



Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2012

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des
Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich

Priv.-Doz. Dr.ⁱⁿ med. Pamela Rendi-Wagner, MSc

Leiterin der Sektion III (Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten), BMG

GD Stv. Mag. Alexander Hagenauer, MPM

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Autorinnen

Mag.^a Katja Antony, Gesundheit Österreich GmbH

Mag.^a Barbara Fröschl, Gesundheit Österreich GmbH

Dr.ⁱⁿ Sabine Haas, Gesundheit Österreich GmbH

Mag.^a Brigitte Juraszovich, Gesundheit Österreich GmbH

Mag.^a Ingrid Rosian-Schikuta, Gesundheit Österreich GmbH

Anja Laschkolnig, MPH, Gesundheit Österreich GmbH

Mitarbeit von

Mag.^a Claudia Habl, Gesundheit Österreich GmbH

Julia Bobek, MA, Gesundheit Österreich GmbH

Mag.^a Isabel Stadler-Haushofer, Gesundheit Österreich GmbH

Konzeptionelle Mitarbeit

Dr.ⁱⁿ Johanna Geyer, Bundesministerium für Gesundheit

Mag. Sascha Müller, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Mag. Stefan Spitzbart, MPH, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

GD Prof. DI Kurt Völkl, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Layout

Romana Landauer, Gesundheit Österreich GmbH

Druck

Kopierstraße des BMG

Bestellmöglichkeiten

Telefon: 0810/81 81 64 (Ortstarif)

Internet: www.bmg.gv.at/publikationen

Erscheinungsdatum

März 2016

ISBN 978-3-903099-04-3

Kurzfassung

Die Gesundheit Österreich GmbH führte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zum dritten Mal nach 1996 und 2001 eine Erhebung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben (GFPR-Ausgaben) der öffentlichen Hand in Österreich durch. In der vorliegenden Primärerhebung für das Datenjahr 2012 wurden auch Maßnahmen erhoben, die Gesundheitsförderung bzw. Prävention als einen von mehreren bzw. weiteren Zweck verfolgen („HiAP-Maßnahmen“).

Im Jahr 2012 wurden seitens der öffentlichen Hand (Bund inkl. Fonds Gesundes Österreich, Bundesländer, Gemeinden und Gesunden Städten sowie Sozialversicherung) insgesamt 2,02 Mrd. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben. Das entspricht Ausgaben von 239,65 Euro pro Kopf der Bevölkerung.

Betrachtet man die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (wie in der Gesundheitsausgaben-Rechnung der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) ohne Tertiärprävention, so ergeben sich Gesamtausgaben der öffentlichen Träger in der Höhe von 749 Mio. Euro bzw. Pro-Kopf-Ausgaben von 88,95 Euro.

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention betragen rund 8,3 Prozent bzw. 3,1 Prozent (ohne Tertiärprävention) der laufenden Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand für das Jahr 2012. Der Unterschied zu dem von der OECD / Statistik Austria ausgewiesenen Anteil von 1,9 Prozent an den laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben, der für Prävention und den öffentlichen Gesundheitsdienst (HC. 6) ausgegeben wird, ist in der Erhebungsmethodik begründet.

Der Großteil der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2012 (87,1 %) lag in der Sphäre der Sozialversicherungsträger. Der Bund inkl. FGÖ tätigte 5,9 Prozent der GFPR-Ausgaben der öffentlichen Träger, die Bundesländer 6,1 Prozent und die Gemeinden 0,9 Prozent. Bei den Ausgaben des Bundes ist zu beachten, dass dieser eine zentrale Rolle im Bereich des öffentlichen Gesundheitsschutzes hat, wofür er im Jahr 2012 rund 28 Mio. Euro ausgegeben hat, die in obigen Ausgaben nicht berücksichtigt sind. In den Ausgaben der Bundesländer sind die Gesamtaufwendungen Wiens in der Doppelrolle als Land und Stadt inkludiert. Darüber hinaus wurde von den öffentlichen Trägern noch eigenes Personal genannt, das im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention tätig ist, diese Ausgaben konnten jedoch nicht für alle Träger monetär bewertet werden und fehlen daher in der Gesamtdarstellung.

Knapp drei Viertel (72,3 %) der von öffentlichen Trägern in Österreich getätigten Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention flossen in die Tertiärprävention. Die Anteile für Primär- und Sekundärprävention liegen bei je 12,4 %, die restlichen Ausgaben wurden für Gesundheitsförderung (2,7 %) und den Aufbau sowie die Verbesserung von Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention (Capacity Building) (0,3 %) aufgewendet.

Für die Interventionsebene Tertiärprävention wurden im Jahr 2012 in Österreich 1,3 Mrd. Euro von der öffentlichen Hand ausgegeben. Der Großteil dieser Ausgaben (1.215 Mio. Euro) wurde von der Sozialversicherung getragen, wobei medizinische Rehabilitation (687 Mio. Euro) und Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge (insbesondere der Pensionsversicherungen) (528 Mio. Euro) die mit Abstand größten GFPR-Ausgabenpositionen bilden.

Im Bereich der Primärprävention führten die öffentlichen Träger für das Jahr 2012 Ausgaben in der Höhe von 217,7 Mio. Euro in den Kategorien Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten und Unfällen (166,8 Mio. Euro), Vermeidung der Entstehung von Suchtkrankheiten (7,0 Mio. Euro) und Verhütung übertragbarer Krankheiten (43,9 Mio. Euro) an. Zu den größten

Ausgabenpositionen in der Primärprävention zählten Zahngesundheit und präventive Zahnbehandlungen (83,5 Mio. Euro), Impfungen (37,7 Mio. Euro) und Maßnahmen zur Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen (35,5 Mio. Euro).

217,3 Mio. Euro wurden von der öffentlichen Hand für Sekundärprävention ausgegeben, wobei die Vorsorgeuntersuchungen nach dem ASVG mit 91,2 Mio. Euro die größte Ausgabenposition darstellen, gefolgt von Mutter-Kind-Pass (55,5 Mio. Euro) und schulärztlichen Leistungen (24,4 Mio. Euro).

Im Bereich Gesundheitsförderung wurden Ausgaben in der Höhe von 47,3 Mio. Euro seitens der öffentlichen Träger gemeldet. Für Gesundheitsinformation und -kompetenz wurden 13,3 Mio. Euro, im Setting Gesunde Schule 8,3 Mio. Euro und im kommunalen Setting (Gesunde Gemeinde / Stadt) 8,2 Mio. Euro ausgegeben.

Die präventiven Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich (z. B. Laboruntersuchungen, Lungenfunktionsüberprüfungen, Koloskopien) betrugen im Jahr 2012 – geschätzt von der Sozialversicherung – 261,9 Mio. Euro.

Ein Vergleich mit den Ausgaben des Jahres 2001 ist aufgrund einer Überarbeitung der Definitionen nur eingeschränkt möglich. So wurde beispielsweise in den Daten 2001 die Unfallprävention nicht berücksichtigt. Die Ausgabenentwicklung von 2001-2012 im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (+ 96,2 %) übersteigt jedoch deutlich die allgemeine Entwicklung der laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß OECD (+ 59,4 %). Besonders hohe Zuwachsraten sind im Bereich Gesundheitsförderung zu verzeichnen, was auch das gesamtgesellschaftlich gestiegene Bewusstsein der Gesundheitsförderung in den letzten Jahren widerspiegelt.

Aufgrund des langen Zeitabstandes zur vorhergehenden Erhebung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben können keine Angaben über die finanziellen Auswirkungen einzelner politischer Maßnahmen bzw. struktureller Änderungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention getätigt werden. Es empfiehlt sich die Etablierung eines regelmäßigen Monitorings der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention, so könnten die Auswirkungen implementierter Maßnahmen (wie der Einrichtung der Gesundheitsförderungsfonds nach § 19 des Gesundheits-Zielsteuerungs-gesetzes (G-ZG), welche mit 150 Mio. Euro für den Zeitraum 2013-2022 dotiert sind) auf die Gesundheitsförderungsaktivitäten der öffentlichen Körperschaften abgebildet werden. Durch die Verfügbarkeit von aktuellen Informationen über den Mitteleinsatz der öffentlichen Hand in diesem Bereich könnte ein Beitrag zu der vom Rechnungshof geforderten „vollständigen und institutionen-übergreifenden Aufstellung über die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich“ geleistet sowie ein konzertiertes Vorgehen öffentlicher und auch privater Ausgaben-träger begünstigt werden.

Die Ergebnisse des zweiten Teils des Projekts, der Erhebung der Health in All Policies-Maßnahmen (also jener Maßnahmen, die Gesundheitsförderung bzw. Prävention als einen von mehreren bzw. weiteren Zweck verfolgen), bilden nur einen Teil der in Österreich von Bund, Ländern und Gemeinden gesetzten HiAP-Maßnahmen ab. Auf Grund des hohen Arbeitsaufwands der für die Datenmelder mit der Erhebung verbunden war, wurde dieser Erhebungsteil zurückgestellt; es kann daher kein vollständiges Bild der in Österreich gesetzten HiAP-Maßnahmen gegeben werden. Rückfragen sowie einzelne eingegangene Meldungen deuten jedoch darauf hin, dass der Wissens-/Informationsstand zu Health in All Policies noch recht unterschiedlich und der Bewusstseinsbildungsprozess noch nicht abgeschlossen ist. Eine zukünftige Erhebung der von der öffentlichen Hand gesetzten HiAP-Maßnahmen sollte vorerst von der monetären Bewertung der Maßnahmen absehen. Durch die Anknüpfung an bestehende Initiativen bzw. Arbeitsgruppen im Bereich HiAP könnten Maßnahmen/Projekte nicht nur auf Bundesebene, sondern auch von Ländern und teilweise von Gemeinden erfasst werden.

Summary

Gesundheit Österreich GmbH (Austria Public Health Institute) has, commissioned by the Austrian Federal Ministry of Health and the Main Association of Austrian Social Insurance Institutions, surveyed public expenditure on health promotion and health care prevention in Austria in 2012 for the third time after 2001 and 1996. In addition Health in All-Policies measures set by administrative bodies were surveyed.

National public bodies and competent authorities (federal state including the Health Promotion Fund Austria (FGÖ), provinces, municipalities and social insurance) spent a total of 2.02 billion Euro respectively 239.65 Euro per-capita (of the Austrian population) on health promotion and prevention in 2012.

If tertiary prevention is not considered as preventive expenditure (according to the methodological approach regarding Health Care Expenditure of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)), total expenditure on health promotion and prevention accounts for 749 mio. Euro respectively 88.95 Euro per-capita.

Expenditure on health promotion and prevention was 8.3 percent respectively 3.1 percent (without tertiary prevention) in relation to current expenditure on health of general government. Differences to the share of 1.9 percent of public expenditure on prevention and public health services (HC. 6) on current health expenditure by general government as accounted by OECD/Statistik Austria are caused by differences in methodology.

The major share of expenditure on health promotion and prevention in 2012 (87.1 %) is accountable to social insurance. The federal state including FGÖ covered 5.9 percent of expenses, the provinces spent 6.1 percent and municipalities paid 0.9 percent of expenditure on health promotion and prevention in 2012. The state furthermore takes a prominent role in the field of health protection with expenditures of 28 mio. Euro in 2012, which are not included in above mentioned amounts. Payments on health promotion and prevention of provinces include total expenditure of the City of Vienna which functions as both, a province and a municipality. Additionally administrative bodies reported costs of their staff, which could not be assessed monetarily for all administrative levels.

Nearly three quarters (72.3 %) of total expenditure on health promotion and prevention was spent on tertiary prevention. Shares of primary and secondary prevention both accounted for 12.4 percent, the remaining funds were used on health promotion (2.7 %) and capacity building in the field of health promotion and prevention (0.3 %).

Expenditures on tertiary prevention summed up to 1.3 billion Euro; the major share was contributed by social insurance (1.215 mio. Euro). In general, health promotion and prevention expenditure was dominated by money spent on medical rehabilitation (687 mio. Euro) and medical cures (528 Mio. Euro) which were by far the largest positions.

Primary prevention-expenditures accounted for 217.7 Mio. Euro in 2012: 166.8 mio. Euro are attributable to the category of avoidance of illness and accidents and activities for a healthier lifestyle, 7.0 mio. Euro was spent for addiction prevention and 43.9 mio. Euro respectively for the prevention of communicable diseases. Top positions within the category of primary prevention were oral health promotion and preventive dental care (83.5 mio. Euro), immunisations (37.7 mio. Euro) and measures on accident prevention at work and prevention of work-related illness (35.5 mio. Euro).

217.3 mio. Euro were spent on secondary prevention, with preventive medical-check-ups according to social insurance law accounting for 91.2 Mio. Euro, followed by the national Mother-child-Health Programme (featuring examinations for the pregnant mother and the child) (55.5 mio. Euro) and school health expenditures (including medical screenings in schools) (24.4 mio. Euro).

47.3 mio. Euro of the total expenditures on health promotion and health care prevention by public bodies were attributable to health promotion. 13.3 mio. Euro were spent on information, education and communication, 8.3 mio. Euro were spent in the setting of “healthy schools” and 8.2 mio. Euro in the setting of municipalities.

Preventive expenditures of social insurance institutions in the ambulatory setting (e. g. medical laboratory, pulmonary function testing and colonoscopy) were estimated by the Main Association of Social Insurance Institutions and summed up to 261.9 mio. Euro in 2012.

Comparing 2012 expenditures with data of the last survey in 2001 is limited by the fact that definitions were partly adapted (e. g. accident prevention was not included in 2001). Despite that the cumulative growth rate for expenditure on health promotion and prevention (+ 96.2 %) is considerably higher than the rise in current total public health expenditure according to OECD (+59.4 %). Especially health promotion expenditures show high growth rates which reflects the societal importance this topic gained in recent years.

Due to the long timespan of eleven years since the previous survey a thorough analysis of the linkages between expenditures taken and policy measures or changes in structures of health promotion and prevention set is not possible. Thus we recommend to monitor the evolution of expenditure on health promotion and prevention on a regular basis, to assess the impact of recently implemented measures on health promotion activities as determined in the current health care reform process. An important measure was the establishment of health promotion funds based on § 19 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG), which administer 150 mio. Euro in the period 2013-2022.

The availability of up-to-date information on spending by public bodies in this field would contribute to a comprehensive overview of health promotion and preventive measures set in Austria (as postulated by the Austrian Court of Audit (Rechnungshof)) and thus facilitate joint activities of public and private institutions in the field.

The second part of the study – the survey of HiAP-measures – only revealed some of the HiAP-measures set by public bodies. Due to the high amount of work for the public bodies associated with this part of the survey this part was deferred, thus this report does not show a complete overview of HiAP-measures set in Austria. Enquiries and feed-back within this part of the survey indicate that the level of information and knowledge on HiAP differs considerably between institutions/persons and further awareness raising is necessary. A future survey of HiAP measures should refrain from monetary assessment of these measures. By building on existing initiatives and working groups in the field of HiAP not only measures/projects on a federal level, but also on the level of provinces and municipalities could be covered.

Inhalt

Kurzfassung	1
Summary	3
Tabellen.....	7
Abbildungen	8
Abkürzungen	10
Danksagung	11
1 Einleitung.....	13
1.1 Ausgangslage.....	13
1.2 Zielsetzung	15
1.3 Methodik.....	16
1.3.1 Definition/Abgrenzung.....	16
1.3.2 Erhebung.....	22
1.3.3 Daten.....	22
1.3.4 Prävention im <i>System of Health Accounts</i>	23
2 Erhebungsergebnisse.....	29
2.1 Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.....	29
2.2 Ausgaben nach Interventionsebenen und Themen.....	31
2.2.1 Ausgaben für Gesundheitsförderung.....	41
2.2.2 Ausgaben für Capacity Building	44
2.2.3 Ausgaben für Primärprävention.....	45
2.2.4 Ausgaben für Sekundärprävention	49
2.2.5 Ausgaben für Tertiärprävention	52
2.3 Entwicklung der Ausgaben.....	55
3 Resümee	58
4 Exkurs: Maßnahmen nach dem „Health in All Policies“-Ansatz.....	59
4.1 Der “Health in All Policies”-Ansatz.....	59
4.2 Zielsetzung	60
4.3 Methodik.....	61
4.4 Erhebungsergebnisse nach Politikfeldern.....	62
4.5 Resümee.....	70
Literatur	72
5 Anhang A	75
5.1 Erhebungsergebnisse für die Bundesebene	75
5.1.1 Methodik.....	75

5.1.1.1	Erhebung.....	75
5.1.1.2	Daten	75
5.1.2	Ausgaben des Bundes	76
5.1.2.1	Übersicht.....	76
5.1.2.2	Interventionsebenen	77
5.1.2.3	Themen	84
5.1.3	Ausgabenentwicklung auf Bundesebene.....	86
5.2	Erhebungsergebnisse für die Bundesländer	87
5.2.1	Methodik.....	88
5.2.1.1	Erhebung.....	88
5.2.1.2	Daten	88
5.2.2	Ausgaben der Bundesländer	89
5.2.2.1	Interventionsebenen	90
5.2.2.2	Themen	94
5.2.3	Ausgabenentwicklung auf Länderebene.....	95
5.3	Erhebungsergebnisse für <i>Gesunde Städte</i> und Gemeinden	97
5.3.1	Methodik.....	97
5.3.1.1	Erhebung.....	97
5.3.1.2	Daten	98
5.3.2	Ausgaben der <i>Gesunden Städte</i> und Gemeinden.....	98
5.3.2.1	Übersicht.....	98
5.3.2.2	Interventionsebenen	100
5.3.2.3	Themen	106
5.3.3	Ausgabenentwicklung bei Gemeinden und <i>Gesunden Städten</i>	107
5.4	Erhebungsergebnisse Sozialversicherung	108
5.4.1	Methodik.....	108
5.4.1.1	Erhebung.....	108
5.4.1.2	Daten	109
5.4.2	Ausgaben der Sozialversicherung	110
5.4.2.1	Übersicht.....	110
5.4.2.2	Interventionsebenen	111
5.4.2.3	Themen	115
5.4.3	Entwicklung der Sozialversicherungsausgaben	116
6	Anhang B.....	118

Tabellen

Tabelle 1:	Definitionen zu Gesundheitsförderung und Prävention	19
Tabelle 2:	Entwicklung der österreichischen Gesundheits- und Präventionsausgaben nach <i>System of Health Accounts</i> (OECD / Statistik Austria) 2001-2012	26
Tabelle 3:	Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention gemäß GÖG-Erhebungen und nach <i>System of Health Accounts</i> (OECD / Statistik Austria) in Österreich	28
Tabelle 4:	Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich insgesamt, 2012	29
Tabelle 5:	Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich nach Interventionsebenen und Themen, 2012 (in Euro)	37
Tabelle 6:	Entwicklung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich, 2001-2012 (nach Interventionsebenen)	56
Tabelle 7:	Übersicht über die gemeldeten HiAP-Maßnahmen, 2012 (Österreich gesamt)	64

Tabellen Anhang

Tabelle A1:	Ausgaben ¹ auf Bundesebene für Gesundheitsförderung und Prävention, 2012 (in Euro)	77
Tabelle A2:	Ausgaben auf Bundesebene für Gesundheitsförderung und Prävention, nach Interventionsebenen und Themen, 2012	79
Tabelle A3:	Entwicklung der Ausgaben der Bundesebene für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2001-2012	87
Tabelle A4:	Ausgaben der Bundesländer (inkl. Wien) für Gesundheitsförderung und Prävention, 2012	90
Tabelle A5:	Entwicklung der Ausgaben der Bundesländer für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2001-2012	96
Tabelle A6:	Ausgaben der Gemeinden (ohne Wien) für Gesundheitsförderung und Prävention, 2012	99
Tabelle A7:	GFPR-Ausgaben der Gemeinden nach Interventionsebenen und Themen, 2012	101
Tabelle A8:	Entwicklung der Ausgaben der Gemeinden (ohne Wien) für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2001-2012	108
Tabelle A9:	Ausgaben der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention, 2012	111
Tabelle A10:	Entwicklung der Ausgaben der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2001-2012	116
Tabelle B1:	Erhebung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben 2012 – Fragebogen an die Bundesländer	119

Abbildungen

Abbildung 1:	Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich, 2012 (in Prozent).....	30
Abbildung 2:	Ausgabenanteile der Interventionsebenen der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich nach Trägern, 2012 (in Prozent) ¹	32
Abbildung 3:	TOP-10-Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich, 2012 (in Mio. Euro)	34
Abbildung 4:	Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für die Top-10-Themen der GFPR-Ausgaben in Österreich, 2012 (in Prozent)	36
Abbildung 5:	Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für Gesundheitsförderung in Österreich, 2012 (in Prozent)	41
Abbildung 6:	TOP-3-Themen bei Ausgaben für Gesundheitsförderung in Österreich, 2012 (in Mio. Euro).....	42
Abbildung 7:	Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für die TOP-3-Themen der Gesundheitsförderung in Österreich, 2012 (in Prozent)	43
Abbildung 8:	Anteile der Körperschaften an Ausgaben für Capacity Building für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich, 2012 (in Prozent)	44
Abbildung 9:	Ausgabenanteile für Primärprävention (PP1-PP3) in Österreich nach Trägern, 2012 (in Prozent)	45
Abbildung 10:	TOP-3-Themen bei Ausgaben für Primärprävention in Österreich, 2012 (in Mio. Euro).....	47
Abbildung 11:	Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für die TOP-3-Themen der Primärprävention in Österreich, 2012 (in Prozent)	49
Abbildung 12:	Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für Sekundärprävention in Österreich, 2012 (in Prozent)	50
Abbildung 13:	TOP-3-Themen bei den Ausgaben für Sekundärprävention in Österreich, 2012 (in Mio. Euro).....	50
Abbildung 14:	Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für die TOP-3-Themen der Sekundärprävention in Österreich, 2012 (in Prozent).....	52
Abbildung 15:	Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für Tertiärprävention in Österreich, 2012 (in Prozent)	53
Abbildung 16:	TOP-3-Themen bei den Ausgaben für Tertiärprävention in Österreich, 2012 (in Mio. Euro).....	54
Abbildung 17:	Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für die TOP-3-Themen der Tertiärprävention in Österreich, 2012 (in Prozent).....	55

Abbildungen Anhang

Abbildung A1:	Ausgaben der Bundesministerien für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2012 (in Prozent).....	78
Abbildung A2:	Ausgaben des FGÖ für Gesundheitsförderung nach Interventionsebenen, 2012 (in Prozent)	78
Abbildung A3:	Top-10- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention des Bundes (inkl. FGÖ), 2012 (in Mio. Euro)	85
Abbildung A4:	Top-5- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung des FGÖ, 2012 (in Euro absolut)	86
Abbildung A5:	Ausgaben der Bundesländer für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2012 (in Prozent)	91
Abbildung A6:	Top-10- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der Bundesländer, 2012 (in Mio. Euro).....	94
Abbildung A7:	Ausgaben der Gemeinden und <i>Gesunden Städte</i> für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2012 (in Prozent)	100
Abbildung A8:	Ausgabenanteile für Primärprävention (PP1-PP3) auf Gemeindeebene nach Trägern, 2012 (in Prozent).....	104
Abbildung A9:	Top-10- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der Gemeinden insgesamt, 2012 (in 1.000 Euro)	106
Abbildung A10:	Top-10- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der <i>Gesunden Städte</i> , 2012 (in 1.000 Euro)	107
Abbildung A11:	Ausgaben der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen (ohne präventive Ausgaben im niedergelassenen Bereich), 2012 (in Prozent)	112
Abbildung A12:	Top-10- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherung, 2012 (in Mio. Euro, gerundet).....	115

Abkürzungen

AMS	Arbeitsmarktservice Österreich
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DG	Dienstgeber
DMP	Disease Management Programme
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GFA (engl. HIA)	Gesundheitsfolgenabschätzung, engl. Health Impact Assessment
GF-Strategie	Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags
GFPR	Gesundheitsförderung- und Prävention
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GVO	Gentechnisch veränderte Organismen
HC	Klassifikation nach Arten der Gesundheitsgüter und Leistungen, engl. Functional Classification of Health Care
HFA	„Health for All“, dt. „Gesundheit für alle“
HIA	Siehe GFA
HiAP	„Health in all Policies“, dt. „Gesundheit in allen Politikfeldern“
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICHA	Internationale Klassifikation der Gesundheitskonten, engl. International Classification for Health Accounts
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
RGZ	Rahmengesundheitsziele
SHA	System of Health Accounts, in den Versionen SHA 1.0 aus 2000 und SHA 2011
SMG	Suchtmittelgesetz
SV	Sozialversicherung
TSG	Tierseuchengesetz
TGG	Tiergesundheitsgesetz

VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
VZÄ	Vollzeit-Äquivalent
WHA	World Health Assembly, dt. Weltgesundheitsversammlung
WHO	World Health Organization, dt. Weltgesundheitsorganisation

Danksagung

Wir möchten uns bei allen Institutionen, die an der Überarbeitung des Erhebungsbogens mitgewirkt haben und jenen, die ihre Daten für die Erhebung gemeldet haben, herzlich bedanken.

1 Einleitung

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) führte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT) eine Erhebung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (GFPR-Ausgaben) der öffentlichen Hand (Bund, Bundesländer, Gemeinden und die Sozialversicherungsträger) für das Datenjahr 2012 durch.

Der vorliegende Bericht stellt diese Erhebungsergebnisse (Ausgaben und Aktivitäten für Gesundheitsförderung und Prävention) gesamt und gegliedert nach Interventionsebenen und Themen dar. Nähere Angaben zu den Ausgaben der einzelnen Erhebungsebenen (Bundesministerien und FGÖ, Länder, Gesunde Städte und Gemeinden sowie Sozialversicherung) finden sich im Anhang A.

Zusätzlich werden die Erhebungsergebnisse den Ausgaben für Prävention und öffentlichen Gesundheitsdienst gemäß dem *System of Health Accounts* (SHA) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung bzw. Statistik Austria gegenübergestellt (Punkt 1.3.4) und die Ergebnisse der Erhebung der „Health in All Policies“-Maßnahmen präsentiert (Kapitel 4).

1.1 Ausgangslage

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG, seit 2006: Gesundheit Österreich GmbH) hat im Auftrag des Gesundheitsressorts die Leistungen und Ausgaben der öffentlichen Hand für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in zwei Untersuchungen (für die Datenjahre 1996 (Steier et al. 2001) und 2001 (Habl et al. 2004)) erhoben und analysiert. Die umfassenden Primärerhebungen mittels Fragebögen, Rückfragen und Klärungen (sowie statistischer Hochrechnung) erstreckten sich jeweils auf Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung – und mit dem Gesundheitsförderungsgesetz auch auf den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ).

Seit der ÖBIG-Erhebung für das Datenjahr 2001 wurden keine umfassenden Erhebungen/Darstellungen der öffentlichen GFPR-Ausgaben in Österreich gegliedert nach Trägern (Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherung) und Interventionsebenen (Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) publiziert.

