erlassenden Verordnungen der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen (Gebührenverordnung bzw. Zulassungsverordnung) werden diesbezüglich technische Details aber auch Fragen der Zulassung neuartiger Tabakerzeugnisse, entsprechende Verfahrensregeln, Gebührenangelegenheiten etc. geregelt. Die beiden Verordnungen gehen demnächst in Begutachtung; Ziel ist es diese Verordnungen möglichst noch Ende 2016, jedenfalls aber frühestmöglich 2017 (vermutlich Jänner 2017) in Kraft zu setzen.

Die bestehende Tabakerzeugnis- Inhaltsstoffe-Erhebungsverordnung (BGBl. II Nr. 16/2010) steht hinsichtlich der neu hinzugetretenen verwandten Erzeugnissen (z.B. E-Zigaretten und deren Liquids) in Überarbeitung.

3. Die bis zuletzt in der öffentlichen Meinung heftig umstrittenen kombinierten gesundheitsbezogenen Warnhinweise sind jetzt verpflichtend auf 65 % der Oberfläche von Verpackungen von Zigaretten, Wasserpfeifentabak und Tabak zum Selbstdrehen ab 20. Mai 2016 zu verwenden. Ein Teil dieser kombinierten gesundheitsbezogenen Warnhinweise enthält diverse „Schockbilder“ und auch Informationen über Rauchausstiegshilfen; in Österreich ist dies die Hotline des „Rauchfrei Telefons“ das auch über das Onlineangebot „rauchfrei.at“ erreichbar ist. Die Warnhinweise zielen vor allem darauf ab, insbesondere (jugendliche)

NichtraucherInnen vom Rauchen abzuschrecken. Die kombinierten gesundheitsbezogenen Warnhinweise sind nach den Bestimmungen des TNRSG in Verbindung mit der „Kombinierte gesundheitsbezogene Warnhinweise-Verordnung – KGWH-VO“, in 3 Gruppen eingeteilt, nächstfolgend beginnend mit 20. Mai 2017 bis 19. Mai 2018 werden die Warnhinweise der Gruppe 1 durch die Warnhinweise der Gruppe 2 abgelöst.

Darüber hinaus gilt für alle Rauchtabakprodukte, dass diese mit allgemeinen Warnhinweisen und Informationsbotschaften versehen werden müssen; Lockangebote wie Gutscheine, Ermäßigungen etc. dürfen dabei nicht aufgedruckt werden. Das gleichzeitige Verbot von charakteristischen Aromen (Früchte, Gewürze, Süßigkeiten,...) und das Verbot der Verwendung von bestimmten Zusatzstoffen wie u.a. Koffein, Taurin, u.ä. soll die Attraktivität des Rauchens weiter vermindern.

4. Für neuartige Tabakerzeugnisse wird nunmehr ein Zulassungsverfahren eingeführt und damit eine Kontrollmöglichkeit geschaffen, diese Erzeugnisse zu überprüfen, noch bevor diese überhaupt am Markt zugelassen und vertrieben werden können (siehe in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen zu Punkt 2).
5. Tabakerzeugnisse, die vor dem 20. Mai 2016 hergestellt oder in Verkehr gebracht wurden, durften von Großhändlern bis 31. August 2016 an Tabaktrafikanten abgegeben werden und dürfen in weiterer Folge von den Tabaktrafikanten bis 20. Mai 2017 verkauft werden.
6. Das Inverkehrbringen von Elektronischen Zigaretten oder Nachfüllbehältern, die vor dem 20. November 2016 hergestellt oder in Verkehr gebracht wurden, und pflanzliche Raucherzeugnisse, die vor dem 20. Mai 2016 hergestellt oder in Verkehr gebracht wurden, ist bis zum 20. Mai 2017 zulässig.
7. Zudem ist mit Wirksamkeit vom 20. Mai 2017 das Inverkehrbringen von Kautabak verboten.
8. Mit Durchführungsbeschluss der Europäischen Kommission vom 18. Mai 2016 wurde eine Prioritätenliste von Zusatzstoffen, die in Zigaretten und in Tabak zum Selbstdrehen enthalten sind, und erweiterten Meldepflichten unterliegen festgelegt, welcher bis 1. Juli 2017 in nationales Recht zu transformieren ist.

## VerbraucherInnengesundheit und Lebensmittel

### ➤ Nährwertkennzeichnung auf verpackten Lebensmitteln

Mit 13. Dezember 2016 wird die Nährwertkennzeichnung auf allen verpackten Lebensmitteln verpflichtend. Das gibt eine Verordnung der Europäischen Union

betreffend die Information der VerbraucherInnen über Lebensmittel (kurz: LMIV) vor. Unverpackte Lebensmittel sind davon nicht betroffen. Bei verpackten Lebensmitteln sind die sogenannten „Big Seven“ anzugeben, nämlich der Brennwert, die Mengen an Fett, gesättigte Fettsäuren, Kohlenhydraten, Zucker, Eiweiß und Salz, bezogen auf 100 g oder 100 ml.

