

# **Bericht des Rechnungshofes**

## **System der Gesundheitsvorsorge**



## Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	8
Abkürzungsverzeichnis _____	9

**BMG  
BMSK  
BMFJ**

Wirkungsbereich der Bundesministerien für  
Gesundheit  
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz  
Familien und Jugend

## System der Gesundheitsvorsorge

KURZFASSUNG _____	12
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	17
Allgemeines _____	18
Internationaler Vergleich der Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention _____	21
Ist-Stand der Gesundheitsvorsorge _____	23
Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention _____	27
Mutter-Kind-Pass _____	35
Schlussempfehlungen _____	49

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Öffentliche Gesundheitsausgaben in Österreich 2011__	21
Tabelle 2:	Öffentliche Gesundheitsausgaben in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahr 2011 _____	22
Tabelle 3:	Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention _____	24
Tabelle 4:	Auszug aus der Präventionsbilanz der österreichischen Sozialversicherung 2011 _____	25
Tabelle 5:	Abstimmung der Mittel _____	29
Tabelle 6:	Fünf Untersuchungen der Schwangeren _____	36
Tabelle 7:	Neun Untersuchungen des Kindes _____	36
Abbildung 1:	Entwicklung von perinataler Sterblichkeit und Säuglingssterblichkeit _____	37
Tabelle 8:	Aufwendungen für den Mutter-Kind-Pass und Anzahl an Entbindungen 2008 bis 2011 _____	38
Abbildung 2:	Aufgabenwahrnehmung Mutter-Kind-Pass _____	41

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBL	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMFJ	Bundesministerium für Familien und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWFJ	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera
EUR	Euro
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FLAF	Familienlastenausgleichsfonds
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
Mio.	Million(en)
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
rd.	rund
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel



**Wirkungsbereich der Bundesministerien für  
Gesundheit  
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz  
Familien und Jugend**

**System der Gesundheitsvorsorge**

Für Österreich gab es bis Ende 2013 keinen aktuellen Überblick, welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von Bund, Ländern bzw. den Sozialversicherungsträgern gesetzt wurden. Die letzte umfassende Übersicht war im Jahr 2004 erstellt worden. Eine Strategie, welche die Gebietskörperschaften und die Sozialversicherung umfasste, lag lediglich für 3,5 Mio. EUR von rd. 461 Mio. EUR vor. Für das Jahr 2014 waren eine Neuerhebung der Maßnahmen und eine stärker abgestimmte Vorgehensweise geplant.

Im österreichischen Gesundheitswesen fließt der Großteil der öffentlichen Mittel in die kurative Versorgung und weniger als 2 % in die Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten. Deutschland und die Schweiz wenden mehr Mittel dafür auf (3,7 % bzw. 2,1 % im Jahr 2011).

Die Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung bei der Organisation des Mutter-Kind-Passes war zwischen BMG, Sozialversicherung und Familienlastenausgleichsfonds getrennt. Dies führte u.a. zu teuren Änderungen im Untersuchungsprogramm, deren Nutzen nicht erwiesen war. So verblieb die interne Untersuchung entgegen der Empfehlung eines Expertengremiums im Programm, wodurch jährliche Mehrkosten von rd. 2 Mio. EUR entstanden. Durch nachträgliche Programmanpassungen für die Jahre 2008 und 2009 fielen weitere 6,5 Mio. EUR an.

## KURZFASSUNG

### Prüfungsziele

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung des Ist-Standes der Vorsorgemaßnahmen, der im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Gesundheitsvorsorge verwendeten Mittel (auch im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz), der Abstimmung der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsvorsorge zwischen den Systempartnern Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger sowie die Analyse des Vorsorgeinstruments Mutter-Kind-Pass. (TZ 1)

### Allgemeiner Teil

#### Allgemeines

Das System der Gesundheitsvorsorge war intransparent. Dies hing mit der Verwendung unterschiedlicher Begriffe in den einschlägigen Rechtsvorschriften zusammen, die letztlich alle auf den Erhalt der Gesundheit bzw. auf die Vermeidung von Erkrankungen abzielten. Weitere Gründe waren der fehlende aktuelle Gesamtüberblick über die von den Systempartnern gesetzten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und das Fehlen einer alle Systempartner umfassenden Strategie zur systematischen Planung, Erfassung und Evaluierung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung. (TZ 2)

#### Internationaler Vergleich der Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention

In Österreich fließen die öffentlichen Gesundheitsausgaben zu einem vergleichsweise hohen Prozentsatz in die versorgende (kurative) Medizin (58,5 % im Jahr 2011). Mit 1,9 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben lagen die Mittel für Prävention und Gesundheitsschutz z.B. hinter jenen in Deutschland (3,7 %) und der Schweiz (2,1 %) zurück. (TZ 3)

#### Ist-Stand der Gesundheitsvorsorge

Gemäß dem System of Health Accounts der OECD fielen in Österreich im Jahr 2011 rd. 460,8 Mio. EUR für Gesundheitsförderung und Prävention an. Es lag jedoch keine vollständige und institutionenübergreifende Aufstellung über alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich vor. Während der Geburtenüberprüfung zu Beginn des Jahres 2014 beauftragte das BMG

eine Neuerhebung bzw. Aktualisierung der Daten und deren Vergleich mit den Daten der OECD. (TZ 4)

Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsvorsorge und Prävention

Im Jahr 2008 erarbeitete das BMG den Entwurf eines „Bundesgesetzes zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention“. Dieser sah u.a. die Erfassung und Abstimmung der Aktivitäten der einzelnen Leistungsträger (Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung sowie Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Bund, Bundesländer, Städte und Gemeinden sowie Gesundheit Österreich GmbH) vor. Weiters sollte eine zentrale Projektdatenbank geführt werden. Der Gesetzesentwurf wurde nicht beschlossen. (TZ 5)

Anteil der abgestimmten Mittel

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gab es bis Ende 2013 für den bei weitem überwiegenden Teil der Mittel (2011 rd. 461 Mio. EUR) keine systemumfassende Strategie. Lediglich für 3,5 Mio. EUR existierte eine Gebietskörperschaften und Sozialversicherung umfassende Strategie. Strategien für Teilsysteme wie die „Prioritätensetzung“ des Hauptverbandes waren vorhanden. (TZ 6)

Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 war eine inhaltlich abgestimmte Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sicherzustellen, um eine Stärkung der Gesundheitsförderung in Österreich als wesentliches Element der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zu gewährleisten. Dies umfasste jährlich die angeführten 3,5 Mio. EUR plus neu hinzu kommende 15 Mio. EUR. Bund, Länder und Sozialversicherung vereinbarten darüber hinaus, weitere in ihren Wirkungsbereich fallende Agenden der Gesundheitsförderung an der abgestimmten Vorgehensweise (Gesundheitsförderungsstrategie) zu orientieren. Als Grundlage dafür war die gemeinsame Festlegung einer Gesundheitsförderungsstrategie bis Ende 2013 vorgesehen. Diese wurde auf 2014 verschoben. (TZ 6)

### Fragebogenerhebung durch den Fonds Gesundes Österreich

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) förderte Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Bewegungsförderung, Suchtprävention). Er hatte gemäß dem Gesundheitsförderungsgesetz seine Maßnahmen und Initiativen mit bestehenden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention abzustimmen. Eine dazu im Jahr 2008 durchgeführte Fragebogenerhebung bei den Ländern und einigen Ministerien zur Erfassung der Projektkosten und Fördersummen für die einzelnen Projekte führte wegen der mangelnden Bereitschaft des Bundes und der Länder, dem FGÖ ausreichende Informationen über ihre Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention zu geben, sowie der fehlenden systematischen Erfassung und Dokumentation der Daten, nicht zum gewünschten Ergebnis. (TZ 7)

### Abstimmung von Förderdatenbanken durch den Fonds Gesundes Österreich

Im Jahr 2010 wurden alle vom FGÖ geförderten Projekte erstmals über den sogenannten „FGÖ-Projektguide“ eingereicht. Dabei handelte es sich um eine elektronische Antragstellung für Projektförderungen. Die Daten aus den beantragten und bewilligten Projekten flossen in die Datenbank des FGÖ-Projektguides ein, wodurch sich die systematische Verfügbarkeit von Daten aus den Projektanträgen erhöhte. (TZ 8)

Der FGÖ unternahm im Jahr 2013 Anstrengungen, seine Datenbank mit der Förderdatenbank des Landes Steiermark abzustimmen, um eine Zusammenführung der Daten zu ermöglichen. Dies stellte einen ersten Schritt in Richtung einer zentralen Datenbank dar. (TZ 8)

## Mutter-Kind-Pass

### Einführung

Das Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm war als Instrument zur gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder bis zum 62. Lebensmonat gesetzlich vorgesehen. Der Vorsorgeaspekt wurde im Entwicklungsverlauf des Mutter-Kind-Passes, der im Jahr 1974 eingeführt wurde, verstärkt und umfasste Ansätze mit dem Ziel, gesundheitliche Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der kindlichen Entwicklung zu vermeiden oder zu vermindern. (TZ 9)

### Gesamtaufwendungen und Nutzen des Mutter-Kind-Passes

In den Jahren 2008 bis 2011 stiegen die Gesamtaufwendungen für den Mutter-Kind-Pass von 51,3 Mio. EUR auf 53,8 Mio. EUR. (TZ 10)

Der Nutzen des Mutter-Kind-Passes bzw. einzelner Untersuchungen wurde seit seiner Einführung vor rd. 40 Jahren nicht evaluiert. (TZ 10)

### Aufgabenwahrnehmung

Beim Mutter-Kind-Pass beruhten Akteure und Aufgaben auf gesetzlichen Vorgaben. Das BMG legte das Untersuchungsprogramm fest und gab damit die Kosten vor, die zu zwei Drittel vom Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) und zu einem Drittel von der Sozialversicherung zu tragen waren. Die Sozialversicherung war zudem für die operative Abwicklung mit den Ärzten zuständig. Die Trennung von Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung bei der Organisation des Mutter-Kind-Passes führte u.a. zu kostenmäßig bedeutsamen Änderungen im Untersuchungsprogramm. (TZ 11)

### Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm und Programmänderungen

Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramme wurden mit der Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 festgelegt. Durch die Aufhebung einer Verordnungsnovelle noch vor ihrem Inkrafttreten verblieb die interne Untersuchung – entgegen der Empfehlung eines Expertengremiums – Programmbestandteil des Mutter-Kind-Passes. Dadurch entstanden jährlich Kosten von rd. 1,95 Mio. EUR. (TZ 13, 14)

Aufgrund von Layoutänderungen des Mutter-Kind-Pass-Dokuments konnten auch ärztliche Leistungen in den Mutter-Kind-Pass eingetragen werden, die nicht Bestandteil der Untersuchungsprogramme waren. In der Folge wurden derartige Leistungen verstärkt von den Ärzten erbracht und verrechnet. Um eine Finanzierung dieser Leistungen zu ermöglichen, wurden sie mit einer Verordnungsnovelle nachträglich zum Inhalt der Untersuchungsprogramme für die Jahre 2008 und 2009 gemacht. Bei einzelnen der sechs Leistungen (Streptokokkentest, Glucosetoleranztest, Rheusantikörpertest, Bilirubinbestimmung, Anti-D-Prophylaxe und HIV-Test) bestand ein Beschluss des Obersten Sanitätsrats, dass diese nicht im Mutter-Kind-Pass verankert werden sollten. Die Gesamtkosten

für diese nachträglichen Programmanpassungen beliefen sich auf rd. 6,5 Mio. EUR. (TZ 15)

#### Qualitätssicherung

Die qualitätsbezogenen Maßnahmen des BMG hinsichtlich des Mutter-Kind-Passes waren nicht ausreichend, weil eine standardisierte Vorgangsweise zu Untersuchungsinhalt und -umfang nicht gewährleistet war. So war bspw. im Mutter-Kind-Pass-Dokument unter dem Begriff Untersuchungsbefund nur einzutragen, ob die Organbefunde auffällig waren oder nicht, nicht aber, welche Organbefunde erforderlich waren. (TZ 16)