Aktuelle Daten zu Ausgaben für Prävention und den öffentlichen Gesundheitsdienst liegen von der Statistik Austria vor. Diese werden nach der Systematik der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dem *System of Health Accounts* (SHA), erhoben. Die Datenerhebung gemäß der OECD-Methodik begünstigt einen internationalen Vergleich, bietet jedoch keinen detaillierten Überblick nach Interventionsfeldern bzw. eine Untergliederung nach Themenbereichen.

Entwicklungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bis 2012

Bereits die ÖBIG-Erhebung der GFPR-Ausgaben für das Datenjahr 2001 berücksichtigte die Ausgaben des FGÖ, welcher mit Gesundheitsförderung gemäß dem Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz) aus dem Jahr 1998 betraut wurde. Gegenstand dieses Gesetzes sind Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und die Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und Gesundheitsfaktoren (Habl et al. 2004).

Seit der letzten Erhebung der GFPR-Ausgaben gab es verschiedene Änderungen und Entwicklungen auch der gesetzlichen Grundlagen für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich:

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 wurde auf Ebene des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger ein **Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung** eingerichtet, aus dem unter anderem seit 2006 das aus einer Kooperation zwischen Bund und Versicherungsträgern entstandene „Rauchertelefon“ finanziert wird. Zudem wurde der Präventionsbereich durch eine Überarbeitung der Vorsorgeuntersuchung ausgebaut. Die Beratung im Rahmen der „Vorsorgeuntersuchung neu“ fokussiert sich nun vor allem auf einen gesundheitsförderlichen Lebensstil. Zudem wurde verstärkt versucht, benachteiligte Gruppen bzw. Personen mit speziellen Bedürfnissen für die Gesundheitsvorsorge zu identifizieren und diese gezielt anzusprechen (Hofmarcher 2013).

Im Rahmen der im Jahr 2008 in Kraft getretenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurden gemäß Art. 33 Mittel für **Vorsorgeprogramme** vorgesehen. Damit stehen jährlich für die Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen Mittel im Ausmaß von bis zu 3,5 Millionen Euro seitens der BGA zur Verfügung („Vorsorgemittel“). Zudem wurde festgelegt, dass die Mittelvergabe und Verwendung an Qualitätskriterien für förderungswerte Maßnahmen sowie an thematische Prioritäten und Leitlinien geknüpft sein muss. Vergeben werden die Mittel auf Basis einer Gesamtstrategie, die von der Gesundheit Österreich GmbH in Kooperation mit der Unterarbeitsgruppe Public Health der Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen erarbeitet wurde; als inhaltlicher Schwerpunkt wurde für die Jahre 2011-2014 das Thema „Ernährung“ festgelegt. Die Mittel gehen zu jeweils zwei Fünftel an die Länder und die Sozialversicherung, zu einem Fünftel an den Bund. Zur Unterstützung bei der Planung, Durchführung, Berichterstattung und Evaluation wurde eine am BMG angesiedelte Koordinationsstelle eingerichtet. Mit Beschluss der Gesundheitsförderungsstrategie (GF-Strategie) im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags im Jahr 2014 wurde festgelegt, dass sich die Mittelverwendung an den priorisierten Schwerpunkten dieser (siehe unten) zur orientieren hat. (BMG 2014; Wirl et al. 2010; Zielsteuerung-Gesundheit 2013)

Im Jahr 2011 wurde der Pharma-Rahmenvertrag zwischen der Pharmawirtschaft und dem HVSVT verlängert. Dieser gilt bis 2015 und sieht für den genannten Zeitraum einen Rabatt für verschreibungspflichtige Arzneimittel von insgesamt 82 Mio. Euro brutto gegenüber dem HVSVT vor. Für diesen Rabatt wurde bei der Verlängerung eine Zweckbindung von rund 8 Prozent der Mittel (d. s. etwa 6,7 Mio. Euro) für Maßnahmen der Kindergesundheit und Prävention festgelegt. (Hofmarcher 2013)

Den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für zukunftsweisende Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung folgend, wurde im Jahr 2011 die Ausarbeitung von **Rahmen-Gesundheitszielen** für Österreich durch die Bundesgesundheitskommission (BGK), den Ministerrat und den Nationalrat beschlossen. Ein Plenum aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Politik- und Gesellschaftsbereiche entwickelte den Entwurf für die Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ). Bürgerinnen und Bürger konnten sich dabei über eine Internet-Plattform in den Prozess einbringen. Zudem wurde durch die Einbeziehung verschiedener Politikfelder dem „Health In All Policies“-Ansatz (HiAP) Rechnung getragen. Dieser berücksichtigt die Tatsache, dass viele gesundheitsbestimmende Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens liegen, und war eines der Grundprinzipien für die Entwicklung der R-GZ. Das übergreifende Ziel der Rahmen-Gesundheitsziele ist, die Gesundheit der in Österreich lebenden Menschen – unabhängig von Faktoren wie Bildungsstand, Einkommen oder Lebensumständen – zu verbessern. Daher wird ein Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention gelegt: Neun der zehn Rahmen-Gesundheitsziele betreffen diesen Bereich. Auch das Thema Kapazitätsentwicklung (Capacity Building), also Aufbau und Verbesserung von Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention, wurde in den Rahmen-Gesundheitszielen abgebildet. Auf Grundlage des erarbeiteten Entwurfes wurden die zehn Rahmen-Gesundheitsziele durch die BGK und den Ministerrat beschlossen (siehe auch Kapitel 4.1). (BMG 2012)

Aktuelle Entwicklungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ab 2012

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 wurde zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung beschlossen – die „Zielsteuerung-Gesundheit“. Der erste Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV), der von 2013 bis Ende 2016 gültig ist, definiert strategische und operative Ziele inklusive einem Ziele- und Maßnahmenkatalog in den Steuerungsbereichen „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“, „Ergebnisorientierung“ und „Finanzziele“.

Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) sieht nach § 19 vor, dass zur Stärkung der Gesundheitsförderung an allen Landesgesundheitsfonds eigene „Gesundheitsförderungsfonds“ eingerichtet werden, welche für die Jahre 2013 bis 2022 mit insgesamt 150 Mio. Euro dotiert werden; diese Mittel werden von Sozialversicherung (130 Mio. Euro) und Ländern (20 Mio. Euro) aufgebracht. Zumindest die Hälfte der Mittel der Jahre 2013-2016 ist verbindlich für die im Rahmen der Gesundheitsförderungsstrategie (GF-Strategie) priorisierten Schwerpunkte (siehe unten), der Rest ist innerhalb des Gesamtrahmens der GF-Strategie einzusetzen. (B-ZV 2013; BMG 2014; Zielsteuerung-Gesundheit 2013)

Im Jahr 2014 wurde durch die BZK im Rahmen der „Zielsteuerung-Gesundheit“ die **Gesundheitsförderungsstrategie** (GF-Strategie) beschlossen mit dem zentralen Ziel, einen Beitrag für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich zu leisten. Die GF-Strategie bildet – ausgehend von den R-GZ – einen Rahmen für die Stärkung von zielgerichteter, politikfeldübergreifender und abgestimmter Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich. Auch soll ein Beitrag zu Qualitätsentwicklung, Kapazitätsaufbau (Capacity Building) und der Verbreitung von Best-Practice-Beispielen im Bereich Gesundheitsförderung geleistet werden. Die GF-Strategie dient zur Orientierung für die Vertragspartner der „Zielsteuerung-Gesundheit“ und für weitere Akteure der Gesundheitsförderung und regelt für die Gesundheitsförderungsfonds und die Vororgemittel Ziele und Grundsätze des Mitteleinsatzes durch die Setzung inhaltlicher Schwerpunkte. Für die Gültigkeitsperiode 2013-2016 wurden folgende Schwerpunkte definiert (BMG 2014):

1. Frühe Hilfen
2. Gesunde Kinderkrippe und Gesunde Kindergärten
3. Gesunde Schulen
4. Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter
5. Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen
6. Soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen

1.2 Zielsetzung

Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung ist eine systematische und detaillierte Übersicht der Ausgaben der öffentlichen Hand im Jahr 2012 für die Interventionsebenen Gesundheitsförderung und Prävention, die den primären Zweck Gesundheit verfolgen. Das betrifft

- den Bund inkl. den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ),
- die Länder,
- die Gesunden Städte und Gemeinden und
- die Sozialversicherung.

Die Ergebnisse bilden Teil 1, den Kernbereich der Erhebung (vgl. Kapitel 2).

Zusätzlich wurden erstmals auch Maßnahmen erfasst, die auf Basis des „Health in All Policies“-Ansatzes (HiAP) als einen von mehreren bzw. sekundären oder weiteren Zweck Gesundheitsförderung bzw. Prävention im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik verfolgen. Damit soll ein vollständigeres Bild all jener Maßnahmen entstehen, die sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken, also gesundheitsfördernd oder präventiv wirken. Die Ergebnisse bilden Teil 2 der Erhebung (vgl. Exkurs, Kapitel 4).

Die Erhebung orientiert sich bezüglich Gesundheitsförderung sowie Capacity Building an den Interventionsfeldern der Gesundheitsförderungsstrategie (GF-Strategie). (D. h. alle Ausgaben, die im Sinne der GF-Strategie unter Gesundheitsförderung fallen, sind in der aktuellen Erhebung dem Bereich Gesundheitsförderung zugeordnet.). Der Bereich Prävention orientiert sich weitgehend an der inhaltlichen Gliederung (Themenfelder) der vorangehenden Erhebungen (Punkt 1.3).

Mit dem vorliegenden Bericht wird ein Beitrag zur vollständigen und institutionenübergreifenden Aufstellung der Ausgaben für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention – wie vom Rechnungshof vorgeschlagen – geleistet (Rechnungshof 2014).

1.3 Methodik

1.3.1 Definition/Abgrenzung

Gemäß dem Verständnis von Gesundheit als umfassendes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden sind die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention als Strategien der Verbesserung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und somit der Vermeidung oder Verringerung von Krankheit und kurativen Maßnahmen angelegt (vgl. Habl et al. 2004).

Für die Erhebung von Ausgaben, die für gesundheitsfördernde und präventive Leistungen aufgewendet werden, ist eine exakte Definition und Abgrenzung der Begriffe erforderlich. Im Zuge der Erhebung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben der Jahre 1996 (Steier et al. 2001) und 2001 (Habl et al. 2004) wurden Begriffsbestimmungen erarbeitet, an denen sich die gegenständliche Studie weitgehend orientiert. Geringfügige Anpassungen wurden vorgenommen, um aktuelle Entwicklungen und Schwerpunkte abbilden zu können.

Arbeitsdefinitionen

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Ausmaß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Es handelt sich dabei um einen zielgruppenspezifischen Ansatz, der in bestimmten Settings (Lebenswelten; z. B. Schule, Betrieb, Gemeinde bzw. Stadt) ansetzt und „gesundheitsförderliche“ Veränderungen sowohl auf Ebene des Verhaltens als auch der Verhältnisse zum Ziel hat. (BMG 2014; Habl et al. 2004; Steier et al. 2001).

Prävention zielt im Sinne von Krankheitsverhütung darauf ab, bestimmte gesundheitliche Schädigungen oder Erkrankungen oder das Erleiden von Unfällen durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Je nachdem, in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt, wird unterschieden in:

- **Primärprävention** zur Vermeidung von Erkrankungen oder gesundheitsschädigendem Verhalten,
- **Sekundärprävention** zur Früherkennung von bestehenden Erkrankungen oder Krankheitsrisiken sowie Frühintervention zur Eindämmung des Fortschreitens bzw. der Chronifizierung selbiger und
- **Tertiärprävention** zur Verzögerung des Krankheitsverlaufes (nach Manifestation oder Behandlung), Vermeidung von Rückfällen und Verringerung von Folgeschäden.

(vgl. BMG 2014; Habl et al. 2004; Steier et al. 2001)

Zur klareren Strukturierung wird in der vorliegenden Erhebung **Primärprävention** in vier Bereiche gegliedert:

- Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten und Unfällen (Primärprävention 1, PP1),
- Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen (Primärprävention 2, PP2),
- Verhütung übertragbarer Krankheiten (Primärprävention 3, PP3) und
- Gesundheitsschutz (Primärprävention 4, PP4).

Unter dem Begriff **Capacity Building** werden Ausgaben für den Aufbau und die Verbesserung von Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention erfasst, wobei die Maßnahmen durch konkreten Praxisbezug bzw. durch Umsetzungsrelevanz gekennzeichnet sein sollten (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2015).

Gliederung nach Themen

Maßnahmen der Gesundheitsförderung werden nach den Settings (Lebenswelten), in denen Gesundheitsförderung stattfindet, gruppiert, Maßnahmen der Prävention werden – soweit möglich – verschiedenen Themengruppen (z. B. Zahngesundheit, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen oder Rehabilitation) zugeordnet.

In der aktuellen Erhebung wurden die Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Wesentlichen entsprechend den Interventionsfeldern des Gesamtrahmens bzw. der inhaltlichen Schwerpunkte der GF-Strategie für die Jahre 2013-2022 gruppiert. Im Bereich Capacity Building werden weitere Inhalte des Gesamtrahmens der GF-Strategie ergänzt (vgl. BMG 2014).

Die Gliederung in Themenbereiche wurde mit Experten/Expertinnen aller Ebenen (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung) überarbeitet. Gegenüber den Vorerhebungen ergibt sich daraus zum Teil eine Ausweitung (z. B. Berücksichtigung der Unfallprävention, Capacity Building).

Abgrenzung

Das Abgrenzungskriterium für die Erfassung von Ausgaben in vorliegendem Dokument ist der **primäre präventive bzw. gesundheitsfördernde Zweck einer Maßnahme**. Maßnahmen, die sich zwar positiv auf die Gesundheit auswirken, deren Hauptzielsetzung jedoch nicht in der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit liegt, werden hier nicht dargestellt. Auch die Statistik Austria orientiert sich bei der Darstellung der Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheit gemäß dem *System of Health Accounts* (vgl. Punkt 1.3.4) daran, ob der Fokus einer Leistung primär auf Gesundheit liegt (vgl. OECD et al. 2011).

Unter der Kategorie **Tertiärprävention** werden gemäß der Arbeitsdefinition Maßnahmen verstanden, die der Verzögerung des Krankheitsverlaufes (nach Manifestation oder Behandlung), der Vermeidung von Rückfällen und der Verringerung von Folgeschäden dienen. Die Grenzen zwischen Tertiärprävention und Krankenbehandlung sind oft fließend. In der gegenständlichen Untersuchung werden unter Tertiärprävention jedenfalls Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation der Phasen II (Anschlussheilbehandlung) und III (Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinne) nach dem Phasenmodell der WHO (vgl. Reiter et al. 2012) sowie Maßnahmen der Kurzzeit- bzw. Rehabilitations- oder Übergangspflege, Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge (insbesondere der Pensionsversicherungen) und Maßnahmen der Frühförderung verstanden. Maßnahmen der Frühmobilisation (im Akutkrankenhaus) und Langzeit-Rehabilitation bzw. Langzeitpflege sowie Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation fallen nicht unter Prävention im Sinne der Erhebung.

Pflegeleistungen werden in der vorliegenden Erhebung mit Ausnahme der genannten Kurzzeit- bzw. Rehabilitations- oder Übergangspflege nicht erfasst. Primäres Ziel von Leistungen im Bereich der Langzeitpflege ist nach OECD die Unterstützung von vorwiegend älteren, aber auch jüngeren pflegebedürftigen Menschen bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens; Prävention und Gesundheitsförderung ist nicht primäres Ziel dieser Leistungen (OECD 2005).

Im Sinne der Vollständigkeit der Erhebung sollen – soweit möglich – alle gesundheitsfördernd bzw. präventiv wirkenden Anteile von Maßnahmen erfasst werden. Ist es nicht mit vertretbarem Aufwand möglich, den gesundheitsfördernden bzw. präventiven Anteil anzugeben, werden Leistungen, die überwiegend Ziele der Therapie (Krankenbehandlung) und Pflege verfolgen, im Sinne der Mehrheitszuordnung **nicht** als Prävention erfasst.

Ausgaben für **Arzneimittel** werden mit Ausnahme von Impfstoffen in der Erhebung generell nicht erfasst.

Soweit wie möglich orientiert sich die Erhebung an den Abgrenzungskriterien des *System of Health Accounts*. Aufgrund der generell unterschiedlichen Methodik (in Erhebungsansatz und -umfang, siehe auch 1.3.4) sowie der Tatsache, dass die Methodik des SHA aktuell für den Bereich Prävention überarbeitet wurde, ist eine durchgängige Berücksichtigung der SHA-Abgrenzungskriterien aber nur bedingt möglich.

Wie oben beschrieben, wurde in der vorliegenden Erhebung die Position „Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen“ (auch vor dem Hintergrund der Überarbeitung des *System of Health Accounts* der OECD) in die Erhebung aufgenommen. Zusätzlich werden Maßnahmen des Capacity Building inkludiert. Außerdem wurde der Bereich Gesundheitsschutz (Primärprävention 4) definiert.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die der Erhebung zugrundeliegenden Arbeitsdefinitionen.

Ausgabenbegriff

In den Fragebögen wurden alle Ausgaben für Maßnahmen wie Investitionen, laufende Ausgaben und Förderungen erfasst. Um den GFPR-Aufwand der Institutionen umfassend zu erheben, wurde ergänzend nach eigenem **Personal**, das zwar mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der Erhebung befasst war, aber nicht einzelnen Maßnahmen/Themenbereichen zugeordnet werden konnte, gefragt.

Bei den dargestellten Ausgaben handelt es sich um Nettoausgaben, d. h. allfällige Einnahmen (wie z. B. Zuzahlungen) sind bereits in Abzug gebracht.

Tabelle 1:
Definitionen zu Gesundheitsförderung und Prävention

Interventionsebene	Definition	Themen
Kernbereich		
Gesundheitsförderung	Zielgruppenspezifischer Ansatz, der in bestimmten Settings (Lebenswelten) ansetzt und gesundheitsfördernde Veränderungen sowohl auf Ebene des Verhaltens als auch der Verhältnisse zum Ziel hat	Familie / häusliches Umfeld Gesunder Kindergarten und Gesunde Kinderkrippe Gesunde Schule und andere Ausbildungsstätten Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) Gesunde Gemeinde/Stadt Freizeit- und Konsumwelten GF in Öffentlichen Einrichtungen Gesundheitsinformation/Gesundheitskompetenz Beteiligungsmöglichkeiten und Selbsthilfe Sonstiges
Primärprävention	Zielt im Sinne einer Krankheitsverhütung darauf ab, eine bestimmte gesundheitliche Schädigung, Erkrankung oder das Erleiden eines Unfalls durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern	
Primärprävention 1	Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten und Unfällen	Zahngesundheit Gesundheit von Eltern/Kind Psychosoziale Gesundheit Unfallprävention (Freizeit/Haushalt) Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen Arbeitsmedizin / BGF-Maßnahmen als Dienstgeber Ernährung und Bewegung zur Vermeidung konkreter Erkrankungen Ersatz- bzw. Entlastungspflege Sonstiges
Primärprävention 2	Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen	<i>Keine Unterteilung in Themen</i>
Primärprävention 3	Verhütung übertragbarer Krankheiten	Impfungen TBC-Vorsorge HIV / Hepatitis C Sonstiges

Interventionsebene	Definition	Themen
Primärprävention 4	Gesundheitsschutz	Hygiene Arzneimittelkontrolle Strahlenschutz Nahrungsmittel- und Trinkwasserkontrolle Sonstiges
Sekundärprävention	Früherkennung von bestehenden Erkrankungen oder von Krankheitsrisiken und Frühintervention zur Eindämmung des Fortschreitens / der Chronifizierung	Mutter-Kind-Pass Neugeborenen-Screening Kleinkind-Untersuchungen Schulärztliche Untersuchungen Jugendlichen-Untersuchungen Seh- und Hörtest Krebsfrüherkennung Vorsorgeuntersuchungen nach ASVG Sonstige Vorsorgeuntersuchungen Raucherentwöhnung Programme zur Gewichtsreduktion Maßnahmen und Programme zur Vermeidung/Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen Programme zur Vermeidung/Verzögerung der Pflegebedürftigkeit Disease-Management-Programme (DMP) Sonstiges
Tertiärprävention	Verzögerung des Krankheitsverlaufs (nach Manifestation oder Behandlung), Vermeidung von Rückfällen und Verringerung von Folgeschäden	(medizinische) Rehabilitation Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge (insbesondere der Pensionsversicherungen) Kurzzeit-/Rehabilitations-/Übergangspflege Sonstiges
Capacity Building	Ausgaben, die für den Aufbau und die Verbesserung von Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention getätigt werden	Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten unter Praktikern Ausweitung der Unterstützung und der Infrastruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in Organisationen Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen Sonstiges

Interventionsebene	Definition	Themen
Zusatzerhebung – HiAP-Maßnahmen		
HiAP	Maßnahmen, die mit anderer Hauptzielsetzung gesetzt werden, jedoch als einen von mehreren bzw. sekundären oder weiteren Zwecken auch Gesundheitsförderung bzw. Prävention im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (Health-in-All-Policies-Ansatz) verfolgen	Gliederung nach Politikfeldern

ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz; BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung; DMP = Disease-Management-Programme; GF = Gesundheitsförderung; HiAP = Health in All Policies

Darstellung: GÖG

1.3.2 Erhebung

Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben 2012 wurden mittels Fragebogen erfasst. Auf den Ebenen Bund (inkl. FGÖ) und Länder wurde eine Vollerhebung durchgeführt. Auf Ebene der Gemeinden wurden alle *Gesunden Städte* angeschrieben, bei den sonstigen Gemeinden hingegen wurde eine Stichprobenerhebung durchgeführt. Die Ausgaben der Sozialversicherung wurden in Form einer Vollerhebung erfasst, wobei die Ausgaben für Teilbereiche vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger gesamt gemeldet wurden.

Die Erhebungsbögen orientierten sich an jenen der Erhebungsjahre 1996 und 2001, jedoch wurden in der Struktur neue Entwicklungen wie beispielsweise der Rahmen der GF-Strategie berücksichtigt. Gliederung und Umfang wurden mit einer Expertengruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aller Erhebungsebenen entsprechend den aktuellen Entwicklungen überarbeitet. Zu jedem Themenbereich jeder Interventionsebene (Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) wurden für alle Erhebungsebenen (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungen) beispielhafte Maßnahmen angeführt, um eine Zuordnung der Informationen zu erleichtern. Ein Erhebungsbogen findet sich als Musterexemplar im Anhang B.

Die Fragebögen wurden im Frühherbst 2014 an die Erhebungsebenen ausgesandt. Die Rückmeldefrist wurde im Laufe der Erhebung auf Mitte Jänner 2015 verlängert.

Die vorläufigen Erhebungsergebnisse wurden im August 2015 an die beteiligten Stellen des Bundes, die Landesräte für Gesundheit, die beteiligten Gesunden Städte sowie den Koordinator des Netzwerks Gesunde Städte und den Gemeindebund zur Information übermittelt. Allfällige Ergänzungen und Korrekturen wurden in die Erhebung eingearbeitet.

Nähere Information zum Ablauf der Erhebung auf den einzelnen Ebenen sind in den jeweiligen Abschnitten in Anhang A beschrieben.

1.3.3 Daten

Die Datengrundlage für die Darstellung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben der öffentlichen Hand bilden die Meldungen aus der Primärerhebung. Darüber hinaus wurden die Ausgaben der Bundesgesundheitsagentur (BGA) für Vorsorgeprogramme für die Zuordnung der Ausgaben zu den einzelnen Trägern sowie die Angaben der Pflegedienstleistungsstatistik der Statistik Austria herangezogen.

Aktuell liegen keine Aufzeichnungen über Ausgaben der Sozialversicherung für Prävention im niedergelassenen Bereich vor. Die Aufwendungen in diesem Leistungsbereich wurden daher seitens des HVSVT abgeschätzt, die konkrete Höhe ist daher mit höherer Unsicherheit behaftet. Diese Ausgaben wurden auf der Basis der Angaben aus der Ärztekosten-Jahresstatistik (HVSVT 2013) und der Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria (Klimont et al. 2007) vom Hauptverband berechnet. Näheres zur Berechnung findet sich unter Punkt 5.4.1 in Anhang A.

Die gemeldeten Daten wurden hinsichtlich allfälliger Doppelmeldungen innerhalb des Bundes, der Länder, Gemeinden und Sozialversicherungen und der inhaltlichen Zuordnungen geprüft und gegebenenfalls mit den meldenden Institutionen abgestimmt. Auch ein Abgleich zwischen den Ebenen wurde durchgeführt mit dem Ziel, Lücken zu schließen und Doppelzählungen zu vermeiden.

Hinsichtlich der Vollständigkeit der Daten ist festzuhalten, dass generell von einer hohen Beteiligung an der Erhebung gesprochen werden kann. Aufgrund des unterschiedlichen Zugangs (zentrale Mel-

derung bzw. dezentrale Rückmeldungen) bei Bund und Ländern kann jedoch nicht nachvollzogen werden, ob die Rückmeldungen vollständig eingelangt sind. Da es nicht immer möglich war, Ausgabenanteile für Gesundheitsförderung und Prävention monetär zu bewerten bzw. auch Unterschiede hinsichtlich der Meldung von Ausgaben bestehen, ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Aufwendungen für Gesundheitsförderung und Prävention höher sind als die erfassten.

Im Bereich Primärprävention 4 – Gesundheitsschutz ist aufgrund der Rückmeldungen von der Länder- und Gemeinde-Ebene davon auszugehen, dass die Datenmeldung nicht vollständig ist. Auch aufgrund eines unterschiedlichen Verständnisses des Präventionsbegriffes wurden Ausgaben in diesem Bereich zum Teil nicht gemeldet. Aufgrund anzunehmender Lücken in der Datenmeldung werden die Gesamtausgaben ohne die Position Gesundheitsschutz (PP4) ausgewiesen. Die gemeldeten Ausgaben finden sich jedoch in den Übersichtstabellen (vgl. Tabelle 5) wieder.

Die Aufwendungen des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) werden beim Bund erfasst, jedoch getrennt ausgewiesen, die Mittel der Bundesgesundheitsagentur (BGA) für Vorsorgeprogramme und für Pilotprojekte zum Mammographie-Screening werden entsprechend den Auszahlungen der BGA bei Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern dargestellt.

Um den Personalaufwand für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention der öffentlichen Träger möglichst vollständig zu erfassen, konnten nicht bereits in der Ausgabenmeldung berücksichtigte Personalaufwendungen zusätzlich gemeldet werden. Eine monetäre Bewertung dieser Angaben oder thematische Zuordnung dieser Aufwendungen ist nicht durchgängig möglich; sie werden daher deskriptiv dargestellt.

Auch von der monetären Darstellung der HiAP-Maßnahmen wird aufgrund offener methodischer Fragen sowie lückenhafter Meldungen abgesehen. Die Daten werden tabellarisch zusammengefasst.

Weitere Details zu den Daten finden sich in den jeweiligen Abschnitten (Anhang A – Bund: Kapitel 5.1.1, Länder: Kapitel 5.2.1, Gesunde Städte und Gemeinden: Kapitel 5.3.1 und Sozialversicherung: Kapitel 5.4.1 sowie HiAP: Kapitel 4.3).

