

Was ist neu 2018?

Neuregelungen, Daten & Fakten



Inhaltsverzeichnis

ERNÄHRUNG	5
➤ Österreichischer Ernährungsbericht 2017	5
FRAUENANGELEGENHEITEN UND GLEICHSTELLUNG	5
➤ Gleichstellungsgesetz für Frauen und Männer im Aufsichtsrat	5
➤ Projekte zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern im ländlichen Raum.....	6
➤ Notstandshilfe	6
➤ Mutterschutzgesetz und Mutterschutzverordnung	6
➤ Erwachsenenschutzgesetz	7
FRAUENGESUNDHEIT	8
➤ Aktionsplan Frauengesundheit	8
GESUNDHEITSBERUFE	9
➤ Gesundheitsberuferegister	9
➤ Ausbildungen in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen	9
➤ Hebammenausweis.....	10
GESUNDHEITZIELE ÖSTERREICH	10
INFORMATIONEN- UND KOMMUNIKATIONSTECHNOLOGIEN IM GESUNDHEITSWESEN	11
➤ Rollout und Weiterentwicklung von ELGA.....	11
➤ Entwicklung von eHealth-Anwendungen	11
➤ Das öffentliche Gesundheitsportal	12
KRANKENANSTALTEN	12
➤ Modell für die Krankenanstalten-Finanzierung (LKF-Modell) 2018	12
ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST	13
➤ Aktualisierung des nationalen Aktionsplans zur Antibiotikaresistenz	13
➤ Nationaler Aktionsplan Multiresistente Erreger (NAP-MRE)	13
➤ Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK).....	13
➤ Krebsstatistikgesetz	14
➤ Prognose der Krebsprävalenz	15
➤ Der Österreichische Gesundheitsbericht 2016.....	15

➤ Epidemiologiebericht Depression	16
➤ Maßnahmenpaket im Bereich der Opioid-Substitutionstherapie (OST)	16
➤ Umsetzung der Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“	18
➤ Koordinationsplattform zur psychosozialen Unterstützung für Flüchtlinge und Helfende	19
➤ SUPRA – Suizidprävention Austria	20
➤ Tagung zur Situation der arbeitsmedizinischen Versorgung in Österreich	21
ÖSTERREICHISCHE EU-RATSPRÄSIDENTSCHAFT 2018.....	22
➤ Der EU-Ratsvorsitz im Überblick	22
➤ EU-Ratspräsidentschaft – Arbeitsprogramme BMGF	23
QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN	24
➤ A-IQI Bericht 2017	24
➤ Endoprothetikbericht.....	24
➤ Qualitätsstrategie und Patientensicherheitsstrategie	25
➤ A-HAI – Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen in Krankenanstalten	25
SOZIALVERSICHERUNGSRECHT	26
➤ Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2016, BGBl. I Nr. 29/2017	26
➤ Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird, BGBl. I Nr. 49/2017	26
➤ Einigung auf eine Lösung für die Wartezeiten für CT- und MRT-Untersuchungen	27
➤ Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird, BGBl. Nr. 49/2017	27
➤ Sozialversicherungs-Zuordnungsgesetz, BGBl. I Nr. 125/2017.....	28
➤ Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 131/2017	29
➤ Rahmenvertrag über die Durchführung und Finanzierung von ambulanten Tumorbehandlungen mit Protonen oder Kohlenstoffionen	29
➤ Pensionsanpassungsgesetz 2018, BGBl. I Nr. 151/2017.....	30
TABAKRECHTLICHE BESTIMMUNGEN	31
➤ Inkrafttreten von tabakrechtlichen Bestimmungen gemäß TNRSG	31
VERBRAUCHERINNENGESUNDHEIT UND LEBENSMITTEL.....	33
➤ Neue Verordnung über neuartige Lebensmittel-Verordnung (EU) 2015/2283.	33
➤ Acrylamidverordnung – Verordnung (EU) 2017/2158	34

VETERINÄRWESEN UND TIERSCHUTZ	35
➤ Stichprobenplan für die Überwachung von Schweinen	35
➤ Kennzeichnung und Registrierung von Zuchtkatzen	35
WICHTIGE WERTE 2018	37

Stand 6. Dezember 2017

Ernährung

➤ Österreichischer Ernährungsbericht 2017

Im November 2017 wurde der Österreichische Ernährungsbericht 2017 veröffentlicht. Er enthält anthropometrische und Verzehrdaten und stellt so die Ernährungssituation der erwachsenen Bevölkerung (18 - 64 Jahre) dar. Ergänzend dazu wird im April 2018 ein Bericht über den Ernährungszustand und die Verzehrgeohnheiten von Schwangeren veröffentlicht.

Seit 2017 liegt ein weiterer Standard (neben der bereits gut etablierten Leitlinie Schulbuffet) für die Gemeinschaftsverpflegung vor. Die Österreichische Empfehlung für das Mittagessen im Kindergarten wurde gemeinsam mit ExpertInnen aus den Bundesländern erarbeitet und zeigt anhand von 20 Verpflegungstagen die Mindestanforderungen an einen Speiseplan im Kindergarten. Die Empfehlung richtet sich an alle, die mit der Verpflegung im Kindergarten befasst sind. Ergänzend dazu wurde eine Broschüre zur praktischen Umsetzung in den Alltag gestaltet.

Frauenangelegenheiten und Gleichstellung

➤ Gleichstellungsgesetz für Frauen und Männer im Aufsichtsrat

Ab 1.1.2018 tritt das Gleichstellungsgesetz von Frauen und Männern im Aufsichtsrat (GFMA-G) in Kraft. Darin ist festgelegt, dass in Aufsichtsräten Frauen und Männer zu mindestens 30 % vertreten sein müssen, wenn das Unternehmen börsennotiert ist oder mehr als 1.000 MitarbeiterInnen beschäftigt. Diese Zielvorgabe für eine ausgewogenere Vertretung gilt für Aufsichtsräte mit mindestens sechs Mitgliedern bei Neubestellungen ab dem 1.1.2018. Über die Zusammensetzung des Aufsichtsrats müssen betroffene Unternehmen regelmäßig berichten.

Damit wird ein wichtiger Schritt für ausgewogene und gleichberechtigte Vertretung von Frauen und Männern in wichtigen wirtschaftlichen Entscheidungspositionen gesetzt. Dies kommt den österreichischen Unternehmen zugute, in dem vielfältigere Perspektiven und Expertisen in den Aufsichtsräten einfließen und stärkt ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sowie ihre Attraktivität als Auftragnehmer und Arbeitgeber.

➤ **Projekte zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern im ländlichen Raum**

Auf Empfehlung des Frauenministeriums wurde seitens des BMLFUW im Rahmen des Begleitausschusses für das Österreichische Programm für ländliche Entwicklung LE14-20 eine Arbeitsgruppe zur Gleichstellung von Frauen und Männern und Chancengleichheit im ländlichen Raum eingerichtet. 2017 wurden gleichstellungsfördernde Maßnahmen in den Handlungsfeldern Gender Mainstreaming, Förderung der Beteiligung von Frauen in Entscheidungsgremien und Existenzsichernde Beschäftigung von Frauen im ländlichen Raum erarbeitet, welche noch in der laufenden Programmperiode ab 2018 zur Umsetzung kommen.

➤ **Notstandshilfe**

Beim Anspruch auf Notstandshilfe nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz wird ab 1. Juli 2018 das Einkommen des Partners bzw. der Partnerin nicht mehr angerechnet.

Bei der Beurteilung der wirtschaftlichen Verhältnisse wurde bisher auch das Einkommen des Partners bzw. der Partnerin berücksichtigt (bereits ab einer Höhe von rund 650 Euro). 2016 gab es laut Sozialministerium rund 21.500 Menschen, denen die Notstandshilfe um durchschnittlich 330 Euro monatlich aufgrund der Einkünfte des Partners/der Partnerin gekürzt wurden.

Mehrheitlich (zu circa 60 Prozent) betrafen die Kürzungen Frauen; ab Mitte 2018 steht diese Versicherungsleistung als Individual-Leistung allen Personen zu, die die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen.

➤ **Mutterschutzgesetz und Mutterschutzverordnung**

Bis Ende 2017 hat das Mutterschutzgesetz für eine vorzeitige Freistellung einer Schwangeren zum Schutz der Gesundheit von Mutter und Kind das Zeugnis einer Arbeitsinspektionsärztin oder eines Arbeitsinspektionsarztes bzw. einer Amtsärztin oder eines Amtsarztes verlangt.

Ab Anfang 2018 ist stattdessen in den meisten Fällen „nur“ ein fachärztliches Gutachten beizubringen. Die Gründe für eine Freistellung und auch die Festlegung, welche Fachärztinnen bzw. Fachärzte darüber zu entscheiden haben, wurden rechtsverbindlich in der Mutterschutzverordnung festgelegt.

Demnach dürfen nur Fachärztinnen und Fachärzte aus den Fachgebieten Gynäkologie sowie Innere Medizin Freistellungszeugnisse ausstellen. Die Verordnung nennt 17 medizinische Gründe, die eine Freistellung nahelegen

(z.B. Auffälligkeiten beim ungeborenen Kind, die sich im Ultraschall zeigen, schwere Diabetes oder Mehrlingsschwangerschaften).

Für eine Freistellung wegen anderer medizinischer Gründe als der in der Verordnung genannten, ist im Einzelfall weiterhin ein Freistellungs-Zeugnis einer Ärztin oder eines Arztes der Arbeitsinspektion oder einer Amtsärztin bzw. eines Amtsarztes erforderlich.