#### Inanspruchnahme – Gesamtmonitoring

Weder das BMG noch der Hauptverband verfügten über einen Gesamtüberblick der tatsächlichen Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Dadurch waren fundierte Aussagen über Inanspruchnahmeraten nicht möglich. (TZ 17)

Kenndaten zum System der Gesundheitsvorsorge					
<b>Rechtsgrundlagen</b>	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.g.F. Gesundheitsförderungsgesetz, BGBl. I Nr. 51/1998 i.d.g.F. Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F. Kinderbetreuungsgeldgesetz, BGBl. I Nr. 103/2001 i.d.g.F. Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002, BGBl. II Nr. 470/2001 i.d.g.F.				
Gebarung	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2008 bis 2011
	in Mio. EUR				in %
Bund	140,28	138,12	134,84	132,21	- 5,8
Länder	80,33	73,50	81,43	79,79	- 0,7
Gemeinden	25,37	25,81	24,76	25,28	- 0,4
Sozialversicherung	206,91	213,87	219,95	223,52	+ 8,0
<b>gesamt</b>	<b>452,90</b>	<b>451,30</b>	<b>460,97</b>	<b>460,79</b>	<b>+ 1,7</b>

Gebarung Mutter-Kind-Pass	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2008 bis 2011
	in Mio. EUR				in %
Familienlastenausgleichsfonds	33,13	33,50	35,49	36,08	+ 8,9
Sozialversicherung	18,14	18,63	17,26	17,69	- 2,5
<b>gesamt</b>	<b>51,27</b>	<b>52,13</b>	<b>52,76</b>	<b>53,77</b>	<b>+ 4,9</b>

Quellen: Statistik Austria, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Bundesrechnungsabschlüsse 2008 bis 2011

## Prüfungsablauf und -gegenstand

- (1) Der RH überprüfte im September und Oktober 2013 das System der Gesundheitsvorsorge im BMG, im BMFJ<sup>1</sup>, im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und in der Gesundheit Österreich GmbH.

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung des Ist-Standes der Vorsorgemaßnahmen, der im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Gesundheitsvorsorge verwendeten Mittel (auch im Vergleich

<sup>1</sup> Seit März 2014 war das BMFJ für den Familienlastenausgleichsfonds zuständig, der rund zwei Drittel der Kosten für den Mutter-Kind-Pass trug (vor März 2014 lag die Zuständigkeit beim BMWFJ).

## Prüfungsablauf und –gegenstand

zu Deutschland und der Schweiz), der Abstimmung der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsvorsorge zwischen den Systempartnern Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger sowie die Analyse des Vorsorgeinstruments Mutter-Kind-Pass.

Der RH verwendet in seinem Bericht vorrangig die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention und meint damit alle Maßnahmen, welche die Förderung des Gesundbleibens bzw. die Vermeidung oder Reduzierung von Krankheiten betreffen.

Der Überprüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2008 bis 2011.

(2) Zu dem im Mai 2014 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Mai 2014, das BMFJ im Juni 2014, der Hauptverband im Juli 2014 und das BMG im August 2014 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Oktober 2014, gegenüber der GÖG war eine Gegenäußerung nicht erforderlich.

## Allgemeines

**2.1** (1) Der Begriff der Gesundheitsvorsorge wurde z.B. im ASVG und dessen Parallelgesetzen verwendet, ebenso im Bundesministeriengesetz bei der Festlegung der Zuständigkeit des BMG<sup>2</sup>. Eine klare Definition dieses Begriffs erfolgte in diesen Gesetzen nicht.

(2) Die Gesundheitsförderung zielte gemäß dem Gesundheitsqualitätsgesetz<sup>3</sup> darauf ab, den Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Das Gesundheitsförderungsgesetz<sup>4</sup> sah Maßnahmen und Initiativen vor, die zur Erreichung folgender Zielsetzungen beitragen sollen:

- Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens sowie
- Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und über die Gesundheit beeinflussende seelische, geistige und soziale Faktoren.

<sup>2</sup> „Dazu gehören insbesondere auch Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge einschließlich der Gesundheitsvorsorge für den schulischen Bereich.“

<sup>3</sup> BGBl. I Nr. 179/2004

<sup>4</sup> BGBl. I Nr. 51/1998

(3) Der Begriff Prävention war z.B. im – vom BMG herausgegebenen – Handbuch für den öffentlichen Gesundheitsdienst als „Krankheitsverbeugung bzw. –vermeidung“ definiert:<sup>5</sup>

Abhängig vom Zeitpunkt, zu dem eine vorbeugende Maßnahme gesetzt werden kann, unterschied das Handbuch zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention:

- Die Primärprävention dient der Verhinderung der Krankheitsentstehung bei noch gesunden Menschen, bspw. durch Vermeidung von Risikofaktoren (nicht rauchen, nicht fett essen usw.).
- Die Sekundärprävention dient der Verhinderung des Fortschreitens eines frühen symptomlosen Erkrankungsstadiums bei beschwerdefreien Menschen (Person fühlt sich gesund). Dabei gilt es, die durch sogenannte Früherkennungsuntersuchungen entdeckten Krankheitsfrühstadien einer frühzeitigen Behandlung zuzuführen.
- Die Tertiärprävention dient schließlich der Verhinderung einer Verschlimmerung von bereits aufgetretenen Erkrankungen bzw. der Vermeidung von Folgeschäden oder Behinderungen bei kranken Menschen. Dazu zählen bspw. eine effektive Behandlung und entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen.

(4) Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 erfolgten Änderungen bei den gesetzlichen Vorgaben wie bspw. bei der Krankenversicherung. Gemäß § 116 Abs. 1 Z 1 ASVG hatte diese Vorsorge für die Früherkennung von Krankheiten<sup>6</sup> und aufgrund der Novellierung des § 116 Abs. 1 Z 5 ASVG zusätzlich für Prävention<sup>7</sup> zu treffen. Im ASVG wurden daher die Begriffe Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung, Krankheitsverhütung, Gesundheitsfürsorge, Prävention und Gesundheitsförderung verwendet.

(5) Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wurden von den Systempartnern Bund, Länder und Sozialversicherungsträger durchgeführt. Auch der FGÖ förderte Projekte in diesen Bereichen (vgl. TZ 7 und 8). Es gab aber keinen aktuellen Gesamtüberblick, welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von den

<sup>5</sup> „Dabei gilt es, den Eintritt von Ereignissen oder Umständen, die zu Gesundheitsbeeinträchtigungen, Erkrankungen, zu deren Verschlimmerungen oder zum Auftreten von mit diesen Krankheiten im Zusammenhang stehenden Folgeerscheinungen und Behinderungen sowie deren Fortschreiten führen, zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen.“

<sup>6</sup> und Erhaltung der Volksgesundheit

<sup>7</sup> neben der zielgerichteten, wirkungsorientierten Gesundheitsförderung (Salutogenese)

Systempartnern gesetzt wurden (vgl. TZ 4). Ebenso fehlte eine sämtliche Systempartner umfassende Strategie, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung systematisch planen, erfassen und evaluieren zu können (vgl. TZ 6).

- 2.2** Der RH hielt kritisch fest, dass das System der Gesundheitsvorsorge intransparent war. Dies hing mit der Verwendung unterschiedlicher Begriffe in den einschlägigen Rechtsvorschriften zusammen, die letztlich alle auf den Erhalt der Gesundheit bzw. auf die Vermeidung von Erkrankungen abzielten. Weitere Gründe für die Intransparenz des Systems waren der fehlende aktuelle Gesamtüberblick über die von den Systempartnern gesetzten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und das Fehlen einer alle Systempartner umfassenden Strategie zur systematischen Planung, Erfassung und Evaluierung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, akkordierte Begriffsdefinitionen zu erarbeiten, um die Basis für eine Leistungsabstimmung zwischen den Systempartnern zu schaffen. Er empfahl weiters, alle für Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendeten Mittel einer gemeinsamen Strategie und damit einer abgestimmten Vorgehensweise zu unterstellen sowie einen aktuellen Gesamtüberblick sicherzustellen (vgl. TZ 4 und 6).

- 2.3** (1) *Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die unterschiedlichen Begriffsdefinitionen sich auch dadurch ergäben, dass Gesundheitsförderung einen relativ jungen Fachbereich darstelle, welcher in älteren gesetzlichen Bestimmungen noch nicht bzw. mit historischen Begriffen berücksichtigt worden sei. Bei künftigen Gesetzesvorhaben werde auf eine einheitliche Begrifflichkeit zu achten sein. Als Grundlage dafür solle das der aktuell beschlossenen Gesundheitsförderungsstrategie angeschlossene Glossar Anwendung finden, das mit den Glossaren der Rahmen-Gesundheitsziele und des FGÖ kompatibel sei.*

(2) *Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Rahmen-Gesundheitsziele mit Nationalen Aktionsplänen zur Ernährung und Bewegung sowie mit dem Kindergesundheitsdialog bereits definitorische Festlegungen zu den Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention enthalten würden.*

### Internationaler Vergleich der Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention

**3.1** Im österreichischen Gesundheitswesen fließt der Großteil der öffentlichen Mittel in die (kurative) Versorgung und weniger als 2 % in die Prävention von Krankheiten. Laut dem System of Health Accounts der OECD<sup>8</sup> verteilten sich in Österreich im Jahr 2011 die Gesamtausgaben für Gesundheit wie folgt:

**Tabelle 1: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Österreich 2011**

Art der Gesundheitsleistung	Österreich	OECD	Differenz
	in %		
Leistungen der kurativen Gesundheitsversorgung	58,5	54,5	+ 4,0
Langzeitpflege	15,6	14,1	+ 1,5
Ambulante Abgabe medizinischer Güter	13,4	16,2	- 2,8
Leistungen der rehabilitativen Gesundheitsversorgung	4,7	3,0	+ 1,7
Verwaltung und Versicherung der Gesundheitsversorgung	3,1	3,3	- 0,2
Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung	2,8	5,4	- 2,6
Prävention und Gesundheitsschutz <sup>1</sup>	1,9	3,4	- 1,5
Sonstige Leistungen	0,0	0,1	- 0,1

<sup>1</sup> Die verwendeten Begriffe wurden der deutschsprachigen Übersetzung des OECD-Manuals entnommen. „Prävention und Gesundheitsschutz“ entspricht den in diesem Bericht verwendeten Begriffen „Gesundheitsförderung und Prävention“.

Quelle: OECD

Österreich lag im Jahr 2011 bei den kurativen Mitteln an der sechsten Stelle und bei den Mitteln für Prävention und Gesundheitsschutz an der 16. Stelle der 20 Staaten, für die vollständige Daten der OECD vorlagen.

Ein Vergleich der öffentlichen Gesundheitsausgaben Deutschlands, Österreichs und der Schweiz ergab folgendes Bild:

<sup>8</sup> Das System of Health Accounts ist eine internationale Statistik über öffentliche und private Gesundheitsausgaben, die darin in einer vergleichbaren Struktur dargestellt werden.

Der Vergleich mit den OECD-Werten erfolgte mit den Daten jener 19 Staaten, von denen wie bei Österreich vollständige Daten vorlagen.

2011 war zum Zeitpunkt der Erstellung des Prüfungsergebnisses das aktuellste verfügbare Jahr.

## Internationaler Vergleich der Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention

**Tabelle 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahr 2011**

	Deutschland	Österreich	Schweiz
	in Mio. EUR		
Bruttoinlandsprodukt (BIP)	2.592.600,0	300.712,4	475.513,8
Öffentliche Gesundheitsausgaben	224.618,0	24.707,8	33.985,3
Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz <sup>1</sup>	8.199,0	460,8	704,9
	in %		
Öffentliche Gesundheitsausgaben in % des BIP	8,7	8,2	7,1
Prävention und Gesundheitsschutz <sup>1</sup> in % der öffentlichen Gesundheitsausgaben	3,7	1,9	2,1

<sup>1</sup> Die verwendeten Begriffe wurden der deutschsprachigen Übersetzung des OECD-Manuals entnommen. „Prävention und Gesundheitsschutz“ entspricht den in diesem Bericht verwendeten Begriffen „Gesundheitsförderung und Prävention“.