1.3.4 Prävention im *System of Health Accounts*

System of Health Accounts (SHA)

Im Jahr 2000 wurde von der OECD das *System of Health Accounts* (SHA 1.0), eine Methodik zur umfassenden, konsistenten und international vergleichbaren Gesundheitsausgabenrechnung auf Basis der nationalen Daten von 28 OECD-Ländern, veröffentlicht. Damit wurde eine Grundlage für politische Entscheidungen geschaffen und ein wesentlicher Input zur Gesundheitsforschung geleistet. (OECD 2000; OECD.Stat 2015)

Die Darstellung der Gesundheitsausgaben erfolgt auf Basis des SHA-Manuals in drei Achsen:

- nach Finanziers der Gesundheitsleistungen (HF),
- nach Leistungserbringern (HP) und
- nach Arten der Gesundheitsgüter und Leistungen (HC).

Das Konzept des SHA basiert grundsätzlich auf der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR). Dabei sollen öffentliche und private Konsumausgaben für Gesundheit nach dem Inländerkonzept abgebildet werden aber auch relevante Subventionen und Transfers. In Abweichung von der VGR werden gemäß SHA jedoch u. a. auch die Betriebsärztliche Gesundheitsversorgung (welche in der VGR eine

Vorleistung darstellt) oder die häusliche Pflege (über das Pflegegeld als „bezahlte“ Haushaltsproduktion) als Konsumausgaben interpretiert. (OECD 2000; OECD.Stat 2015)

Relevant für die Erfassung von Gesundheitsleistungen ist die Abgrenzung von Leistungen anderer Sektoren – vor allem dem Sozialbereich, mit dem es Überschneidungen gibt (z. B. Rehabilitationsprogramme für Drogenabhängige). Um als Gesundheitsausgabe nach SHA erfasst zu werden, sollte die primäre Zielsetzung der Leistung Gesundheit sein. Werden mehrere Zielsetzungen verfolgt und ist Gesundheit nicht der primäre Zweck der Maßnahme, so kann der gesundheitsrelevante Anteil berücksichtigt werden, wenn die Ausgaben entsprechend aufgeschlüsselt werden können. Die Klassifizierung der Ausgaben in verschiedene Kategorien erfolgt nach der Internationalen Klassifikation der Gesundheitskonten (ICHA) (OECD 2000). Laufende Gesundheitsausgaben werden in den Kategorien HC. 1 – HC. 9 erfasst, das sind Leistungen der kurativen Gesundheitsversorgung, Leistungen der rehabilitativen Gesundheitsversorgung, Langzeitpflegeleistungen, Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (wie Laboruntersuchungen oder Krankentransporte), die ambulante Abgabe medizinischer Güter, Prävention und Gesundheitsschutz, Verwaltung und Versicherung der Gesundheitsversorgung sowie nicht nach Art spezifizierte Gesundheitsausgaben. (OECD 2000)

Für Österreich werden die Gesundheitsausgaben von der Statistik Austria jährlich im Auftrag des BMG berechnet und an die OECD, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Eurostat übermittelt.

Leistungen in HC. 6 – Prävention und Gesundheitsschutz

Nach SHA 1.0 werden unter HC. 6 die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz (prevention and public health services) erfasst. Dazu gehören Maßnahmen, die im Rahmen von Programmen in folgenden Bereichen erbracht werden: Gesundheitsleistungen für Mutter und Kind sowie Familienplanung, Schulgesundheit, Prävention übertragbarer Krankheiten, Prävention nicht übertragbarer Krankheiten, betriebsärztliche Gesundheitsleistungen und sonstige Leistungen des Gesundheitsschutzes (OECD 2000). Für Österreich können die Ausgaben HC. 6 – Prävention und Gesundheitsschutz jedoch nicht in dieser Gliederungstiefe ausgewiesen werden (vgl. OECD.Stat 2015).

Mit der Version SHA 2011 wurde die Methodik überarbeitet mit dem Ziel, die Inhalte der HC. 6 klarer festzuschreiben. Mit SHA 2011 soll sichergestellt werden, dass Unterschiede der Ausgaben in HC. 6 nicht als Artefakt einer unterschiedlichen Zuordnung durch die Länder entstehen. Dabei soll sowohl eine Orientierung am Zweck der Maßnahme (Primär- und Sekundärprävention) als auch an der Art der Leistung erfolgen (OECD 2013). Präventionsleistungen werden künftig in folgenden Unterklassen erfasst: Information, Bildung, Beratung; Immunisierungsprogramme; Früherkennungsprogramme, Programme zur Überwachung des Gesundheitszustandes, Epidemiologische Überwachung, Risiko- und Krankheitskontrollprogramme sowie Katastrophenschutz und Notfallprogramme. Ab dem Jahr 2016 werden die Gesundheitsausgaben auf Basis der neuen Methodik (SHA 2011) ausgewiesen, ein Ausweis in den genannten Unterkategorien wird für Österreich jedoch nicht erfolgen (Statistik Austria 2015a).

Weder unter SHA 1.0 noch in der Version 2011 werden Maßnahmen der Tertiärprävention (wie Rehabilitation) unter HC. 6 erfasst, da erst nach erfolgter Diagnose kurative und tertiärpräventive Maßnahmen gesetzt werden und sich diese oft überlappen (OECD 2011).

Die aktuell publizierten Daten für Österreich weisen die Präventionsausgaben nach SHA 1.0 aus, wobei nur die Gesamtausgaben für HC. 6 ohne Gliederung in Unterklassen, aber gegliedert nach Finanzierungssystem (öffentlicher Sektor mit/ohne Sozialversicherung und privater Sektor), verfügbar sind (vgl. OECD.Stat 2015).

Ausgaben für HC.6 in Österreich – Prävention und Gesundheitsschutz¹

Tabelle 2 stellt die Ausgaben für Gesundheit und Prävention (HC.6) in der zeitlichen Entwicklung dar.

Die laufenden Ausgaben für Gesundheit stiegen im Zeitraum von 1996 bis 2012 von 16,217 Mrd. Euro auf 32,009 Mrd. Euro (zu laufenden Preisen) stetig an, gemessen am BIP zeigt sich ein Anstieg von 8,90 Prozent im Jahr 1996 auf 10,10 Prozent im Jahr 2012.

Für HC. 6 *Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst* wurden insgesamt 250,9 Mio. Euro im Jahr 1996, 335,6 Mio. Euro 2001 und 573,8 Mio. Euro im Jahr 2012 ausgegeben. Gemessen an den laufenden Gesundheitsausgaben zeigt sich ein Anstieg des Ausgabenanteils für HC. 6 von 1,55 Prozent im Jahr 1996 auf 2,00 Prozent im Jahr 2007, seither ist der Anteil rückläufig und betrug im Jahr 2012 1,79 Prozent.

Betrachtet man nur den öffentlichen Sektor, so zeigt sich ein Wachstum der Ausgaben von 211,4 Mio. Euro im Jahr 1996 auf 286,4 Mio. Euro im Jahr 2001 und 465,9 Mio. Euro im Jahr 2012, was Anteilen von 1,74 und 1,87 sowie 1,91 Prozent an den laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben entspricht. Ein Rückgang der nominellen Ausgaben des öffentlichen Sektors für HC. 6 wurde für die Jahre 2008 und 2009 verzeichnet.

Im Jahr 1996 wurden 84,2 Prozent der Ausgaben in HC. 6 von der öffentlichen Hand getragen, dieser Anteil stieg bis zum Jahr 2003, im Jahr 2012 waren es 81,2 Prozent. Seit dem Jahr 2004 wird auch der Anteil der Sozialversicherung (HF.1.2) an diesen Ausgaben ausgewiesen. Während der Anteil der Sozialversicherung an den Ausgaben für HC. 6 *Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst* von 35,5 Prozent im Jahr 2004 auf 41,4 Prozent im Jahr 2012 gestiegen ist, ist der Anteil des Bundes, der Länder und Gemeinden (HF.1.1) von 45,9 Prozent auf 39,7 Prozent rückläufig.

¹ Für Österreich auch „Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst“

Tabelle 2:

Entwicklung der österreichischen Gesundheits- und Präventionsausgaben nach *System of Health Accounts* (OECD / Statistik Austria) 2001-2012

	1996	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gesundheitsausgaben (laufende, in Mio. Euro)	16.217,316	20.441,416	25.267,008	26.761,631	28.126,743	29.025,400	29.793,569	30.577,657	32.009,659
Anteil am BIP (in %)	8,90	9,29	9,48	9,48	9,63	10,14	10,13	9,91	10,10
Ausgaben HC. 6 (in Mio. Euro)	250,902	335,565	501,550	536,044	527,844	529,780	544,854	551,699	573,788
davon:									
<i>Ausgaben HC. 6 öffentlicher Sektor</i>	<i>211,371</i>	<i>286,436</i>	<i>413,688</i>	<i>447,278</i>	<i>440,483</i>	<i>439,293</i>	<i>448,081</i>	<i>452,996</i>	<i>465,891</i>
<i>Ausgaben HC. 6 privater Sektor</i>	<i>39,531</i>	<i>49,129</i>	<i>87,863</i>	<i>88,766</i>	<i>87,361</i>	<i>90,487</i>	<i>96,774</i>	<i>98,703</i>	<i>107,898</i>
Ausgaben HC. 6 (Anteil an den lfd. GHA in %)	1,55	1,64	1,99	2,00	1,88	1,83	1,83	1,80	1,79
davon:									
<i>Ausgaben HC. 6 öffentlicher Sektor</i>	<i>1,30</i>	<i>1,40</i>	<i>1,64</i>	<i>1,67</i>	<i>1,57</i>	<i>1,51</i>	<i>1,50</i>	<i>1,48</i>	<i>1,46</i>
<i>Ausgaben HC. 6 privater Sektor</i>	<i>0,24</i>	<i>0,24</i>	<i>0,35</i>	<i>0,33</i>	<i>0,31</i>	<i>0,31</i>	<i>0,32</i>	<i>0,32</i>	<i>0,34</i>
Ausgaben HC. 6 öffentlicher Sektor (an den lfd. öffentlichen GHA in %)	1,74	1,87	2,17	2,21	2,05	1,98	1,98	1,95	1,91

Als Ausgangsjahr für die Zeitreihe wurde zwecks Vergleichbarkeit mit den ÖBIG-Erhebungen das Jahr 1996 gewählt.

BIP = Bruttoinlandsprodukt; GHA = Gesundheitsausgaben;

HC. 6 = Klassifizierung nach Gesundheitsleistungen und -gütern / Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst; Mio. = Mio.

Quelle: OECD Health Statistics 2015

Unterschiede und Vergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben für Prävention nach SHA-Methodik und vorliegender Erhebung

Wie beschrieben werden die Gesundheitsausgaben von der Statistik Austria nach SHA umfassend und in verschiedenen Achsen erhoben. Die Ausgaben für den Bereich Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst (HC.6) stellen dabei einen kleinen Teil der Gesundheitsausgaben (2012: 1,79 Prozent) dar, eine tiefergehende Gliederung in Unterklassen kann seitens der Statistik Austria derzeit auf Basis der verfügbaren Informationen nicht vorgenommen werden. Daher kann diese Darstellung für die Analyse der Ausgaben im Zeitverlauf, nach Finanzierungsträgern (öffentlicher und privater Sektor) sowie für einen internationalen Vergleich (wobei hier aktuell (SHA 1.0) auf Differenzen zwischen den Ländern in der Abgrenzungsmethodik hingewiesen werden muss) genutzt werden. Aufgrund der Zielsetzung und der Methodik ist eine Darstellung nach Interventionsfeldern bzw. Themen, wie sie beispielsweise in der Gesundheitsförderungsstrategie festgelegt wurden, nicht möglich.

Die vorliegende Erhebung nimmt eine tiefergehende Gliederung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben vor und fasst den Begriff der Prävention breiter – auch Maßnahmen der Tertiärprävention werden berücksichtigt. Die Themen, in die die Interventionsebenen untergliedert werden, orientieren sich an der österreichischen Gesundheitsförderungsstrategie (vgl. BMG 2014) bzw. an der im Rahmen der früheren Erhebungen verwendeten und mit Experten/Expertinnen überarbeiteten Gliederung (vgl. Tabelle 1).

Entgegen der Ausgabenerfassung nach SHA, welche auf Rechnungsabschlüssen der Finanzierungsträger als auch die VGR zurückgreift und die Zuordnungslogik des SHA-Manuals verfolgt, wurden in der vorliegenden Erhebung relevante Institutionen bzw. politische Verantwortliche um Weiterleitung des Erhebungsbogens und Meldung der Daten entsprechend der mit nationalen Experten/Expertinnen abgestimmten Gliederung ersucht. Aufgrund des Rücklaufs und der Rückmeldungen muss in einzelnen Bereichen davon ausgegangen werden, dass die Ausgabenmeldungen (z. B. wegen der Problematik der monetären Bewertung von Leistungen) nicht vollständig sind. Damit werden die tatsächlichen Ausgaben der öffentlichen Hand für Gesundheitsförderung und Prävention vermutlich unterschätzt. (vgl. Kapitel 1.3.3)

Zu welchem Grad sich die beiden Erhebungen für die Bereiche Gesundheitsförderung, Primär- und Sekundärprävention überschneiden, kann aufgrund des hohen Aggregationsniveaus der Daten der Statistik Austria/OECD nicht im Detail beantwortet werden, jedenfalls sind wesentliche Maßnahmen, die in „Programmen“ erbracht werden (z. B. Gesundenuntersuchungen nach ASVG, Mutter-Kind-Pass oder das Kinderimpfprogramm) in beiden Erhebungen berücksichtigt.

In der vorliegenden Erhebung wurde zusätzlich versucht, auch die Ausgaben für Maßnahmen zu erfassen, die als einen von mehreren bzw. weiteren Zweck Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen („HiAP – Maßnahmen“) (vgl. Kapitel 4). Unter SHA ist es möglich, Ausgaben, die mit Gesundheit eng verbunden sind (health care related items; HC. R-Klassen), zusätzlich zu erfassen. Darunter fallen beispielsweise Maßnahmen der multisektoralen Gesundheitsförderung (vgl. OECD 2013). In Österreich werden diese Kategorien aktuell nicht erfasst, auch für die nähere Zukunft ist dies nicht geplant (Statistik Austria 2014).

Tabelle 3:

Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention gemäß GÖG-Erhebungen und nach *System of Health Accounts* (OECD / Statistik Austria) in Österreich

	1996	2001	2012
Erhebung GÖG: GFPR-Ausgaben (in Mio. Euro)	805,37	1.026,73	2.019,39
davon			
<i>Erhebung GÖG: GFPR-Ausgaben ohne TP (in Mio. Euro)</i>	363,00	464,89	749,49
<i>Erhebung GÖG: GFPR-Ausgaben ohne TP und ohne Ausgaben für Prävention der SV im niederge- lassenen Bereich (in Mio. Euro)¹</i>	179,78	257,29	487,56
Statistik Austria/OECD: Ausgaben HC. 6 öffentlicher Sektor (in Mio. Euro)	211,37	286,44	465,89

SV = Sozialversicherung, TP = Tertiärprävention

1 = Präventive Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich (nicht-zuteilbar, Abschätzung)

Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und OECD Health Statistics 2015

Tabelle 3 stellt die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention gemäß der Erhebung der GÖG den Ausgaben für Prävention und öffentlichen Gesundheitsdienst nach SHA/OECD gegenüber.

Die wesentlichen Unterschiede in der Höhe der Ausgaben sind durch die unterschiedliche Definition/Abgrenzung der Gesundheitsausgabenrechnung nach SHA und der Erhebung der GFPR-Ausgaben der GÖG bedingt. Die Erhebung der GÖG definiert Prävention breiter und schließt die Maßnahmen der Tertiärprävention ein, darüber hinaus werden in den Gesamtsummen auch die von der Sozialversicherung abgeschätzten Ausgaben für Prävention im niedergelassenen Bereich (vgl. Kapitel 1.3.3 und 5.4.1.2) berücksichtigt.

Werden die Ausgaben für Tertiärprävention und sowie die präventiven Ausgaben im niedergelassenen Bereich (Sozialversicherung) abgezogen, so zeigen sich deutlich geringere Abweichungen zwischen den Positionen. Über die Gründe, warum die Ausgaben voneinander abweichen, können nur Vermutungen angestellt werden, da die für Österreich unter HC. 6 erfassten Ausgaben keinen tiefergehenden Vergleich ermöglichen. Jedoch kann vermutet werden, dass die GFPR-Ausgaben der GÖG-Erhebungen aufgrund der Methodik (Fragebogenerhebung – Datenlücken) und der zum Teil getrennten Erfassung und nicht-monetären Bewertung des Personals (vor allem auch im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes) in den Jahren 1996 und 2001 niedriger als die von der Statistik Austria nach SHA berechneten Ausgaben liegen. Für das Datenjahr 2012 liegen die in der gegenständlichen Untersuchung erhobenen GFPR-Ausgaben höher als die Werte der Statistik Austria/OECD für HC. 6. In der aktuellen GFPR-Erhebung wurden zusätzlich Maßnahmen der Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen in der Höhe von 35,5 Mio. Euro berücksichtigt, die nach SHA 1.0 in den OECD-Untersuchungen noch nicht berücksichtigt sind, allerdings laut SHA 2011 unter der Prämisse, dass es sich primär um gesundheitsrelevante Ausgaben handelt, zu berücksichtigen wären.

2 Erhebungsergebnisse

2.1 Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention

Im Jahr 2012 wurden von Bund (inkl. Fonds Gesundes Österreich), Bundesländer, Gemeinden sowie der Sozialversicherung insgesamt 2.019 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben. Das entspricht Ausgaben von 239,65 Euro pro-Kopf der Bevölkerung.

Betrachtet man die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention ohne Tertiärprävention (wie auch in der Gesundheitsausgaben-Rechnung nach OECD/SHA- Methodik) ergeben sich Ausgaben der öffentlichen Träger in der Höhe von 749 Mio. Euro bzw. 88,95 Euro pro Kopf der Bevölkerung.

Gemessen an den laufenden Gesamtgesundheitsausgaben der öffentlichen Hand für das Jahr 2012 (vgl. Tabelle 2) entspricht das einem Anteil von rund 8,3 Prozent bzw. 3,1 Prozent (ohne Tertiärprävention), der für Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendet wird.²

Tabelle 4 zeigt eine Übersicht der öffentlichen GFPR-Ausgaben, aufgeschlüsselt nach Trägern.

Tabelle 4:

Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich insgesamt, 2012

	Ausgaben (in Euro) ¹		Pro-Kopf-Ausgaben (in Euro) ²	
	mit TP	ohne TP	mit TP	ohne TP
Bund (inkl. FGÖ)	119.021.594	119.004.429	14,12	14,12
Bundesländer	123.260.723	69.405.221	14,63	8,24
Gemeinden	18.398.459	17.494.810	2,72	2,58
Sozialversicherung ²	1.758.706.915	543.592.295	208,72	64,51
Gesamt³	2.019.387.691	749.496.755	239,65	88,95

FGÖ = Fonds Gesundes Österreich; TP = Tertiärprävention

1 = ohne Ausgaben für Gesundheitsschutz (Primärprävention 4)

2 = Statistik des Bevölkerungsstandes (Statistik Austria, Bevölkerungsstatistik 2012) bzw. Gemeinden ohne Wien; aufgrund des unterschiedlichen Bezugs bei den Gemeinden (ohne Wien) ergeben sich Differenzen bei der Summenbildung.

3 = inkl. 261,9 Mio. Euro präventiver Ausgaben im niedergelassenen Bereich

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

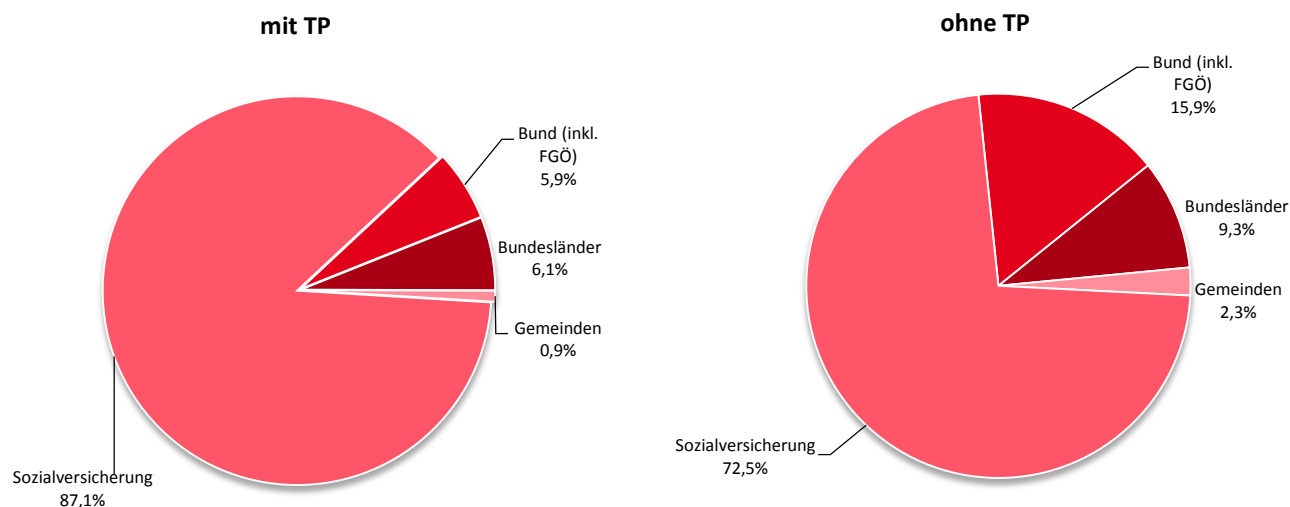
Die Verteilung der GFPR-Ausgaben auf die Träger mit und ohne Berücksichtigung der Tertiärprävention ist in Abbildung 1 dargestellt.

²

Auf Grund methodischer Unterschiede der vorliegenden Primärerhebung und der Gesundheitsausgabenrechnung der OECD/Statistik Austria nach SHA sind die ausgewiesenen Prozentangaben mit Vorsicht zu interpretieren.

Abbildung 1:

Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich, 2012 (in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnungen

Die Sozialversicherung trägt mit 87,1 Prozent den weitaus größten Teil der Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben, wobei der überwiegende Teil der Ausgaben der Sozialversicherung für Tertiärprävention (medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge) aufgewendet wurde. Weiters enthalten die Ausgaben der Sozialversicherung nicht aufteilbare Ausgaben für präventive Leistungen im niedergelassenen Bereich, die auf Schätzungen beruhen und 261,9 Mio. Euro – das sind etwa 15 Prozent der GFPR-Ausgaben der Sozialversicherung – ausmachen (vgl. auch Kapitel 5.4.1.2).

Die Anteile des Bundes inkl. FGÖ (5,9 Prozent), der Bundesländer (6,1 Prozent) und der Gemeinden (0,9 Prozent) an den GFPR-Ausgaben der öffentlichen Träger sind vergleichsweise gering.

Bei den Ausgaben des Bundes ist zu beachten, dass dieser auch eine größere Rolle im Bereich des öffentlichen Gesundheitsschutzes (Primärprävention 4) hat, wofür er rund 28 Mio. Euro im Jahr 2012 ausgegeben hat, die in Abbildung 1 nicht berücksichtigt sind. Im Bereich der Tertiärprävention tätigt der Bund nahezu keine Ausgaben.

In den Ausgaben der Bundesländer sind die Gesamtaufwendungen Wiens in der Doppelrolle als Land und Stadt inkludiert, somit zeichnet Wien für einen überproportionalen Anteil von knapp 30 Prozent an den GFPR-Ausgaben der Länder verantwortlich. 43,7 Prozent der GFPR-Ausgaben der Bundesländer wurden im Jahr 2012 im Bereich Tertiärprävention getätigt (v. a. medizinische Rehabilitation, Maßnahmen der Frühförderung).

Die Gemeinden und *Gesunden Städte* trugen den geringsten Anteil an den öffentlichen GFPR-Ausgaben, wobei die *Gesunden Städte* gemessen an der Einwohnerzahl einen relativ höheren Teil beitragen (Pro-Kopf-Ausgaben der *Gesunden Städte* von 6,31 vs. 1,88 Euro der sonstigen Gemeinden).

Betrachtet man die Anteile der öffentlichen Träger an den GFPR-Ausgaben ohne Tertiärprävention (vgl. Abbildung 1), so verschieben sich das Bild: Der relative Anteil der Sozialversicherung beträgt knapp 73 Prozent, der Bund inkl. FGÖ trägt mit rund 16 Prozent den zweithöchsten Anteil vor den Bundesländern und den Gemeinden.

Ausgaben für Gesundheitsschutz (Primärprävention 4)

Zusätzlich zu den oben angeführten Ausgaben wurden für die Interventionsebene Primärprävention / Position Gesundheitsschutz (Primärprävention 4) Ausgaben von 30,3 Mio. Euro gemeldet. Ausführungen zu den Inhalten finden sich in Kapitel 2.2.3. Aufgrund der Datenqualität werden diese Ausgaben nicht in den GFPR-Gesamtausgaben berücksichtigt. Tabelle 5 weist die Ausgaben für den Gesundheitsschutz (PP4) nach Trägern und Themen aus.

Personalaufwendungen

Zusätzlich wurde von den öffentlichen Trägern ein nicht auf einzelne Interventionsebenen bzw. Themen aufteilbarer Personaleinsatz von rund 208 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) für Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention angeführt. Davon entfallen auf Bundesebene rund 38 VZÄ, das entspricht einem konservativ geschätzten Personalaufwand von rund 3,2 Mio. Euro. Die Bundesländer meldeten 44 VZÄ, wovon für einen Teil dieses Personals (rund 16,5 VZÄ) die Ausgaben mit rund 1,1 Mio. Euro beziffert wurden, für die restlichen 27,5 VZÄ wurde keine monetäre Bewertung vorgenommen. Bei den Gemeinden wurde auf Basis der Meldungen ein zusätzlicher Personalaufwand von 46 Vollzeitäquivalenten (31 bei den *Gesunden Städten* und 15 bei weiteren Gemeinden) ermittelt, der nicht eindeutig Themen zuordenbar bzw. monetär bewertbar war. Im Bereich der Sozialversicherung wurden 80 VZÄ gemeldet, auch hier wurde keine monetäre Bewertung vorgenommen. Von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) wurden 390 VZÄ für den Bereich Unfallverhütung angeführt, diese Zahl umfasst sämtliche in diesem Bereich beschäftigten Vollzeitäquivalente.

Diese Personalaufwendungen sind – wie auch in den Datenjahren 1996 und 2001 – nicht in den GFPR-Gesamtausgaben enthalten.

2.2 Ausgaben nach Interventionsebenen und Themen

Im Folgenden wird ausgeführt, auf welchen Interventionsebenen die Ausgaben getätigt wurden. In Tabelle 5 sind die Ausgaben nach Interventionsebene und Träger aufbereitet.