➤ **Erwachsenenschutzgesetz**

Nicht alle erwachsenen Menschen sind in der Lage, alle ihre Angelegenheiten allein und eigenverantwortlich zu regeln. Durch verschiedene Krankheiten, infolge von Unfällen oder aufgrund einer verzögerten Entwicklung oder in hohem Alter können sie in die Lage kommen, Unterstützung und Hilfe zu brauchen, um ihren Alltag bewältigen zu können.

Früher sah die Rechtsordnung ein „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ vor. Bis 1984 konnten Personen „entmündigt“ werden; rechtlich waren sie dadurch Kindern gleichgestellt; dann trat der Gedanke der notwendigen Unterstützung stärker in den Vordergrund: Unter gerichtlicher Kontrolle konnte eine „Sachwalterschaft“ für bestimmte Lebensbereiche angeordnet werden.

Ab 1. Juli 2018 wird der Schutzgedanke noch mehr ausgebaut.

Eine erwachsene Person, die Hilfe braucht, soll so weit wie möglich selbständig bleiben und im Rahmen ihrer individuellen Entscheidungs-Fähigkeiten auch weiter rechtlich handeln können. Die Hilfestellung soll als Begleitung und Unterstützung verstanden werden; sie ist nur in den Bereichen zulässig, wo sie unvermeidlich ist.

Nach der neuen Rechtslage soll es vier mögliche Formen der Vertretung zum Schutz von erwachsenen Personen geben, wobei keine der nachfolgenden Vertretungsarten zu einem automatischen Verlust der Geschäftsfähigkeit der vertretenen Person führt.

- An die Stelle der Sachwalterschaft tritt die als letzter Ausweg („ultima ratio“) vorgesehene gerichtliche Erwachsenenvertretung, die stets auf bestimmte Vertretungshandlungen beschränkt ist.
- Die gesetzliche Erwachsenenvertretung ist die Vertretungsbefugnis der Angehörigen. Sie soll jedoch nicht unmittelbar kraft Gesetzes eintreten, sondern nur dann bestehen, wenn sie im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) eingetragen wird.
- NEU eingeführt wird die gewählte Erwachsenenvertretung durch eine im ÖZVV eingetragene Person, die von der erwachsenen unterstützungsbedürftigen Person selbst gewählt werden kann, sofern eine diesbezügliche Willensbildung möglich ist, wenn also die schutzbedürftige Person die

Tragweite einer Bevollmächtigung zumindest in Grundzügen versteht und sich entsprechend verhalten kann.

- Die Vorsorgevollmacht soll aus dem geltenden Recht übernommen werden; sie hat sich bewährt. Der Wirkungsbereich ist grundsätzlich unbeschränkt. Die Vorsorgevollmacht beruht auf der persönlichen Willensbildung der vertretenen Person und wird dann (unbefristet) wirksam, wenn der „Vorsorgefall“ (z.B. Demenzerkrankung in hohem Alter) eintritt, wenn also der Vollmachtgeber nicht mehr handlungsfähig ist.

Frauengesundheit

➤ Aktionsplan Frauengesundheit

Der Aktionsplan Frauengesundheit wurde im Nationalrat im Juni 2017 und im Gleichbehandlungsausschuss vorgestellt und in Folge wurde die Zusage eingeholt, dass Maßnahmen aus dem Aktionsplan umgesetzt werden sollen. Der Entschließungsantrag betreffend den Ausbau von Programmen zum Thema Frauengesundheit wurde angenommen. Der Aktionsplan Frauengesundheit ist der erste Aktionsplan dieser Art europaweit und soll dazu beitragen, die genderspezifischen Aspekte in Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Der Aktionsplan deckt sich mit den österreichischen Gesundheitszielen und nutzt die Synergieeffekte bei anderen bestehenden bundesweiten Strategien. Der Aktionsplan wurde im Rahmen des 1. Frauengesundheitsdialoges im Mai 2017 der Öffentlichkeit vorgestellt. Er umfasst 40 Maßnahmenvorschläge für eine gendergerechte, lebensphasenbezogene Gesundheitsförderung und –Versorgung von Frauen.

Als Schwerpunktthemen wird 2018 auf drei Wirkungsziele (WZ) fokussiert:

- WZ 5 – „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund erhöhen“,
- WZ 7 – „Bei Mädchen und jungen Frauen ein positives Selbstbild für ein gesundes Leben fördern“ und
- WZ 11 „Die psychische Gesundheit von Frauen stärken“.

Am 27. November 2017 fand das erste Treffen der regionalen KoordinatorInnen („Focal Point“) statt. Bei diesem Treffen wurden die nächsten Schritte für die Regionalisierung und für die Koordinierung der Focal Points untereinander vorbereitet. Die Bündelung von frauengesundheitsspezifischen Projekten sowie der Austausch zwischen den Bundesländern und der Bundesebene sowie die Etablierung eines Frauengesundheitsboards waren weitere wichtige Ziele des Treffens. Die Focal Point Arbeitstreffen sind zwei Mal jährlich geplant. 2018 soll darüber hinaus der 2. Frauengesundheitsdialog stattfinden.

Gesundheitsberufe

➤ Gesundheitsberuferegister

Mit dem Gesundheitsberuferegister-Gesetz, BGBl. I Nr. 87/2016, wird ein Gesundheitsberuferegister für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und der gehobenen medizinisch-technischen Dienste geschaffen.

Die Registrierung von Angehörigen der Gesundheitsberufe ist einerseits aus innerstaatlichen Erfordernissen, insbesondere aus Gründen der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit, geboten, da durch das Register Transparenz und Nachvollziehbarkeit für Berufsangehörige, Patienten/-innen und Dienstgeber/-innen geschaffen und die regionale bzw. bundesweite Bedarfsplanung der Gesundheitsberufe erleichtert werden. Andererseits erfolgt auch aus internationaler/unionsrechtlicher Sicht durch die Registrierung der genannten Gesundheitsberufe eine Anpassung an die internationalen Standards und eine Erleichterung der Migration sowie des internationalen Informationsaustausches.

Mit der Führung des Gesundheitsberuferegisters ist die Gesundheit Österreich GmbH betraut, Registrierungsbehörden sind die Bundesarbeitskammer und die Gesundheit Österreich GmbH.

Das ursprüngliche Inkrafttreten für die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister mit 1.1.2018 wurde durch die GBRG-Novelle 2017, BGBl. I Nr. 43/2017 auf den 1.7.2018 verschoben.

➤ Ausbildungen in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen

Die GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 120, die am 1. August 2016 kundgemacht wurde, sieht ein gestuftes Inkrafttreten der verschiedenen Reformmaßnahmen betreffend die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe vor. Einerseits wurden zeitnah umsetzbare Inhalte sofort bzw. mit nur kurzer Legisvakanz wirksam. Andererseits ist für die Umsetzung bestimmter Inhalte eine angemessene Übergangszeit erforderlich, um einzelne Maßnahmen zu realisieren, Durchführungsverordnungen zu erarbeiten und zu erlassen sowie bestimmte Reforminhalte einer Evaluierung zu unterziehen.

Während die neuen Regelungen über die Pflegeassistentenberufe bereits kurz nach Kundmachung – mit 1. September 2016 – in Kraft getreten sind sowie die bereits in der Praxis realisierte Überführung der Ausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben in den tertiären Bereich das Auslaufen der entsprechenden Sekundärausbildungen (Sonderausbildungen) in diesem Bereich bereits mit Ende 2016 ermöglichte, war für die übrigen Ausbildungsmaßnahmen eine längere Übergangsfrist zu normieren.

Die Normierung der vollständigen Überführung der Grundausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Bereich ist mit 1.1.2024 vorgesehen.

Mit 1.1.2018 wird das Auslaufen der speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege zugunsten einer einheitlichen generalistischen Grundausbildung und darauf aufbauenden Spezialisierungen wirksam.

➤ **Hebammenausweis**

Mit der Novelle der Hebammen-Ausweisverordnung, BGBl. II Nr. 294/2017 wird auch für Hebammen ein zeitgemäßer Berufsausweis als beidseitig bedruckte Kunststoffkarte, die vom Österreichischen Hebammengremium an die Berufsangehörigen ausgegeben wird, geschaffen.

Diese Novelle tritt mit 1.1.2018 in Kraft.

Gesundheitsziele Österreich

Die Gesundheitsziele Österreich sind ein innovativer und breit abgestimmter Prozess, der durch Bürgerbeteiligung und aktive intersektorale Kooperation mit zahlreichen Stakeholdern entstanden ist. Sie sollen den Rahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik in Österreich bieten und dazu beitragen, die gesunden Lebensjahre der in Österreich lebenden Bevölkerung bis 2032 zu erhöhen – unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen.

Sechs der Gesundheitsziele wurden bereits von intersektoral besetzten Arbeitsgruppen bearbeitet. Die Leitung der Arbeitsgruppen wird von unterschiedlichen Ressorts übernommen. Die Arbeitsgruppe „Psychosoziale Gesundheit fördern“ (Gesundheitsziel 9) wird ihren Bericht Anfang 2018 vorlegen. Im Laufe des Jahres 2018 wird der Bericht der Arbeitsgruppe „Luft, Wasser, Boden und alle Lebensräume für künftige Generationen sichern“ (Gesundheitsziel 4) folgen. Im Frühjahr 2018 soll mit der Bearbeitung des Gesundheitsziels „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken“ (Gesundheitsziel 9) durch eine intersektorale Arbeitsgruppe begonnen werden. Die Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel „Gesunde und sichere Bewegung im Alltag fördern“ (Gesundheitsziel 8) wird ihr Update 2018 Jahr vornehmen. www.gesundheitsziele-oesterreich.at

Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen

➤ Rollout und Weiterentwicklung von ELGA

Der Rollout der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) in die fondsfinanzierten Krankenanstalten wurde 2017 plangemäß fortgeführt und soll im Jahr 2018 weitgehend abgeschlossen werden. Bislang hatten bereits mehr als drei Millionen Bürgerinnen und Bürger Kontakt mit ELGA, mehrere Millionen Dokumente, Entlassungsbriefe, Labor- und Radiologiebefunde aus stationären Aufenthalten und Ambulanzbesuchen, können von nachsorgenden Gesundheitseinrichtungen via ELGA eingesehen werden. Im ELGA-Zugangsportaal haben nunmehr auch Eltern die Möglichkeit, sich in Vertretung (für ihre minderjährigen Kinder) in ELGA einzuloggen.