Quelle: OECD

Es zeigte sich, dass in Deutschland bei einem im Vergleich zu Österreich deutlich höheren Anteil an Präventionsmaßnahmen (3,7 %) die Gesundheitsausgaben trotzdem einen höheren Anteil des BIP ausmachten (8,7 %), während in der Schweiz bei einem annähernd gleich hohen Anteil der Präventionsausgaben (2,1 %) die Gesundheitsausgaben einen kleineren Anteil am BIP (7,1 %) beanspruchten.

**3.2** Der RH hielt fest, dass in Österreich die öffentlichen Gesundheitsausgaben mit 58,5 % im Jahr 2011 zu einem vergleichsweise hohen Prozentsatz in die versorgende (kurative) Medizin fließen. Mit 1,9 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben lagen die Mittel für Prävention und Gesundheitsschutz z.B. hinter jenen in Deutschland (3,7 %) und der Schweiz (2,1 %) zurück.

**3.3** Das BMG verwies in seiner Stellungnahme im Hinblick auf den im internationalen Vergleich niedrigen Anteil der Mittel für Prävention und Gesundheitsschutz darauf, dass durch die Zielsteuerung Gesundheit in den nächsten zehn Jahren 150 Mio. EUR zusätzlich zur Verfügung gestellt würden.

**Ist-Stand der  
Gesundheits-  
vorsorge**

4.1 (1) Eine aktuelle Gesamtübersicht über die in Österreich gesetzten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention war nicht vorhanden. Weder das BMG noch der Hauptverband verfügten über einen Überblick, welche Maßnahmen von den anderen Systempartnern gesetzt wurden. Zudem war das BMG nicht im Detail über die Aktivitäten der anderen Bundesministerien zur Gesundheitsförderung und Prävention informiert, der Hauptverband nicht über jene der einzelnen Sozialversicherungsträger.

(2) Der letzte umfassende Überblick über die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention wurde vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des BMG im Jahr 2004 (mit Daten des Jahres 2001) erstellt. Ein Versuch des FGÖ im Jahr 2008, einen Überblick über die Gesundheitsförderungsstrukturen in Österreich mittels Fragebogenerhebung bei den Ländern und den Bundesministerien zu gewinnen, führte nicht zum gewünschten Erfolg. Ein Grund dafür lag in der mangelnden Bereitschaft der Länder und des Bundes, Auskunft über ihre Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention zu geben (vgl. TZ 7).

Zu Beginn des Jahres 2014 wurde während der Gebarungsüberprüfung durch den RH die Gesundheit Österreich GmbH mit einer Neuerhebung bzw. Aktualisierung der zuletzt für das Jahr 2001 vom ÖBIG erhobenen Daten beauftragt<sup>9</sup>. Die Unterschiede zu internationalen Erhebungen der OECD sollten beschrieben und aktuelle Entwicklungen wie die Rahmen-Gesundheitsziele sollten berücksichtigt werden. Als Nutzen für den Auftraggeber wurde die Nutzung einer systematischen Übersicht als Grundlage für die Planung von Gesundheitsförderung und Prävention genannt.

(3) Aktuelle Daten zur Gesundheitsförderung und Prävention wurden von der Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria) für das System of Health Accounts der OECD zusammengestellt. Nachdem die Verwendung von Begriffen wie Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsvorsorge etc. nicht klar definiert war (vgl. TZ 2), war auch nicht eindeutig definiert, welche Ausgaben von der Statistik Austria zu erfassen waren. Darüber hinaus erfolgte die Zusammenstellung nicht in Kenntnis der tatsächlich gesetzten einzelnen Maßnahmen, sondern als Auszug aus den verfügbaren Rechenwerken der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungsträger.

<sup>9</sup> Beauftragung und Finanzierung durch das BMG, Kofinanzierung durch den Hauptverband

## Ist-Stand der Gesundheitsvorsorge

Gemäß dem System of Health Accounts stellten sich die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention<sup>10</sup> in den Jahren 2008 bis 2011 bei den Systempartnern Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger wie folgt dar:

<b>Tabelle 3: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention</b>					
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Veränderung 2008 bis 2011</b>
	in Mio. EUR				in %
Bund	140,28	138,12	134,84	132,21	- 5,8
Länder	80,33	73,50	81,43	79,79	- 0,7
Gemeinden	25,37	25,81	24,76	25,28	- 0,4
Sozialversicherungsträger	206,91	213,87	219,95	223,52	+ 8,0
<b>gesamt</b>	<b>452,90</b>	<b>451,30</b>	<b>460,97</b>	<b>460,79</b>	<b>+ 1,7</b>

Quelle: Statistik Austria, System of Health Accounts

Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention stiegen demnach von 2008 bis 2011 um 7,9 Mio. EUR (1,7 %) an. Maßnahmen der Rehabilitation (Tertiärprävention) waren in dieser Tabelle nicht enthalten, weil sie gemäß den internationalen Vorgaben in einer eigenen Kategorie berücksichtigt wurden. Knapp die Hälfte der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention fielen bei den Sozialversicherungsträgern an (2011: 223,52 Mio. EUR).

(4) In der vom Hauptverband erstellten Präventionsbilanz der österreichischen Sozialversicherung waren für das Jahr 2011 für den Bereich der Krankenversicherung folgende Ausgaben ausgewiesen:

<sup>10</sup> Diese entsprechen den im internationalen Vergleich „Prävention und Gesundheitsschutz“ genannten Ausgaben.

**Tabelle 4: Auszug aus der Präventionsbilanz der österreichischen Sozialversicherung 2011**

	in Mio. EUR
Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (u.a. humangenetische Vorsorgemaßnahmen, FSME-Impfungen)	38,5
Impfungen (einschließlich Kinderimpfkonzept, ohne FSME)	2,4
Präventive Leistungen im niedergelassenen Bereich	261,2
Präventive Leistungen in der Zahnmedizin	68,2
Mutter-Kinder-Pass-Untersuchungen <sup>1</sup>	17,5
Jugendlichenuntersuchungen	2,5
Vorsorgeuntersuchungen	90,0
Medizinische Rehabilitation	338,7
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Kuren) und Krankheitsverhütung	79,7
	<b>898,9</b>

<sup>1</sup> Nettoaufwand nach Abzug der Kostenerstattung des Bundes

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2011 betragen laut Präventionsbilanz im Bereich der Krankenversicherung rd. 899 Mio. EUR. Im Vergleich dazu waren die in den OECD-Daten enthaltenen öffentlichen Ausgaben der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention mit rd. 224 Mio. EUR um rd. 75 % niedriger.

Der Unterschied erklärt sich zum einen dadurch, dass in der Präventionsbilanz auch die präventiven Leistungen im niedergelassenen Bereich wie z.B. Laboruntersuchungen und Mammografien enthalten waren. Diese wurden vom Hauptverband mit 12 % des Gesamtaufwands im kurativen Bereich hochgerechnet und betragen im Jahr 2011 rd. 261 Mio. EUR. Zum anderen waren in der Präventionsbilanz auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (rd. 339 Mio. EUR) sowie Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Kuren) und Krankheitsverhütung (rd. 80 Mio. EUR) ausgewiesen<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Die Präventionsausgaben der Unfallversicherung (rd. 141 Mio. EUR) und der Pensionsversicherung (rd. 722 Mio. EUR) betrafen vorwiegend Maßnahmen der Rehabilitation und wurden aus diesem Grund nicht näher behandelt.

- 4.2 Der RH kritisierte, dass keine vollständige und institutionenübergreifende Aufstellung über alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich vorlag. Er beurteilte deshalb die während seiner Gebarungsprüfung beauftragte Neuerhebung bzw. Aktualisierung der Daten und deren Vergleich mit den Daten der OECD positiv. Der RH verwies auf seine Empfehlung, akkordierte Begriffsdefinitionen zu erarbeiten (vgl. TZ 2), weil eine klare Abgrenzung der Leistungen die Basis für eine fundierte Erhebung darstellt.

Um bis zum Vorliegen der neu beauftragten Studie über eine möglichst umfassende Übersicht für Steuerungszwecke verfügen zu können, empfahl der RH dem BMG und dem Hauptverband, in einem ersten Schritt aus den bereits vorhandenen Unterlagen die Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention zusammenzuführen.

- 4.3 (1) *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass Anfang 2015 erste Ergebnisse einer Update-Erhebung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention zu erwarten seien. Die Aktualisierung der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention als Abgrenzungskriterium für die Erhebung der Ausgaben werde ein erster wichtiger Schritt dieser Erhebung sein, die auch zu einem gemeinsamen Verständnis und mehr Transparenz beitragen werde.*

*(2) Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass ihm aufgrund der Dokumentation von geplanten und umgesetzten Maßnahmen mit Anfang Jänner 2014 ein Gesamtüberblick für die Sozialversicherung vorliege. Die darin dokumentierten Maßnahmen sollten in das im Bundeszielsteuerungsvertrag festgelegte Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie einfließen. Ein entsprechendes Gesamtkonzept werde von den Partnern des Bundeszielsteuerungsvertrags erarbeitet.*

*Hinsichtlich des Auszugs aus der Präventionsbilanz der österreichischen Sozialversicherung wies der Hauptverband darauf hin, dass sich die Darstellung im Bericht nur auf die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung bezogen habe und Maßnahmen durch die Unfallversicherung (2011: 140,7 Mio. EUR) und die Pensionsversicherung (2011: 722 Mio. EUR) nicht ausgewiesen worden seien.*

- 4.4 Der RH stellte gegenüber dem Hauptverband klar, dass die Präventionsausgaben der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung vorwiegend Maßnahmen der Rehabilitation betrafen. Diese werden in internationalen Vergleichen (siehe TZ 3) in einer eigenen Kategorie berücksichtigt, weshalb sie in diesem Bericht nicht näher behandelt werden.

## Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

Gesetzesentwurf zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention

**5.1** Im Jahr 2008 erarbeitete das BMG den Entwurf eines „Bundesgesetzes zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention“. Dieser Entwurf sah vor, der Bundesgesundheitsagentur u.a. folgende Aufgaben zu übertragen:

- Festlegung vorrangiger Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention,
- Festlegung von Gesamtstrategien und zielgruppenspezifischen Strategien zur Erreichung der Ziele,
- Abstimmung der Maßnahmen der verschiedenen Leistungsträger,
- Vergabe von Fördermitteln zur Umsetzung der festgelegten Ziele und Strategien an die Leistungsträger und
- Erstellung eines Gesundheitsförderungs- und Präventionsberichts.

Als Leistungsträger wurden die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung sowie der Hauptverband, der Bund, die Bundesländer, die Städte und Gemeinden sowie die Gesundheit Österreich GmbH definiert.

Die Gesamtstrategie sollte zur nachhaltigen Sicherstellung der Gesundheit der Bevölkerung nicht nur den Gesundheitssektor, sondern alle Politikfelder (wie Umweltrecht, Baurecht, Verkehrsrecht) einbeziehen („Health in All Policies“-Ansatz). Im Sinne eines „Health in All Policies“-Ansatzes umfassen die Rahmen-Gesundheitsziele<sup>12</sup> für Österreich Ziele wie bspw. die Sicherstellung einer sauberen Umwelt und qualitativ hochwertiger Lebensmittel, die Förderung des Bewusstseins für Gesundheitsvorsorge und die Integration von ausreichend Bewegung in den Alltag inklusive Infrastruktur (Radwege, Spielplätze, Pausenräume in Schulen etc.).