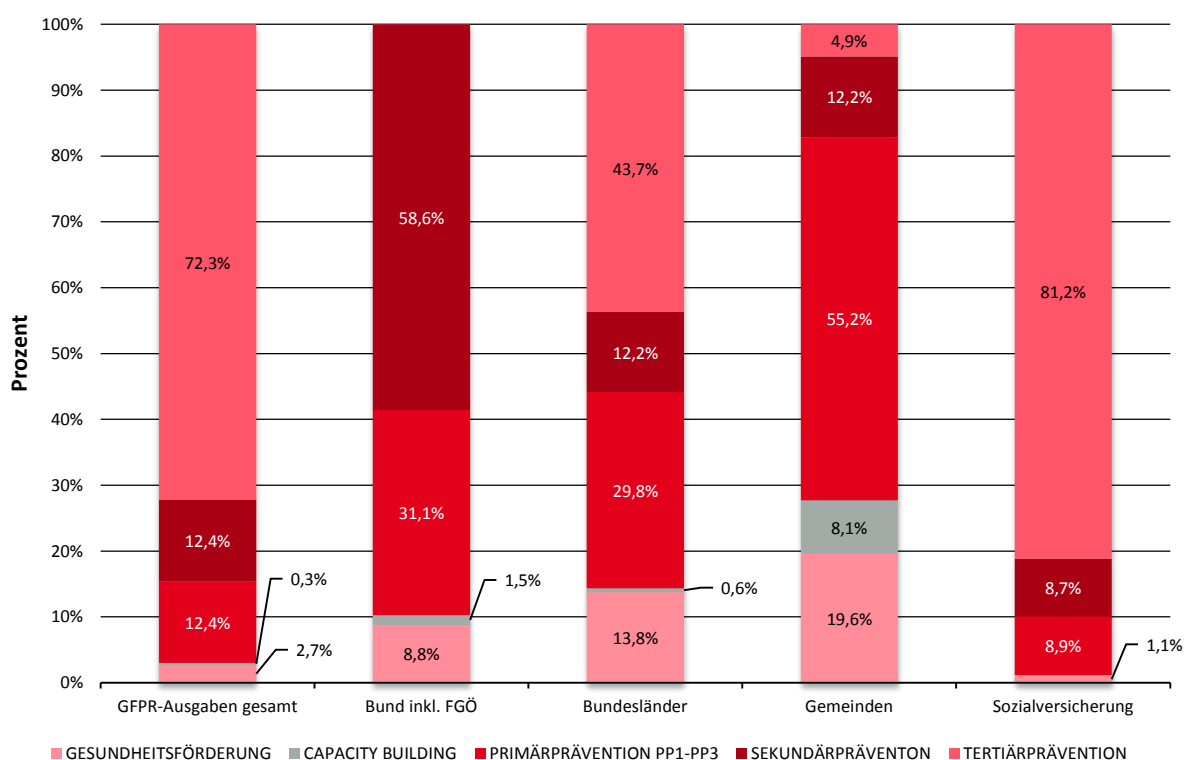
Knapp drei Viertel (72,3 %) der von öffentlichen Trägern in Österreich getätigten Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention fließen in die Tertiärprävention. Die Anteile für Primär- und Sekundärprävention liegen bei je 12,4 Prozent, der Rest wird für Gesundheitsförderung (2,7 %) und Capacity Building (0,3 %) aufgewendet. (vgl. Abbildung 2)

Auf Bundesebene fließen mehr als die Hälfte (58,6 %) der GFPR-Ausgaben in die Sekundärprävention, sie beinhalten insbesondere die Ausgaben für den Mutter-Kind-Pass (36 Mio. Euro) und für schulärztliche Untersuchungen (18,6 Mio. Euro), Ausgaben für Einrichtungen zur Betreuung von Personen mit Suchtgiftmissbrauch, die Referenzzentralen lt. Epidemiegesetz, Untersuchungen gemäß AIDS-Gesetz (8,3 Mio. Euro) sowie Programme zur Vermeidung und Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen (*fit2work* mit rund 2,2 Mio. Euro). Für primärpräventive Maßnahmen – wie Impfungen (v. a. im Rahmen des Kinder-Impfkonzepts), Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger (Ersatzpflege) und Arbeitsmedizin sowie BGF-Maßnahmen als Dienstgeber – wurde knapp ein Drittel (31,1 %) der Bundesmittel aufgewendet. Der relative Anteil der Gesundheitsförderungsmittel an den GFPR-Ausgaben des Bundes liegt bei 8,8 Prozent, wobei hier die Ausgaben des FGÖ (5,8 Mio. Euro) deutlich ins Gewicht fallen.

Die ausgabenintensivsten Themenbereiche der Gesundheitsförderung auf Bundesebene sind die Gesundheitsinformation und Gesundheitskompetenz (insbesondere Informations- und Expertenveranstaltungen der AGES für Konsumentinnen und Konsumenten sowie Wirtschaftsbeteiligte und Aktivitäten des FGÖ), gefolgt von Maßnahmen im Schulbereich (insbesondere Projekte wie „Unser Schulbuffet“, Information und Beratung für Lehrer/innen zur Gesundheitsförderung) und der *Betrieblichen Gesundheitsförderung*, einem Programmschwerpunkt des FGÖ. Für Capacity Building wurden 1,5 Prozent der Mittel aufgewendet, auch hier tätigte der FGÖ den überwiegenden Ausgabenanteil. Die Bundesmittel, die für Tertiärprävention aufgewendet wurden, sind zu vernachlässigen.

Abbildung 2:

Ausgabenanteile der Interventionsebenen der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich nach Trägern, 2012 (in Prozent)¹



Ausgabenanteile von unter 0,3 Prozent sind in der Abbildung aus Gründen der Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

1 = ohne Berücksichtigung der präventiven Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich (nicht-zuteilbar)

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Von den Bundesländern wurden 43,7 Prozent für tertiärpräventive Maßnahmen aufgewendet. Hierbei handelt es sich vor allem um Maßnahmen der Frühförderung von Kindern mit Behinderung bzw. mit Gefahr einer möglichen Behinderung sowie der medizinischen Rehabilitation (ambulante und tagesklinische neurologische Rehabilitation). 29,8 Prozent der GFPR-Ausgaben fließen in die Primärprävention, hier finanzieren die Bundesländer ein breites Spektrum an Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Lebensweise, zur Vermeidung von Erkrankungen und Verhütung von Unfällen (Primärprävention 1) in den Themenbereichen Zahngesundheit, Gesundheit Eltern/Kind, Arbeitsmedizin und BGF-Maßnahmen (als Dienstgeber), aber auch Ersatz- bzw. Entlastungspflege. Ausgaben für Impfungen (v. a. im Rahmen des Kinder-Impfkonzepts) stellen mit 11,4 Mio. Euro die größte Einzelposition bei den primärpräventiven Maßnahmen dar. In die Gesundheitsförderung investierten die Bundesländer 13,8 Prozent der GFPR-Ausgaben, wobei Maßnahmen im kommunalen Setting (Gesunde Gemeinde/Stadt), im Rahmen der *Gesunden Schule* bzw. für Gesundheitsinformation/-kompetenz zu den bedeutendsten Themenbereichen zählen. 12,2 Prozent der GFPR-Ausgaben der Bundesländer

wurden für sekundärpräventive Maßnahmen aufgewendet: Schulärztliche Untersuchungen, Anreize zur Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie der Impfungen im Kinder-Impfkonzept, Vorsorgeuntersuchungen und Seh- und Hörtests (vor allem auch in Kindergärten und Schulen) bilden bedeutende Ausgabenpositionen. Für Capacity Building wurden seitens der Länder 0,6 Prozent der GFPR-Ausgaben aufgewendet, z. B. für Fortbildungen von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen und Multiplikatoren/Multiplikatorinnen, Tagungen und Vernetzungsaktivitäten sowie für Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA).

Die Gemeinden und *Gesunden Städte* investierten 55,2 Prozent ihrer GFPR-Mittel in den Bereich Prävention, der überwiegende Teil der Mittel floss in die Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. zur Verhinderung von Krankheiten und Unfällen, wobei Maßnahmen zur Ernährung und Bewegung (z. B. Koronarturnen, Seniorenturnen, Vorträge zu Ernährung und Kochkurse) und zur Gesundheit von Eltern und Kind (Stillberatung, Eltern-Kind-Zentren) im Vordergrund standen. Aber auch Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (z. B. TBC-Vorsorge) wurden hier getätigt. 19,6 Prozent der GFPR-Ausgaben der Gemeinden flossen in die Gesundheitsförderung. Gesundheitsfördernde Maßnahmen in öffentlichen Einrichtungen wie geriatrischen Tageszentren oder Eltern-Kind-Zentren, im Setting Gesunde Schule (Gesunde Jause, Bewegungsangebote) und im kommunalen Setting generell (Gesundheits- oder Aktivtage, Informationsveranstaltungen etc.) wurden hier beispielsweise finanziert. Für sekundärpräventive Maßnahmen wurden 12,2 Prozent der GFPR-Ausgaben auf Gemeindeebene ausgegeben, wobei der Großteil dieser Ausgaben den schulärztlichen Untersuchungen zuzurechnen ist. Maßnahmen des Capacity Buildings (Kongresse und Veranstaltungen und Förderungen) bedingten 8,1 Prozent der GFPR-Ausgaben der Gemeinden. Der Tertiärprävention kommt auf Gemeindeebene keine bedeutende Rolle zu, nur 4,9 Prozent der Mittel wurden hierfür aufgewendet (z. B. Zuschüsse zu Erholungsaktionen oder Beratung von Suchtkranken).

Seitens der Sozialversicherung wurden 81,2 Prozent der Ausgaben für tertiärpräventive Maßnahmen, das sind die medizinische Rehabilitation (687 Mio. Euro) und Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge, insbesondere der Pensionsversicherungen (528 Mio. Euro) aufgewendet. Die beiden Positionen sind die größten Einzelpositionen der GFPR-Ausgaben öffentlicher Träger. 8,9 Prozent der Mittel wurden für Primärprävention aufgewendet, hier finanzierte die Sozialversicherung vor allem Maßnahmen der Zahngesundheit und präventiven Zahnbehandlung sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen, aber auch Impfungen (auch im Rahmen des Kinder-Impfkonzepts) zählen zu den bedeutenden Ausgabenpositionen. Bei der Sekundärprävention, für die mit 8,7 Prozent der GFPR-Ausgaben der Sozialversicherung knapp gleich viel wie für die primärpräventiven Maßnahmen ausgegeben wurden, ist die Vorsorgeuntersuchung nach ASVG der ausgabenintensivste Einzelposten, gefolgt von den Ausgaben für den Mutter-Kind-Pass und den Ausgaben für Vermeidung/Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen (Eignungs- und Folgeuntersuchungen nach § 49 ASchG und *fit2work*). Für Gesundheitsförderung wurden 1,1 Prozent der GFPR-Ausgaben der Sozialversicherung aufgewendet. Die Gesundheitsinformation und- kompetenz (Aufklärungs- und Informationsarbeit, Gesundheitstage etc.), die Betriebliche Gesundheitsförderung (Netzwerk, Regionalstellen, Projekte), die Gesunde Schule aber auch die Familie und das häusliche Umfeld (z. B. REVAN) stellen größere Ausgabenpositionen dar. Für Capacity Building wurden 1,4 Mio. Euro ausgegeben, das sind 0,1 Prozent der GFPR-Ausgaben der Sozialversicherung. Mit diesen Mitteln wurden Ersthelferausbildungen finanziert, aber auch Seminare, Lehrgänge und Veranstaltungen für Praktiker sowie Netzwerke.

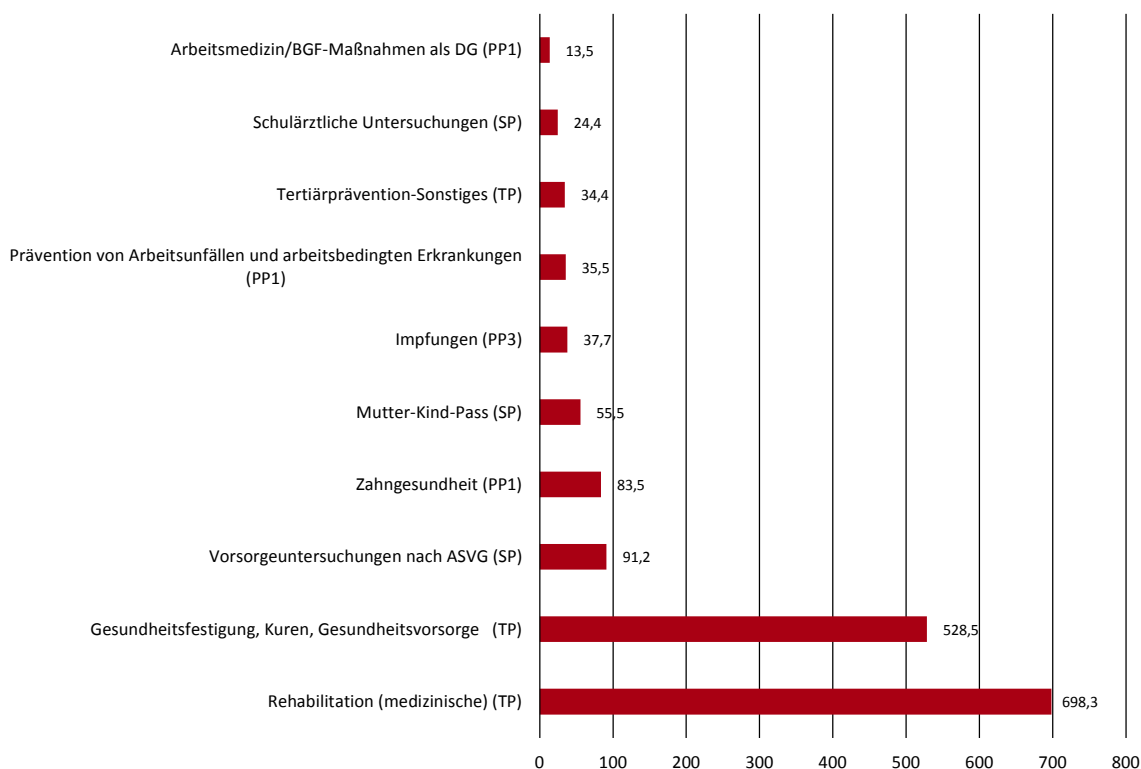
Die nicht aufteilbaren Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich – also jene Positionen, die für Leistungen von Vertragsärzten/-ärztinnen, Vertragseinrichtungen und eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger eigentlich im kurativen Bereich erbracht werden, jedoch einen stark präventiven Charakter aufweisen (z. B. Laboruntersuchungen, Lungenfunktionsüberprüfungen, Koloskopien) – wurden seitens der Sozialversicherung abgeschätzt, aber hier nicht berücksichtigt.

TOP-10-Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention

Abbildung 3 zeigt die zehn ausgabenintensivsten Themenbereiche der öffentlichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben im Jahr 2012; Abbildung 4 stellt die Ausgabenanteile der Träger an diesen TOP-10-Ausgabenpositionen dar.

Abbildung 3:

TOP-10-Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich, 2012
(in Mio. Euro)



Ohne Berücksichtigung der präventiven Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Erwartungsgemäß stellt die medizinische Rehabilitation mit 698,3 Mio. Euro den größten Ausgabenblock dar, finanziert wurden diese Maßnahmen überwiegend von der Sozialversicherung. Der Länderanteil ist einem einzigen Bundesland (Vorarlberg) zuzurechnen, das im Bereich der ambulanten und tagesklinischen neurologischen Rehabilitation Ausgaben tätigte. Der Bereich *Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge* folgt auf Platz zwei mit 528,5 Mio. Euro, er wurde nahezu ausschließlich durch die Sozialversicherung finanziert. Platz 3 nehmen die Vorsorgeuntersuchungen nach dem ASVG mit 91,2 Mio. Euro ein, auch diese Ausgaben werden von der Sozialversicherung getragen. Für nicht versicherte Personen leistet der Bund einen Kostenersatz.

Präventive Maßnahmen der Zahngesundheit liegen auf Platz 4 (83,5 Mio. Euro), diese Ausgaben werden von der Sozialversicherung (Position Zahngesundheit und präventive Zahnbehandlung, darunter fallen Einschleifen des natürlichen Gebisses, Zahnstein-Entfernung, Behandlung empfindlicher Zahnhälse und Stomatitis-Behandlung) und zu einem geringen Anteil (4 %) von den Bundesländern (v.a. Kariesprophylaxe in Kindergärten und Schulen) getragen.

Der Mutter-Kind-Pass liegt auf Platz fünf der ausgabeintensivsten GFPR-Maßnahmen (55,5 Mio. Euro), die Leistungen des Mutter-Kind-Passes werden zu zwei Drittel durch den Bund finanziert und zu einem Drittel über die Sozialversicherung. Untersuchungen für nicht versicherte Personen werden zur Gänze vom Bund getragen. Die hier ausgewiesenen Ausgaben der Bundesländer wurden überwiegend für monetäre Anreize zur Inanspruchnahme der Untersuchungen und der im Kinderimpfprogramm inkludierten Leistungen aufgewendet (Oberösterreich).

Bei den Impfungen, die mit 37,7 Mio. Euro Platz 6 der ausgabenintensivsten GFPR-Themen belegen, nimmt das Kinderimpfprogramm eine bedeutende Rolle ein. Die Impfstoffe (Seren) werden im Rahmen des Programms zu zwei Dritteln vom Bund und zu je einem Sechstel durch die Länder und die soziale Krankenversicherung finanziert. Darüber hinaus sind in dieser Position Zuschüsse zu weiteren Impfungen (z. B. gegen FSME, Grippe, Pneumokokken) sowie Ausgaben im Zusammenhang mit der Impfstoff-Verabreichung und Ausgaben für die Implementierung des nationalen Impfkonzpts (Planung, Ausweitung, Beschaffung, Monitoring) enthalten.

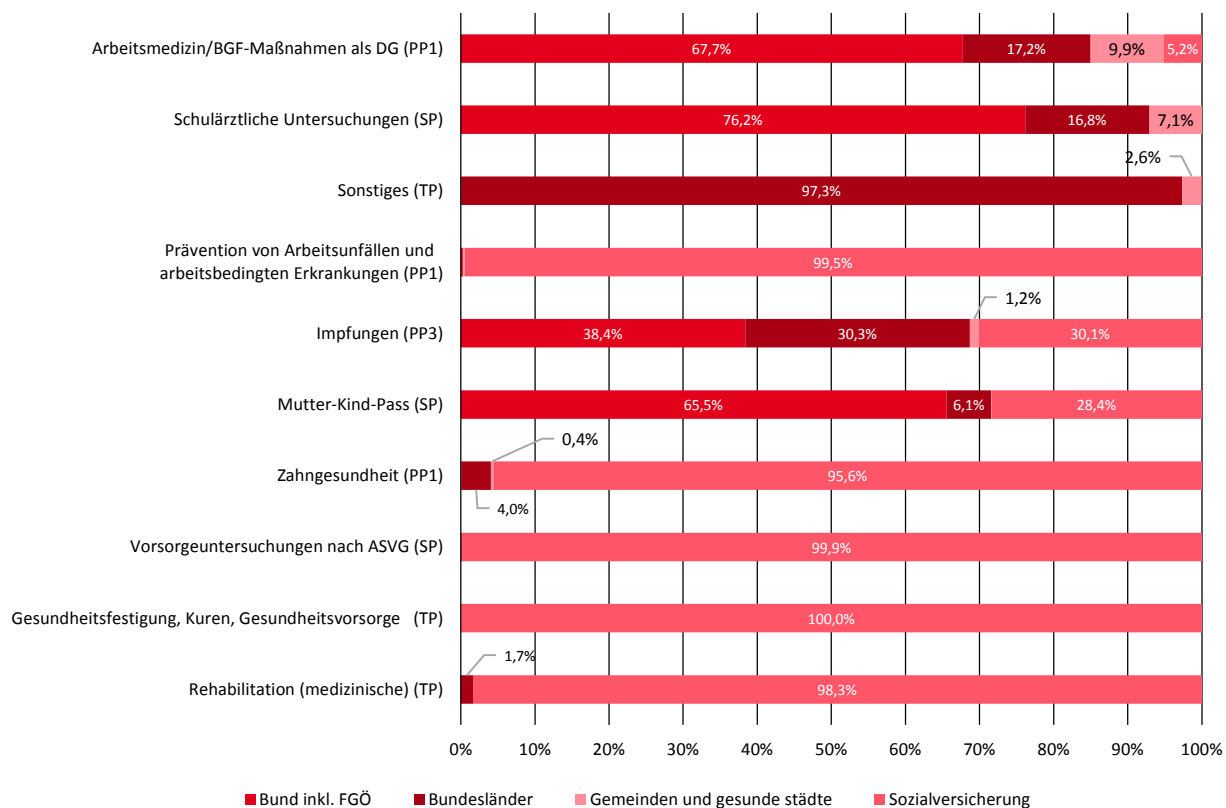
Platz 7 nehmen mit 35,5 Mio. Euro die Maßnahmen zur Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen ein. Die Ausgaben für Beratungen in Betrieben, v. a. auch in Klein- und Mittelbetrieben, Maßnahmen der Unfallverhütung, Sicherheitsaktionen in Betrieben und Schulen etc. werden von den Unfallversicherungsträgern getragen.

Die Position Tertiärprävention/Sonstiges liegt auf Platz 8 und umfasst insgesamt 34,4 Mio. Euro. Darunter fallen Maßnahmen der Bundesländer für Frühförderung, aber auch psychosoziale Angebote wie niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen für psychisch Kranke; seitens der Gemeinden sind z. B. Beratung für Alkoholranke oder tertiärpräventive Maßnahmen im Suchtbereich erfasst.

Die gemeldeten Ausgaben für schulärztliche Leistungen bestehen überwiegend aus Personalkosten und belegen Platz 9 (24,4 Mio. Euro) der TOP-10-GFPR-Themenbereiche.

Auf Platz 10 liegen Maßnahmen der Arbeitsmedizin und Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), die öffentliche Träger in ihrer Funktion als Dienstgeber tätigen. Präventive Ausgaben für Arbeitsmedizin waren von den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht abgrenzbar und wurden daher gesamthaft unter Primärprävention erfasst. Für das Jahr 2012 wurden Ausgaben in der Höhe von 13,5 Mio. Euro für Arbeitsmedizin und BGF-Maßnahmen als Dienstgeber seitens der öffentlichen Träger gemeldet, überwiegend seitens des Bundes (rund 9,2 Mio. Euro), aber auch von den Ländern (z. B. für Arbeitsmedizin, Sicherheitsfachkräfte, Seminare, Suchtmittelprävention, BGF) und Gemeinden (z. B. für Gesundheitswochen und Ernährungsberatung für Mitarbeiter/innen, Bewegungsangebote und Arbeitsmedizinische Betreuung). Die Sozialversicherungsträger weisen in Summe 0,7 Mio. in diesem Bereich aus, beispielhaft sind hier Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen bzw. Aktionen zum Thema *Fit im Job* zu nennen.

Abbildung 4:
Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für die Top-10-Themen der GFPR-Ausgaben in Österreich, 2012 (in Prozent)



Ausgabenanteile von unter 0,3 Prozent sind in der Abbildung aus Gründen der Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Eine Aufschlüsselung aller für Gesundheitsförderung und Prävention getätigten Ausgaben der öffentlichen Träger – gegliedert nach Interventionsebenen (Themen) und Trägern – findet sich in Tabelle 5.