Die verpflichtende Nährwertdeklaration ergänzt Ernährungsmaßnahmen als Bestandteil der Gesundheitspolitik, trägt zur Aufklärung der Öffentlichkeit über Ernährungsfragen bei und fördert in weiterer Folge eine bewusste Auswahl von Lebensmitteln.

Von der Verpflichtung zur Nährwertkennzeichnung bei verpackten Lebensmitteln gibt es Ausnahmen, insbesondere für unverarbeitete Lebensmittel und Lebensmittel, bei denen Informationen zum Nährwert für die Kaufentscheidung nicht ausschlaggebend sind (z.B. Gewürze). Zudem gibt es eine Ausnahme für Lebensmittel, einschließlich handwerklich hergestellter Lebensmittel, die direkt in kleinen Mengen durch den Hersteller an die EndverbraucherInnen oder an lokale Einzelhandelsgeschäfte abgegeben werden. Die nähere Ausgestaltung dieser Ausnahme findet sich in einem Erlass, der unter dem folgenden Link abrufbar ist:

[https://www.verbrauchergesundheit.gv.at/lebensmittel/rechtsvorschriften/oesterreich/Ausnahme\\_verpflichtende\\_Naehrwertkennzeichnung.pdf?5995m5](https://www.verbrauchergesundheit.gv.at/lebensmittel/rechtsvorschriften/oesterreich/Ausnahme_verpflichtende_Naehrwertkennzeichnung.pdf?5995m5)

## Veterinärwesen und Tierschutz

### ➤ Schweinegesundheitsverordnung

Die Schweinehaltung in Österreich unterlag in den letzten beiden Jahrzehnten starken Veränderungen. Auf eine immer geringer werdende Zahl der TierhalterInnen entfällt eine nahezu gleichbleibende Tierzahl. Einerseits ist die im EU-Vergleich noch immer kleinstrukturierte Schweinewirtschaft sehr exportorientiert, andererseits haben sich auch Bio- und Freilandhaltungen beachtliche Nischenmärkte geschaffen.

Durch verstärkte Vernetzungen von Handelsströmen und die Erhöhung der Wildschweinedichte in Europa ist das Risiko der Einschleppung bzw. Weiterverbreitung von Krankheiten gestiegen. Daher ist es notwendig, eine Grundlage für die Durchführung von Biosicherheitsmaßnahmen und hygienischen Anforderungen in Schweinehaltungen zu schaffen, um diesen Risiken zu begegnen.

Ein entsprechender Ansatz ist auch in dem in Beratung befindlichen Entwurf einer unionsrechtlichen Verordnung zur Tiergesundheit (AHL) enthalten und gehört dort zu den an sich nicht in Frage gestellten Punkten, ebenso wie die immer weiter an Wichtigkeit gewinnenden Präventionsmaßnahmen.

Daher wird mit der Schweinegesundheitsverordnung, die voraussichtlich im 1. Quartal 2017 in Kraft tritt, die Möglichkeit zur Durchführung von jährlichen Überwachungsprogrammen zur verbesserten Früherkennung von Tierkrankheiten geschaffen. Weiters soll ein Expertengremium eingerichtet werden, das nach den jeweiligen Erfordernissen und unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der Wissenschaft Evaluierungen und Verbesserungen dieses Regulativs vornehmen kann.



## BMGF Timeline:

In der interaktiven Zeitleiste können Sie durch die wichtigsten Arbeitsschwerpunkte sowie Gesetze und Verordnungen navigieren. <http://bmgf.gv.at/timeline>



## Wichtige Werte 2017

○ <b>Rezeptgebühr</b>	5,85 €
○ <b>Jährliches Service-Entgelt für die e-card</b>	
Service-Entgelt für 2017 (Nov. 2016 eingehoben)	11,10 €
Service-Entgelt für 2018 (wird Nov. 2017 eingehoben)	11,35 €
○ <b>Grenzbeträge für die Befreiung von der Rezeptgebühr (mtl. Nettoeinkünfte)</b>	
- für Alleinstehende	889,84 €
- für Ehepaare	1.334,17 €
- für Personen, die infolge Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen:	
* für Alleinstehende	1.023,32 €
* für Ehepaare	1.534,30 €
- Erhöhung der Grenzbeträge pro Kind:	137,20 €
○ <b>Monatliche Höchstbeitragsgrundlage</b>	
ASVG	4.980,00 €
BSVG und GSVG	5.810,00 €
○ <b>Geringfügigkeitsgrenze</b>	
monatlich	425,70 €