<sup>12</sup> Die Rahmen-Gesundheitsziele wurden ab Herbst 2011 von einem sektorenübergreifend und interdisziplinär zusammengesetzten Plenum erarbeitet. Die fachliche Koordination und Begleitung erfolgte durch das BMG und die Gesundheit Österreich GmbH. Die Rahmen-Gesundheitsziele wurden im Juni 2012 von der Bundesgesundheitskommission sowie im Juli 2012 vom Ministerrat und Nationalrat beschlossen. Die im Zuge der Gesundheitsreform 2013 beschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013 richtet sich gemäß Art. 4 an den Rahmen-Gesundheitszielen aus. Die aus den Rahmen-Gesundheitszielen abgeleiteten konkreten Ziele und Maßnahmen für die einzelnen Politikbereiche lagen Ende November 2013 noch nicht vor.

## Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

Im Gesetzesentwurf war vorgesehen, dass der Bundesgesundheitsagentur ab dem Jahr 2010 jährlich Mittel von 90 Mio. EUR für die Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vom Bund zur Verfügung gestellt werden.

Geplant war in diesem Zusammenhang auch die Einrichtung bzw. Führung einer Projektdatenbank durch die Gesundheit Österreich GmbH. Diese allgemein zugängliche strukturierte Projektdatenbank sollte laufende und bereits abgeschlossene Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention enthalten. Maßnahmen und Initiativen, für die Fördermittel vergeben wurden, sollten jedenfalls in die Datenbank aufgenommen werden.

Der Gesetzesentwurf wurde nicht beschlossen.

- 5.2** Der RH erachtete die im Gesetzesentwurf vorgesehene Erfassung und Abstimmung der Aktivitäten der einzelnen Leistungsträger als unabdingbar, um eine Gesamtstrategie im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln zu können (vgl. TZ 6). Den im Entwurf genannten Betrag von jährlich 90 Mio. EUR konnte der RH allerdings nicht nachvollziehen.

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Führung einer zentralen Projektdatenbank stellt aus Sicht des RH ein geeignetes Instrument dar, um eine effiziente Mittelverwendung sicherzustellen (vgl. TZ 8).

Anteil der abgestimmten Mittel

- 6.1** (1) Für den bei weitem überwiegenden Teil der von den Systempartnern (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger) bereitgestellten Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention (2011 rd. 461 Mio. EUR) gab es keine systemumfassende Strategie.

Im Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode (2008 bis 2013) war für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention eine Gesamtsteuerung auf österreichischer Ebene durch die Bundesgesundheitskommission, das Organ der Bundesgesundheitsagentur, vorgesehen.

Die Bundesgesundheitsagentur hatte jährlich 3,5 Mio. EUR ihrer Mittel zur Förderung wesentlicher Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie für Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung zu verwenden. Die Verwendung war von Bund, Ländern und Sozialversicherung einvernehmlich festzulegen.

Für diese 3,5 Mio. EUR gab es eine vom ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur erstellte Gesamtstrategie. Sie gab als Kriterien für Projekte u.a. einen hohen Gesundheitsnutzen, einen Bedarfsnachweis, die Nachhaltigkeit der erzielten Veränderungen, klare und operationalisierte Ziele, ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis, eine einheitliche Dokumentation und Transparenz in der Mittelverwendung vor.

Für seinen eigenen Bereich der Sozialversicherungsträger hatte der Hauptverband eine „Prioritätensetzung in der Gesundheitsförderung und Prävention 2009 bis 2013“ erstellt, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung systematisch planen, erfassen und evaluieren zu können. Er hielt darin u.a. ausdrücklich fest, dass im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen alle beteiligten Akteure vor große Herausforderungen stellten und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Kompetenz die Gebietskörperschaften und die Sozialversicherung stärker als bisher gemeinsame und abgestimmte Maßnahmen setzen sollten.

Bis Ende des Jahres 2013 war für die Aktivitäten von Gebietskörperschaften und Sozialversicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention noch keine umfassende Strategie vorhanden. Die Abstimmung der Mittel stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 5: Abstimmung der Mittel	
Mittel der Gesundheitsförderung und Prävention	Status der Abstimmung
457,5 Mio. EUR: Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung	keine alle Systempartner umfassende Strategie
3,5 Mio. EUR: wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme der Bundesgesundheitsagentur	„Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“

Quelle: RH

Eine gemeinsame alle Systempartner umfassende Strategie gab es also bis Ende 2013 für weniger als 1 % aller Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention.

(2) Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 sollte die Gesundheitsförderung gestärkt werden. Zu diesem Zweck waren in allen Landesgesundheitsfonds so genannte Gesundheitsförderungsfonds einzurichten, die mit insgesamt 150 Mio. EUR für zehn Jahre dotiert waren. Diese Mittel waren zu 130 Mio. EUR von der Sozialversicherung und zu 20 Mio. EUR von den Ländern aufzubringen. Eine zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung abgestimmte Vorgangsweise sollte auch für diese Mittel sichergestellt werden. Als Grundlage

## Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

dafür war die gemeinsame Festlegung einer Gesundheitsförderungsstrategie bis Ende 2013 vorgesehen. Diese wurde auf 2014 verschoben.

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag<sup>13</sup> hielt in Art. 12 fest, dass eine inhaltlich abgestimmte Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sicherzustellen sei, um eine Stärkung der Gesundheitsförderung in Österreich als wesentliches Element der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zu gewährleisten. Gemäß Art. 12 Abs. 1 umfasste die Abstimmung die oben dargestellten 3,5 Mio. EUR plus die neu hinzukommenden 15 Mio. EUR pro Jahr. In Abs. 4 vereinbarten die Vertragsparteien darüber hinaus, weitere in ihren Wirkungsbereich fallende Agenden der Gesundheitsförderung an der abgestimmten Vorgehensweise (Gesundheitsförderungsstrategie) zu orientieren.

- 6.2** Der RH kritisierte, dass die einzige alle Systempartner umfassende Strategie – nämlich jene der Bundesgesundheitsagentur – bis Ende 2013 nur für weniger als 1 % aller Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention verbindlich war.<sup>14</sup> Er begrüßte daher die Zielsetzung im Rahmen der Gesundheitsreform 2013, eine inhaltlich abgestimmte Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung herzustellen<sup>15</sup>. Er empfahl dem BMG und dem Hauptverband sicherzustellen, dass tatsächlich alle für Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendeten Mittel einer gemeinsamen Strategie und damit einer abgestimmten Vorgehensweise unterstellt werden.

Der RH anerkannte die bestehenden Strategien der Sozialversicherung und der Bundesgesundheitsagentur im Zusammenhang mit der Verwendung von Gesundheitsförderungsmitteln.

- 6.3** *(1) Das BMG stimmte in seiner Stellungnahme den Ausführungen des RH bezüglich der Notwendigkeit einer guten Abstimmung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention grundsätzlich zu. Mit den Rahmen-Gesundheitszielen und der Zielsteuerung Gesundheit habe die Gesundheitspolitik bereits auf diese zentrale Notwendigkeit reagiert und wesentliche Eckpunkte für eine Neuorientierung der Gesundheits-*

<sup>13</sup> Abgeschlossen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung, beruhend auf der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, sowie dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 81/2013, unter Berücksichtigung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geändert wird.

<sup>14</sup> Vergleiche auch die Positionen des RH zur Verwaltungsreform, Reihe 2011/1, S. 267, in denen der RH eine bessere Koordination der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und die Erstellung eines mit anderen Förderungsgebern abgestimmten Gesundheitsförderungskonzepts für notwendig erachtet hat.

<sup>15</sup> Die als Grundlage für die abgestimmte Vorgangsweise vorgesehene Gesundheitsförderungsstrategie war bis Ende 2013 nicht fertig gestellt.

*politik in Österreich festgelegt. Insbesondere solle es dadurch auch zu einer Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich kommen. So seien neun der zehn Rahmen-Gesundheitsziele in diesem Bereich angesiedelt.*

*Bereits bestehende Gesundheitsziele auf Länderebene sowie Pläne und Strategien des BMG seien in die Rahmen-Gesundheitsziele eingeflossen, bei allen neuen Strategien von öffentlicher Seite sei bereits auf ein mit den Partnern abgestimmtes Vorgehen und einheitliche Begriffsdefinitionen geachtet worden.*

*Die Gesundheitsförderungsstrategie sei am 21. März 2014 beschlossen worden und diene nunmehr als Grundlage für die abgestimmte Verwendung der Mittel. Sie bilde einen für die nächsten zehn Jahre gültigen Rahmen für breit abgestimmtes, ziel- und wirkungsorientiertes, qualitätsgesichertes sowie partnerschaftliches Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich. Ein Monitoring des gesundheitlichen Outcomes der Maßnahmen sowie die Unterstützung überregionalen Lernens und eines Erfahrungsaustauschs werde ab 2014 mit allen Stakeholdern entwickelt werden.*

*Die inhaltliche Schwerpunktsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie orientiere sich an den Rahmen-Gesundheitszielen und an den – im Einklang mit den Rahmen-Gesundheitszielen stehenden – Landesgesundheitszielen. Sie umfasse alle Interventionsfelder, in denen Gesundheitsförderung und Prävention in den nächsten zehn Jahren in Österreich umgesetzt werden solle und für die Mittel der Gesundheitsförderungsfonds sowie die aktuell bis 2016 zur Verfügung gestellten Vorsorgemittel wirkungsorientiert verwendet werden müssten.*

*(2) Der Hauptverband verwies ebenfalls auf die inzwischen beschlossene Gesundheitsförderungsstrategie und zitierte aus deren Zielen, die eine politikfeldübergreifende Zusammenarbeit und eine breit abgestimmte Vorgehensweise im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention einschließen. Er wies weiters darauf hin, dass die Strategie nicht nur die vereinbarte Abstimmung von Bund, Ländern und Sozialversicherung vorsehen würde, sondern auch das Bestreben, alle weiteren Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention einzubinden.*

*Hinsichtlich der Strategie „Prioritätensetzung in der Gesundheitsförderung und Prävention 2009 bis 2013“ hielt der Hauptverband fest, dass es sich um eine strategische Ausrichtung der gesamten Sozialversicherung handle. Die Inhalte dieser Strategie sowie deren Umsetzung seien in Abstimmung mit dem BMG und dem FGÖ erfolgt.*

## Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

*(3) Die GÖG hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass mit der Gesundheitsförderungsstrategie erstmals, wie vom RH gefordert, eine verbindliche nationale Strategie vorliege, die alle Systempartner zu abgestimmtem Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention verpflichte. Des Weiteren verwies die GÖG auf das Gesundheitsförderungsgesetz, auf die Förderstrategie des FGÖ und die vom FGÖ durchgeführten Evaluierungen sowie auf eine von der GÖG aktuell durchgeführte Studie<sup>16</sup>, die eine Grundlage für ein umfassendes österreichisches Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzept bieten könne.*

**6.4** Der RH anerkannte den mittlerweile erfolgten Beschluss der Gesundheitsförderungsstrategie und insbesondere die darin erfolgte Definition eines Gesamtrahmens für alle Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Bund, Ländern und Sozialversicherung wie auch aller weiteren Akteure der Gesundheitsförderung in Österreich. Positiv beurteilte der RH weiters das in der Gesundheitsförderungsstrategie festgeschriebene Vorhaben, die Umsetzung der Strategie durch ein Monitoring zu begleiten und auch auf Landesebene zu unterstützen.

Fragebogenerhebung durch den Fonds Gesundes Österreich

**7.1** (1) Der FGÖ<sup>17</sup> wurde mit dem im Jahr 1998 in Kraft getretenen Gesundheitsförderungsgesetz eingerichtet.<sup>18</sup> Dem Fonds standen für Zwecke der Gesundheitsförderung, –aufklärung und –information jährlich 7,25 Mio. EUR aus dem Aufkommen aus der Umsatzsteuer nach Maßgabe des jeweiligen Finanzausgleichsgesetzes zur Verfügung.

Der FGÖ hatte gemäß dem Gesundheitsförderungsgesetz seine Maßnahmen und Initiativen mit bestehenden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention abzustimmen. Dies setzte ausreichende Informationen über die Aktivitäten der anderen Systemteilnehmer im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention voraus.