Im Frühjahr 2018 startet der Rollout von ELGA im niedergelassenen Bereich. Regional und zeitlich gestaffelt sollen in einem Zeitraum von mehr als einem Jahr niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apotheken und Institute (Ambulatorien) an ELGA angebunden werden.

Parallel zum Vollbetrieb und zum weiteren Rollout wird die ELGA laufend weiterentwickelt und - falls notwendig - um weitere Funktionalitäten ergänzt. Insbesondere werden die bereits begonnenen Arbeiten zur Nutzbarmachung der technischen ELGA-Infrastruktur für andere eHealth-Anwendungen weitergeführt. Ziel dabei ist, durch die Verwendung zentraler ELGA-Services solche Anwendungen kostengünstiger entwickeln bzw. bereitstellen zu können. Die ELGA-Ombudsstelle ist voll ausgebaut und stellt den Bürgerinnen und Bürgern in ihren dezentralen Standorten in allen Bundesländern einen niederschweligen Zugang in den Bereichen Beratung, Information und Unterstützung rund um das Thema ELGA zur Verfügung. Der erste Tätigkeitsbericht der ELGA-Ombudsstelle ist im Mai 2017 erschienen, die Berichtslegung wird 2018 fortgesetzt.

➤ Entwicklung von eHealth-Anwendungen

Gleichzeitig mit der technischen Vorbereitung bzw. Erweiterung der ELGA-Infrastruktur wurde mit der Konzeption sogenannter eHealth-Anwendungen begonnen, die neben und/oder in Verbindung mit ELGA die Versorgung von Bürgerinnen und Bürgern in spezifischen gesundheitsbezogenen Angelegenheiten unterstützen werden. Die Vorbereitungen für das Projekt elmpfpass (elektronischer Impfpass) sind weit fortgeschritten und sollen 2018 in einen Testbetrieb übergeleitet werden. Ähnliches gilt für den Survivorship-Passport, mit dem die Nachsorge im Bereich Krebserkrankungen in elektronischer Form begleitet und dokumentiert werden wird. Das Pilotprojekt Telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice (TEWEB) wird plangemäß fortgesetzt. Auf der Grundlage der im Jahr 2018 vorgesehenen Evaluierung sollen die Entscheidungsgrundlagen für die Ausrollung des Services in die anderen

Bundesländer vorbereitet werden. Für die Entwicklung von Telegesundheitsservices, in einem ersten Schritt für Telemonitoring, wurden 2017 technisch-organisatorische Rahmenrichtlinien erarbeitet und einem öffentlichen Meinungsbildungsprozess unterzogen. Sie sollen im Jahr 2018 im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit zur allgemeinen Anwendung freigegeben bzw. empfohlen werden.

➤ **Das öffentliche Gesundheitsportal**

Ziel des 2010 gestarteten öffentlichen Gesundheitsportals 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, also ihre Gesundheitskompetenz gestärkt werden ("Patient Empowerment").

2017 sind Informationsangebote zu speziellen Themen wie z.B. Suizid-Prävention und neue Versorgungsformen (Primärversorgung), aber auch Spezialinhalte für Gesundheitsdiensteanbieter hinzugekommen. So werden künftig komprimierte fachliche Informationen, etwa betreffend Arzneimittel, zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2018 soll der inhaltliche Ausbau des Gesundheitsportals um generelle und spezielle Informationsangebote und Services fortgeführt werden. Ebenso in den Regelbetrieb übergeleitet werden zusätzliche Angebote, mit denen aus ELGA-Dokumenten (z.B. Laborbefunden) die entsprechenden weiterführenden Erläuterungen von Laborwerten im Gesundheitsportal direkt abgerufen werden können.

Krankenanstalten

➤ **Modell für die Krankenanstalten-Finanzierung (LKF-Modell) 2018**

Mit 1. Jänner 2018 steht allen Krankenanstalten, die nach dem LKF-System abgerechnet werden, ein aktualisiertes LKF-Modell zur Verfügung. Betroffen sind die landesgesundheitsfondsfinanzierten und die PRIKRAF-Krankenanstalten.

Die Änderungen und Neuerungen im LKF-Modell 2018 beinhalten die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen.

Bereits mit dem LKF-Modell 2017 wurde 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 2018 wurde am 20. Juni 2017 durch den hierzu von der Bundes-Zielsteuerungskommission ermächtigten Ständigen Koordinierungsausschuss beschlossen.

Weitere Detailinformationen zum LKF-Modell 2018 finden sich auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen www.bmgf.gv.at (Schwerpunkt Krankenanstalten > LKF-Modell 2018).

Öffentlicher Gesundheitsdienst

➤ Aktualisierung des nationalen Aktionsplans zur Antibiotikaresistenz (NAP-AMR)

Wegen der internationalen Entwicklungen wurde eine Aktualisierung des bestehenden nationalen Aktionsplans begonnen, die 2018 abgeschlossen sein wird (Weltgesundheitsorganisation - WHO: „Global Actionplan on AMR“, EU: „Schlussfolgerungen des Rates zu den nächsten Schritten im Rahmen eines "Eine-Gesundheit-Konzepts" zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenz“ und „One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance“ sowie Start „Joint Action on Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections (EU-JAMRAI)“, Vereinte Nationen: Resolution adopted by the General Assembly on 5 October 2016, 71/3. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on antimicrobial resistance).

Das Ziel 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 sowie die internationalen Entwicklungen zu berücksichtigen.

➤ Nationaler Aktionsplan Multiresistente Erreger (NAP-MRE)

Multiresistente Keime sind Bakterien, die gleichzeitig gegen mehrere Antibiotika oder, in sehr seltenen Fällen, sogar gegen alle Antibiotika widerstandsfähig sind. Mit Ausnahme von einigen nationalen/internationalen Empfehlungen gibt es keine konkreten einheitlichen Handlungsanweisungen oder Standards.

Ziel ist die Erstellung eines Nationalen Aktionsplans mit Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von multiresistenten Erregern (MRE) in österreichischen Gesundheitseinrichtungen.

➤ Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)

Die ÖPGK versteht sich als nationale Unterstützungsstruktur für die Umsetzung des Gesundheitsziels „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“

(Gesundheitsziel 3). Sie versteht sich zum einen als Wissens- und Informationsdrehzscheibe, die jährliche themenspezifische Fachkonferenzen organisiert, Newsletter herausgibt, eine Webseite betreibt und Modelle guter Praxis aufbereitet. Zum anderen motiviert sie die Umsetzung konkreter Maßnahmen in allen Politik- und Gesellschaftsbereichen. Dafür können Organisationen, die Maßnahmen im Bereich Gesundheitskompetenz durchführen, diese zur Mitgliedschaft in die Plattform einmelden. Die ÖPGK hat derzeit 45 Mitgliedsorganisationen aus unterschiedlichen Politik- und Gesellschaftsbereichen.

Ein weiterer Hebel zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz sind konkrete Schwerpunkte der Plattform. Aktuell liegen diese in den Bereichen Gesprächsqualität in der Krankenversorgung und Gute Gesundheitsinformation (GGI). Beide Schwerpunkte sind auch in der Zielsteuerung Gesundheit verankert, wodurch gewährleistet ist, dass Bund, Länder und Sozialversicherung in der Umsetzung an einem Strang ziehen. Die GGI war auch Schwerpunktthema der heurigen Fachkonferenz der ÖPGK am 29. November in Linz, die dankenswerter Weise das Land Oberösterreich und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse übernommen hat. Für 2018 ist ein Schwerpunkt im Bereich der Gesundheitskompetenten Organisation in Vorbereitung. www.oepk.at

➤ **Krebsstatistikgesetz**

Die Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen sowie für eine evidenzbasierte Planung ist eine qualitativ hochwertige Krebsstatistik. Die Krebsstatistik ist das Ergebnis der im epidemiologischen Krebsregister der Statistik Austria erfassten und ausgewerteten Daten.

Eines der operativen Ziele im Österreichischen Krebsrahmenprogramm ist die Verbesserung der Krebsstatistik. Ausgangspunkt dafür ist die Neugestaltung der gesetzlichen Vorgaben, da das derzeit geltende Krebsstatistik-Gesetz bereits aus dem Jahr 1969 stammt und somit nicht mehr dem aktuellen Stand der Technik gerecht wird. Vorrangiges Ziel ist die Verbesserung des Datenschutzes durch einen elektronischen Meldevorgang mit datenschutzkonformer Pseudonymisierung von Identitätsdaten durch das bereichsspezifische Personenkennzeichen (bPk). Eine Rückführbarkeit auf Einzelpersonen kann dadurch ausgeschlossen werden. Dies soll auch durch die Verschlüsselung der medizinischen Daten auf ihrem Weg von den meldenden Stellen zu Statistik Austria sichergestellt werden.

Darüber hinaus bedingt die elektronische Meldung eine Entlastung der Meldepflichtigen durch Ablöse der Papiermeldung. Weiters besteht bei der derzeit geltenden Regelung - durch die Beschränkung der Meldepflicht auf Krankenanstalten - nur eine eingeschränkte Vollzähligkeit der Daten. Da aber bestimmte Tumorentitäten oft ausschließlich im niedergelassenen Bereich diagnostiziert und behandelt werden, ist die Erweiterung der Meldeverpflichtung auf den niedergelassenen Bereich im Fall der ausschließlichen Behandlungs-

führung wie z.B. bei bösartigem Melanomen oder weißem Hautkrebs, geplant. Dies hat eine deutliche Verbesserung der Datenqualität zur Folge.