Tabelle 5:

Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich nach Interventionsebenen und Themen, 2012 (in Euro)

Interventionsebenen/Themen	Ausgaben gesamt (in Euro) ¹	davon:			
		Bund inkl. FGÖ	Bundesländer ²	Gemeinden	Sozialversicherung
Gestaltung der Lebenswelt von Bevölkerungsgruppen (Gesundheitsförderung)					
Familie / häusliches Umfeld	3.509.291	455.800	818.036	371.257	1.864.198
Gesunde/r Kindergarten/Kinderkrippe	1.210.887	201.750	852.152	118.417	38.568
Gesunde Schule und andere Ausbildungsstätten ³	8.299.759	1.848.395	2.665.849	632.503	3.153.012
Betriebliche Gesundheitsförderung	5.563.352	1.703.612	252.991	43.029	3.563.719
Gesunde Gemeinde/Stadt ⁴	8.232.262	946.334	5.560.761	560.626	1.164.541
Freizeit- und Konsumwelten	1.389.130	222.801	1.037.086	125.930	3.314
GF in öffentlichen Einrichtungen	1.958.118	312.558	732.195	913.365	-
Gesundheitsinformation/-kompetenz	13.298.284	4.612.401	2.546.210	319.040	5.820.632
Beteiligungsmöglichkeiten und Selbsthilfe	2.199.495	164.910	1.791.034	148.763	94.789
GF Sonstiges	1.602.812	15.000	693.842 ⁵	366.527	527.443
Summe Gesundheitsförderung	47.263.391	10.483.562	16.950.156	3.599.456	16.230.217
Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten (Primärprävention 1)					
Zahngesundheit	83.519.195	53.141	3.319.249	322.734	79.824.070
Gesundheit von Eltern/Kind	5.012.259	48.150	3.146.549 ⁶	1.415.678	401.882
Psychosoziale Gesundheit	3.561.456	586.578	1.488.655	181.813	1.304.411
Unfallprävention (Freizeit/Haushalt)	609.557	-	418.017	4.551	186.989
Prävention von Arbeitsunfällen / arbeitsbedingten Erkrankungen	35.524.944	84.037	25.000	71.929	35.343.977
Arbeitsmedizin/BGF-Maßnahmen als Dienstgeber ⁷	13.515.398	9.153.574	2.330.113	1.334.467	697.245
Ersatz- bzw. Entlastungspflege	11.625.030	9.604.821	2.020.209 ⁸	-	-
Ernährung und Bewegung zur Vermeidung konkreter Erkrankungen	9.916.267	-	879.621	4.508.405	4.528.241
PP1 Sonstiges	3.476.430	51.000 ⁹	2.689.520 ¹⁰	680.910	55.000
Summe PP1	166.760.536	19.581.300	16.316.934	8.520.487	122.341.815

Interventionsebenen/Themen	Ausgaben gesamt (in Euro) ¹	davon:			
		Bund inkl. FGÖ	Bundesländer ²	Gemeinden	Sozialversicherung
Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen (Primärprävention 2)					
Summe PP2	7.003.101	166.520	6.577.109	149.471	110.000
Verhütung übertragbarer Krankheiten (Primärprävention 3)					
Impfungen	37.685.406	14.469.335	11.420.452	457.719	11.337.900
TBC-Vorsorge	1.809.533	186.126	1.108.442	514.965	-
HIV / Hepatitis C	3.683.957	2.360.089	1.220.981	102.887	-
PP3 Sonstige	761.650	306.719 ¹¹	51.055	401.377	2.500
Summe PP3	43.940.546	17.322.268	13.800.930	1.467.948	11.340.400
Gesundheitsschutz (Primärprävention 4)					
Hygiene	1.991.138	925.782	112.218	953.139	-
Arzneimittelkontrolle	610.910	600.000 ¹²	-	10.910	-
Strahlenschutz	1.128.127	1.017.107	110.797	223	-
Nahrungsmittel- und Trinkwasserkontrolle	19.757.598	18.495.650	177.649	1.084.300	-
PP4 Sonstiges	8.823.472	7.251.417 ¹³	856.456 ¹⁴	715.599	-
Summe PP4	32.311.247	28.289.955	1.257.120	2.764.172	-
Summe Primärprävention PP1-PP3	217.704.183	37.070.088	36.694.972	10.146.906	133.792.216
Summe Primärprävention PP1-PP4	250.015.429	65.360.043	37.952.092	12.911.078	133.792.216
Früherkennung von bestehenden Erkrankungen (Sekundärprävention)					
Mutter-Kind-Pass	55.453.826	36.342.458	3.367.217 ¹⁵	3.933	15.740.218
Neugeborenen-Screening	788.787	788.000	-	787	-
Kleinkind-Untersuchungen	944.595	-	885.126	59.469	-
Schulärztliche Untersuchungen ¹⁶	24.417.052	18.595.000	4.096.536	1.725.516	-
Jugendlichen-Untersuchung	2.668.217	1.144.340	21.418	-	1.502.459
Seh- und Hörtests	1.266.965	-	1.224.573	42.391	-
Krebsfrüherkennung ¹⁷	4.979.811	461.035	960.894	12.849	3.545.033
Vorsorgeuntersuchungen nach ASVG	91.208.607	105.527	-	-	91.103.080 ¹⁸
Sonstige Vorsorgeuntersuchungen	5.764.399	-	2.008.642 ¹⁹	117.419	3.638.337

Interventionsebenen/Themen	Ausgaben gesamt (in Euro) ¹	davon:			
		Bund inkl. FGÖ	Bundesländer ²	Gemeinden	Sozialversicherung
Raucherentwöhnung	814.225	25.000	238.404	3.933	546.888
Programme zur Gewichtsreduktion	622.115	-	209.162	26.059	386.893
Maßnahmen zur Vermeidung/Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen	10.507.137	2.162.819	-	4.874	8.339.444
Maßnahmen zur Vermeidung/Verzögerung der Pflegebedürftigkeit	2.522.889	1.629.952	276.950	169.401	446.586
Disease-Management-Programme (DMP)	5.197.882	131.935	1.153.765	19.667	3.892.514
SP Sonstiges	10.098.157	8.335.374 ²⁰	575.313 ²¹	63.195	1.124.275 ²²
Summe Sekundärprävention	217.254.664	69.721.440	15.018.000	2.249.495	130.265.728
Verzögerung des Krankheitsverlaufs (Tertiärprävention)					
Rehabilitation (medizinische)	698.343.527	5.840	11.588.449 ²³	1.985	686.747.253
Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesund- heitsvorsorge	528.486.596	-	137.846	2.384	528.346.366
Kurzzeit-, Übergangspflege	8.639.978	-	8.639.978 ²⁴	-	-
TP Sonstiges	34.420.835	11.325	33.489.230 ²⁵	899.280	21.000
Summe Tertiärprävention	1.269.890.937	17.165	53.855.503	903.650	1.215.114.619
Capacity Building					
Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkei- ten unter Praktikern	2.663.610	961.046	279.691	150.195	1.272.677
Unterstützung/Infrastruktur für Gesundheits- förderung in Organisationen	1.388.289	383.407	343.479	564.725	96.678
Gesundheitsfolgenabschätzungen	71.633	-	71.633	-	-
Capacity Building / Sonstiges	1.216.206	384.885 ²⁶	47.289	784.032	-
Summe Capacity Building	5.339.737	1.729.339	742.092	1.498.952	1.369.354
präventive Ausgaben im niedergelassenen Bereich (nicht-zuteilbar)	261.934.780	-	-	-	261.934.780 ²⁷
Gesamtsumme (ohne PP4)	2.019.387.691	119.021.594	123.260.723	18.398.459	1.758.706.915

ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung, DG = Dienstgeber, DMP = Disease Management Programme, GF = Gesundheitsförderung, HIV = Humanes Immundefizienz-Virus, PP = Primärprävention, SP = Sekundärprävention, TP = Tertiärprävention

1 = Eigene Personalaufwendungen der öffentlichen Träger sind in den Ausgaben nur zum Teil erfasst.

2 = inkl. Wien

3 = inkl. Gewaltprävention

4 = Aufgrund der Zahlungen zwischen den Trägern Bund/FGÖ, Land und Gemeinden und der Methodik (Hochrechnung der Gemeindeausgaben) können die errechneten Ausgaben die tatsächlichen Ausgaben geringfügig übersteigen.

5 = inkl. Ausgaben für Gemeinschaftsverpflegung in diversen Settings wie Familie und häusliches Umfeld (REVAN), Schulen, Pflegeheime, Kasernen, Kindergärten, Mensen (Steiermark)

6 = inkl. Ausgaben zur Eltern-/Mutterberatung, z. T. sind Ausgaben für soziale Zwecke nicht abgrenzbar.

7 = Diese Ausgaben sind nicht immer trennbar und wurden deshalb gemeinsam unter PP1 erfasst.

8 = Entlastungspflege (Vorarlberg) und Ausgaben entsprechend der Pflegedienstleistungsstatistik für das Jahr 2012 gemäß Mehrheitszuteilung (Salzburg).

9 = z. B. Prävention von Genitalverstümmelungen, Netzwerk Essstörungen, Beratungsstelle für Mädchen/Frauen, Krebsvorsorge.

10 = z. B. Maßnahmen zu Migrantengesundheit, Frauengesundheit, Männergesundheit, Seniorengesundheit, sexueller Gesundheit, Krisenintervention, Hautschutzkampagne, Gesundheitsprojekte und Aufklärung des Schulärztlichen Dienstes, Anreizsystem zur Steigerung von Vorsorgeuntersuchungen, Vorsorge aktiv und Vorsorgepreis.

11 = Referenzzentralen (z. B. Listerien, Masern-Mumps-Röteln, Influenza), Hygiene im Krankenhaus, elektronisches Meldewesen, Antibiotikaresistenz.

12 = Ausgaben der AGES für Kontrolle der Unbedenklichkeit, Sicherheit und Qualität

13 = Untersuchungen gemäß Tierseuchengesetz, Tiergesundheitsgesetz für gesunde Lebensmittel, Zulassungen/Kontrollen gemäß Futtermittelgesetz, Monitoring gentechnisch veränderter Organismen (GVO-Monitoring).

14 = inkl. Ausgaben zum Aufbau und Erhalt der Strukturen für den Katastrophenschutz (Vorkehrungen für Großunfälle, Chemie- oder radioaktive Unfälle und Pandemien) (Kärnten).

15 = v. a. Mutter-Kind-Zuschuss (Oberösterreich)

16 = Seitens der Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Steiermark wurden keine Ausgaben gemeldet.

17 = Im Bereich der Sozialversicherung sind Ausgaben für Krebsfrüherkennung zum Großteil bei den präventiven Ausgaben im niedergelassenen Bereich enthalten (z. B. PAP-Test, Koloskopie etc.)

18 = Vorsorgeuntersuchungen nach ASVG abzüglich der Transferleistungen für nicht versicherte Personen, Asylwerber und Grenzgänger

19 = Im Rahmen dieser Untersuchungen werden auch die Vorsorgeuntersuchungen nach ASVG durchgeführt, die Kostenersätze der Krankenkassen sind aus den Ausgaben herausgerechnet (Wien)

20 = Förderung von Einrichtungen für Beratung, Behandlung, Betreuung von Personen mit Suchtgiftmissbrauch (nach § 16 SMG, hier sind Sekundär- und Tertiärprävention nicht abgrenzbar). AGES: Referenzzentralen lt. Epidemiegesetz, Untersuchungen gemäß Aidsgesetz, Zoonosen-Richtlinie, Ringversuche, Stechmückenscreening etc..

21 = umfasst u. a. auch Gemeinwesenarbeit in der Suchtprävention, Partywork, Eventbegleitung, Ernährungsberatung.

22 = Darunter fallen insbesondere die Positionen „Vorsorgeuntersuchungen Call System“

23 = ambulante und tagesklinische neurologische Rehabilitation, Rehabilitation von Stimm- und Sprechstörungen, Hörschädigungen etc. (Vorarlberg)

24 = Ausgaben für Niederösterreich und Wien wurden entsprechend der Meldungen des Landes berücksichtigt. Für Kärnten, Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg wurden die Ausgaben entsprechend der Pflegedienstleistungsstatistik für das Jahr 2012 (Statistik Austria 2015) erfasst. Die Angaben enthalten Leistungen zur Remobilisations-/Übergangspflege und anderer Kurzzeitpflege (z. B. Entlastungspflege). Die Ausgaben des Landes Salzburg wurden gemäß Mehrheitszuteilung unter Primärprävention/Ersatz- bzw. Entlastungspflege erfasst. In der Steiermark ist die Kurzzeitpflege bei den stationären Diensten enthalten und hier nicht ausgewiesen. Im Burgenland gab es im Jahr 2012 kein von der Sozialhilfe finanziertes Angebot.

25 = z. B. Frühförderung für Kinder, mobile Ergotherapie, Demenzberatung, Asbestberatung und Nachsorge, Kardiomobil, Kontinenz-Beratung, psychosoziale Rehabilitation.

Zusätzlich wurden z. B. tertiärpräventive Maßnahmen im Psychosozialen Dienste (PSD) oder niederschwelliger Kontakt- und Anlaufstellenangebote für Suchtkranke gemeldet. Der Ausgabenanteil für Tertiärprävention ist nicht abgrenzbar und daher nicht inkludiert.

26 = Ausgaben des FGÖ für Gesundheitsförderungsforschung

27 = Abschätzung der präventiven Leistungen im niedergelassenen Bereich – nicht nach Interventionsebenen bzw. Themen zuteilbar

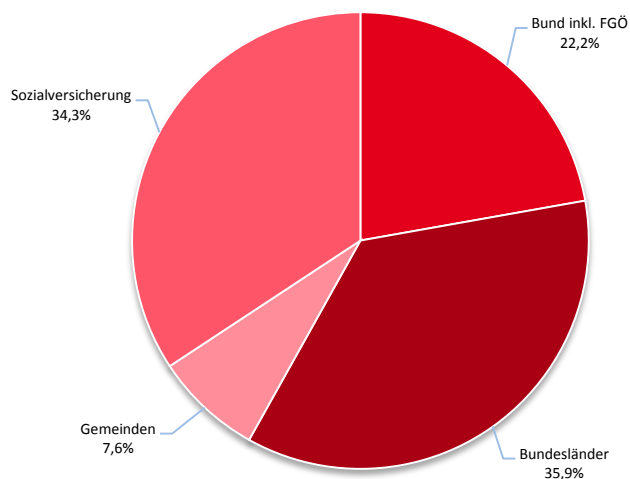
Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

2.2.1 Ausgaben für Gesundheitsförderung

Für Gesundheitsförderung wurden in Österreich im Jahr 2012 von der öffentlichen Hand 47,3 Mio. Euro ausgegeben, das sind 2,7 Prozent³ der Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

Abbildung 5 zeigt, wie sich diese Ausgaben auf die Träger verteilen. Der Ausgabenanteil Prozent des Bundes von 22,2 setzt sich aus den Ausgaben der Bundesministerien (10 %) und den Ausgaben des FGÖ (12,2 %) zusammen. Als Gemeinde-Ausgaben sind 4,2 Prozent von den Gesunden Städten und 3,4 Prozent von weiteren Gemeinden ausgewiesen.

Abbildung 5:
Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für Gesundheitsförderung in Österreich, 2012
(in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

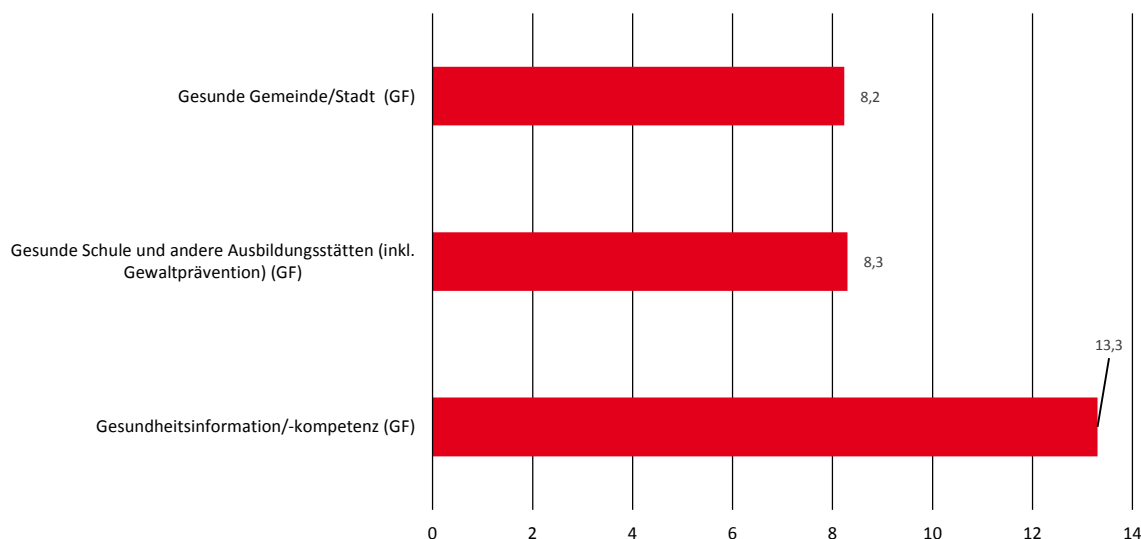
Nachfolgende Abbildung 6 stellt die TOP-3-Themen im Bereich Gesundheitsförderung dar, Abbildung 7 zeigt, wie sich diese Ausgaben auf die Träger verteilen.

³

ohne Berücksichtigung der präventiven Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich

Abbildung 6:

TOP-3-Themen bei Ausgaben für Gesundheitsförderung in Österreich, 2012 (in Mio. Euro)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Das ausgabenintensivste Thema im Bereich Gesundheitsförderung ist mit 13,3 Mio. Euro bzw. 28,1 Prozent aller gesundheitsfördernden Ausgaben die Gesundheitsinformation/-kompetenz.

Anzumerken ist, dass dieser Kategorie im Erhebungsbogen nur Ausgaben für Gesundheitsinformation/-kompetenz zuzuordnen waren, die noch nicht für einen anderen Bereich (z. B. Gesunde Gemeinde) erfasst worden waren. Die Angaben der Datenmelder zu den Maßnahmeninhalten waren hier teilweise sehr allgemein. Die Sozialversicherung trägt mit 5,8 Mio. Euro den höchsten Ausgabenanteil für Maßnahmen wie Aufklärungsarbeit, Informationsarbeit und Gesundheitstage. 4,6 Mio. Euro gab der Bund für diesen Themenbereich aus, damit wurden vor allem Informations- und Expertenveranstaltungen der AGES für Konsumenten/Konsumentinnen und Wirtschaftsbeteiligte sowie diverse Projektanträge und eigene Aktivitäten des FGÖ gefördert. Ausgaben von 2,5 Mio. Euro wurden von den Bundesländern für allgemeine Maßnahmen der Gesundheitskompetenz-Steigerung sowie Informationsveranstaltungen und Broschüren zu verschiedenen Themen gemeldet; häufig genannt wurden die Themen Informationsvermittlung und Kompetenzstärkung zum Thema sexuelle Gesundheit, Frauen und Männergesundheit. Die Ausgaben auf Gemeinden-Ebene wurden vor allem von den *Gesunden Städten* getätigt: 0,3 Mio. wurden beispielsweise für Investitionen in ein Gesundheitsinformationssystem oder für Informationen zu Ernährung aufgewendet. Die Ausgaben der Gemeinden, die zu diesem Themenbereich gemeldet wurden, sind vernachlässigbar.

Im Setting Gesunde Schule bzw. andere Ausbildungsstätten wurden 8,3 Mio. Euro, das sind 17,6 Prozent der Aufwendungen für Gesundheitsförderung, ausgegeben. Die Sozialversicherung trug dazu 3,2 Mio. Euro für Beratung, Begleitung und Unterstützung von Projekten, Fortbildungsveranstaltungen für Lehrer/innen sowie Informationsmaterial für Schulen zu verschiedenen Themen bei. Unter diese Position fallen auch die aus Mitteln des § 447h-Fonds finanzierten Arbeiten der Servicestellen „Schule“ der Krankenversicherungsträger, die Projekte an Schulen durchführen (z. B. zu Ernährung, Bewegung, Tabak, Alkohol und psychosozialen Themen), das Angebot an Broschüren wie „Gesunde Jause von zu Hause“ oder Gesundheitsbüchern für Volksschulen sowie der „Dialog Gesunde Schule“ (Vernetzung und Kooperation der Akteure) (Kvas et al. 2013). Die Bundesländer gaben 2,7 Mio. Euro für Maßnahmen der Gesunden Schule aus, u. a. zu Ernährung (z. B. Gesunde Küche, Schulbuffet, Schulobst), diversen Bewegungsangeboten in der Schule, Suchtprävention und Lebenskompetenz-

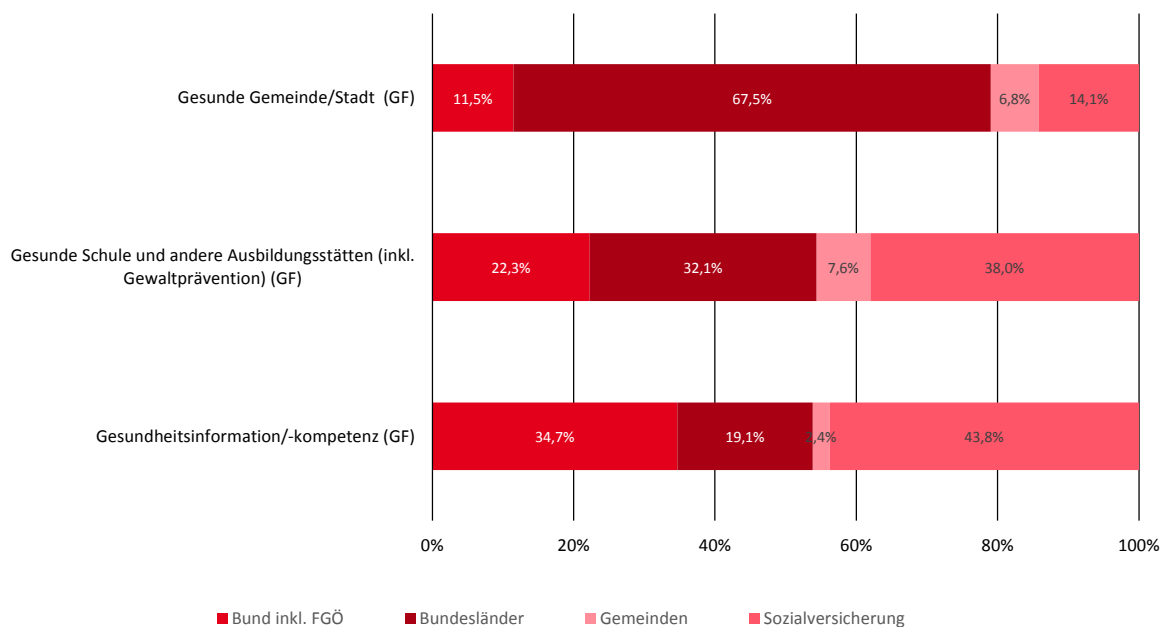
stärkung. Seitens des Bundes wurden 1,8 Mio. Euro für das Setting Schule ausgegeben, von den Ministerien 0,97 Mio. Euro für Projekte wie „Unser Schulbuffet“ oder „GIVE-Servicestelle“ (Information und Beratung von Lehrern/Lehrerinnen zur Gesundheitsförderung) und 0,87 Mio. Euro für FGÖ-Projektförderungen. Die Gemeinden (inkl. *Gesunde Städte*) gaben rund 0,6 Mio. Euro im Setting Gesunde Schulen (Gesunde Jause, Schulprojekte zu Ernährung und Bewegung) aus.

An dritter Stelle der ausgabenintensivsten Themenbereiche der Gesundheitsförderung liegen mit 8,2 Mio. Euro bzw. 17,4 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung Maßnahmen im kommunalen Setting (Gesunde Gemeinde/Stadt). Hier trugen die Bundesländer mit 5,6 Mio. Euro im Jahr 2012 einen Großteil der Ausgaben. Die Maßnahmen waren dabei sowohl thematisch als auch hinsichtlich der Zielgruppen breit gefächert. Auch hier wurden Informationsveranstaltungen, Vorträge, Workshops zu Bewegung, Ernährung und gesundem Altern, aber auch gesundheitsfördernde Maßnahmen der Frauen- und Männergesundheitszentren genannt. Rund die Hälfte der Bundesländer-Ausgaben wurde von Wien⁴ getätigt. Die Sozialversicherung unterstützte mit ihren Ausgaben von 1,2 Mio. Euro vor allem Projekte gemeinsam mit Gemeinden und Städten sowie die Vernetzung der Akteure und Strukturen. Die Bundesausgaben (0,95 Mio. Euro) wurden überwiegend vom FGÖ (0,93 Mio. Euro) für die Förderung praxisorientierter Projekte getätigt. Von den Gemeinden wurden 0,6 Mio. Euro für Maßnahmen wie Gesundheits- und Aktivtage, Informationsveranstaltungen, Netzwerkbeiträge, Bewegungsangebote oder Projekte wie die „Gesundheitsstraße“ ausgegeben.

Keiner der Themenbereiche der Gesundheitsförderung befindet sich unter den TOP 10 der GFPR-Ausgaben.

Abbildung 7:

Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für die TOP-3-Themen der Gesundheitsförderung in Österreich, 2012 (in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

4

Wien hat eine Doppelrolle als Land und Gemeinde.

2.2.2 Ausgaben für Capacity Building

Für Maßnahmen auf der Interventionsebene „Capacity Building“ (im Sinn der Erhebung) wurden im Jahr 2012 von der öffentlichen Hand in Österreich 5,3 Mio. Euro ausgegeben, das sind 0,3 Prozent⁵ der Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

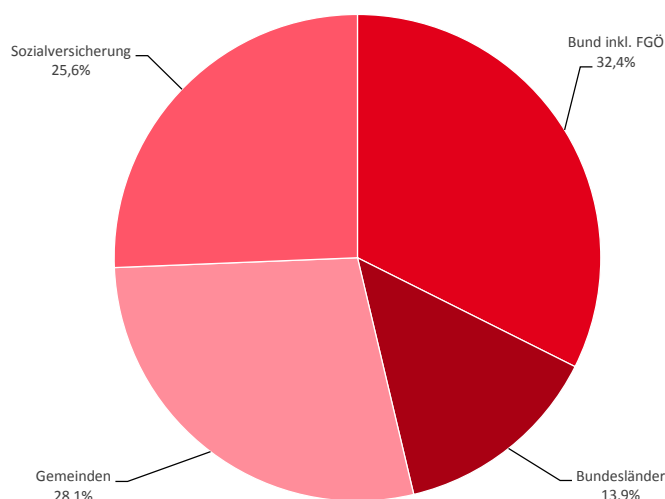
Abbildung 8 zeigt die Ausgabenanteile der Träger. Für Capacity Building wurde vom Bund mit 1,7 Mio. (32,4 Prozent) der höchste Ausgabenanteil gemeldet, wobei sich dieser aus Aufwendungen des FGÖ (24,7 Prozent) und Ausgaben der Bundesministerien (7,7 Prozent) zusammensetzt.

1,5 Mio. Euro investierten die Gemeinden in diesen Bereich, wobei nur 0,9 Prozent von den *Gesunden Städten* getragen wurden, der größere Anteil an den Gesamtausgaben für Capacity Building kam von den anderen Gemeinden (27,2 Prozent).

Die Sozialversicherung gab 1,4 Mio. Euro (25,6 Prozent) aus, die Bundesländer trugen mit 0,7 Mio. Euro (13,9 %) den geringsten Ausgabenanteil für Capacity Building.

Abbildung 8:

Anteile der Körperschaften an Ausgaben für Capacity Building für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich, 2012 (in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Die Hälfte (49,9 %) der Ausgaben in diesem Bereich wurde in die Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten unter Praktikern/Praktikerinnen investiert. Davon wurden 47,8 Prozent von der Sozialversicherung (Schulung betrieblicher Ersthelfer/innen, Seminare, Lehrgänge etc.) und 36,1 Prozent vom Bund (überwiegend vom FGÖ) ausgegeben. Maßnahmen zur Ausweitung der Unterstützung und der Infrastruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in Organisationen sind der zweitgrößte Posten (26 %), an dritter Stelle steht mit 22,8% die Kategorie „Sonstige“, welche die Ausgaben des FGÖ für Gesundheitsförderungsforschung umfasst. Den kleinsten Posten stellt mit 1,3% die Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen dar.

⁵

ohne Berücksichtigung der präventiven Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich

2.2.3 Ausgaben für Primärprävention

Für Primärprävention (PP1-PP3) im Jahr 2012 gab die öffentliche Hand nach eigenen Angaben 217,7 Mio. Euro aus, das sind 12,4 Prozent⁶ der Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

Ausgaben für Primärprävention wurden in vier Unterkategorien erhoben:

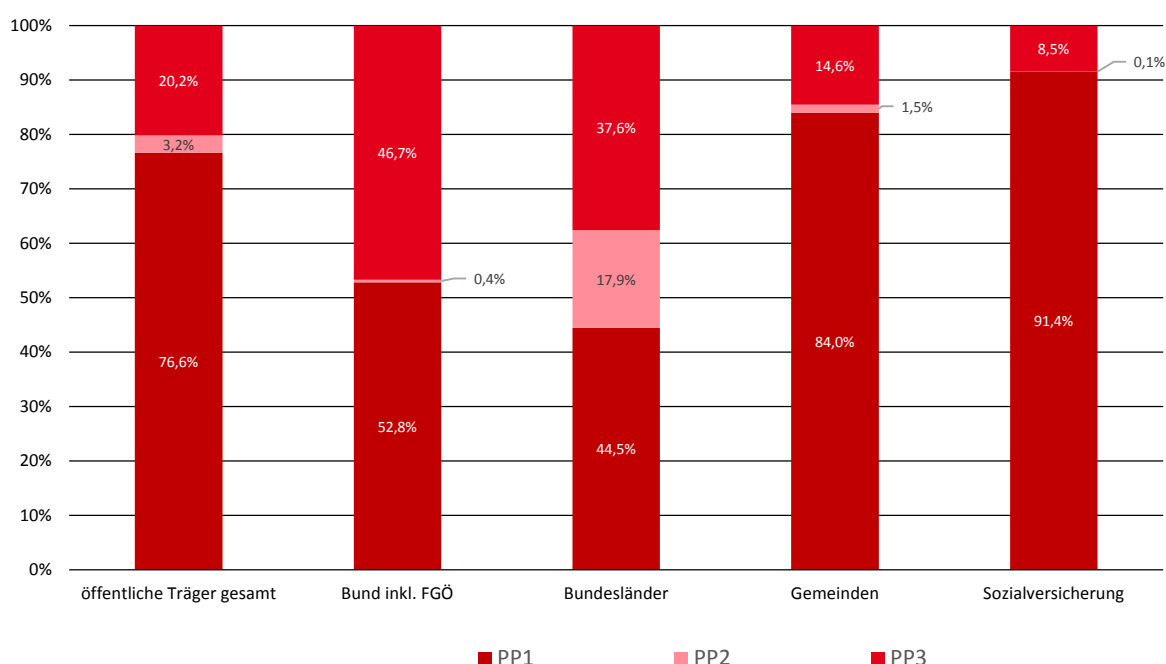
- Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten und Unfällen (PP1)
- Vermeidung der Entstehung von Suchtkrankheiten (PP2)
- Verhütung übertragbarer Krankheiten (PP3)
- Gesundheitsschutz (PP4)

Aufgrund mangelhafter Datenqualität im Bereich Gesundheitsschutz (PP4) (Lücken in der Meldung) werden die Ausgaben nicht in den Gesamtsummen berücksichtigt. Eine Übersicht über die Ausgaben findet sich in Tabelle 5, Angaben zu den gemeldeten Maßnahmen finden sich am Ende des Kapitels.

Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. zur Vermeidung von Krankheiten und Unfällen (PP1) machen mit 166,8 Mio. Euro den größten Anteil an den primärpräventiven Ausgaben aus, gefolgt von den Ausgaben zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (PP3) mit 43,9 Mio. Euro und jenen zur Vermeidung von Suchterkrankungen (PP2) mit 7,0 Mio. Euro (siehe auch Tabelle 5).

Abbildung 9:

Ausgabenanteile für Primärprävention (PP1-PP3) in Österreich nach Trägern, 2012 (in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

6

ohne Berücksichtigung der präventiven Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich

Abbildung 9 zeigt die Verteilung der primärpräventiven Ausgaben nach Unterkategorien für Bund, Bundesländer, Gemeinden und Sozialversicherung. Die Ausgaben verteilen sich entsprechend der Aufgaben unterschiedlich auf die Unterkategorien PP1 bis PP3, jedoch fällt bei allen Trägern der größte Ausgabenanteil für PP1 an, gefolgt von PP3 und PP2.

Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten und Unfällen (PP1)

Die Ausgaben der Sozialversicherung sind mit 122,3 Mio. Euro die höchsten in diesem Bereich, Themenbereiche, in die hohe Ausgaben fließen, sind die Zahngesundheit (siehe unten, TOP-3-Themen) die Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen (siehe unten, TOP-3-Themen) sowie Maßnahmen zu Ernährung und Bewegung zur Vermeidung konkreter Erkrankungen (z. B. Bewegungsprogramme, Schnupperkurse, Herz-Kreislauftraining, Workshops).

Die Ausgaben des Bundes betragen 19,6 Mio. Euro, hier sind die Ersatzpflege (nach § 21a Bundespflegegeldgesetz) und die Aufwendungen für Arbeitsmedizin/BGF-Maßnahmen als Dienstgeber (siehe unten, TOP-3-Themen) die ausgabenintensivsten Positionen. Die Bundesländer tragen 16,3 Mio. Euro der Ausgaben in diesem Bereich; auch hier sind die Zahngesundheit (siehe unten, TOP-3-Themen), aber auch die Gesundheit von Eltern und Kind (Eltern-Kind-Zentren, Stillberatung, SIDS) und die Arbeitsmedizin/BGF-Maßnahmen als Dienstgeber (siehe unten, TOP-3-Themen) wichtige Positionen. Die Ausgaben der Gemeinden können für PP1 mit 8,5 Mio. beziffert werden, hier fließt der überwiegende Anteil in Maßnahmen im Themenbereich Ernährung und Bewegung zur Vermeidung von Erkrankungen – beispielhaft können Bewegungsmaßnahmen wie Koronarturnen, Seniorenturnen oder Ernährungsmaßnahmen wie Vorträge oder Kochkurse genannt werden.

Vermeidung der Entstehung von Suchtkrankheiten (PP2)

Suchtprävention wird mit Ausgaben von 6,6 Mio. Euro überwiegend von den Ländern finanziert. Bund, Gemeinden und Sozialversicherung verzeichnen hier Ausgaben in der Größenordnung zwischen 110.000 Euro und 170.000 Euro. Die Länder finanzieren mit ihren Ausgaben die Fachstellen für Suchtprävention, Suchtberatungsstellen und Projekte der Suchtprävention in Kindergärten, im schulischen Bereich und in der außerschulischen Jugendarbeit. Auch die Mittel des Bundes wurden für die Fachstellen für Suchtprävention ausgegeben, während auf Ebene der Gemeinden z. B. Suchtpräventionsstellen und psychologische Beratung für gefährdete Jugendliche im Pflichtschulbereich finanziert wurden.

Verhütung übertragbarer Krankheiten (PP3)

Im Bereich der Verhütung übertragbarer Krankheiten trägt der Bund mit 17,3 Mio. Euro die höchsten Ausgaben, gefolgt von den Bundesländern mit 13,8 Mio. Euro und der Sozialversicherung mit 11,3 Mio. Euro. Die Ausgaben der Gemeinden fallen vergleichsweise gering aus (1,5 Mio. Euro). 37,7 Mio. Euro wurde für das Thema Impfen ausgegeben (siehe unten, TOP-3-Themen). 3,7 Mio. Euro flossen in den Bereich HIV / Hepatitis C, hier wurden seitens des Bundes und der Länder Förderungen der AIDS-Hilfe sowie entsprechender Landesvereine gemeldet. Für die TBC-Vorsorge wurden 1,8 Mio. Euro aufgewendet. Seitens der Bundesländer wurde neben Untersuchungen und allgemeinen Maßnahmen auch der Betrieb von eigenen Röntgenbussen genannt. Die *Gesunden Städte* tätigten Ausgaben für Untersuchungen und Beratungen. Auf den Punkt „Sonstiges“ entfielen Ausgaben von 0,7 Mio. Euro, diese wurden von den Gemeinden (z. B. für Untersuchungen von Sexarbeiterinnen) genannt, seitens des Bundes wurden unter anderem Ausgaben für die Referenzzentralen (z. B. für Listerien, Masern-Mumps-Röteln oder Influenza) gemeldet.

Gesundheitsschutz (PP4)

Ausgaben für den Gesundheitsschutz wurden ebenfalls erhoben, jedoch war die Datenmeldung in diesem Bereich – auch aufgrund eines unterschiedlichen Verständnisses des Präventionsbegriffes – unterschiedlich vollständig. Diese Ausgaben wurden daher nicht in den GFPR-Ausgaben berücksichtigt.

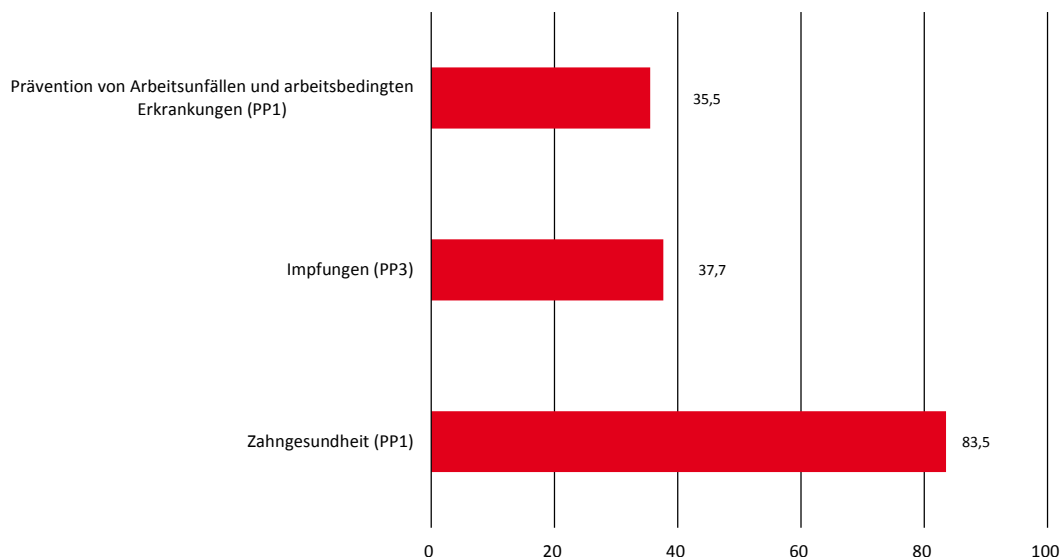
In Summe wurden 32,3 Mio. Euro für den Gesundheitsschutz gemeldet. Davon entfallen 28,3 Mio. Euro auf Ausgaben des Bundes, diese umfassen insbesondere Aktivitäten der AGES u. a. für die Durchführung von Nahrungsmittelkontrollen nach dem Lebensmittelgesetz, Trinkwasserkontrollen, Arzneimittelkontrollen, Überprüfung diverser Strahlenschutzgesetze, Untersuchungen gemäß Tierschutzgesetz für gesunde Lebensmittel. Von den Bundesländern und der Gemeinden wurden deutlich niedrigere Ausgaben genannt: Die Bundesländer meldeten 1,3 Mio. Euro u. a. für den Katastrophenschutz (mit 0,7 Mio. Euro die größte Einzelposition), die Lebensmittelaufsicht, Gewässer- und Badewasseruntersuchungen sowie den Strahlenschutz; die Gemeinden meldeten Ausgaben in der Höhe von 2,8 Mio., diese wurden überwiegend von den *Gesunden Städten* getätigt und flossen in die Nahrungsmittel- und Trinkwasserkontrolle sowie die Hygieneberatung.

TOP 3 Ausgaben für Primärprävention

Alle TOP-3-Ausgaben im Bereich Primärprävention finden sich auch unter den TOP-10-Ausgabenpositionen der GFPR-Ausgaben wieder. Nachfolgende Abbildung 10 stellt die TOP 3 der Ausgaben im Bereich Primärprävention dar, Abbildung 11 zeigt, welche Träger diese Maßnahmen finanzieren.

Abbildung 10:

TOP-3-Themen bei Ausgaben für Primärprävention in Österreich, 2012 (in Mio. Euro)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

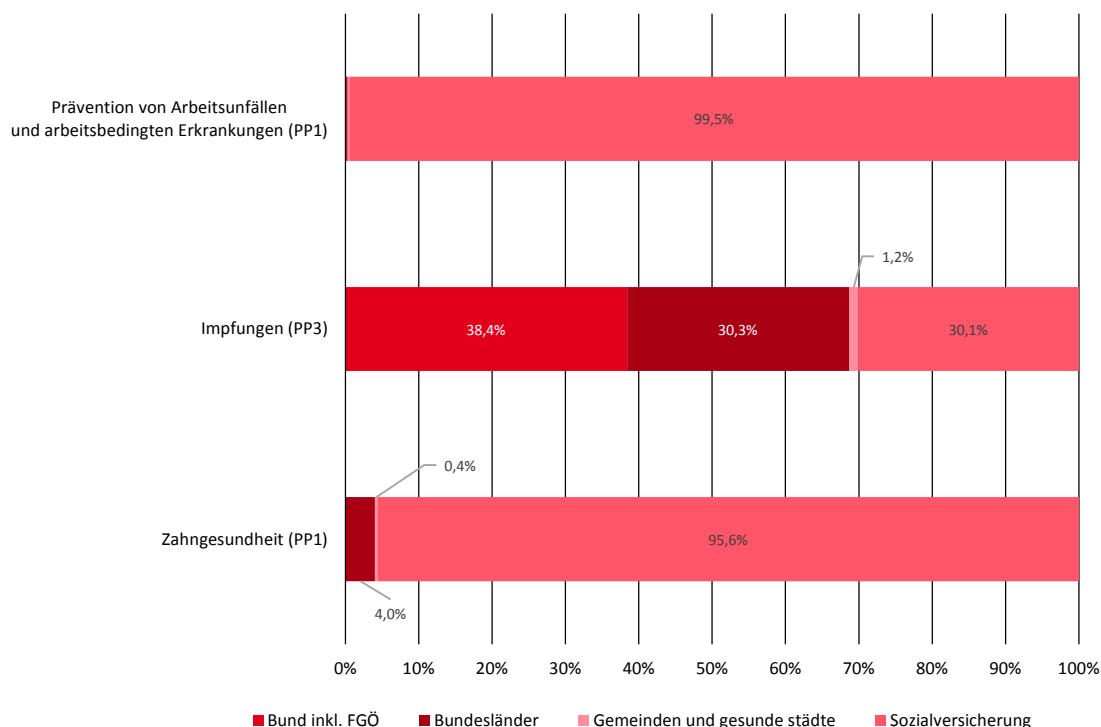
38,4 Prozent aller Ausgaben für Primärprävention (83,5 Mio. Euro) flossen in die Zahngesundheit. Die Sozialversicherung trug knapp 96 Prozent der Gesamtausgaben für Zahngesundheit und präventive Zahnbehandlungen (z. B. Zahnsteinentfernung, Behandlung empfindlicher Zahnhälse oder Stomatitis-Behandlung). Zu einem geringen Anteil (4 % bzw. 3,3 Mio. Euro) verantworten die Bundesländer Ausgaben im Bereich der Zahngesundheit, diese wurden überwiegend für Kariesprophylaxe in Kindergärten und Schulen aufgewendet. Die Gemeinden gaben rund 0,3 Mio. Euro für Zahngesundheit in Schulen, eine Schulzahnklinik etc. aus.

Für Impfungen, die mit 37,7 Mio. Euro auf Platz 2 der ausgabenintensivsten GFPR-Themen liegen, wurden 17,3 Prozent aller Ausgaben im Bereich Primärprävention aufgewendet. Einen bedeutenden Stellenwert nimmt hier das Kinder-Impfprogramm ein, das im Jahr 1998 eingeführt wurde; seither haben alle in Österreich wohnhaften Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr Anspruch auf kostenlose Impfungen. Die Impfstoffe (Seren) werden zu zwei Dritteln vom Bund und zu je einem Sechstel von den Ländern und der sozialen Krankenversicherung finanziert. Die Bundesländer sind für die Distribution der Impfstoffe und für die Organisation der Impfungen zuständig (einschließlich Finanzierung der Honorare für Ärztinnen/Ärzte). Die soziale Krankenversicherung übernimmt auch Aufgaben im Zusammenhang mit Impfstoffbeschaffung und -verrechnung. Die Impfstoffe werden über Ausschreibungen beschafft (Antony et al. 2013). Die Ausgaben des Bundes (14,5 Mio. Euro) entfallen fast zur Gänze auf das Kinder-Impfkonzept inklusive der Schulimpfungen und in geringem Ausmaß auf die Erstellung des Pandemieplans und den NAP „Masern/Röteln-Elimination“. Der Ausgabenanteil der Bundesländer (11,4 Mio. Euro) umfasst neben dem Kinder-Impfprogramm noch Ausgaben für FSME-Impfungen und Grippe-/Pneumokokken-Impfungen. Bei der Verimpfung kostenpflichtiger Impfstoffe (z. B. in Gesundheitsämtern) wurden von den Bundesländern zum Teil Netto-Einnahmen lukriert, die im Themenbereiche Impfungen bereits in Abzug gebracht wurden. Die Sozialversicherung gab für Impfungen 11,3 Mio. Euro aus. Davon wurden 3,4 Mio. Euro für das Kinder-Impfprogramm ausgegeben, der Rest für andere Impfungen (FSME, Gripeschutz, Tetanus, Pneumokokken u. a.). Die Ausgaben der Gemeinden sind mit 0,5 Mio. Euro vergleichsweise gering, es handelt sich dabei vor allem um Zuschüsse zu Impfungen.

Die drittgrößte Ausgabenposition der Primärprävention nehmen Maßnahmen zu Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen mit 35,5 Mio. Euro bzw. 16,3 Prozent der primärpräventiven Ausgaben ein. Hier wurden seitens der Sozialversicherung Beratungen in Betrieben, v. a. Klein- und Mittelbetrieben, durchgeführt und Maßnahmen der Unfallverhütung wie Beratung in Fragen der Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin, Sicherheitsaktionen in Betrieben und Schulen etc. getätigt. Die Ausgaben des Bundes, der Länder und der Gemeinden in diesem Bereich sind vergleichsweise gering.

Abbildung 11:

Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für die TOP-3-Themen der Primärprävention in Österreich, 2012 (in Prozent)



Ausgabenanteile von unter 0,3 Prozent sind in der Abbildung aus Gründen der Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

2.2.4 Ausgaben für Sekundärprävention

Für Sekundärprävention wurden im Jahr 2012 in Österreich 217,3 Mio. Euro von der öffentlichen Hand ausgegeben, das sind 12,4 Prozent⁷ der Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

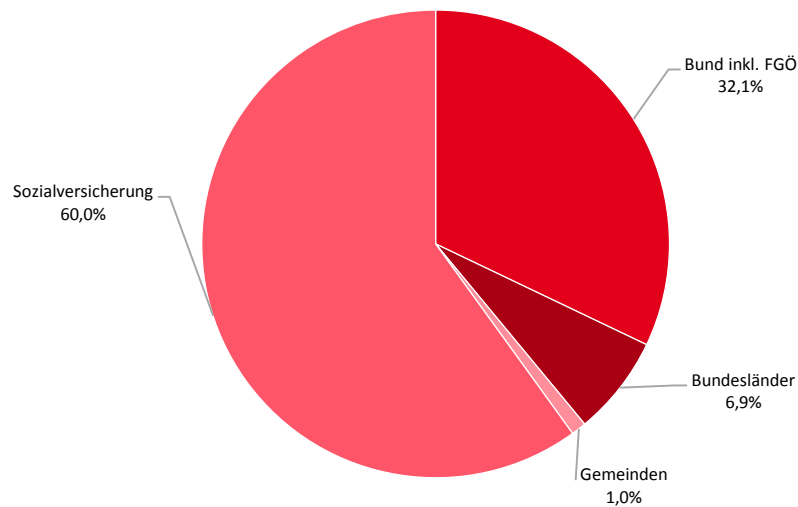
Abbildung 12 zeigt, wie sich diese Ausgaben auf die Träger verteilen. 130,3 Mio. Euro wurden von der Sozialversicherung getragen, 69,7 Mio. Euro vom Bund, 15 Mio. Euro von den Bundesländern und 2,2 Mio. Euro von den Gemeinden und *Gesunden Städten*.

⁷

ohne Berücksichtigung der präventiven Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich

Abbildung 12:

Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für Sekundärprävention in Österreich, 2012 (in Prozent)



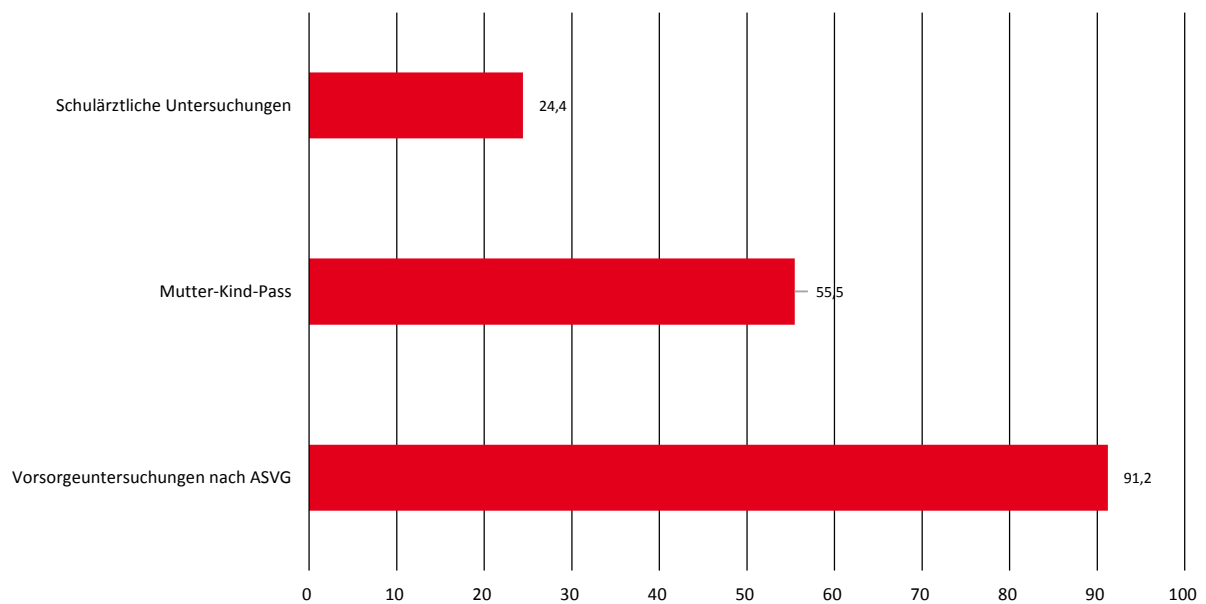
Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Die TOP-3-Ausgabenbereiche für Sekundärprävention werden in Abbildung 13 dargestellt; Abbildung 14 gibt eine Übersicht, welche Träger diese Maßnahmen finanzierten.

Wie im Bereich der Primär- und Tertiärprävention finden sich die TOP-3-Ausgaben im Bereich Sekundärprävention ebenfalls unter den TOP-10-Ausgabenpositionen der GFPR-Ausgaben.

Abbildung 13:

TOP-3-Themen bei den Ausgaben für Sekundärprävention in Österreich, 2012 (in Mio. Euro)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

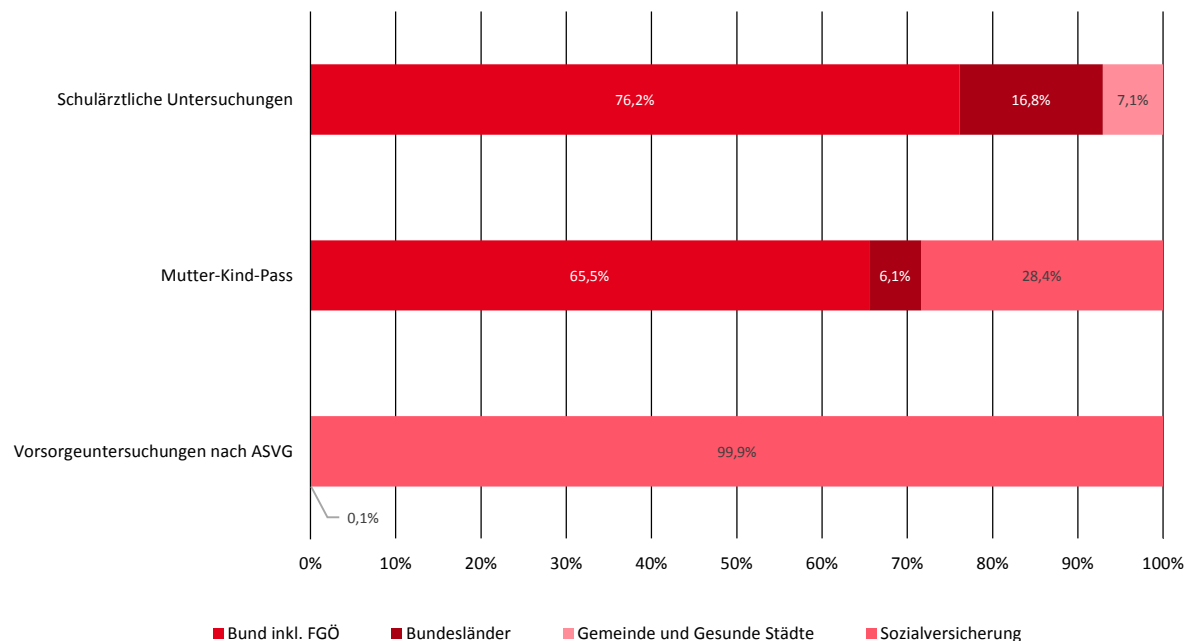
Die höchste Ausgabenposition im Bereich Sekundärprävention stellen die Vorsorgeuntersuchungen nach dem ASVG mit 91,2 Mio. Euro bzw. 42,0 Prozent aller sekundärpräventiven Maßnahmen dar. Die Ausgaben werden von der Sozialversicherung getragen, für nicht versicherte Personen leistet der Bund einen Kostenersatz. Die Vorsorgeuntersuchungen nach ASVG werden jährlich gemäß gesetzlichem Auftrag (§ 447h ASVG) evaluiert, im Berichtsjahr wurden 925.688 Vorsorgeuntersuchungen nach ASVG durchgeführt (Kvas et al. 2013).

Der Mutter-Kind-Pass liegt mit 55,5 Mio. Euro bzw. 25,5 Prozent aller sekundärpräventiven Maßnahmen an zweiter Stelle. Die Mittelaufbringung für die Untersuchungen erfolgt generell zu zwei Dritteln über den Bund (Familienlastenausgleichsfonds) und zu einem Drittel über die Sozialversicherung. Untersuchungen für nicht versicherte Personen werden zur Gänze vom Bund getragen. Die von den Bundesländern gemeldeten Ausgaben werden überwiegend für monetäre Anreize zur Inanspruchnahme der Untersuchungen und der im Kinderimpfprogramm inkludierte Leistungen aufgewendet (Mutter-Kind-Zuschuss in Oberösterreich).

An dritter Stelle nach Ausgabenhöhe stehen mit 24,4 Mio. Euro oder 11,2 Prozent der sekundärpräventiven Maßnahmen die Ausgaben für schulärztliche Leistungen. 18,5 Mio. Euro werden vom Bund (Personalkosten für Bundesschulärzte/-ärztinnen und weitere Unterstützungsleistungen) ausgegeben. Seitens der Bundesländer wurden Ausgaben von 4,1 Mio. Euro gemeldet, das ist der zweithöchste Anteil an Ausgaben für schulärztliche Leistungen an Pflichtschulen und weiterführenden Schulen. Seitens der Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Steiermark wurden keine monetären Ausgaben für schulärztliche Leistungen gemeldet. Die Aufwendungen der Länder sind vor allem Ausgaben für Personal, nur zu einem geringen Teil wurden Sachkosten (wie Wartungskosten für Untersuchungsgeräte) gemeldet, aber auch Seh- und Hörtests sind zum Teil in dieser Position enthalten, wenn die Ausgaben hierfür nicht extra ausgewiesen werden konnten. Von den Gemeinden werden 1,7 Mio. Euro für schulärztliche Leistungen ausgegeben, auch hier wurde angeführt, dass es sich überwiegend um Personalkosten und zu einem geringeren Teil um Sachmittel (z. B. Lungenfunktionstests) handelt.