In den Jahren 1998 bis Ende 2012 wurden österreichweit beim FGÖ 2.330 Projekte beantragt; davon wurden 1.170 Projekte genehmigt, wobei die genehmigte Fördersumme in den 15 Jahren insgesamt 53,6 Mio. EUR (Jahresdurchschnittswert rd. 3,6 Mio. EUR) betrug. Die geförderten Projekte betrafen Themen wie Übergewicht und Adi-

<sup>16</sup> „Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich. Bestandsaufnahme. Internationale Evidenz und Perspektiven.“ im Auftrag von BMG, BMASK, Arbeiterkammer und Wirtschaftskammer.

<sup>17</sup> Fonds im Sinne des Bundes-Stiftungs- und Fondsgesetzes, BGBl. Nr. 11/1975 i.d.g.F.; der FGÖ ist ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, deren Alleingesellschafter der Bund ist.

<sup>18</sup> Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, –aufklärung und –information

positas, Bewegungsförderung, Suchtprävention, psychische Gesundheit etc. in bestimmten Lebenswelten (z.B. Schule, Gemeinde, Stadt, Arbeitsplatz, Betrieb).

(2) Ein umfassender Überblick über die Leistungen und Ausgaben der öffentlichen Hand für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wurde erstmals für die Jahre 1996 und 2001 vom ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsressorts erstellt. Im Jahr 2008 unternahm der FGÖ im Auftrag des Gesundheitsressorts den Versuch, für die Jahre 2005 bis 2007 eine Übersicht über die Gesundheitsförderungsstrukturen in Österreich zu erstellen und sich einen Überblick über Projekte der Gesundheitsförderung und Primärprävention zu verschaffen, die durch Projektförderung des FGÖ und der Länder finanziert wurden. Zudem sollten jene Bundesministerien einbezogen werden, die ebenfalls Projekte in diesem Bereich förderten.

Die Erhebung basierte auf Recherchen in der Förderdatenbank des FGÖ, Internetrecherchen und einer Fragebogenerhebung in den Ländern sowie bei einigen Bundesministerien bzw. bei Organisationen, die von Ländern bzw. den Bundesministerien mit Landes- bzw. Bundesmitteln unterstützt wurden. Die Fragebogenerhebungen sollten in Hinkunft regelmäßig erfolgen, ebenso war ein Rückfluss der Informationen an die Länder geplant, um den Austausch über die Aktivitäten und deren Übertragbarkeit zu fördern.

Mittels Fragebogen sollten insbesondere der Titel des Projekts, die durchführende Organisation, der Ansprechpartner, die Projektkosten und die Fördersumme der einzelnen Projekte erhoben werden. Nach Rücklauf der Fragebögen zeigte sich, dass die Mehrheit der Länder nur unzureichende Angaben über die von ihnen geförderten Projekte machte und bspw. für die einzelnen Projekte keine Projektkosten und Fördersummen angab. Ebenso waren die Angaben der befragten Bundesministerien aufgrund fehlender Informationen zu einzelnen Projekten unzureichend.

Der FGÖ hielt in seinem Bericht vom Oktober 2008 gegenüber dem BMG fest, dass systematische Auswertungen zu den Fördersummen nicht möglich gewesen seien, weil viele Daten zu Strukturen und Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention von den finanzierenden Einrichtungen nicht, nur zum Teil oder nur unsystematisch dokumentiert wurden.

## Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

Abstimmung von Förderdatenbanken durch den Fonds Gesundes Österreich

- 7.2** Der RH kritisierte die mangelnde Bereitschaft des Bundes und der Länder, dem FGÖ ausreichende Informationen über ihre Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention zu geben sowie die fehlende systematische Erfassung und Dokumentation dieser Aktivitäten.

Der RH empfahl dem BMG, gemeinsam mit dem Hauptverband und den Ländern Grundlagen für eine einheitliche und systematische Dokumentation der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen sowie einen regelmäßigen Datenaustausch sicherzustellen (vgl. TZ 8).

- 8.1** Im Jahr 2010 wurden beim FGÖ erstmals alle Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention über den so genannten „FGÖ-Projektguide“ eingereicht. Dabei handelte es sich um eine elektronische Antragstellung für Projektförderungen. Die Daten aus den beantragten und bewilligten Projekten flossen in die Datenbank des FGÖ-Projektguides ein, wodurch sich die systematische Verfügbarkeit von Daten aus den Projekten erhöhte.

Der FGÖ unternahm im Jahr 2013 Anstrengungen, seine Datenbank mit der Förderdatenbank des Landes Steiermark abzustimmen, um eine Zusammenführung der Daten zu ermöglichen. Dabei waren zahlreiche Fragen zu klären, z.B. wie aus der Förderdatenbank des Landes Steiermark jene Projekte herausgefiltert werden können, die sich der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne des FGÖ widmen bzw. wie die Datenübermittlung funktionieren könnte. Zum Zeitpunkt der Gebarungsüberprüfung durch den RH war die Abstimmung noch nicht abgeschlossen.

- 8.2** Der RH erachtete die Datenbank des FGÖ als geeignetes Mittel, tiefer gehende Auswertungen über jene Projekte durchzuführen, die vom FGÖ gefördert wurden.

Der RH begrüßte die Bestrebungen des FGÖ, in seine Datenbank auch Informationen über die Förderung von Projekten auf Landesebene zu integrieren. Aus Sicht des RH stellt dies einen ersten Schritt in Richtung einer zentralen Datenbank dar.

Der RH empfahl dem BMG, auf die Einrichtung einer zentralen Datenbank hinzuwirken, in welche die Aktivitäten aller Leistungsträger im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention strukturiert aufgenommen werden, um eine Abstimmung der Aktivitäten und einen effizienten Mitteleinsatz sicherzustellen. In diese Datenbank sollten bereits vorhandene Datenbanken einzelner Leistungsträger (z.B. beim FGÖ,

auf Landesebene) integriert werden. Ebenso wäre sicherzustellen, dass eine Schnittstelle zu einer gesamtösterreichischen Förderungsdatenbank hergestellt werden kann.

- 8.3 Die GÖG teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Förderungsdatenbank des FGÖ (der Projektguide) inzwischen erprobt, weiterentwickelt und ausgereift sei. Sie biete die Möglichkeit, Daten zu den Antragstellern und den Projektdurchführern, den Projektkosten und der Projektfinanzierung sowie den inhaltlichen und methodischen Merkmalen der Projekte zu erfassen und auszuwerten. Die Datenbank sei schnittstellenkompatibel und könne bundesweit organisationsbezogen angebunden sowie – nach Spezifizierung von Eingabemasken – zur Befüllung durch die verschiedensten Systempartner vom FGÖ zur Verfügung gestellt werden.

## Mutter–Kind–Pass

### Einführung

- 9 Das Mutter–Kind–Pass–Untersuchungsprogramm<sup>19</sup> war als Instrument zur gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder bis zum 62. Lebensmonat gesetzlich vorgesehen<sup>20</sup>. Die erste gesetzliche Grundlage des Mutter–Kind–Passes trat im Jahr 1974 in Kraft. Der Vorsorgeaspekt wurde im Entwicklungsverlauf des Mutter–Kind–Passes verstärkt<sup>21</sup> und umfasste Ansätze mit dem Ziel, gesundheitliche Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der kindlichen Entwicklung zu vermeiden oder zu vermindern.

Die Untersuchungsprogramme waren in der Mutter–Kind–Pass–Verordnung 2002 geregelt und gestalteten sich i.d.F. BGBl. II Nr. 448/2009 in Grundzügen wie folgt:

<sup>19</sup> Im Berichtstext verwendete der RH die Wortfolge Mutter–Kind–Pass für das Vorsorgeinstrument, das Untersuchungsprogramm und das Dokument (papierener Pass) grundsätzlich synonym.

<sup>20</sup> Der für die Untersuchten kostenlose Mutter–Kind–Pass war seit 2002 im Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001 geregelt, das eine Koppelung von Mutter–Kind–Pass–Untersuchungen an den Kinderbetreuungsgeldbezug in voller Höhe vorsah.

<sup>21</sup> Zu Beginn lag der Fokus auf der Sicherstellung der medizinischen Grundbetreuung.

## Mutter–Kind–Pass

**Tabelle 6: Fünf<sup>1</sup> Untersuchungen der Schwangeren**

Gynäkologische Untersuchung bis 16. Schwangerschaftswoche (SSW) einschließlich Blut- <sup>2</sup> und Ultraschalluntersuchung in 8. bis 12. SSW
Gynäkologische Untersuchung in 17. bis 20. SSW einschließlich Interne Untersuchung und Ultraschalluntersuchung in 18. bis 22. SSW
Gynäkologische Untersuchung in 25. bis 28. SSW einschließlich Blutuntersuchung
Gynäkologische Untersuchung in 30. bis 34. SSW einschließlich Ultraschalluntersuchung in 30. bis 34. SSW
Gynäkologische Untersuchung in 35. bis 38. SSW

<sup>1</sup> Mit Ausnahme der drei Ultraschalluntersuchungen waren alle Untersuchungen für den Kinderbetreuungsgeldbezug in voller Höhe maßgeblich.

<sup>2</sup> Die Blutuntersuchungen betrafen jeweils unterschiedliche Parameter wie bspw. die Hämoglobinwertbestimmung oder einen HIV-Test.

Quelle: Mutter–Kind–Pass–Verordnung 2002 i.d.F. BGBl. II Nr. 448/2009

**Tabelle 7: Neun<sup>1</sup> Untersuchungen des Kindes**

Untersuchung in 1. Lebenswoche (LW) einschließlich Hüftultraschalluntersuchung
Untersuchung in 4. bis 7. LW einschließlich orthopädischer Untersuchung und Hüftultraschalluntersuchung in 6. bis 8. LW
Untersuchung zwischen 3. und 5. Lebensmonat (LM)
Untersuchung zwischen 7. und 9. LM einschließlich HNO–Untersuchung
Untersuchung zwischen 10. und 14. LM einschließlich Augenuntersuchung
Untersuchung zwischen 22. und 26. LM einschließlich fachärztlicher Augenuntersuchung
Untersuchung zwischen 34. und 38. LM
Untersuchung zwischen 46. und 50. LM
Untersuchung zwischen 58. und 62. LM

<sup>1</sup> Mit Ausnahme der beiden Ultraschalluntersuchungen waren die Untersuchungen bis zum 14. LM für den Kinderbetreuungsgeldbezug in voller Höhe maßgeblich.

Quelle: Mutter–Kind–Pass–Verordnung 2002 i.d.F. BGBl. II Nr. 448/2009

Mit der Verordnungsnovelle BGBl. II Nr. 448/2009 wurde das Untersuchungsprogramm für die Schwangere um eine Ersttrimesterultraschalluntersuchung, einen HIV-Test und einen Glukosetoleranztest erweitert (vgl. TZ 14).