Geplant ist, das Begutachtungsverfahren für die Neufassung des Krebsstatistikgesetzes im Laufe des Jahres 2018 zu starten.

➤ **Prognose der Krebsprävalenz**

Der Alterungsprozess der Bevölkerung und der damit verbundene Gesundheitszustand hat Einfluss auf das soziale und gesundheitspolitische System Österreichs. Mit höherem Alter steigt auch das Risiko an Krebs zu erkranken.

Es ist von Bedeutung, wie sich künftig die Häufigkeiten unterschiedlicher Krebsdiagnosen und deren Mortalität entwickeln. Um diese Tendenzen auch quantitativ abschätzen zu können, wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen ein Prognosebericht zu Krebsinzidenz (Krebsneuerkrankungen) und –mortalität bis zum Jahr 2030 von der Bundesanstalt Statistik Österreich erarbeitet. Dieser liegt bereits seit 2015 vor.

Als Grundlage für gesundheitspolitische Planungsmaßnahmen ist in weiterer Folge auch die Darstellung der Krebsprävalenz bis zum Jahr 2030 von Interesse. Diese umfasst die Anzahl jener Personen, die an Krebs erkrankt sind und zu einem bestimmten Stichtag am Leben sind. Für die Planung von Umfang und Art der Ressourcen und die medizinische Versorgung der Patienten und Patientinnen ist die Kenntnis dieser Entwicklung essentiell.

Die ebenfalls damit beauftragte Bundesanstalt Statistik Österreich wird diesen Bericht bis zum ersten Quartal 2018 vorlegen.

➤ **Der Österreichische Gesundheitsbericht 2016**

Der Österreichische Gesundheitsbericht 2016 wird im ersten Quartal 2018 den Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger diverser Ressorts auf Bundes- und Landesebene zur Verfügung stehen. Er wird auch für die interessierte Fachöffentlichkeit sowie für Expertinnen und Experten in Wissenschaft und Lehre von hoher Relevanz sein.

Der Bericht beschreibt die gesundheitliche Lage der Österreicherinnen und Österreicher über den Zeitraum von 2005 bis 2014 vor dem Hintergrund wichtiger Gesundheitsdeterminanten und ausgewählter Aspekte des österreichischen Gesundheitssystems. Nach Möglichkeit wurden Unterschiede nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund und regionalen Unterschieden auf Bundesländerebene angegeben.

➤ **Epidemiologiebericht Depression**

Depressionen sind laut Weltgesundheitsorganisation die weltweit führende Ursache für Einschränkungen in der Handlungs- und Leistungsfähigkeit und tragen entschieden zur globalen Krankheitslast bei. Weltweit sind rund 350 Millionen Menschen von Depressionen betroffen (WHO 2015). Darüber hinaus erleidet jede vierte Person in Europa im Laufe ihres Lebens mindestens eine psychische Krankheitsepisode (depressive Erkrankungen und Angststörungen) (WHO 2012).

Die gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen sowie die Notwendigkeit national abgestimmter Herangehensweisen zur ihrer Vermeidung und Versorgung wurde zunehmend erkannt und spiegelt sich auch in den Österreichischen Gesundheitszielen wider (GZ 9: Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern).

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen beauftragt, unter Herbeiziehung österreichischer Expertinnen und Experten, einen nationalen Epidemiologiebericht zum Thema depressive Erkrankungen zu erarbeiten.

Der Bericht soll als Grundlage für gesundheitspolitische und -planerische Entscheidungen (in den Bereichen Prävention und Kuration), sowie generell als Informationsquelle zum Thema depressive Erkrankungen dienen. Er soll gesundheits-, sozial-, und gesellschaftspolitische Akteurinnen und Akteure sowie die interessierte (Fach)Öffentlichkeit umfassend informieren.

Der Bericht wird Anfang 2018 vorliegen.

➤ **Maßnahmenpaket im Bereich der Opioid-Substitutionstherapie (OST)**

Mit 1.1.2018 wird ein Gesamtpaket wirksam, dessen Grundlagen in einem umfassenden, vom Gesundheitsministerium unterstützten Expertenprozess unter der Ägide des Ausschusses für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung vorbereitet wurden:

- Die medizinischen und psychosozialen Expertenempfehlungen sind in die von vier einschlägigen, an der Ausarbeitung beteiligt gewesenen medizinischen Fachgesellschaften angenommene ärztliche Behandlungsleitlinie „Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie“ eingeflossen. Link zur Leitlinie: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/4/3/CH1040/CMS1509363363988/leitlinie_qualitaetsstandards_opioid-substitutionstherapie.pdf

- Ergänzt wird die Behandlungsleitlinie durch flankierende Regelungen
 - o im Rahmen der bereits im Sommer 2017 in Kraft getretenen Suchtmittelgesetz-Novelle, sowie
 - o in den mit 1.1.2018 in Kraft tretenden Novellen zur Suchtgiftverordnung und zur Weiterbildungsverordnung orale Substitution.

Link zu den Rechtstexten:

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Drogen_Sucht/Drogen/Rechtstexte_zum_Thema_Suchtmittel

Mit diesem Maßnahmenpaket sollen überschießend im ärztlich-therapeutischen Bereich aufgebaute Barrieren abgebaut werden, die die Ärztinnen und Ärzte davon abhalten, sich dieser ärztlichen Behandlung zuzuwenden, ohne dass dabei die erforderlichen Sicherheitsaspekte außer Acht gelassen werden.

- ✓ Die Behandlung soll, wie jede andere ärztliche Behandlung, den wissenschaftlichen Erkenntnissen und ärztlichen Erfahrungen verpflichtet sein. Dafür bietet die Behandlungsleitlinie der Ärzteschaft wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungs- und Orientierungshilfen.
- ✓ Damit die evidenzbasierte Behandlungsleitlinie angewendet werden kann, müssen Spannungsfelder zwischen dieser und damit widerstreitenden Vorschriften der Suchtgiftverordnung aufgelöst werden. Daher entfallen jene Ordnungsvorschriften, die bisher, teils sehr weitgehend, in die ärztliche Indikationsstellung und Behandlung eingegriffen haben, wie insbesondere jene betreffend „Mittel der ersten Wahl“. Die Auswahl des im Einzelfall am besten geeigneten Arzneimittels ist ärztliche Aufgabe.
- ✓ Weiterhin greifen aber jene Vorkehrungen Platz, die darauf zielen, den unkontrollierten, potenziell fremdschädigenden Umgang mit den eingesetzten Medikamenten möglichst gering zu halten. Zu diesem Zweck ist die Opioid-Substitutionsbehandlung eine hochformalisierte ärztliche Behandlung, bei der unter anderem die Substitutions-Dauerverschreibung der amtsärztlichen Vidierung (Beglaubigung) unterliegt. Anstelle der bisher in stark verallgemeinernder Form in die ärztliche Therapie eingreifenden Ordnungsvorschriften wird der Fokus stärker als bisher auf die Stabilität der Patientin/des Patienten im individuellen Einzelfall gelegt. So werden etwa Stabilitätskriterien definiert, die bei der Patientin/beim Patienten als Voraussetzung für längerfristige Medikamentenmitgaben nachvollziehbar vorliegen und ärztlich dokumentiert werden müssen. Rolle und Aufgaben der Amtsärztinnen und Amtsärzte werden klarer als bisher definiert, und die Abgrenzung zur ärztlichen Therapiehoheit wird präziser geregelt. Hervorgehoben wird auch, dass der guten Zusammenarbeit zwischen

Ärzte- und Amtsärzteschaft in dieser Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt.

- ✓ Mit der Novelle zur Weiterbildungsverordnung soll die zur ärztlichen Qualifikation für die OST vorgesehene ärztliche Weiterbildung an Qualität gewinnen, indem sie an die anderen Diplomweiterbildungen der Österreichischen Ärztekammer angepasst wird. Die ursprüngliche Öffentlichkeit der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte wird wiederhergestellt, und es werden Bestimmungen für eine Wiedereintragung in die Liste nach einer Streichung wegen ärztlicher Berufspflichtverletzungen geschaffen.
- ✓ Schließlich wird im Suchtmittelgesetz die Kooperation zwischen Apotheken, Amtsärzteschaft und behandelnder Ärzteschaft gestärkt. Letztere sollen über jene bei den Apotheken bzw. bei der Gesundheitsbehörde wahrgenommenen Hinweise unmittelbar informiert werden, die auf unkontrollierten, selbst- und zugleich potenziell fremdgefährdenden Umgang mit Suchtmitteln deuten. So wird der Arzt/die Ärztin in die Lage versetzt, bei der Behandlung im Einzelfall besser als bisher auf akute Stabilitätskrisen eingehen zu können.

➤ **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 BMGF 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:

Erste Tagung der Plattform Demenzstrategie:

Nach mehreren Sitzungen der Koordinierungsgruppe und der Steuerungsgruppe wird im Herbst 2018 (rund um dem Weltalzheimertag) die erste Tagung der Plattform Demenzstrategie in Graz stattfinden. 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 Bundesländerververtretungen, Hauptverband, Städtebund, Gemeindebund, Betroffenenvertretungen, ExpertInnen), Plenum und bei Bedarf Arbeitsgruppen.