Abbildung 14:

Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für die TOP-3-Themen der Sekundärprävention in Österreich, 2012 (in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

2.2.5 Ausgaben für Tertiärprävention

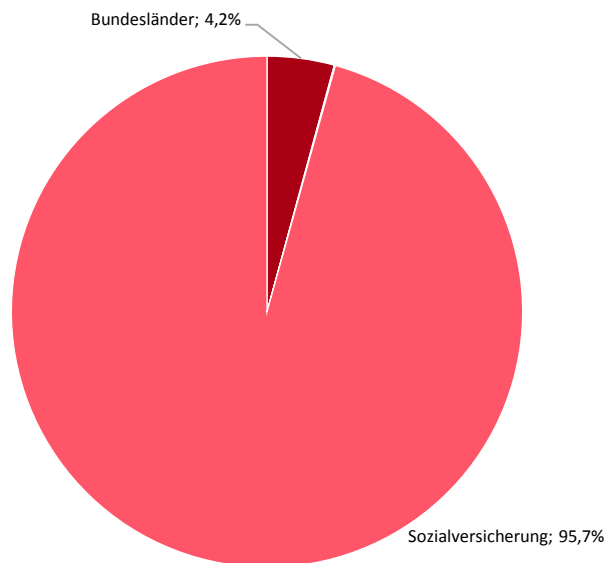
Für die Interventionsebene Tertiärprävention wurden im Jahr 2012 in Österreich 1.269,9 Mio. Euro von der öffentlichen Hand ausgegeben, das ist mit 72,3 Prozent⁸ der größte Ausgabenblock der Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

Abbildung 15 zeigt, wie sich diese Ausgaben auf die Träger verteilen. 1.215,1 Mio. Euro wurden von der Sozialversicherung getragen, 53,9 Mio. Euro von den Bundesländern und 0,9 Mio. Euro von den Gemeinden. Die Ausgaben des Bundes für Tertiärprävention sind vernachlässigbar gering.

⁸

ohne Berücksichtigung der präventiven Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich

Abbildung 15:
Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für Tertiärprävention in Österreich, 2012 (in Prozent)



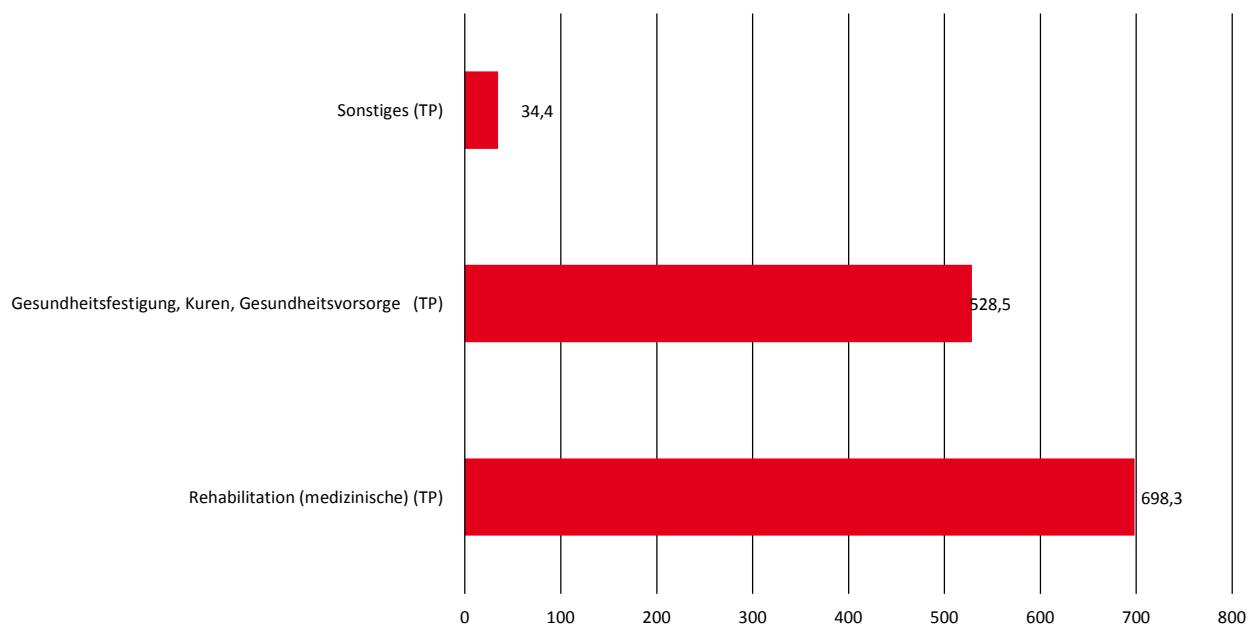
Die Ausgaben der Gemeinden (0,1 Prozent) und des Bundes sind aufgrund schlechter Darstellbarkeit in der Abbildung vernachlässigt.

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Drei der vier Themenbereiche (TOP 3) der Tertiärprävention sind unter den TOP-10-Ausgabenpositionen der GFPR-Ausgaben. Die Themen medizinische Rehabilitation (698,3 Mio. Euro) und Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge (528,5 Mio. Euro) bilden mit Abstand die größten GFPR-Ausgabenpositionen. Nachstehende Abbildung 16 stellt die TOP-3-Ausgaben im Bereich Tertiärprävention dar; Abbildung 17 zeigt, welche Träger diese Maßnahmen finanzieren.

Abbildung 16:

TOP-3-Themen bei den Ausgaben für Tertiärprävention in Österreich, 2012 (in Mio. Euro)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

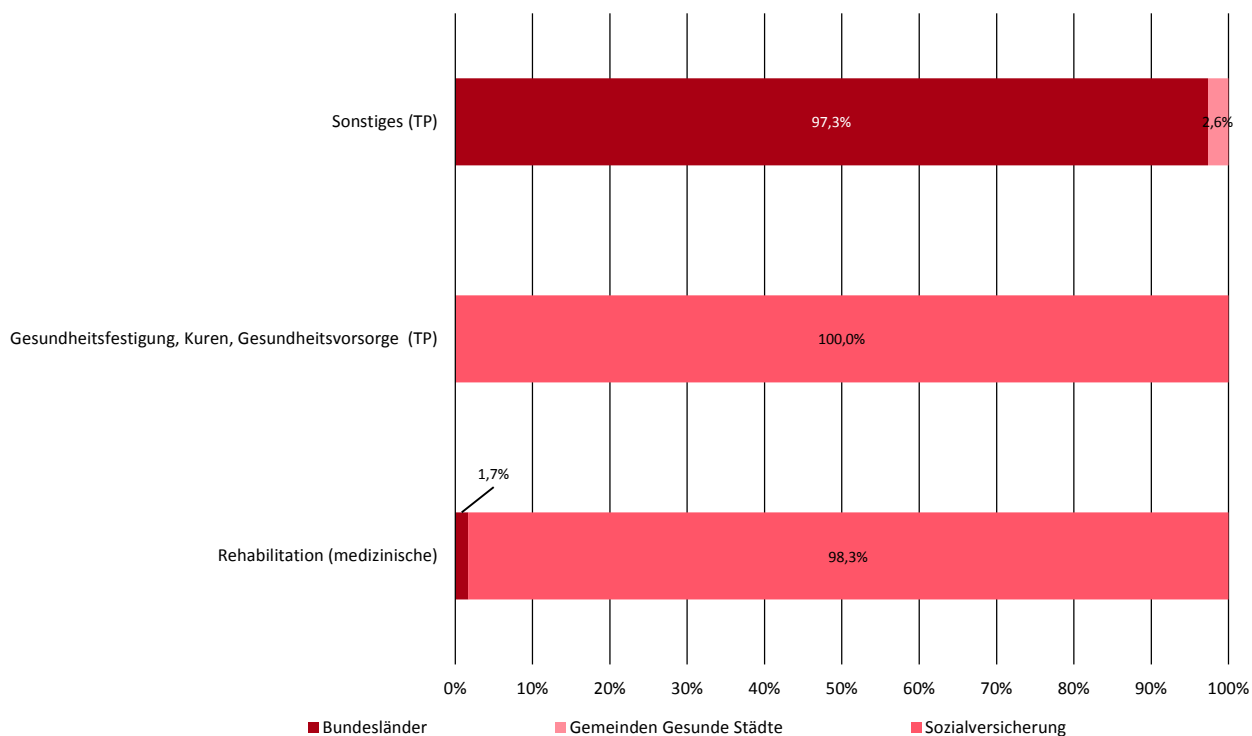
Erwartungsgemäß stellt die medizinische Rehabilitation mit 698,3 Mio. Euro den größten Ausgabenblock aller GFPR-Ausgaben dar. Diese Ausgaben werden zu 98,3 Prozent durch die Sozialversicherung getragen, wobei Pensionsversicherungen (mit 45 %), Krankenversicherungen (mit 47 %) und Unfallversicherungen (mit 8 %) Leistungen der medizinischen Rehabilitation in ihrem Zuständigkeitsbereich erbringen. Ausgaben für medizinische Rehabilitation auf Länderebene wurden von Vorarlberg für ambulante und tagesklinische neurologischen Rehabilitation gemeldet.

Der Bereich Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge (*Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sowie der Gesundheitsvorsorge*) folgt auf Platz zwei mit 528,5 Mio. Euro; diese Ausgaben wurden nahezu ausschließlich durch die Sozialversicherung getätigt. Den größten Anteil tragen die Pensionsversicherungen mit rund 85 Prozent, den Rest die Krankenversicherungen.

Die Position Tertiärprävention/Sonstiges liegt auf Platz 3 und beträgt insgesamt 34,4 Mio. Euro, welche zu 97,3 Prozent von den Bundesländern für Maßnahmen der Frühförderung behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Kinder und ihrer Familien (Beratung) sowie für psychosoziale Angebote wie niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen für psychisch Kranke ausgegeben werden. Seitens der Gemeinden wurden Maßnahmen wie Beratung für Alkohol Kranke oder tertiärpräventive Maßnahmen im Suchtbereich gemeldet.

Abbildung 17:

Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für die TOP-3-Themen der Tertiärprävention in Österreich, 2012 (in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

2.3 Entwicklung der Ausgaben

Im Jahr 2001 wurden in Österreich von der öffentlichen Hand 1.026,7 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben. Im Jahr 2012 betrugen die Ausgaben 2.014⁹ Mio. Euro, was nahezu eine Verdoppelung (96,1 Prozent) darstellt.

Die Entwicklung übersteigt damit deutlich die generelle Entwicklung der laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß OECD (vgl. Kapitel 1.3.4), die in diesem Zeitraum einen Zuwachs von 59,4 Prozent verzeichnete.

Eine Gegenüberstellung der GFPR-Ausgaben der Jahre 2001 und 2012 durch öffentliche Träger in Österreich findet sich in Tabelle 6.

⁹

Die Ausgaben sind – zum Zweck der besseren Vergleichbarkeit – hier ohne Capacity Building angeführt, da dieser Leistungsbereich 2001 nicht erhoben wurde. Überdies wurden auch Ausgaben für Unfallverhütung (Freizeit/Haushalt und Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen) in der Erhebung 2001 nicht berücksichtigt.

Tabelle 6:

Entwicklung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich, 2001-2012 (nach Interventionsebenen)

Interventionsebene	Ausgaben (in Euro)		Zuwachs in Prozent
	2001	2012	2001-2012
Gesundheitsförderung	14.340.679	47.263.391	229,58
Primärprävention gesamt	110.372.701	217.704.183	97,24
<i>davon:</i>			
Primärprävention 1	69.427.896	166.760.536	140,19
Primärprävention 2	8.412.597	7.003.101	-16,75
Primärprävention 3	32.532.209	43.940.546	35,07
Sekundärprävention	132.576.631	217.254.664	63,87
Tertiärprävention	561.841.482	1.269.890.937	126,02
Präventive Ausgaben im niedergelassenen Bereich (nicht-zuteilbar)	207.600.000	261.934.780	26,17
Gesamtsumme¹	1.026.731.494	2.014.047.954	96,16

1 = ohne Capacity Building, ohne PP4, inkl. präventive Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Ein Vergleich der Daten nach Interventionsebenen bzw. Themen ist nur eingeschränkt zulässig, da es einerseits zwischen den Bereichen zu Verschiebungen durch die Orientierung an der Themenstruktur der Gesundheitsförderungsstrategie und durch Überarbeitung der Themen im Bereich Prävention kam, andererseits einige Positionen von den Datenmeldern 2012 anders zugeordnet wurden.

Auch unter Berücksichtigung der eingeschränkten Vergleichbarkeit der Daten ist im Bereich Gesundheitsförderung ein deutlicher Zuwachs der gemeldeten Ausgaben zu erkennen, wobei die bedeutendste Steigerung die Länder und Sozialversicherungen zu verzeichnen haben. Zum Teil resultiert der Anstieg aus Verschiebungen zwischen den Interventionsebenen (z. B. in der vorliegenden Erhebung: Erfassung der Gesundheitsinformation und -kompetenz sowie der Selbsthilfe und -beteiligung überwiegend als Gesundheitsförderung). Auch beruhte die Meldung der Sozialversicherung für den Bereich Gesundheitsförderung im Jahr 2001 auf einer Schätzung. Dennoch zeigt der Zuwachs auch die in der Gesellschaft gestiegene Bedeutung der Gesundheitsförderung in den letzten Jahren. Bei den Ländern spiegelt sich dies z. T. in der Schaffung von Strukturen (wie der Gründung der Wiener Gesundheitsförderung – WiG) wider. Neben Settings wie der Gesunden Schule und der Gesunden Gemeinde, in denen seit der letzten Erhebung zahlreiche Maßnahmen der Gesundheitsförderung gesetzt wurden, sind auch die „Vorsorgemittel“ von jährlich 3,5 Mio. Euro zu nennen, die überwiegend in den Bereich Gesundheitsförderung flossen.

Der Zuwachs von 140,2 Prozent im Bereich „Primärprävention 1“ ist u. a. auf die Berücksichtigung der Position „Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen“ (2012: 35,5 Mio. Euro v. a. durch Sozialversicherung) sowie „Unfallverhütung Freizeit/Haushalt“, die höheren Ausgaben der Institutionen für arbeitsmedizinische Maßnahmen nach dem Arbeitsschutzgesetz für eigene Dienstnehmer (Bund) und die Ersatz- und Entlastungspflege (Bund und Länder) zurückzuführen. Die Entwicklung in den Ausgabenbereichen „Vermeidung von Suchtprävention“ (PP2) und „Verhütung übertragbarer Krankheiten“ verläuft hingegen unter dem durchschnittlichen Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben.

Für Sekundärprävention sind im Erhebungsjahr 2012 Ausgaben im Themenbereich „Maßnahmen/Programme zur Vermeidung /Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen“ wie das Programm *fit2work* (Information, Beratung und Unterstützung für Personen und Betriebe bei gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz) neu dazugekommen. Hier fallen seitens des Bundes und der Sozialversicherung größere Ausgabenpositionen an. Auch Maßnahmen wie Disease-Management-Programme oder höhere Ausgaben für die Krebsfrüherkennung tragen zum Ausgabenzuwachs von 63,9 Prozent bei.

Im Bereich Tertiärprävention ist der Zuwachs von 126 Prozent überwiegend auf die Ausgabensteigerungen der Sozialversicherung für medizinische Rehabilitation und Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge zurückzuführen. Auch die Länder zeigen im Bereich Tertiärprävention einen deutlichen Zuwachs in den gemeldeten Ausgaben. Der Bund tätigt hingegen im Bereich Tertiärprävention nahezu keine Ausgaben mehr.

Die Ausgaben der Sozialversicherung für präventive Leistungen im niedergelassenen Bereich sind um 26,2 Prozent gestiegen, wobei die Methode der Abschätzung seitens des HVSVT verändert wurde und nunmehr auf der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria und der Ärztekostenstatistik basiert.

3 Resümee

Seitens der öffentlichen Hand – das sind Bund und Fonds Gesundes Österreich, Länder, Städte und Gemeinden sowie die Sozialversicherung – wurden in Österreich im Jahr 2012 2.019 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben. Das entspricht Ausgaben von 239,65 Euro pro Kopf der Bevölkerung.

Zusätzlich zu diesen Ausgaben wurden Aufwendungen für eigenes Personal sowie weitere Aufwendungen gemeldet, die nicht monetär beziffert werden konnten. Somit ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention etwas höher liegen als die gemeldeten. Darüber hinaus fallen Ausgaben für den Gesundheitsschutz seitens der öffentlichen Träger an.

Im Vergleich zur Erhebung für das Datenjahr 2001 haben sich die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention nahezu verdoppelt (96,2 Prozent). Dieser Anstieg ist zum Teil auf einen breiteren Einschluss von Ausgaben (z. B. für Unfallprävention) zurückzuführen. Die laufenden Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand (nach OECD) stiegen im Vergleichszeitraum um 59,4 Prozent.

Gemessen an den laufenden Gesamtgesundheitsausgaben der öffentlichen Hand gemäß OECD für das Jahr 2012 betragen die erhobenen GFPR-Ausgaben rund 8,3 Prozent bzw. 3,1 Prozent ohne Berücksichtigung der Tertiärprävention. Unterschiede zu dem von der OECD / Statistik Austria ausgewiesenen Anteil von 1,9 Prozent für Prävention und den öffentlichen Gesundheitsdienst (HC.6) an den öffentlichen Gesundheitsausgaben (vgl. Tabelle 2) sind in der Erhebungsmethodik begründet. (vgl. Kapitel 1.3.4)

Im Bereich Gesundheitsförderung spiegeln die – auf Ebene der Länder, Gemeinden und Sozialversicherungen im Vergleich zur Zuwachsrate aller GFPR-Ausgaben überproportionalen – Ausgabensteigerungen in der vorliegenden Erhebung unter anderem die gestiegene gesamtgesellschaftliche Bedeutung des Bereichs wieder. Als wesentliche Entwicklungen seit der Erhebung 2001 sind beispielsweise die Bereitstellung der „Vorsorgemittel“ in der Höhe von 3,5 Mio. Euro jährlich sowie die Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele zu nennen. In den Bereichen „Förderung einer gesunden Lebensweise“ bzw. „Verhinderung von Krankheiten und Unfällen“ (Primärprävention 1) und der Tertiärprävention waren ebenfalls – auch unter Berücksichtigung der breiteren Erfassung von Maßnahmen – deutliche Ausgabenzuwächse zu verzeichnen. Während die Zuwachsraten der GFPR-Ausgaben im Bereich „Verhütung übertragbarer Krankheiten“ (Primärprävention 3) ebenso wie jene für Sekundärprävention und die nicht zuordenbaren Ausgaben der Sozialversicherung unter jener für alle GFPR-Ausgaben lagen, zeigt sich im Bereich Suchtprävention (Primärprävention 2) ein nomineller Ausgabenrückgang.

Aufgrund des langen Zeitabstandes zur vorhergehenden Erhebung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben können keine Angaben über die finanziellen Auswirkungen einzelner politischer Maßnahmen bzw. struktureller Änderungen im Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention getätigt werden. Es empfiehlt sich die Etablierung eines regelmäßigen Monitorings der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention, so könnte die Ausgabenentwicklung auch im zeitlichen Zusammenhang mit gesetzten Maßnahmen beobachtet werden. Auswirkungen aktueller Entwicklungen wie der Einrichtung der Gesundheitsförderungsfonds (§ 19 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (G-ZG)), die mit 150 Mio. Euro für den Zeitraum 2013-2022 dotiert sind, auf die Gesundheitsförderungsaktivitäten der öffentlichen Körperschaften könnten so abgebildet werden. Durch die Verfügbarkeit von aktuellen Informationen über den Mitteleinsatz der öffentlichen Hand in diesem Bereich könnte ein Beitrag zu der vom Rechnungshof geforderten „vollständigen und institutionenübergreifenden Aufstellung über die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich“ geleistet sowie ein konzertiertes Vorgehen öffentlicher und auch privater Ausgabenträger begünstigt werden.

4 Exkurs: Maßnahmen nach dem „Health in All Policies“-Ansatz

4.1 Der „Health in All Policies“-Ansatz

Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch eine Vielfalt von individuellen, sozialen, sozioökonomischen wie gesellschaftlichen Faktoren (den sogenannten Gesundheitsdeterminanten; vgl. Dahlgren/Whitehead 1991) beeinflusst bzw. bestimmt. Es braucht daher gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern um die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern (Stahl et al. 2006). Nur durch Integration von Gesundheitsstrategien in allen Politikfeldern, durch Kooperation zwischen den Sektoren und politischen Ebenen sowie durch gemeinsames Tragen der Verantwortung für mehr Gesundheit ist eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung möglich (Noack 2011). Aufbauend auf dieser Erkenntnis wurde die Strategie **Health in All Policies** (HiAP, dt. „Gesundheit in allen Politikfeldern“) entwickelt, die auf eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik abzielt. Diese ist gekennzeichnet durch verstärkte Berücksichtigung des Themas Gesundheit in allen politischen Sektoren mit ihren jeweils spezifischen Zielen und Prioritäten sowie durch Zusammenarbeit all jener Verantwortlichen, die Einfluss auf gesundheitsrelevante Bedingungen in den Lebenswelten haben.

Die Resolution „Health for All“ (HFA) der Weltgesundheitsversammlung (WHA) bestätigte bereits 1977 formell die Notwendigkeit eines intersektoralen Zugangs zur Förderung von Gesundheit. Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik wurde in Folge auch als eines der zentralen Handlungsfelder der *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung* (WHO 1986) definiert. Im Jahr 2010 wurde von der **Weltgesundheitsorganisation** (WHO) mit dem „Adelaide Statement on Health in All Policies“ die Notwendigkeit einer gemeinsamen politischen Verantwortung und Steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden nochmals herausgestrichen (WHO 2010). Die aktuelle gesundheitspolitische Strategie „Gesundheit 2020“ („Health 2020“) des Regionalbüros Europa der WHO versteht sich als „Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden“ und betont damit ebenfalls die Notwendigkeit einer politikfeldübergreifenden Zusammenarbeit im Sinne der Gesundheit (WHO 2013).

Auf **EU-Ebene** wurde die Berücksichtigung von Gesundheit bei der Festlegung aller gemeinsamen „Policies“ und der Durchführung aller gemeinschaftlichen Maßnahmen im Vertrag von Amsterdam 1997 formell festgeschrieben (Artikel 152) (Commission of the European Communities 1997).

WHO und EU setzen damit immer wieder Initiativen in Richtung Health in All Policies. International gibt es unterschiedliche Ansätze und Strategien, wie „Health in All Policies“ umgesetzt werden kann. Beispielsweise werden intersektorale Gremien eingerichtet, determinantenorientierte Gesundheitsberichte erstellt oder sektorenübergreifende Gesundheitsziele entwickelt. Eine vielversprechende Möglichkeit zur konkreten Umsetzung von „Health in All Policies“ bietet auch das international etablierte Instrument Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) (engl. Health Impact Assessment bzw. HIA).

Auch in **Österreich** wird seit einigen Jahren verstärkt auf die Notwendigkeit einer intersektoralen Verantwortung für Gesundheit verwiesen. Der Health in All Policies-Ansatz (HiAP-Ansatz) findet zunehmend – aber nicht ausschließlich – in bundesweiten Konzepten und Strategien Berücksichtigung.

Besonders hohen Stellenwert in Hinblick auf Health in All Policies haben die **Rahmen-Gesundheitsziele** für Österreich (vgl. <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>). Die zehn Rahmen-Gesundheitsziele wurden im Zeitraum Mai 2011 bis Mai 2012 in einem breit abgestimmten Prozess mit zahlreichen Stakeholdern aus verschiedensten Politik- und Gesellschaftsbereichen entwickelt. Sie sollen richtungsweisend sein und einen gemeinsamen, politikfeldübergreifenden Handlungsrahmen für die

nächsten 20 Jahre bilden. Der HiAP-Ansatz war der zentrale Ausgangspunkt für das dem Erarbeitungsprozess zugrundeliegende Konzept – sowohl als zentrales Grundprinzip für die Erarbeitung der Ziele als auch handlungsleitend in Hinblick auf den breiten Beteiligungsprozess. Erklärtes Bestreben der Rahmen-Gesundheitsziele ist eine Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen. Die Rahmen-Gesundheitsziele setzen daher dort an, wo positiv auf die Erhaltung und Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung eingewirkt werden kann. Dies schließt alle Politik- und Gesellschaftsbereiche mit ein. Seit 2013 werden zur Umsetzung der einzelnen Rahmen-Gesundheitsziele Strategie- und Maßnahmenkonzepte inklusive operationalisierter Wirkungsziele erarbeitet. Auch dieser Schritt erfolgt nach dem HiAP-Ansatz und unter politikfeldübergreifender und interdisziplinärer Beteiligung.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer **bundesweiter Beispiele** für die steigende Relevanz des HiAP-Ansatzes in Österreich sowie für politikfeldübergreifende Kooperation im Interesse der Bevölkerungsgesundheit. Bereits 2010/11 wurde im Rahmen eines Kindergesundheitsdialogs unter Einbindung von vielen Politikbereichen und Interessensgruppen die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011) erarbeitet. Ausgangspunkt war auch dabei, dass die angestrebte nachhaltige Verbesserung der Gesundheit aller Kinder in Österreich nur im Rahmen des HiAP-Ansatzes gelingen kann. Im *Nationalen Aktionsplan Ernährung* ist eine koordinierte Ernährungspolitik unter Einbeziehung aller relevanten Politikfelder auf allen politischen Ebenen vorgesehen (Lehner et al. 2013). Der *Nationale Aktionsplan Bewegung* zielt u. a. darauf ab, die Lebenswelten – insbesondere der Kinder und Jugendlichen – bewegungsfreundlich zu gestalten, und beinhaltet Ansatzpunkte für sektorenübergreifende Vorgehensweise (BMLVS/BMG 2013). Aktuell werden beispielsweise sowohl die österreichische Demenzstrategie als auch der *Aktionsplan Frauengesundheit* in intersektoralen Prozessen unter Berücksichtigung des HiAP-Ansatzes entwickelt.

Der HiAP-Ansatz wird auch in den auf **Bundesländerebene** entwickelten Gesundheitszielen zunehmend reflektiert. So ist die Förderung der Bevölkerungsgesundheit durch politikfeldübergreifende Ansätze beispielsweise in den Gesundheitszielen von Oberösterreich (Gesundes Oberösterreich 2015), der Steiermark (Gesundheit Steiermark 2016) und von Wien (Wien.gv 2015) berücksichtigt. Auf **regionaler Ebene** ist unter anderen im Rahmen der *Gesunden Städte* und *Gesunden Gemeinden* eine Auseinandersetzung mit entsprechenden Konzepten (beispielsweise mit der Gesundheitsfolgenabschätzung) zu registrieren.

4.2 Zielsetzung

Im Rahmen der Erhebung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben 2012 wird unter Berücksichtigung des HiAP-Ansatzes erstmalig auch nach Ausgabenpositionen gefragt, die als einen von mehreren bzw. sekundären oder weiteren Zweck auf Gesundheitsförderung bzw. Prävention zielen, gefragt.

Ziel der Erhebung ist einerseits, durch die Erfassung der Maßnahmen ein vollständigeres Bild aller Maßnahmen, die sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken (d. h. gesundheitsfördernd oder präventiv wirken) sollen, zu erhalten.