Gesamtaufwendungen und Nutzen des Mutter–Kind–Passes

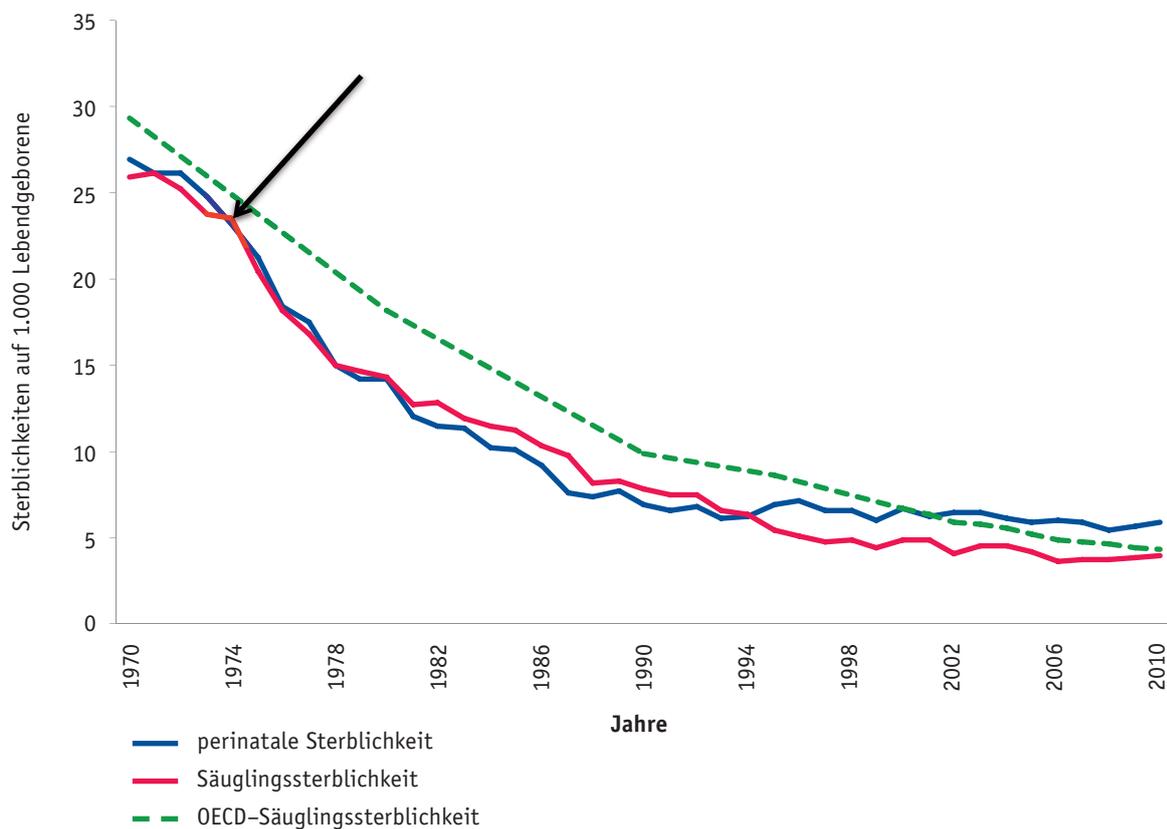
**10.1** (1) Totgeburten<sup>22</sup> und bis zum siebenten Lebenstag Verstorbene wurden zur perinatalen Sterblichkeit zusammengefasst, vor dem ersten Lebensjahr Verstorbene wurden durch die Säuglingssterblichkeit beschrieben. Eine geringe perinatale Sterblichkeit und Säuglingssterb-

<sup>22</sup> Als totgeboren galt ein Fötus, wenn das Geburtsgewicht mindestens 500 Gramm aufwies und kein Lebenszeichen erkennbar war.

lichkeit galten u.a. als Qualitätsindikatoren für pränatal diagnostische Versorgung und Geburtsmedizin.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der perinatalen Sterblichkeit und der Säuglingssterblichkeit bezogen auf 1.000 Lebendgeborene von 1970 bis 2010 in Österreich<sup>23</sup>. Im Vergleich dazu stellt die strichlierte Linie die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit von 1970 bis 2010 im OECD-Durchschnitt<sup>24</sup> dar. Der Pfeil markiert das Einführungsjahr des Mutter-Kind-Passes.

Abbildung 1: Entwicklung von perinataler Sterblichkeit und Säuglingssterblichkeit



Quellen: Statistik Austria und OECD; Darstellung RH

Wie die Grafik zeigt, sanken die Säuglingssterblichkeit und die perinatale Sterblichkeit von 1970 bis 2010 in Österreich deutlich. Diese positive Entwicklung traf im Wesentlichen auch auf die Säuglings-

<sup>23</sup> Quelle: Statistik Austria; Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

<sup>24</sup> Quelle: OECD; Die OECD in Zahlen und Fakten 2013

## Mutter-Kind-Pass

sterblichkeit im OECD-Durchschnitt zu, wobei diese mit einem Wert von 4,3 im Jahr 2010 leicht über dem Wert von 3,9 in Österreich lag. In den vergangenen Jahrzehnten verbesserten sich die Lebensbedingungen (etwa im Hygienebereich) und die medizinische Versorgung kontinuierlich.

Der Nutzen des Mutter-Kind-Passes bzw. einzelner Untersuchungen wurde seit seiner Einführung vor rd. 40 Jahren noch nicht evaluiert.

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Aufwendungen für den Mutter-Kind-Pass und die Anzahl an Entbindungen in den Jahren 2008 bis 2011:

<b>Tabelle 8: Aufwendungen für den Mutter-Kind-Pass und Anzahl an Entbindungen 2008 bis 2011</b>					
	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2008 bis 2011
	Aufwendung in Mio. EUR				in %
FLAF	33,13	33,50	35,49	36,08	+ 8,9
Sozialversicherung	18,14	18,63	17,26	17,69	- 2,5
<b>gesamt</b>	<b>51,27</b>	<b>52,13</b>	<b>52,76</b>	<b>53,77</b>	<b>+ 4,9</b>
	<b>Entbindungen</b>				
	67.964	68.343	69.413	69.848	+ 2,8

Quellen: Hauptverband; Bundesrechnungsabschlüsse 2005 bis 2011

In den Jahren 2008 bis 2011 stiegen die Gesamtaufwendungen für den Mutter-Kind-Pass von 51,3 Mio. EUR auf 53,8 Mio. EUR, wobei die jährliche Steigerung rd. 1,6 % betrug. Im gleichen Zeitraum stiegen die öffentlichen Gesundheitsausgaben um rd. 4,2 % pro Jahr. Allerdings trafen potenzielle Faktoren des Kostenanstiegs im Gesundheitsbereich, wie zunehmende Überalterung, teure Arzneimittel oder hohe Gerätekosten, beim Mutter-Kind-Pass weitgehend nicht zu. Im Vergleichszeitraum stiegen die Entbindungsfälle von 67.964 auf 69.848 um rd. 2,8 %.

**10.2** Der RH hielt fest, dass die Aufwendungen für den Mutter-Kind-Pass im Jahr 2011 rd. 54 Mio. EUR betragen. Hinsichtlich des Nutzens des Mutter-Kind-Passes stellte der RH fest, dass der Beitrag des Mutter-Kind-Passes zur Senkung der perinatalen Sterblichkeit und der Säuglingssterblichkeit in den vergangenen Jahrzehnten unbekannt blieb, weil keine Evaluation der Untersuchungen im Hinblick auf den Gesundheitsnutzen erfolgte.

Der RH erachtete eine Evaluation des Mutter–Kind–Passes als erforderlich. In diesem Zusammenhang empfahl er dem BMG, in Abstimmung mit dem Hauptverband die einzelnen Untersuchungen und den Mutter–Kind–Pass insgesamt hinsichtlich des Kosten–Nutzen–Verhältnisses zu evaluieren. Dazu sollten sowohl seit bereits längerem durchgeführte als auch neu aufgenommene Untersuchungen einer Überprüfung im Hinblick auf deren Effektivität und Effizienz unterzogen werden.

- 10.3** *(1) Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es zur Neuorientierung der Eltern–Kind–Vorsorge ein wissenschaftliches Konzept beauftragt habe. Die nun vorliegenden Ergebnisse der Studie „Eltern–Kind–Vorsorge neu“ würden die Konzeptionierung eines am Bedarf orientierten Vorsorgeprogramms unterstützen. Im Herbst 2014 werde der Prozess zur zeitgemäßen Weiterentwicklung des Mutter–Kind–Passes gestartet, wobei die Vorbereitungen dazu bereits sehr intensiv seien.*

*Weiters hielt das BMG in seiner Stellungnahme fest, dass in den Mutter–Kind–Pass neu aufzunehmende Untersuchungen in den Jahren 1998 bis 2010 durch die Mutter–Kind–Pass–Kommission nach den geltenden Screening–Kriterien der WHO bewertet worden seien. In der Studie „Eltern–Kind–Vorsorge neu“ seien auch sämtliche im Rahmen des Mutter–Kind–Pass–Programms vorgesehenen Untersuchungen hinsichtlich ihrer Evidenz analysiert und bewertet worden.*

*(2) Der Hauptverband stellte dazu fest, dass im BMG umfangreiche Arbeiten zum Projekt „Eltern–Kind–Vorsorge neu“ laufen würden. Dieses zukunftsorientierte Projekt werde als sinnvoller erachtet als eine Evaluierung des derzeitigen Mutter–Kind–Passes im Hinblick auf Evidenz, Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffektivität.*

- 10.4** Der RH anerkannte die Bemühungen des BMG zur Neukonzeption der Eltern–Kind–Vorsorge und zeitgemäßen Weiterentwicklung des Mutter–Kind–Passes. Er entgegnete jedoch, dass die Bewertung neu in den Mutter–Kind–Pass aufzunehmender Untersuchungen nach den Screening–Kriterien der WHO eine Evaluierung des Kosten–Nutzen–Verhältnisses einzelner Untersuchungen bzw. des Mutter–Kind–Passes insgesamt nicht ersetzen konnte.

Gleiches galt für die in der Studie „Eltern–Kind–Vorsorge neu“ vorgenommene Analyse und Bewertung sämtlicher im Rahmen des Mutter–Kind–Pass–Programms vorgesehenen Untersuchungen hinsichtlich ihrer Evidenz. In diesem Zusammenhang verwies der RH auf eine

## Mutter-Kind-Pass

Schlussfolgerung der Studie „Eltern-Kind-Vorsorge neu“<sup>25</sup>, wonach neben der regelmäßigen Überprüfung der Evidenzgrundlage eine begleitende Evaluierung des Programms zum rechtzeitigen Erkennen eines veränderten Bedarfs sowie zur Zielüberprüfung durchgeführt werden sollte. Er hielt daher seine Empfehlung, die einzelnen Untersuchungen und den Mutter-Kind-Pass insgesamt hinsichtlich des Kosten-Nutzens-Verhältnisses zu evaluieren, aufrecht.

Der RH sah jedoch mit dem Projekt „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ und der zeitgemäßen Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes die Gelegenheit, von Beginn an ein Konzept zur begleitenden Evaluierung der Vorsorgemaßnahmen festzulegen.