Orientierungshilfe „Demenzkompetenz im Spital“:

In der Österreichischen Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ wird empfohlen, die Strukturen, Prozesse, Abläufe und Umgebungsfaktoren in Krankenanstalten den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz anzupassen (Handlungsempfehlung im Rahmen des Wirkungsziels 5 der Demenzstrategie). Die Orientierungshilfe soll die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für demenzkompetente Krankenhäuser unterstützen. Sie wurde gemeinsam mit Expertinnen und Experten entwickelt, welche bereits über Erfahrungen in der Umsetzung entsprechender Maßnahmen verfügen.

Abschluss des Projekts „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 vom BMASK) 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 Gesamtprojekt soll im Herbst 2018 abgeschlossen sein.

➤ **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 stellen die 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 sind (politische) EntscheidungsträgerInnen, Expertinnen/Experten und NGOs vertreten. Die Plattform soll der niederschweligen Koordination und der Vernetzung zwischen den beteiligten Akteuren/Akteurinnen dienen und somit die psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen und Helfenden verbessern. Die Plattform setzt sich folgendermaßen zusammen:

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

Das Jahr 2018 soll der Erarbeitung von Kriterien für Mindeststandards in der Feststellung des erhöhten Betreuungsbedarfs dienen, die in weiterer Folge EntscheidungsträgerInnen unterstützen sollen.

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

Die seit 2014 jährlich erscheinenden Berichte „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ liefern eine Zusammenschau der wichtigsten verfügbaren und aktuellen Daten zu den Suiziden in Österreich. Die zweiten Teile der Berichte befassen sich jeweils mit aktuellen Schwerpunkt-themen und variieren von Ausgabe zu Ausgabe. Der Bericht für das Jahr 2017 wird Anfang 2018 erscheinen.

Im zweiten Teil des Berichts 2016, der Anfang 2017 veröffentlicht wurde, wurde das Umsetzungskonzept zu SUPRA sowie ein dazugehöriges Startpaket vorgestellt. Das Umsetzungskonzept zu SUPRA steht auf einem Fundament von suizidpräventiven Rahmenbedingungen, die für die Suizidprävention unabdingbar sind: Diese reichen von einer qualitativ hochwertigen und quantitativ ausreichenden verfügbaren psychosozialen Versorgung bis zur Entstigmatisierung des Themas psychische Gesundheit und Krankheit, von einer inklusiven Gesellschaft bis zur Förderung der Suizid(präventions)forschung.

Auf diesem Fundament stehen sechs gleichberechtigte Säulen der Suizidprävention, denen sechs große strategische Ziele und insgesamt 18 operative Ziele sowie 70 konkrete Maßnahmen inklusive Messgrößen und Zielwerte zuzuordnen sind.

Für Entscheidungsträger/innen stellt sich bei dieser Vielzahl von Zielen und Maßnahmen die Frage, welche der Maßnahmen die wichtigsten oder dringlichsten sind. Um eine qualitativ hochwertige Suizidprävention in Österreich nachhaltig sicherzustellen, ist es jedoch wichtig, nicht auf Einzelmaßnahmen zu setzen, sondern die Umsetzung eines Pakets von miteinander in Wechselwirkung stehenden Maßnahmen in Angriff zu nehmen.

Vom SUPRA-Expertengremium wurde daher in Kooperation mit GÖG und BMGF das sogenannte „Startpaket Suizidprävention“ entwickelt. Es enthält zentrale Maßnahmen zu jeder der sechs Säulen, entspricht der föderalen Zuständigkeitsstruktur des Landes und ist mit überschaubarem Aufwand innerhalb von zwei Jahren umsetzbar. Das Startpaket stellt die Basis für Erhaltung bzw. Aufbau einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Suizidprävention dar. Das gesamte Umsetzungskonzept sowie das Startpaket finden sich im zweiten Teil des Suizidberichts 2016, im Jahr 2018 wird hierzu auch ein gesondertes Dokument erscheinen.

Kürzlich wurde SUPRA von der EU (Mental Health Compass) als best practice Modell qualifiziert. www.suizid-praevention.gv.at

➤ **Tagung zur Situation der arbeitsmedizinischen Versorgung in Österreich**

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 stand dem Projekt als Kooperationspartner zur Seite.

Die Studie soll als Basis für die Diskussion über Lösungsmöglichkeiten zur Sicherung der arbeitsmedizinischen Versorgung in Österreich dienen.

Ziele der Bedarfsanalyse waren:

- 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

Auf Basis der mittlerweile vorliegenden Ergebnisse wird 2018 eine Tagung zur Situation der arbeitsmedizinischen Versorgung in Österreich stattfinden.

Österreichische EU-Ratspräsidentschaft 2018

➤ Der EU-Ratsvorsitz im Überblick

In der zweiten Hälfte des Jahres 2018 übernimmt Österreich zum dritten Mal nach 1998 und 2006 den Vorsitz im Rat der Europäischen Union. Gemäß Art. 16 Abs. 9 des EU-Vertrages rotiert der Vorsitz in einer festgelegten Reihenfolge zwischen den Mitgliedstaaten. Die Aufgaben des Ratsvorsitzes bestehen im Wesentlichen in der Organisation und Leitung von Tagungen des Rates bzw. der vorbereitenden Gremien, der Vermittlung zwischen Mitgliedstaaten oder den EU-Institutionen, der Vertretung des Rates gegenüber anderen Institutionen und Organen der EU sowie anderen internationalen Organisationen und Drittstaaten. Der Vorsitz forciert damit gesetzgeberische und politische Entscheidungen und vermittelt Kompromisse unter den Mitgliedstaaten.

Um eine kontinuierliche Weiterführung der Gemeinschaftsagenden sicherzustellen, gestalten seit 2007 jeweils jene drei Länder, die nacheinander die Ratspräsidentschaft innehaben („Trio-Präsidentschaft“) ein gemeinsames Arbeitsprogramm, welches die inhaltliche Ausrichtung der folgenden 18 Monate anhand von thematischen Schwerpunkten festlegt. Das aktuelle Trioprogramm bildet dabei den strategischen Rahmen für die Arbeiten der drei Präsidentschaften Estland, Bulgarien und Österreich.

➤ EU-Ratspräsidentschaft – Arbeitsprogramme BMGF

Im Rahmen der 3. österreichischen Ratspräsidentschaft 2018 stehen folgende Schwerpunkte für das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) im Fokus:

- „Transforming Food Systems – Adding Value for Better Health in Europe“ (Lebensmittelwertschöpfungskette und Ernährungssystem):
Im Zentrum steht die Erarbeitung von Strategien, um das positive Potential einer gesunden Lebensführung, insbesondere in Hinblick auf die Ernährungsversorgung, ausschöpfen zu können und ernährungsbedingte Gesundheitsrisiken EU-weit zu reduzieren. Das europäische Ernährungssystem soll gesundheitsförderliches Verhalten erleichtern und gesundheitliche Chancengleichheit gewährleisten. Auf EU-Ebene soll mit der Einbettung des Themas in die Ratspräsidentschaft der Dialog zwischen den Stakeholdern erleichtert und vorangetrieben werden. Maßnahmen, die einen Nutzen für die öffentliche Gesundheit und gleichzeitig für andere Sektoren innerhalb des Ernährungssystems mit sich bringen, sollen hierbei besondere Beachtung finden. Längerfristig kann hiermit ein wesentlicher Beitrag im Kampf gegen nicht-übertragbare Erkrankungen geleistet und somit die Kostenbelastung auf europäische Gesundheitssysteme reduziert werden.
- „Ensuring access to pharmaceuticals“:
Das Hauptaugenmerk gilt der Ausarbeitung und Diskussion von Handlungsmöglichkeiten im politischen Spannungsfeld zwischen der Sicherstellung des Zugangs zu innovativen und hochwertigen Therapien sowie der Sicherung der finanziellen Tragfähigkeit und Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems.
- „Youth and Gender Equality“: Die Vorhaben im Bereich Frauen und Gleichstellung verfolgen zwei Zielsetzungen:
 - einen offenen und zukunftsorientierten Dialog über Geschlechtergleichstellung fördern sowie
 - eine Stärkung und Institutionalisierung des Diskurses über Geschlechtergleichstellung auf der politischen Agenda der EU vorantreiben.

Der inhaltliche Schwerpunkt wird das Thema Jugend und Geschlechtergleichstellung sein. Anhand dieses Themas werden sowohl eine Review der Pekinger Deklaration und Aktionsplattform im Bereich The Girl Child vorgenommen, als auch neue Aspekte von Geschlechtergleichstellung im Zusammenhang mit Digitalisierung bearbeitet.

Darüber hinaus werden die zum Zeitpunkt der Präsidentschaft aktuellen Legislativvorschläge fortgeführt. Weiterhin werden Themen mit fachlicher Relevanz für das BMGF auch in anderen Ratsformationen (Landwirtschaft und Fischerei, Umwelt, Justiz- und Inneres-Außenbeziehungen) behandelt.

Neben mehr als 20 Fachkonferenzen auf Experten- und Beamtenebene zu Themen im Zuständigkeitsbereich des BMGF bzw. der AGES Medizinmarktaufsicht werden im Rahmen der österreichischen EU-Ratspräsidentschaft auch informelle Treffen der GesundheitsministerInnen und GleichstellungsministerInnen in Wien stattfinden. Der formelle Rat für Beschäftigung, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz wird am 6./7. Dezember 2018 in Brüssel tagen.

Für die Dauer der Ratspräsidentschaft wird das BMGF mit einem erweiterten Team in Brüssel vertreten sein.

Qualität im Gesundheitswesen

➤ **A-IQI Bericht 2017**

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 insgesamt ca. 280 Indikatoren (z.B. Intensivhäufigkeiten, abnorme Verläufe, Mengeninformationen, Operationstechniken sowie Versorgungs- und Prozessindikatoren).