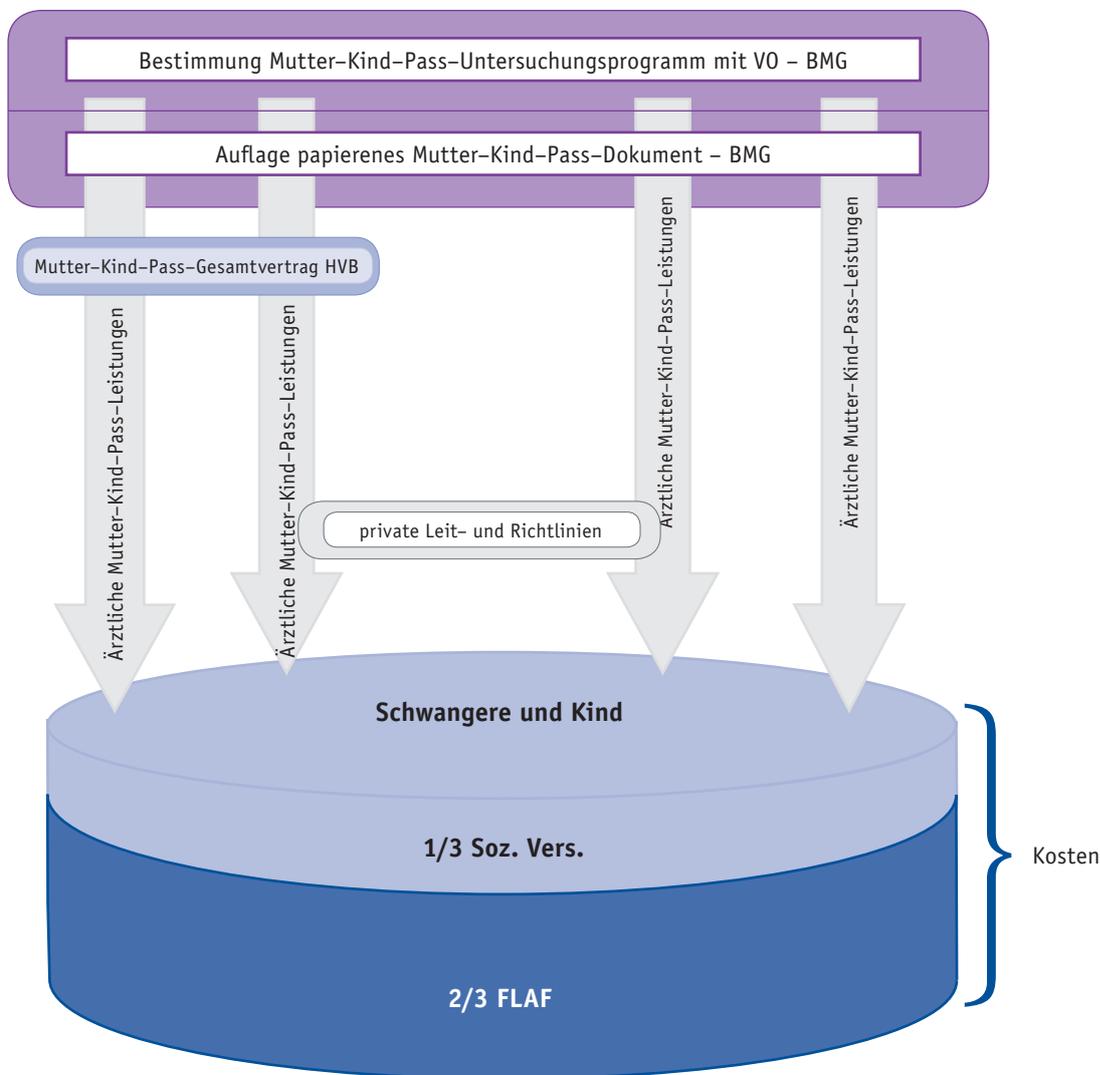
### Aufgabenwahrnehmung

- 11.1** Beim Mutter-Kind-Pass beruhten Akteure<sup>26</sup> und Aufgaben auf gesetzlichen Vorgaben. Die folgende Abbildung zeigt in Grundzügen die Aufgabenwahrnehmungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes:

<sup>25</sup> Reinsperger I., Winkler R., Piso B. Eltern-Kind-Vorsorge neu Teil IX: Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien für Screenings von Schwangeren und Kindern (0-6 Jahre). HTA-Projektbericht. 2013; Nr. 62. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

<sup>26</sup> Krankenfürsorgeeinrichtungen wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit weggelassen.

Abbildung 2: Aufgabenwahrnehmung Mutter-Kind-Pass



Quelle: Darstellung RH

Wie die Grafik zeigt, erfolgte die Auflage des Mutter-Kind-Pass-Dokuments und die Bestimmung der Untersuchungsprogramme und damit die Vorgabe der Kosten durch das BMG. Die Kosten hatten zu zwei Dritteln der vom BMFJ verwaltete Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen (FLAF) und zu einem Drittel die Krankenversicherungsträger zu tragen<sup>27</sup>. Regelungen zur Durchführung und Honorierung der Untersuchungen enthielt ein zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossener Gesamtvertrag. Zur sachgerechten Untersuchungsdurchführung dienten, neben einem Leitfaden des BMG<sup>28</sup>, unverbindliche Leit- und Richtlinien privater Fachor-

<sup>27</sup> Bei Nichtversicherten hatte der FLAF die Untersuchungskosten zur Gänze zu tragen.

<sup>28</sup> Der als Ausfüllhilfe bezeichnete Leitfaden des BMG war auf die Schwangere und die Phase unmittelbar nach der Geburt beschränkt.

organisationen. Vertragspartner der Krankenversicherungsträger (Vertragsärzte) oder andere Gesundheitsdienstleister (z.B. Wahlärzte) nahmen die Untersuchungen vor.

- 11.2** Der RH hielt fest, dass beim Vorsorgeinstrument Mutter-Kind-Pass das BMG die Inhalte und damit die Kosten vorgab, die zu zwei Drittel vom FLAF und zu einem Drittel von der Sozialversicherung zu tragen waren. Die Sozialversicherung war zudem für die Abgeltung und Abwicklung von ärztlichen Mutter-Kind-Pass-Leistungen zuständig. Der RH kritisierte, dass die Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung bei der Organisation des Mutter-Kind-Passes getrennt waren, was dazu führte, dass nicht auf einen sparsamen Mitteleinsatz geachtet wurde (vgl. TZ 14 und 15).

Aus Sicht des RH wäre es daher sinnvoll, die Organisation des Mutter-Kind-Passes zu vereinfachen und sicherzustellen, dass die inhaltlichen Vorgaben zum Mutter-Kind-Pass von einem Systempartner gestaltet werden, der auch zur Finanzierung beiträgt. Dadurch könnten die Mutter-Kind-Pass-Leistungen zweckmäßiger, sparsamer und wirtschaftlicher geregelt werden. Der RH empfahl daher dem BMG, dem Hauptverband und dem für die Verwaltung des FLAF zuständigen BMFJ, auf die zu einer Konzentration der Zuständigkeiten erforderlichen gesetzlichen Regelungen hinzuwirken.

- 11.3** (1) *Das BMG hielt in seiner Stellungnahme fest, dass sich die Organisation des Mutter-Kind-Passes aus den bestehenden rechtlichen Grundlagen ergebe. Im Falle einer Organisationsänderung solle die fachliche Zuständigkeit für den Mutter-Kind-Pass jedenfalls beim BMG liegen.*

(2) *Der Hauptverband gab dazu an, dass gesetzliche Regelungen bzw. Organisationsregelungen der Bundesverwaltung außerhalb der Zuständigkeit der Sozialversicherung lägen.*

(3) *Das BMFJ wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass gemäß § 7 Abs. 1 des Kinderbetreuungsgeldgesetzes Änderungen im Zusammenhang mit dem Mutter-Kind-Pass der Einvernehmensherstellung zwischen BMG und BMFJ bedürften und dieses Einvernehmen in der Darstellung des RH nicht abgebildet sei.*

- 11.4** Der RH entgegnete dem BMFJ, dass der Prüfungszeitraum der Geburtsüberprüfung im Wesentlichen die Jahre 2008 bis 2011 umfasste. Er wies darauf hin, dass erst mit der Novelle BGBl. I Nr. 197/2013 die Einvernehmensherstellung festgelegt worden sei. Bis zum 31. Oktober 2013 war der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen für die Festlegung des Mutter-Kind-Pass-Programmes zuständig,

was dem Wortlaut der Stammfassung des Kinderbetreuungsgeldgesetzes aus dem Jahr 2001 entsprach. Der RH wies schließlich darauf hin, dass es sich bei der Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 um eine Verordnung des BMG handelte.

Im Übrigen hielt der RH seine Empfehlung, auf die zu einer Konzentration der Zuständigkeiten erforderlichen gesetzlichen Regelungen hinzuwirken, aufrecht.

Mutter-Kind-Pass-Kommission des Obersten Sanitätsrats

**12.1** Der Oberste Sanitätsrat war ein in seiner Aufgabenwahrnehmung unabhängiges Expertengremium zur Abgabe von Empfehlungen und zur Beratung des BMG im Zusammenhang mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft. Änderungsvorschläge zum Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm wurden durch die dem Obersten Sanitätsrat zugeordnete Mutter-Kind-Pass-Kommission fachlich bewertet und nach Dringlichkeit gereiht (vgl. TZ 14).

**12.2** Der RH wies auf die Bedeutung eines Beratungsorgans wie den Obersten Sanitätsrat bzw. die Mutter-Kind-Pass-Kommission im Zusammenhang mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft hin und sah in Empfehlungen auf Expertenebene grundsätzlich eine geeignete Grundlage für die Gestaltung des Mutter-Kind-Pass-Programms.

**12.3** *Der Hauptverband pflichtete dem RH bei und merkte ergänzend an, dass sich ein beratendes Expertengremium lediglich aus Vertretern der Systempartner (Bund und Sozialversicherung) zusammensetzen sollte.*

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm und Programmänderungen

**13** Nach Änderung der gesetzlichen Grundlage wurden die überwiegend sekundärpräventiv ausgerichteten und als Screening<sup>29</sup> konzipierten Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramme mit der Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 (Mutter-Kind-Pass-Verordnung), BGBl. II Nr. 470/2001, festgelegt. Zwei Verordnungsnovellen in den Jahren 2008 und 2009 betrafen Programmänderungen, wovon jene aus dem Jahr 2008 noch vor ihrem Inkrafttreten wieder aufgehoben wurde.

**14.1** Im Jahr 2008 wurden mit einer Verordnungsnovelle (BGBl. II Nr. 430/2008) Änderungen des Untersuchungsprogramms für die Schwangere verfügt, die mit Jänner 2010 in Kraft treten sollten. Dies betraf u.a. den Entfall

<sup>29</sup> Dabei handelte es sich um systematische Verfahren bestehend aus Testabfolgen zur Erkennung von unerkannten Krankheiten oder Defekten. Da Screenings grundsätzlich nicht als diagnostische Tests konzipiert waren, mussten positive Resultate durch einen zweiten diagnostischen Test gesichert werden.

der internen Untersuchung und die Einführung eines oralen Glukosetoleranztests sowie eines Ersttrimesterultraschalls. Die Änderungen beruhten auf Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats (vgl. TZ 12).

Die Verordnungsnovelle, BGBl. II Nr. 448/2009, vom Dezember 2009 hob die oben angeführte Novelle aus dem Jahr 2008 noch vor ihrem Inkrafttreten auf. Das BMG begründete dieses Vorgehen damit, dass der in der Verordnungsnovelle 2008 vorgesehene Entfall der internen Untersuchung teilweise stark umstritten war. Damit blieb die interne Untersuchung entgegen den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats bzw. der Mutter-Kind-Pass-Kommission Programmbestandteil des Mutter-Kind-Passes und zusätzlich wurden neue Untersuchungen eingeführt (oraler Glukosetoleranztest, ein HIV-Test sowie ein Ersttrimesterultraschall). Nach Angaben des BMG beliefen sich die Kosten der internen Untersuchung auf rd. 1,95 Mio. EUR jährlich.

**14.2** Der RH kritisierte, dass die interne Untersuchung, entgegen den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats bzw. der Mutter-Kind-Pass-Kommission, im Mutter-Kind-Pass-Programm verblieben war. Damit entstanden Mehrkosten für den Mutter-Kind-Pass. Der RH empfahl dem BMG, für die Gestaltung des Mutter-Kind-Pass-Programms Empfehlungen auf unabhängiger und objektiver Expertenebene als Entscheidungsgrundlage heranzuziehen (vgl. TZ 12).

**14.3** (1) *Das BMG hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die von der Mutter-Kind-Pass-Kommission empfohlene Abschaffung der internen Untersuchung letztlich am massiven Widerstand der Ärztekammer gescheitert sei.*

*(2) Laut Stellungnahme des Hauptverbandes habe die Verordnungsnovelle aus dem Jahr 2008, die noch vor Inkrafttreten aufgehoben wurde, neben dem Entfall der internen Untersuchung auch die Empfehlung enthalten, in der Schwangerschaft eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Die Verknüpfung mit der Vorsorgeuntersuchung habe nicht den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates entsprochen, weshalb sich der Hauptverband im Jahr 2008 dagegen ausgesprochen habe. Aus den gleichen Gründen habe er sich auch für den Entfall der internen Untersuchung im Jahr 2009 ausgesprochen.*

**14.4** Der RH wies darauf hin, dass sich neben der unabhängigen und objektiven Expertenebene auch der Hauptverband für den Entfall der internen Untersuchung aussprach.

- 15.1** Um die Dokumentationsfunktionalität des Mutter-Kind-Passes im Rahmen der Mutter-Kind-Vorsorge zu verbessern, erfolgten in den Jahren 2008 und 2009 Layoutänderungen des vom BMG herausgegebenen Mutter-Kind-Pass-Dokuments. Dabei sollten bestimmte ärztliche Leistungen in den Mutter-Kind-Pass eingetragen werden können, die jedoch nicht Bestandteil der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramme waren. Mit diesen Dokumentationsvorgaben konnte der Eindruck erweckt werden, dass die zu dokumentierenden Leistungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes verordenbar wären.