In dem speziell für die Bevölkerung errichteten Tool "kliniksuche.at" werden derzeit bereits 60 % des Leistungsgeschehens in den Krankenanstalten abgebildet, als nächstes werden die Bereiche: Herzchirurgie, Gefäßchirurgie, Urologie und Augen veröffentlicht. Auch 2018 wird ein Ländervergleich Österreich-Deutschland-Schweiz veröffentlicht. Inhaltlich werden die Schwerpunkte 2017 (A-IQI-Ergebnisse inkl. Peer-Review-Ergebnisse) Operationen an der Lunge, Darm-Operationen, Leistungen auf Intensivseinheiten, Beatmung, zusätzlich dargestellt.

➤ **Endoprothetikbericht**

Die Entwicklung der Endoprothetik in Österreich, insbesondere im Rahmen von A-IQI, wird in einem Bericht Anfang 2018 veröffentlicht werden. Neben den regulären A-IQI Indikatoren im Bereich der Endoprothetik und der jährlichen Sonderauswertung - Revisionen, werden die durchgeführte bundesweite Erhebung beschrieben sowie entsprechende Ergebnisse dargestellt. Die Erhebung

stellt eine detaillierte Analyse aller Hüft- und Knieendoprothesenrevisionen und Sentinel-Todesfälle (bei diesen führt bereits jeder einzelne Todesfall zu einer signifikanten Auffälligkeit) dar und wurde in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften für Orthopädie und Traumatologie (UC/OR) entwickelt. Dabei wird mittels eines Fragebogens jeder einzelne Fall über die Routinedaten hinaus betrachtet.

➤ **Qualitätsstrategie und Patientensicherheitsstrategie**

Die „Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen“ (Version 2.0) wurde im Juni 2017 von der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Veröffentlichung freigegeben. In Ergänzung dazu wird 2018 eine aktualisierte weiterentwickelte Fassung der österreichweiten Patientensicherheitsstrategie veröffentlicht werden. Die neue Version der Patientensicherheitsstrategie richtet sich an die verschiedenen Akteure und Akteurinnen im Gesundheitswesen, um sie dabei zu unterstützen, ihre Leistungen in einem sicheren Umfeld und in hoher Qualität zu erbringen.

Im Sinne der Patientenorientierung sollen die Menschen bei ihren Kontakten mit dem Gesundheitssystem im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, sich aktiv zu beteiligen.

➤ **A-HAI – Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen in Krankenanstalten**

Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (Health Associated Infections - HAI) haben eine erhebliche medizinische und ökonomische Bedeutung. Krankenhaus-hygienische Maßnahmen nehmen in der Vermeidung von HAI eine Schlüsselrolle ein und das Verringern der HAI-Inzidenz leistet einen wichtigen Beitrag zu höherer Patientensicherheit.

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016, Artikel 8 (Steuerungsbereich Ergebnisorientierung, operatives Ziel 8.3.1), sieht die Festlegung einer bundesweit einheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen vor. Verpflichtend zu erfassen sind laut „Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Krankenhauskeimen“ über die Systeme ANISS, KISS, ASDI, NISS

- Postoperative Wundinfektionen (Gallenblasenentfernung, Hüftendoprothese) auf Basis des aktuellen HAISSE Light Protokolls; die zusätzliche Erfassung weiterer Operationen bzw. die Verwendung des erweiterten aktuellen HAISSE Standard Protokolls ist möglich.

- Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen auf Intensivstationen auf Basis des aktuellen HAICU Light Protokolls; die Verwendung des erweiterten aktuellen HAICU Standard Protokolls ist möglich.

Geplant ist die operative Inbetriebnahme des Erfassungssystems im Jahr 2018.

Sozialversicherungsrecht

Wesentliche Änderungen im Bereich des Kranken- und Unfallversicherungsrechts, die am 1. Jänner 2018 in Kraft treten:

➤ **Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2016, BGBl. I Nr. 29/2017**

1) Abfuhr der Dienstnehmer/innen/beiträge für Aushilfskräfte durch den/die Dienstgeber/in:

Für Aushilfskräfte, die neben der Aushilfstätigkeit in einem die Vollversicherung nach dem ASVG begründenden Dienstverhältnis stehen und die geringfügige Aushilfstätigkeit an noch nicht mehr als 18 Tagen im Kalenderjahr ausgeübt haben sowie bei einem/einer Dienstgeber/in tätig sind, der an noch nicht mehr als 18 Tagen im jeweiligen Kalenderjahr Personen als Aushilfskräfte geringfügig beschäftigt hat, sind 3 Jahre lang (2018 bis 2020) sämtliche SV-Beiträge und die Arbeiterkammerumlage (Landarbeiterkammerumlage) vom/von der Dienstgeber/in zu entrichten.

2) Entfall der Vorschreibung des Unfallversicherungsbeitrags für Aushilfskräfte:

Der Unfallversicherungsbeitrag in der Höhe von 1,3% der Beitragsgrundlage, den Dienstgeber/innen von Aushilfskräften derzeit zu leisten haben, soll entfallen. Die Beiträge zur Unfallversicherung sollen in diesen Fällen aus Mitteln der Unfallversicherung getragen werden. Dieses Modell soll 3 Jahre lang (2018 bis 2020) für maximal 18 Aushilfstage pro Dienstnehmer/in gelten, wenn der/die Dienstgeber/in noch nicht mehr als 18 Tage Personen geringfügig beschäftigt hat.

➤ **Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird, BGBl. I Nr. 49/2017**

Es wurde eine gesetzliche Grundlage für die Preisfestsetzung für zwar im Warenverzeichnis des Österreichischen Apotheker-Verlages gelistete, jedoch nicht im Erstattungskodex angeführte Arzneispezialitäten geschaffen. Für nicht im Erstattungskodex angeführte Arzneispezialitäten wurden zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit Sonderbestimmungen hinsichtlich der Verrechnung der auf Kosten der sozialen Krankenversicherung abgegebenen Produkte festgelegt.

➤ **Einigung auf eine Lösung für die Wartezeiten für CT- und MRT-Untersuchungen**

Am 28. März 2017 konnte zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Wirtschaftskammer eine Einigung betreffend die Wartezeiten für CT- und MRT-Untersuchungen erzielt werden:

Ab dem Jahr 2018 soll jede Patientin/jeder Patient einen MRT-Termin maximal innerhalb von 20 Arbeitstagen, einen CT-Termin maximal innerhalb von 10 Arbeitstagen erhalten. Innerhalb dieser Frist soll die Terminvergabe je nach der Dringlichkeit der Untersuchung erfolgen.

Ab sofort gilt, dass die Versicherten in Akutfällen umgehend, in dringenden Fällen innerhalb von fünf Arbeitstagen einen Termin als Sachleistung angeboten erhalten. Ob ein Fall medizinisch dringlich ist, ist dabei direkt zwischen der zuweisenden Ärztin/dem zuweisenden Arzt und der Fachärztin/dem Facharzt für Radiologie abzuklären.

Können diese Fristen - z.B. durch vorübergehende Ausfälle in einem Ambulatorium - nicht eingehalten werden, so hat das betreffende Ambulatorium die Versicherte/den Versicherten dabei zu unterstützen, bei einem anderen Institut in der Umgebung rechtzeitig einen Termin zu erhalten. Die CT-/MRT-Institute haben sich bereit erklärt, durch Überstunden zusätzliche Kapazitäten bereitzustellen, um die langen Wartezeiten bis Ende des Jahres 2017 auf ein medizinisch vertretbares Niveau abbauen zu können.

Zudem darf es nach der getroffenen Vereinbarung zu keiner Ungleichbehandlung von Privat- und Kassenpatient/inn/en kommen. Privatzahlungen dürfen nicht zu einer früheren Terminvergabe als jener für Kassenpatient/inn/en führen. Die CT- und MRT-Institute werden nach der getroffenen Vereinbarung dazu verpflichtet, die aktuelle Wartezeitensituation über ihre jeweilige Homepage zu veröffentlichen.

Der Vollständigkeit halber wird noch auf folgende Änderungen hingewiesen, die bereits vor dem 1. Jänner 2018 in Kraft getreten sind bzw. erst am 1. Juli 2018 in Kraft treten:

➤ **Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird, BGBl. Nr. 49/2017**

Für den Bereich der Generika wurde hinsichtlich der Preisgestaltung eine geänderte Regelung getroffen. Durch die Festlegung eines Preisbandes für wirkstoffgleiche Medikamente sollen die nach wie vor bestehenden

Preisunterschiede zwischen wirkstoffgleichen Arzneyspezialitäten verringert werden.

Zudem erfolgte eine explizite Regelung betreffend der Biosimilars, somit von Nachfolgeprodukten von Biopharmazeutika, im Bereich des ASVG.

Diese Maßnahmen sind bereits mit 1. Mai 2017 in Kraft getreten.

➤ **Sozialversicherungs-Zuordnungsgesetz, BGBl. I Nr. 125/2017**

1) Ausstattung der e-cards mit einem Foto:

Ab 1. Jänner 2019 ist auf allen ab diesem Zeitpunkt an Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, neu ausgegebenen oder ausgetauschten e-cards ein Lichtbild dauerhaft anzubringen, das den Karteninhaber/die Karteninhaberin erkennbar zeigt. Durch das Aufbringen des Fotos auf der e-card wird die Möglichkeit der Überprüfbarkeit der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen aus der Sozialversicherung erleichtert, was insbesondere zu einer Verwaltungsvereinfachung für die Leistungserbringer/innen führt.

Bis 31. Dezember 2023 sind alle e-cards, auf denen noch kein Lichtbild angebracht ist, auszutauschen. Wird ab diesem Zeitpunkt eine e-card ohne Lichtbild vorgelegt, so gilt die bereits bestehende Verpflichtung zur Überprüfung der Identität.