In der Folge wurden sechs derartige Leistungen (Streptokokkentest, Glucosetoleranztest, Rhesusantikörpersuchtest, Bilirubinbestimmung, Anti-D-Prophylaxe und HIV-Test) im Zuge des Mutter-Kind-Passes verstärkt von den Ärzten erbracht und den Krankenversicherungsträgern verrechnet. Diese forderten eine Teilfinanzierung durch den FLAF, was aufgrund der damals geltenden Mutter-Kind-Pass-Verordnung nicht möglich war.

Um eine Finanzierung durch den FLAF dennoch zu ermöglichen, wurden diese sechs Leistungen mit der im Dezember 2009 kundgemachten Verordnungsnovelle, BGBl. II Nr. 448/2009, nachträglich zum Inhalt der Untersuchungsprogramme für die Jahre 2008 und 2009 gemacht. Bei einzelnen dieser sechs Leistungen bestand ein Beschluss des Obersten Sanitätsrats, dass diese nicht im Mutter-Kind-Pass verankert werden sollten. Die Gesamtkosten für diese nachträglichen Programmanpassungen beliefen sich auf rd. 6,5 Mio. EUR<sup>30</sup>, wovon rd. 4,3 Mio. EUR auf den FLAF entfielen.

- 15.2** Der RH kritisierte, dass durch unklare Dokumentationsvorgaben im Mutter-Kind-Pass in Verbindung mit einer rückwirkenden Änderung des Untersuchungsprogramms Mehrkosten von rd. 6,5 Mio. EUR entstanden waren. Er wies darauf hin, dass bei einzelnen der sechs Leistungen des nachträglich festgelegten Untersuchungsprogramms ein Beschluss des Obersten Sanitätsrats bestand, dass diese nicht im Mutter-Kind-Pass verankert werden sollten. Er empfahl dem BMG, in Hinblick von rückwirkenden Programmänderungen im Mutter-Kind-Pass Abstand zu nehmen.
- 15.3** *Der Hauptverband merkte ergänzend an, dass rückwirkende Programmänderungen zukünftig vermeidbar seien, wenn Änderungen bzw. Ergänzungen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramms zwischen den Systempartnern abgestimmt würden.*

<sup>30</sup> aufgrund einer Schätzung des Hauptverbands

## Mutter–Kind–Pass

### Qualitätssicherung

- 16.1** Vorgaben des BMG zu Umfang und Inhalt der Mutter–Kind–Pass–Untersuchungen<sup>31</sup> enthielten die mit Verordnung festgelegten Untersuchungsprogramme<sup>32</sup>, das Mutter–Kind–Pass–Dokument und ein Leitfaden<sup>33</sup>.

Für die Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat sah die Verordnung lediglich „eine ärztliche Untersuchung des Kindes“ vor. Im Mutter–Kind–Pass–Dokument war dazu unter dem Begriff Untersuchungsbefund z.B. einzutragen, ob die Organbefunde auffällig waren oder nicht. Welche Organbefunde erforderlich waren, enthielten die Vorgaben nicht.

- 16.2** Der RH erachtete die qualitätsbezogenen Maßnahmen des BMG hinsichtlich des Mutter–Kind–Passes als nicht ausreichend, weil eine standardisierte Vorgangsweise zu Untersuchungsinhalt und –umfang nicht gewährleistet war. Der RH erachtete eine standardisierte Vorgangsweise als wesentlich, um frühzeitig Erkrankungen zu erkennen und damit die Folgekosten für das Gesundheitswesen in der Zukunft zu reduzieren.

Er empfahl daher dem BMG, einen Qualitätsstandard zur Durchführung der Mutter–Kind–Pass–Untersuchungen zu erlassen und dessen verbindliche Anwendung sicherzustellen.

- 16.3** (1) *Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass neben seinem als Ausfüllhilfe bezeichneten Leitfaden ein weiterer Leitfaden – Mutter–Kind–Pass pädiatrischer Teil – allen Anwendern zur Verfügung stehe. Hierin werde verständlich und klar dargelegt, worauf bei der Untersuchung von Organbefunden im 58. – 62. Lebensmonat besonders zu achten sei. Das BMG führte weiter aus, dass bei der beabsichtigten Weiterentwicklung des Mutter–Kind–Passes die Qualitätssicherung wesentlich zu verankern sein werde.*

*(2) Der Hauptverband schloss sich der Empfehlung des RH an.*

<sup>31</sup> Mit den als Screening konzipierten Kindesuntersuchungen sollten bspw. Hodenhochstand oder Schwerhörigkeit vorzeitig erkannt werden.

<sup>32</sup> Beispielsweise war der Umfang der Kindesuntersuchung in der Mutter–Kind–Pass–Verordnung wie folgt festgelegt: Feststellung von Körpergewicht und Körperlänge, Erhebung von Beobachtungen der Mutter und Krankheitsanamnese, ärztliche Untersuchung sowie Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen. Auf die in dem jeweiligen Alter erreichte Entwicklung war Bedacht zu nehmen.

<sup>33</sup> Der als Ausfüllhilfe bezeichnete Leitfaden des BMG betraf nicht die genannte Kindesuntersuchung. Er war auf die Schwangere und die Phase unmittelbar nach der Geburt beschränkt.

**16.4** Der RH verwies das BMG auf seine Ausführungen unter TZ 11, wonach zur sachgerechten Untersuchungsdurchführung, neben einem Leitfaden des BMG (bezeichnet als Ausfüllhilfe), unverbindliche Leit- und Richtlinien privater Fachorganisationen dienten. Er hielt darüber hinaus eigene Vorgaben des BMG für eine standardisierte Vorgangsweise als wesentlich, um insbesondere die Effektivität des Vorsorgeinstruments zu erhöhen. Der RH hielt deshalb seine Empfehlung aufrecht, einen Qualitätsstandard zu erlassen und dessen verbindliche Anwendung sicherzustellen.

Inanspruchnahme  
– Gesamtmonitoring

**17.1** Von Vertragsärzten verrechnete Mutter-Kind-Pass-Leistungen erfasste der Hauptverband in einer Sonderleistungsstatistik. Ein Gesamtmonitoring über die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Leistungen war mit dieser Statistik nur eingeschränkt möglich, weil von anderen Gesundheitsdienstleistern<sup>34</sup> durchgeführte Untersuchungen fehlten. Damit verfügte das BMG über keinen Gesamtüberblick über die tatsächliche Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Leistungen.

Um die Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Passes anhand der Sonderleistungsstatistik zu beurteilen, wählte der RH die erste Schwangerschaftsuntersuchung und die achte Kindesuntersuchung aus und verglich deren Entwicklung in den Jahren 2002 bis 2012. Der Vergleich zeigte, dass im Betrachtungszeitraum die Inanspruchnahme der Schwangerschaftsuntersuchung von 64.332 auf 51.565 sank und die Inanspruchnahme der Kindesuntersuchung hingegen im gleichen Zeitraum von 17.871 auf 40.258 stieg. Warum diese Entwicklung gegenläufig war, konnte aufgrund der mangelhaften Datenlage nicht geklärt werden<sup>35</sup>.

**17.2** Der RH kritisierte, dass weder das BMG noch der Hauptverband über einen Gesamtüberblick der tatsächlichen Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen verfügten und dadurch fundierte Aussagen über Inanspruchnahmeraten nicht möglich waren.

Der RH empfahl dem BMG, gemeinsam mit dem Hauptverband ein Gesamtmonitoring über die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen einzurichten.

**17.3** (1) *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass zur Evaluierung der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ein Ausbau des Datenspektrums, insbesondere durch Einbeziehung der durch Wahlärzte durchgeführten Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, begrüßt*

<sup>34</sup> beispielsweise Wahlärzte oder Elternberatungsstellen der Länder

<sup>35</sup> Die Entwicklung konnte auf einer sich tatsächlich ändernden Inanspruchnahme beruhen oder bspw. auf einer vermehrten Inanspruchnahme von Wahlärzten.

*werde. Weiters wies das BMG darauf hin, dass der Anstieg der achten Kindesuntersuchung zwischen 2002 und 2012 dadurch erklärbar sei, dass diese Untersuchung erst im Jahr 2002 eingeführt wurde. Daraus resultiere auch der geringe Ausgangswert im Jahr 2002.*

*(2) Der Hauptverband stimmte der Empfehlung des RH zu. Er wies darauf hin, dass, bedingt durch die Systematik zur Verrechnung von Mutter-Kind-Pass-Leistungen, ein Gesamtmonitoring aufwandserhöhend wäre.*

- 17.4** Der RH entgegnete dem BMG, dass die achte Kindesuntersuchung bereits im Jahr 1987 Bestandteil des Mutter-Kind-Pass-Programms war. Der RH hielt seine Empfehlung aufrecht, ein Gesamtmonitoring über die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen einzurichten.

## Schlussempfehlungen

### Allgemeiner Teil

**BMG und  
Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungs-  
träger**

(1) Es sollten akkordierte Begriffsdefinitionen erarbeitet werden, um die Basis für eine Leistungsabstimmung zwischen den Systempartnern zu schaffen. (TZ 2)

(2) Um bis zum Vorliegen der neu beauftragten Studie über eine möglichst umfassende Übersicht für Steuerungszwecke verfügen zu können, sollten in einem ersten Schritt aus den bereits vorhandenen Unterlagen die Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention zusammengeführt werden. (TZ 4)

(3) Es sollte sichergestellt werden, dass tatsächlich alle für Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendeten Mittel einer gemeinsamen Strategie und damit einer abgestimmten Vorgehensweise unterstellt werden. (TZ 6)

**BMG**

(4) Gemeinsam mit dem Hauptverband und den Ländern sollten die Grundlagen für eine einheitliche und systematische Dokumentation der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen sowie ein regelmäßiger Datenaustausch sichergestellt werden. (TZ 7)

(5) Es sollte auf die Einrichtung einer zentralen Datenbank hingewirkt werden, in welche die Aktivitäten aller Leistungsträger im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention strukturiert aufgenommen werden, um eine Abstimmung der Aktivitäten und einen effizienten Mitteleinsatz sicherzustellen. In diese Datenbank sollten bereits vorhandene Datenbanken einzelner Leistungsträger (z.B. beim FGÖ, auf Landesebene) integriert werden. Ebenso wäre sicherzustellen, dass eine Schnittstelle zu einer gesamtösterreichischen Förderungsdatenbank hergestellt werden kann. (TZ 8)

## Schlussempfehlungen

### Mutter-Kind-Pass

#### BMG

(6) In Abstimmung mit dem Hauptverband sollten die einzelnen Untersuchungen und der Mutter-Kind-Pass insgesamt hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses evaluiert werden. Dazu sollten sowohl seit bereits längerem durchgeführte als auch neu aufgenommene Untersuchungen einer Überprüfung im Hinblick auf deren Effektivität und Effizienz unterzogen werden. (TZ 10)

(7) Für die Gestaltung des Mutter-Kind-Pass-Programms sollten Empfehlungen auf unabhängiger und objektiver Expertenebene als Entscheidungsgrundlage herangezogen werden. (TZ 14)

(8) In Hinkunft sollte von rückwirkenden Programmänderungen im Mutter-Kind-Pass Abstand genommen werden. (TZ 15)

(9) Es sollte ein Qualitätsstandard zur Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen erlassen und dessen verbindliche Anwendung sichergestellt werden. (TZ 16)

(10) Es sollte gemeinsam mit dem Hauptverband ein Gesamtmonitoring über die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen eingerichtet werden. (TZ 17)

#### BMG, BMFJ, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

(11) Um die Mutter-Kind-Pass-Leistungen zweckmäßiger, sparsamer und wirtschaftlicher zu regeln, sollte die Organisation des Mutter-Kind-Passes vereinfacht werden und auf die zu einer Konzentration der Zuständigkeiten erforderlichen gesetzlichen Regelungen hingewirkt werden. (TZ 11)