Das Lichtbild ist vom Karteninhaber/von der Karteninhaberin beizubringen, soweit es nicht aus Beständen von Bundes- oder Landesbehörden entnommen wird.

Diese Maßnahme hat keinen Einfluss auf das Bestehen des Versicherungsschutzes der Versicherten.

2) Gewährung einer kostenlosen Hepatitis-Impfung für Mitglieder von freiwilligen Feuerwehren:

Mitgliedern von freiwilligen Feuerwehren (Feuerwehrverbänden), die vom Österreichischen Bundesfeuerwehrverband der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt als Personen, die einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, benannt werden, ist als vorbeugende Maßnahme die Impfung gegen Hepatitis A und B kostenlos durch die AUVA zu gewähren, zumal diese Personen in ihrer Freizeit einen wichtigen Dienst an der Gesellschaft erbringen.

Das Sozialversicherungs-Zuordnungsgesetz ist am 1. August 2017 kundgemacht worden; die gegenständlichen Maßnahmen sind mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag, somit am 2. August 2017, in Kraft getreten.

➤ **Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 131/2017**

Mit der Primärversorgung im Sinne von „Primary Health Care“ besteht ein interdisziplinäres, multiprofessionelles und integratives Primärversorgungssystem aus mehreren Berufsgruppen.

Primary Health Care umfasst auch die Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention und ist somit ein umfassendes Gesundheitskonzept.

Durch die Umstellung auf die neuen Primärversorgungsstrukturen wird in bereits bestehende niedergelassene hausärztliche Strukturen oder in bestehende Vertragsverhältnisse nicht eingegriffen.

Eine Primärversorgungseinheit kann als Netzwerk oder als Zentrum ausgebildet sein und in jeder organisatorisch möglichen und rechtlich erlaubten Form betrieben werden.

Primärversorgungseinheiten treten nach außen, also insbesondere gegenüber der Bevölkerung und der Sozialversicherung, als Einheit mit eigener Rechtspersönlichkeit auf.

Die in den Sozialversicherungsgesetzen verankerte „freie Arztwahl“ bleibt bestehen.

Das Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 ist am 2. August 2017 kundgemacht worden und mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag, somit am 3. August 2017, in Kraft getreten.

➤ **Rahmenvertrag über die Durchführung und Finanzierung von ambulanten Tumorbehandlungen mit Protonen oder Kohlenstoffionen**

Ende des Jahres 2016 hat Med Austron als Zentrum für Krebsbehandlungen mittels Ionen- und Hadronen-Strahlentherapie mit der Behandlung von Patient/inn/en begonnen. Da in der Vergangenheit seitens der Sozialversicherung lediglich Kostenzuschüsse zu der im Gegenstand genannten Behandlungstechnik zu leisten waren, wurden seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der EBG MedAustron GmbH Vertragsverhandlungen geführt, um diese Behandlungstechnik den Patient/inn/en über die gesetzliche Krankenversicherung - ohne finanzielle Hürden - als Sachleistung zu gewähren. Es konnte schließlich am 13. Juli 2017 zwischen dem Hauptverband und der EBG MedAustron GmbH ein Rahmenvertrag abgeschlossen werden.

Die wesentlichen Eckpunkte der vertraglichen Regelungen sind folgende:

- Die Sozialversicherung finanziert nur ambulante Behandlungen.
- Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Sozialversicherung ist die Empfehlung eines unabhängigen Tumorboards.
- Einheitstarif pro Behandlungsserie in Höhe von 33.000 € (netto, zzgl. USt.; ab 2019 mit dem VPI aufzuwerten); mit dem Pauschaltarif sind alle erforderlichen medizinischen Leistungen abgegolten.
- Wenn Patient/inn/en aus medizinischen Gründen während einer Behandlung nicht täglich heimkehren können, übernimmt MedAustron die Kosten deren Übernachtung und Verpflegung auf „Drei Sterne Basis“ bei einer Kostenbeteiligung von 15 €/Tag, ausgenommen für Kinder.
- Aufzahlungen sind ebenso wie eine Bevorzugung von Privatpatient/inn/en verboten.
- Wartezeiten sind transparent im Internet zu publizieren.

Die vertraglichen Regelungen treten rückwirkend mit 1. Dezember 2016 in Kraft; Altfälle seit der Inbetriebnahme von MedAustron sind aufzurollen und über den Vertrag abzurechnen.

Durch eine gesicherte Sachleistungsversorgung im vorliegenden Zusammenhang wird das in der Sozialversicherung geltende Prinzip der Solidarität gestärkt und ein gleicher Zugang zu den in Rede stehenden Behandlungen für alle ermöglicht.

➤ **Pensionsanpassungsgesetz 2018, BGBl. I Nr. 151/2017**

1) Ausweitung der Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit:

Für in der gewerblichen Wirtschaft selbständig erwerbstätige Personen, bei denen die Aufrechterhaltung ihres Betriebes von deren persönlicher Arbeitsleistung abhängt und die in ihrem Unternehmen regelmäßig keinen oder weniger als 25 Dienstnehmer/innen beschäftigen, besteht der Anspruch auf die Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit rückwirkend ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Damit soll diese Personengruppe, bei der eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer lang andauernden Krankheit existenzbedrohend sein kann, finanziell noch besser abgesichert werden (tägliche Unterstützungsleistung in der Höhe von 29,93 Euro).

Diese Maßnahme tritt mit 1. Juli 2018 in Kraft und mit Ablauf des 30. Juni 2022 außer Kraft und ist auf jene Versicherten anzuwenden, deren Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nach dem 30. Juni 2018 eingetreten ist.

Ergibt die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bis zum 30. Juni 2021 durchzuführende Evaluierung, dass die Unterstützungsleistung messbare positive Auswirkungen auf die wirtschaftliche Entwicklung von Klein- und Mittelunternehmen zeitigt, so kann durch Verordnung das Außer-Kraft-Treten neu festgesetzt werden.

2) Weiterer Ausbau der Zuschussgewährung an Dienstgeber/innen im Falle der Entgeltfortzahlung:

Um Kleinunternehmen mit bis zu zehn Dienstnehmer/inne/n künftig besser zu unterstützen, werden die bisher nur im Ausmaß von 50 % des fortgezahlten Entgelts (einschließlich allfälliger Sonderzahlungen unter Beachtung der eineinhalbfachen Höchstbeitragsgrundlage) gebührenden Zuschussleistungen weiter ausgebaut und auf 75 % angehoben.

Diese Maßnahme dient auch dem Schutz der Dienstnehmer/innen: Da sich Kleinunternehmen die Entgeltfortzahlung erkrankter Dienstnehmer/innen und die gleichzeitige Beschäftigung von Ersatzarbeitskräften, die jedoch notwendig sind um den Betrieb aufrecht zu erhalten, vielfach nicht leisten können, mussten erkrankte Dienstnehmer/innen bisher befürchten, im Krankenstand gekündigt zu werden. Diese Kündigungen können durch die vorgeschlagene Maßnahme hintangehalten werden.

Wie bisher gebühren die Zuschüsse im Erkrankungsfall ab dem elften Tag, bei Eintritt eines Unfalles ab dem ersten Tag der Entgeltfortzahlung.

Diese Maßnahme tritt mit 1. Juli 2018 in Kraft und ist auf Entgeltfortzahlungstage infolge von Krankheit und Unfällen, die nach dem 30. Juni 2018 eingetreten sind, anzuwenden.

Tabakrechtliche Bestimmungen

➤ Inkrafttreten von tabakrechtlichen Bestimmungen gemäß TNRSG

1. Erweiterte Rauchverbote:

- In Räumen für die Herstellung, Verarbeitung, Verabreichung oder Einnahme von Speisen oder Getränken sowie in den in Gastronomiebetrieben den Gästen zur Verfügung stehenden Bereichen sowie in Mehrzweckräumlichkeiten einschließlich nicht ortsfester Einrichtungen (z.B. in Festzelten) tritt mit Wirksamkeit vom 1. Mai 2018 ein absolutes Rauchverbot (ohne Möglichkeit zur Einrichtung eines Raucherbereiches/Raucherraumes) in Kraft. Damit wird auch klargestellt, dass das Rauchverbot jedenfalls auch dann gilt, wenn in Räumen öffentlicher Orte Speisen und Getränke hergestellt, verarbeitet, verabreicht oder eingenommen werden (wie z.B. bei

Versammlungen, in Pfarrsälen, Feuerwehresten etc.). Freiflächen (z.B. Gastgärten) sind vom Rauchverbot nicht umfasst.

Ausgenommen sind nur Räume, die ausschließlich privaten Zwecken dienen.

- Für Räume oder Einrichtungen in denen Kinder und Jugendliche beaufsichtigt, aufgenommen oder beherbergt werden (z.B. schulische Liegenschaften, Internate, etc.) besteht bereits ein uneingeschränktes Rauchverbot. Ab 1. Mai 2018 wird dieses auf die bisher vom Rauchverbot nicht erfassten Freiflächen erweitert.
- Absolutes Rauchverbot besteht ab 1. Mai 2018 auch für Vereinslokale, sofern darin Vereinstätigkeiten im Beisein von Kindern- und Jugendlichen ausgeübt werden (z.B. Chor- oder Musikproben, Sportvereinstreffen, etc.).
- Weiters besteht ab 1. Mai 2018 ein ausnahmsloses Rauchverbot in sämtlichen geschlossenen öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln, welche der entgeltlichen oder gewerblichen Personenbeförderung dienen (wie z.B. in Taxis, Mietwägen, Flughafentransfers, Behinderten-, Alten-, Schüler- und Krankentransporten). Die Einrichtung von Raucherräumen ist – im Gegensatz zur möglichen Einrichtung von Raucherräumen in Räumen öffentlicher Orte unzulässig. Räume öffentlichen Ortes“ sind z.B. ausgewiesene abgetrennte Raucherräume in Flughäfen, Bahnhöfen, aber auch Krankenanstalten oder ähnliche Einrichtungen.
- In Hotels und vergleichbaren Beherbergungsbetrieben besteht grundsätzlich Rauchverbot insbesondere in den der Nächtigung von Gästen dienenden Hotel- und Beherbergungszimmern. Es kann allerdings im allgemein zugänglichen Bereich eines derartigen Betriebes in einem Nebenraum ein Raucherraum eingerichtet werden, sofern gewährleistet ist, dass aus diesem Nebenraum der Tabakrauch nicht in den mit Rauchverbot belegten Bereich dringt, das Rauchverbot dadurch nicht umgangen wird und in dem Raucherraum auch keine Speisen und Getränke hergestellt, verarbeitet, verabreicht oder eingenommen werden.
- Vom Rauchverbot sind nunmehr auch Betriebe erfasst, die nicht unter die Gewerbeordnung fallen (z.B. Buschenschanken).
- Tabaktrafiken sind grundsätzlich vom Rauchverbot ausgenommen, fungieren sie jedoch als Postpartner, gilt in diesen Trafiken ebenfalls ein generelles Rauchverbot.
- Bei begründetem Verdacht, dass in einer Betriebsstätte ein Verstoß gegen das Rauchverbot vorliegt, haben behördliche Aufsichtsorgane (z.B. Arbeitsinspektoren, Lebensmittel- und Gewerbeaufsichtsorgane etc.) dies der zuständigen Behörde zur Kenntnis zu bringen.

- Das Rauchverbot umfasst neben herkömmlichen Tabakerzeugnissen jeweils auch verwandte Erzeugnisse (wie z.B. E-Zigaretten, Shishas etc.).
2. Die bestehende Tabakerzeugnis-Inhaltsstoffe-Erhebungsverordnung - TIEV (BGBl II Nr. 16/2010) sowie die Nichtrauchererschutz-Kennzeichnungsverordnung – NKV (BGBl II Nr. 424/2008), stehen hinsichtlich der Aufnahme von Regelungen für verwandte Erzeugnisse (z.B. E-Zigaretten und deren Liquids, Shishas etc.) in Überarbeitung.
 3. 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, welche in nationales Recht zu transformieren ist.

VerbraucherInnengesundheit und Lebensmittel

➤ **Neue Verordnung über neuartige Lebensmittel – Verordnung (EU) 2015/2283**

Die bestehenden Rechtsvorschriften für neuartige Lebensmittel aus dem Jahre 1997 wurden überprüft, klarer formuliert und aktualisiert um die jüngsten wissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen zu berücksichtigen. Die novellierte Verordnung über neuartige Lebensmittel (VO (EU) 2015/2283) wurde am 25. November 2015 durch das Europäische Parlament und den Rat erlassen und gilt uneingeschränkt ab 1. Jänner 2018. Die allgemeinen Kriterien für die Begriffsbestimmung für neuartige Lebensmittel bleiben allerdings unverändert: Neuartige Lebensmittel sind Lebensmittel, die vor dem 15. Mai 1997 in der EU nicht in nennenswertem Umfang für den menschlichen Verzehr verwendet wurden.

Die wichtigsten Verbesserungen der neuen Verordnung:

- Optimierung und Zentralisierung des Zulassungsverfahrens (generische Zulassung) – die Europäische Kommission bearbeitet alle Anträge und erteilt die Zulassungen.
- Sicherheitsbewertung durch die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) - Zulassungsentscheidungen anhand der Ergebnisse der Bewertungen der EFSA.
- Auflistung aller zugelassener neuartiger Lebensmittel in einer Unionsliste (Positivliste).

- Verbesserung von Effizienz und Transparenz durch die Einführung von Fristen für die Sicherheitsbewertung und das Zulassungsverfahren.
- Vereinfachtes Bewertungsverfahren für traditionelle Lebensmittel aus Drittländern (Nachweise einer sicheren Verwendung über längere Zeit) – sofern keine Sicherheitsbedenken von EU-Mitgliedstaaten oder EFSA vorgebracht werden, Inverkehrbringen dieses traditionellen Lebensmittels auf Basis einer Notifizierung.
- Beschränkte Datenschutzbestimmungen (5 Jahre) für individuelle Zulassungen, welche auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie geschützten wissenschaftlichen Daten basieren.

➤ **Acrylamidverordnung – Verordnung (EU) 2017/2158**

Verordnung (EU) 2017/2158 der Kommission vom 20. November 2017 zur Festlegung von Minimierungsmaßnahmen und Richtwerten für die Senkung des Acrylamidgehalts in Lebensmitteln

Acrylamid ist eine niedermolekulare, sehr gut wasserlösliche organische Verbindung, die sich aus den natürlich vorkommenden Bestandteilen Asparagin und Zucker in bestimmten Lebensmitteln bildet, wenn diese bei höheren Temperaturen, typischerweise über 120 °C, und geringer Feuchtigkeit zubereitet werden. Es entsteht hauptsächlich in gebackenen, gebratenen oder frittierten kohlenhydratreichen Lebensmitteln, deren Rohstoffe seine Vorstufen enthalten, wie beispielsweise Getreide, Kartoffeln/Erdäpfel und Kaffeebohnen.

Da in vielen Lebensmitteln ein zu hoher Wert an Acrylamid festgestellt wurde, ist es notwendig, die Senkung des Acrylamidgehaltes in Lebensmitteln, deren Rohstoffe Acrylamid-Vorstufen enthalten, durch Festlegung geeigneter Minimierungsmaßnahmen zu gewährleisten. Die in dieser Verordnung festgesetzten Richtwerte sind Indikatoren zur Überprüfung der Wirksamkeit der eingeleiteten Minimierungsmaßnahmen der betroffenen Lebensmittelunternehmer.

Von der Verordnung betroffen sind Lebensmittelunternehmer, die Lebensmittel herstellen und als Einzelhändler tätig sind und/oder lediglich den örtlichen Einzelhandel direkt beliefern. Die Minimierungsmaßnahmen sind an die Art ihrer Tätigkeit angepasst.

Veterinärwesen und Tierschutz

➤ **Stichprobenplan für die Überwachung von Schweinen**

Auf Grundlage des § 13 der Schweinegesundheits-Verordnung, BGBl II Nr. 2016/406, wurde in den Amtlichen Veterinärnachrichten Nr.2017/11 vom 23. November 2017 die „Kundmachung des Stichprobenplans für die Überwachung von Schweinen auf Aujeszky'sche Krankheit, Klassische Schweinepest, Afrikanische Schweinepest und Brucella suis“ veröffentlicht, welcher ab 1.1.2018 zu erfüllen ist. Die Überwachung der Aujeszky'schen Krankheit wird um zusätzliche Proben ergänzt, die Überwachung von Brucella suis erstmals österreichweit geregelt, die Überwachungsprogramme von Klassischer und Afrikanischer Schweinepest werden weitergeführt. Die Maßnahmen dienen der Sicherstellung des Gesundheitszustands der österreichischen Schweinepopulation sowie der Aufrechterhaltung der Zusatzgarantien für Aujeszky'sche Krankheit. Auf Grundlage der genannten Zusatzgarantie - welche den Nachweis eines hervorragenden Tiergesundheitsstatus voraussetzt und welche in der Folge seitens der Europäischen Kommission zuerkannt wird – ist es dem österreichischen Schweinesektor möglich, Handelsvorteile in Anspruch nehmen.

➤ **Kennzeichnung und Registrierung von Zuchtkatzen**

Die Pflicht zur Kennzeichnung und Registrierung von Zuchtkatzen muss bis zum 31. Dezember 2018 erfüllt werden:

Alle im Bundesgebiet gehaltenen Katzen, die zur Zucht verwendet werden, sind mittels eines zifferncodierten, elektronisch ablesbaren Microchips auf Kosten des Halters von einem Tierarzt kennzeichnen zu lassen. Jungtiere, die für die Zucht verwendet werden sollen, sind spätestens vor Ausbildung der bleibenden Eckzähne so zu kennzeichnen. Jeder Halter von Zuchtkatzen ist verpflichtet, sein Tier binnen eines Monats nach der Kennzeichnung oder Übernahme eines bereits gekennzeichneten Tieres unter Angabe der Daten gemäß TSchG (§ 24a Abs. 2 Z 1 lit. a bis g und Z 2 lit. a bis f) zu melden. Die Eingabe der Meldung in die Heimtierdatenbank erfolgt –analog der Meldung von Hunden – vom Halter selbst oder nach Meldung der Daten durch den Halter an die Behörde durch diese oder im Auftrag des Halters durch den freiberuflich tätigen Tierarzt, der die Kennzeichnung oder Impfung vornimmt oder durch eine sonstige Meldestelle.

BMGF Timeline

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



Wichtige Werte 2018

○ Rezeptgebühr	6,00 €
○ Jährliches Service-Entgelt für die e-card	
Service-Entgelt für 2018 (wurde Nov. 2017 eingehoben)	11,35 €
Service-Entgelt für 2019 (wird Nov. 2018 eingehoben)	11,70 €
○ Grenzbeträge für die Befreiung von der Rezeptgebühr (mtl. Nettoeinkünfte)	
- für Alleinstehende	909,42 €
- für Ehepaare	1.363,52 €
- für Personen, die infolge Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen:	
* für Alleinstehende	1.045,83 €
* für Ehepaare	1.568,05 €
- Erhöhung der Grenzbeträge pro Kind:	140,32 €
○ Monatliche Höchstbeitragsgrundlage	
ASVG	5.130,00 €
BSVG und GSVG	5.978,00 €
○ Geringfügigkeitsgrenze	
monatlich	438,05 €

www.bmgf.gv.at