Andererseits dient diese Erhebung als Standortbestimmung, d. h. sie soll den aktuellen Stand der Berücksichtigung des HiAP-Ansatzes auf den verschiedenen Ebenen und damit auch den Stand des Bewusstseins für die Bedeutung von Maßnahmen anderer Sektoren auf die Bevölkerungsgesundheit abbilden.

4.3 Methodik

Definition

Für die Erhebung wurden der Begriff „HiAP-Maßnahmen“ wie folgt erläutert: *Maßnahmen, die mit anderer Hauptzielsetzung gesetzt werden, jedoch als einen von mehreren bzw. sekundären oder weiteren Zweck auch Gesundheitsförderung bzw. Prävention (intersektorale Gesundheitsförderung bzw. Prävention) im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (HiAP-Ansatz) verfolgen.* Als Beispiele wurden Lärmschutzwände, das verpflichtende Kindergartenjahr oder die Arbeitsmarktförderungen angeführt.

Weiters wurde definiert, dass Gesundheitsförderung bzw. Prävention explizit in der Zweckwidmung bzw. in den Zielen des Programmes / der Maßnahme erwähnt sein muss, damit es/sie sich als „HiAP-Maßnahme“ im Sinne der Erhebung qualifiziert. Zusätzlich wurde auf die Erläuterungen auf der Website www.gesundheitsziele-österreich.at verwiesen.

Erhebung

Der Erfassung der Maßnahmen gemäß HiAP-Ansatz wurde ein eigener Teil des Erhebungsbogens gewidmet. Darin wird ersucht, jene fünf bedeutendsten Maßnahmen(blöcke), die als einen von mehreren, als sekundären oder weiteren Zweck Gesundheitsförderung oder Prävention verfolgen, zu beschreiben, ihren Bezug zu Gesundheitsförderung bzw. Prävention darzulegen und so weit wie möglich die hierfür angefallenen Ausgaben bzw. Einnahmen darzustellen.

Der Fragebogen wurde im September 2014 breit ausgesandt. Auf Bundesebene erging der Erhebungsbogen an alle Sektionen der 13 Bundesministerien, auf Ebene der Länder wurde der Erhebungsbogen an (nahezu) alle Landesrätinnen und Landesräte mit dem Ersuchen um Weiterleitung im Zuständigkeitsbereich übermittelt. Weiters wurde der Fragebogen an die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister sowie die Koordinatorinnen und Koordinatoren der *Gesunden Städte* und die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister der Gemeinden der Stichprobe übermittelt.

Auf Bundesebene wurden von den Ministerien 20 Erhebungsbögen retourniert, die Maßnahmen gemäß dem HiAP-Ansatz – teilweise beziffert, teilweise ohne monetäre Beträge – meldeten. Seitens der Bundesländer wurden 19 Erhebungsbögen retourniert, die Maßnahmen gemäß dem HiAP-Ansatz nannten, wobei sich diese Rückmeldungen sehr unterschiedlich auf die Bundesländer verteilen. Drei Bundesländer nannten in ihren Rückmeldungen gar keine Maßnahmen gemäß dem HiAP-Ansatz. Sechs *Gesunde Städte* führten im Erhebungsbogen Maßnahmen nach dem HiAP-Ansatz an, 12 Gemeinden nannten Maßnahmen in ihrem Aufgabenbereich, die Gesundheitsförderung und Prävention als eine von mehreren Zielsetzungen verfolgen.

Aufgrund des zusätzlichen Arbeitsaufwandes, der mit diesem Teil der Erhebung verbunden war, und der Rückmeldungen der Institutionen wurde die Beantwortung dieses Teils des Erhebungsbogens im Laufe der Erhebung „optional“ gestellt. Für die Gesamterhebung war als Rücksendetermin ursprünglich Mitte November vorgesehen, dieser Termin wurde aufgrund des mit der Beantwortung verbundenen Arbeitsaufwandes auf Mitte Jänner 2015 verlängert. Inklusiv der Nachrecherchen erstreckte sich die Erhebung bis in den Sommer 2015.

Daten

Ziel der Erhebung war ein vollständigeres Bild aller Maßnahmen, die sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken, und einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der Berücksichtigung des HiAP-Ansatzes auf den verschiedenen Ebenen zu erhalten.

Da im Zuge der Erhebung dieser Erhebungsteil optional gestellt wurde, stellen die vorliegenden Ergebnisse nur eine Teilmenge der in Österreich gesetzten HiAP-Maßnahmen dar.

Grundlage für die Darstellung der HiAP-Maßnahmen bilden die Angaben der rückmeldenden Stellen der verschiedenen Erhebungsebenen. Die Daten wurden hinsichtlich der inhaltlichen Zuordnung geprüft, zum Teil wurden im Zuge des Abgleichs Verschiebungen zwischen dem Kernbereich der Erhebung (primäre Zielsetzung Gesundheit) und den HiAP-Maßnahmen vorgenommen. Dadurch werden beispielsweise auch Maßnahmen von Bundesländern, die ursprünglich keine HiAP-Maßnahmen gemeldet haben, in Tabelle 7 angeführt. Andererseits wurden Angaben im Bereich HiAP-Maßnahmen getätigt, die nicht dem Verständnis der Erhebung entsprechen (z. B. Berücksichtigung von Umweltfaktoren in der Produktion von Gesundheitsdienstleistungen) – diese werden nicht berücksichtigt.

Darstellung

Die gemeldeten Maßnahmen werden in Tabelle 7 – gegliedert nach Ebenen und Politikfeldern – dargestellt. Die Zuordnung der Maßnahmen zu Politikfeldern folgt im Wesentlichen der meldenden Institution, da mit Blick auf den HiAP-Ansatz weniger von Interesse ist, welche Gesundheitsdeterminanten mit einer Maßnahmen adressiert werden, als welche Politikfelder im Sinne der Gesundheit aktiv werden. Daher werden die Maßnahmen jenem Politikfeld zugeordnet, dem die finanzierende Institution zugeordnet werden kann (z. B. werden Lärmschutzfenster unter Verkehr gelistet). Zum Teil wurden Maßnahmen von mehreren Institutionen (Abteilungen der Ämter der Landesregierungen, Gemeinden ...) genannt (z. B. das verpflichtende Kindergartenjahr), bei anderen Maßnahmen handelt es sich um singuläre Nennungen einzelner Institutionen.

4.4 Erhebungsergebnisse nach Politikfeldern

Tabelle 7 fasst die wesentlichen gemeldeten Maßnahmen, die als einen von mehreren bzw. weiteren Zweck Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen, gegliedert nach Politikfeldern zusammen. Die Tabelle ist **keine** umfassende Darstellung der in Österreich umgesetzten HiAP-Maßnahmen.

Seitens des Bundes wurden von drei Ministerien, dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK), dem Bundesministerium für Bildung und Frauen (bmbf) und dem Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, HiAP-Maßnahmen gemeldet. Es werden aber auf Bundesebene auch von weiteren Ministerien zum Teil umfassende HiAP-Maßnahmen umgesetzt (z. B. einige familien- und jugendpolitische Maßnahmen mit hoher Gesundheitsrelevanz, analog zu den gemeldeten Maßnahmen mancher Länder), diese wurden jedoch im Zuge der Erhebung nicht gemeldet.

Außerdem wurden im Zuge der Klassifikation der Maßnahmen manche Ausgaben, die im Kernbereich der Erhebung gemeldet wurden, dem Bereich HiAP zugeordnet. Beispielsweise wurden als größte Einzelposition vom bmbf (vormals Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur) unter Gesundheitsförderung im Setting Schule rund 165,5 Mio. Euro Personalkosten für das Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ gemeldet, die nach Abstimmung als HiAP Maßnahme klassifiziert wurden.

Die Meldungen auf Bundesländer-Ebene sind ebenfalls nicht vollständig, zum Teil haben Bundesländer an diesem Erhebungsteil gar nicht teilgenommen (vgl. Kapitel 4.3) bzw. haben nur einzelne Abteilungen der Ämter der Landesregierung den Erhebungsteil HiAP befüllt. Maßnahmen, wie sie von einzelnen Bundesländern angeführt wurden, bestehen jedoch häufig auch in anderen Bundesländern. In jenen Politikfeldern, denen Meldungen aus mehreren Bundesländern zuordenbar waren, zeigen sich Ähnlichkeiten/Übereinstimmungen der gemeldeten Maßnahmen.

Seitens der Gemeinden wurde der Erhebungsteil nur von etwa einem Viertel der *Gesunden Städte* und einem kleinen Teil der sonstigen Gemeinden befüllt, die angeführten Beispiele sind daher exemplarisch zu verstehen.

Einzelne der von den *Gesunden Städten* bzw. Gemeinden gemeldete Maßnahmen wurden in die Tabelle 7 nicht aufgenommen, da keine Zielsetzung „Gesundheitsförderung oder Prävention“ festgestellt werden kann (z. B. Betrieb eines Musikheimes). Zum Teil geht der Gesundheitsbezug aus den Angaben nicht klar hervor (z. B. „Integrationsprojekte“ oder „Bereitstellung von Räumlichkeiten für Kurse“).

Auch wenn für verschiedene Maßnahmen Gesamtausgaben gemeldet wurden, kann keine zuverlässige Angabe über die Gesamthöhe der in Österreich für HiAP-Maßnahmen – d. h. Maßnahmen, die als einen von mehreren bzw. sekundären oder weiteren Zweck auf Gesundheitsförderung bzw. Prävention zielen – aufgewendeten öffentlichen Ausgaben gegeben werden. Auch eine seriöse Abschätzung des Ausgabenanteils, der dem Zweck Gesundheitsförderung und Prävention zuzurechnen wäre, ist aufgrund offener methodischer Fragen derzeit nicht möglich.

Tabelle 7:
Übersicht über die gemeldeten HiAP-Maßnahmen, 2012 (Österreich gesamt)

	Bund	Länder	Gesunde Städte/Gemeinden
Bildung	Schule: • Unterrichtsfach Bewegung und Sport (Personalkosten) • Psychosoziale Beratung (Personal- und Sachkosten), Förderung Pilotprojekte zur Schulsozialarbeit, Schüler- und Bildungsberater/innen (Personalkosten), Beratungslehrer/innen, Betreuungslehrer/innen, Psychagog/inn/en (Personalkosten) • persönliche Assistenzen für Schüler/innen mit Behinderung in Bildungseinrichtungen des Bundes Sport: • Bundessportakademien - Ausbildungen von Instruktoren/Instruktorinnen und Trainern/Trainerinnen für Sportdach- und Sportfachverbände (Personal- und Sachaufwand)	Kindergarten: • Beitragsfreier Kindergarten / Kompetenzentwicklung im Bildungsbereich, Bewegung und Gesundheit (OÖ) • Verpflichtendes Kindergartenjahr (B, Stmk.) Förderung des Zugangs zu Bildung und der Chancengerechtigkeit durch: • Hausunterricht für krebskranke Kinder • Förderung an die neurologisch-linguistische Ambulanz (Diagnosezentrum Legasthenie) und • Förderung an den Hilfsmittelpool zur Integration von beeinträchtigten Kindern in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen (OÖ) Förderung von Weiterbildungsmaßnahmen für Erwachsene: • Bildungskonto (OÖ)	Kindergarten/Schule: • Verpflichtendes Kindergartenjahr • Maßnahmen zur Unterstützung der Inanspruchnahme des Kindergartens (Kindergartentaxi) • Kindergarten für Kinder ab 2,5 Jahren • Projekte in Kindergärten und Schulen zur Verminderung von sozialer Exklusion
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	Arbeit / Arbeit & Gesundheit - Maßnahmen zur Arbeitsmarktintegration: • Durchführung von Gesundheitsdiagnosen im Rahmen der Feststellung der Arbeitsfähigkeit von Arbeitssuchenden. • Chancen hoch zwei (C²): Beschäftigung von Migranten/Migrantinnen im Rahmen von niederschweligen Betreuungs-, Beratungs- und Bildungsprojekten für Migranten/Migrantinnen – Mitarbeit im Projekt "Aktion Gesunde Seele" • Förderung der Beschäftigung und Ausbildung in integrativen Betrieben • Förderungen an Unternehmen und Projektträger für Beschäftigung und berufliche Ausbildung (indirekt gesundheitsfördernd) • Individualförderung für berufliche Ausbildung	Arbeit - Maßnahmen zur Arbeitsmarktintegration: • Förderung von Menschen mit Behinderung am Arbeitsmarkt (Lohn- und Kostenzuschüsse, Mentoren- und Assistenzleistungen) (V) • Projekte zur Erhöhung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit von „Älteren Beschäftigten“ / Sensibilisierung (T) • Projekte zur Arbeitsmarktintegration / Beschäftigungsmaßnahmen für Jugendliche (Vermittlung in Lehrstellen und niederschwellige Beschäftigungsmaßnahmen) (Stmk.) • Arbeitnehmerförderung – Qualifikation/Arbeitsstiftungen (B)	Arbeit: • Beschäftigung von Langzeitarbeitslosen im Sommer Einzelmeldungen, wo Gesundheitsbezug oft nicht eindeutig hergestellt werden kann, wie z. B.: • Integrationsprojekte • Behebung Katastrophenschäden • Bereitstellung von Räumlichkeiten (z. B. für Training der Vereine, Kursangebote von Vereinen ...)

	Bund	Länder	Gesunde Städte/Gemeinden
	• Workshop zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf • Beauftragung von Schulungs- und Beratungseinrichtungen, die Maßnahmen für Arbeitssuchende durchführen, auch punktuell mit Maßnahmen gesundheitsfördernder Aktivitäten durch das AMS Soziales – Menschen mit Beeinträchtigungen: • Unterstützung von gemeinnützigen Vereinen für bundesländerübergreifende Projekte für Menschen mit Beeinträchtigungen (Menschen mit Behinderung und pflegebedürftige Menschen): Beratung und Aufklärung der Mitglieder; gemeinnützige Vereine tragen zur Bewusstseinsbildung und damit zur Prävention bei. • Bundesbehindertengleichstellungsgesetz: Dient der Barrierefreiheit, damit der Nutzungssicherheit und wirkt daher unfallverhütend. Soziales – Pflege: • Niedriger Zugang zum Pflegegeld, um frühzeitig die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zu ermöglichen und somit die Erhöhung des Pflegebedarfs früh abzufangen und zu verzögern (Leistung für rund 440.000 pflegebedürftige Personen) Konsumentenschutz: Förderung des Vereins für Konsumenteninformation, Meldung problematischer Lebensmittel mit z. T. gesundheitlicher Relevanz (www.lebensmittelcheck.at)	Soziales – Menschen mit Beeinträchtigungen: • Menschen mit Behinderung – Abklärung beruflicher Werdegang, Lebensperspektive, Hilfebedarf (V) • niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle (V) • Sozialberatungsstellen (bzw. Servicestelle für pflegende Angehörige) für Personen mit Beratungs-, Unterstützungs-, Versorgungs- oder Pflegebedarf oder deren Angehörige (OÖ) • Koordination für Betreuung und Pflege und hauptamtliche Hospizkoordination für Case Management bei multipler Erkrankung bzw. in jenen Situationen, in denen ein Sterben zu Hause erwünscht ist (Wissen um mögliche Maßnahmen und Hilfestellungen ermöglicht bestmögliche Entscheidungen.) (OÖ) Soziales – Pflege/Tagesbetreuung: • ambulante Pflegeleistungen und Seniorentagesbetreuung (B) • Die Pflege und Betreuung umfasst die ganzheitliche und auf die individuellen Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmte soziale Betreuung und die Pflegehilfe durch die Fachsozialbetreuung mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit. Im Bereich der Heimhilfe werden betreuungsbedürftige Menschen bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens – im Sinne der Unterstützung von Eigenaktivitäten und der Hilfe zur Selbsthilfe – unterstützt. Die Familienhilfe umfasst Maßnahmen im eigenen Haushalt mit minderjährigen Kindern zur Entlastung bei besonderen Familienkonstellationen oder nach dem Ausfall eines/einer Obsorge-Berechtigten. (Durch Pflege und Betreuung älterer Personen im häuslichen Setting wird Selbständigkeit gefördert; Kinder können im gewohnten häuslichen/sozialen Umfeld verbleiben.) (OÖ)	

	Bund	Länder	Gesunde Städte/Gemeinden
		- Kontaktbesuchsdienst – individuell werden auch Gesundheit und Unterstützungsangebote für Personen über 65 Jahre angesprochen. (W) Mindestsicherung – Beiträge an Sozialversicherungsträger (OÖ) Maßnahmen in Krisensituationen: - Notschlafstelle: Befristetes betreutes Wohnangebot (existenzsichernde Ressource für Jugendliche, die akut von Obdachlosigkeit betroffen sind) (OÖ)	
Familie/Jugend	Keine Meldung	Jugend: - Offene, verbandliche und kommunale Jugendarbeit (Führung von Jugendzentren, Jugendarbeit in Gemeinden...), Organisation von Veranstaltungen für Jugendliche (OÖ) - Außerschulische Jugenderziehung / Freizeitveranstaltungen (B) - Projekte zur Förderung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen (Babysitter-Kurs (V); Workshops, Ausstellungen und diverse Projekte zu den Themen Gewalt und Rassismus im kommunalen und schulischen Kontext (Stmk.), "Kenne deine Rechte" (Stmk.)) Familie – Elternbildung/-beratung - Familienkarte (OÖ) - Elternschulen: Wissensvermittlung und Bewusstseinsbildung; Erweiterung des Fach- und Handlungswissen (OÖ) - Eltern-Kind-Zentren: allgemeiner Bildungs- und Informationsauftrag; Treffpunkt für Eltern (OÖ) - Familien- und Erziehungsberatung bei familiären Problemen (OÖ) - Familienpass/Elternbildungsgutscheine (erleichtert den Einstieg zu Angeboten zur Stärkung der Elternkompetenz) (Stmk.) - Förderung von Eltern-Kind-Zentren / Elternbildungsangebote (Stmk.)	Jugend: - Betrieb von Jugendzentren und Streetwork - Soziale Beratungszentren / Jugendwohlfahrt Familie: - Starthilfe für Eltern bei der Geburt – div. Erstaussstattungen

	Bund	Länder	Gesunde Städte/Gemeinden
		• Projektförderungen von familienrelevanten Projekten: z. B. Eltern fit fürs Netz (Stmk.) • Veranstaltungsreihen Elterntreff (zentrale Themen des Familienalltags werden mit Expertinnen/Experten thematisiert bzw. Raum zum Austausch gegeben) und Familien-Talk (Veranstaltungsreihe mit Vorträgen und Diskussionen zu ausgewählten kinder- und familienpolitischen Themen)(Stmk.) Urlaub und Erholungsaktionen: • Familientherapeutische Erholungsaktion als ganzheitliches Familienangebot mit den Elementen therapeutische Sitzungen, Beratung, Betreuung, Erleben und Erholung (OÖ) • Urlaub/Erholung für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien (Erholungsaufenthalt und Freizeitgestaltung), für Alleinerziehende bzw. Mehrkind-Familien, die jeweils eine bestimmte Einkommensgrenze nicht überschreiten (OÖ) Maßnahmen in Krisensituationen: • Mutter-Kind-Häuser: befristetes betreutes Wohnangebot für wohnungslose, unterstützungsbedürftige volljährige Mütter mit minderjährigen Kindern (OÖ) • Kinderschutzzentren: Beratung, Therapie; Unterstützung des Helfersystems, (Hilfestellungen in Fällen von sexuellem Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen) (OÖ) Unterstützungsangebote für Kinder/Jugendliche/Familien: • Kinder- und Jugendkompetenzzentrum mit multiprofessionellem therapeutischen Angebot für Kinder und Jugendliche mit Auffälligkeiten im emotionalen, kognitiven, sozialen und Verhaltensbereich inkl. Elternarbeit (OÖ)	

	Bund	Länder	Gesunde Städte/Gemeinden
Wohnen	Keine Meldung	- Logopädie: Behandlung/Therapie und Elternberatung (OÖ) Sozialer Wohnbau / Wohnbauförderung zur Schaffung von lebenswertem, leistbarem und gesundem Wohnraum (B, S) Maßnahmen für / Fokus auf Barrierefreiheit / altersgerechtes bzw. betreutes Wohnen: - verstärkte Förderung von Wohnheimen in Form von Hausgemeinschaftsmodellen (gegen die Vereinsamung älterer und pflegebedürftiger Menschen) (S) - Barrierefreie Häuser/Wohnungen (OÖ, S) - Nachträglicher Lifteinbau (OÖ) - Förderung von altersgerechtem Wohnen (OÖ) - Förderung von gesunden Lebensbedingungen (z. B. Niedrigstenergie-Häusern) (S) - Schaffung von Spielplätzen (OÖ) Errichtung und Sanierung von Senioren- und Pflegeheimen (OÖ)	Sozialer Wohnbau: - Fachgremium Wohnungsvergabe - Wohnbauförderung - Betrieb von Kinderspielplätzen
Sport/Bewegung	Keine Meldung	Schaffung/Ausbau Infrastruktur Sport: - Sportstättenbau und Sportausgaben allgemein (NÖ, OÖ) Sport: - Sportveranstaltungen zur Breitensportförderung (NÖ) - Turn- und Sportwesen außerhalb der Schule (B)	Sport: - Förderung von Sportvereinen (finanzielle und organisatorische Unterstützung), - Investitionen und Betrieb von Sportanlagen (wie z. B. Fußballplatz, Kunstrasenplatz, Tennisplatz, Hartplatz, Beach-Volleyball-Platz, Laufstreckennetz) - Angebot / finanzielle Förderungen sportlicher Aktivitäten wie Schitage oder Schwimmbadbesuch Bewegung: - Begleitete Naturspaziergänge
Verkehr	Keine Meldung	Lärmschutz: (Förderungen für) Lärmschutzfenster (OÖ, S, T, V) (Errichtung von) Lärmschutzwänden (OÖ, S, T) Weitere Verkehrsmaßnahmen: - Bau von Umfahrungsstraßen (T) - Bau von Landesstraßen inkl. Radwege (V)	Lärmschutz: - Lärmschutzwände zur Reduktion von Lärmbelastung durch Straßen- und Schienenverkehr Verkehrssicherheitsmaßnahmen: - Errichtung Gehweg

	Bund	Länder	Gesunde Städte/Gemeinden
		• Förderung des Ausbaus der Radinfrastruktur (S, V) • Maßnahmen zur Reduktion der Verkehrsbelastung (Autofasten) (S) Verkehrssicherheitsmaßnahmen: • (Förderungen von) baulichen Verkehrssicherheitsmaßnahmen (OÖ) • Verkehrssicherheitsaktionen u. bewusstseinsbildende Maßnahmen (OÖ) • Unfallvorbeugende Maßnahmen in Gemeinden (OÖ) • Verkehrserziehende Maßnahmen (OÖ) • Nachtbusse (Stmk.)	
Umwelt	Klimaschutz: • klimaaktiv mobil Förderung für Mobilitätsmanagement im Radverkehr / Umsetzung des Masterplans Radfahren im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Bewegung und Rahmengesundheitsziel 8 (www.klimaaktivmobil.at)	Klimaschutz: • Förderungen von Maßnahmen zur Vermeidung und Verringerung von Luftverunreinigungen / Feinstaubreduktion, Vermeidung von Luftschadstoffen (OÖ) Umweltbezogenen Gesundheitsschutzmaßnahmen: • Maßnahmen der Siedlungswasserwirtschaft – Wasserversorgung / Schutz des Lebensmittels Wasser und Abwasserentsorgung / Hygiene, Verhinderung von Seuchen (OÖ) • Förderung der Radonvorsorge und Sanierung (Radon und seine Zerfallsprodukte sind nach dem Rauchen (ca. 85 %) die zweithäufigste Ursache (ca. 10 %) für Lungenkrebs) (OÖ) Lärmschutz: • Schalltechnische Sanierung der Eisenbahn-Bestandsstrecke (OÖ)	Klimaschutz: • Förderung von Heizungsumstellungen / Klimaschutzförderung für umweltfreundliche Heizungen • Mobilitätsförderung (Umweltfreundliche Fahrzeugflotte, Lastenfahrrad, Errichtung E-Ladestation für E-Autos, E-Bikes etc.) • Förderung von umweltfreundlichen Mobilitätsverhalten: Luftbus (für Schüler/innen), Radtag, Stadtwandern mit dem Bus Einzelmeldungen, wo Gesundheitsbezug oft nicht eindeutig hergestellt werden kann, wie z. B.: • Energieeffiziente Gemeinde • Mitgliedsbeitrag beim Klimabündnis • Förderung für Natur- und Landschaftsschutz, Reinhaltung der Luft, Dacheindeckung Photovoltaik • Ausarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen zur Erhaltung des Titels FAIR TRADE-Hauptstadt • Sanierung Quelle

AMS = Arbeitsmarktservice Österreich, B = Burgenland, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, Stmk. = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien

Erhebung und Darstellung: GÖG

4.5 Resümee

Das Ziel dieses Erhebungsteiles – ein vollständigeres Bild aller Maßnahmen, die sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken (d. h. gesundheitsfördernd oder präventiv wirken), zu erhalten und den aktuellen Stand der Berücksichtigung des HiAP-Ansatzes auf den verschiedenen Ebenen abzubilden – konnte nur zum Teil erreicht werden. Ein Grund hierfür war, dass im Laufe der Erhebung aufgrund des Arbeitsaufwandes dieser Erhebungsteil optional gestellt wurde. Die Ergebnisse der Erhebung bilden somit nur einen Teil der in Österreich von Bund, Ländern und Gemeinden gesetzten HiAP-Maßnahmen ab.

Die breite Aussendung der Erhebungsbögen sorgte zum Teil für Verwirrung, da sich ein Teil der Abteilungen/Personen, an die der Fragebogen erging, trotz eines entsprechenden Begleitschreibens nicht für den Erhebungsgegenstand „Gesundheitsförderung und Prävention“ zuständig fühlte. Daher gingen auch zahlreiche Rückfragen bezüglich der inhaltlichen Zuordnung und Abgrenzung von HiAP-Maßnahmen bei der Gesundheit Österreich GmbH ein.

Zum Teil wurden der Bezug der gemeldeten Maßnahmen zu den Gesundheitsdeterminanten bzw. den Rahmen-Gesundheitszielen (RGZ) deutlich gemacht oder umfassend dargestellt, zum Teil wurden Maßnahmen genannt, bei denen der Gesundheitsbezug nicht dargestellt war oder nicht eindeutig hergestellt werden konnte. Aussagen darüber, ob und in welchem Umfang die Zielsetzung Gesundheitsförderung bzw. Prävention bereits im Zuge der Maßnahmenarbeit explizit berücksichtigt worden war, oder ob der Bezug zu den Gesundheitsdeterminanten erst im Zuge der Erhebung hergestellt wurde, können auf Basis der Erhebung nicht getroffen werden. Jedoch deutet ein Teil der Rückfragen und Meldungen darauf hin, dass der Wissens-/Informationsstand noch recht unterschiedlich und der Bewusstseinsbildungsprozess nicht abgeschlossen ist.

Auf Bundesebene sind die meldenden Ressorts bereits länger in verschiedene politikfeldübergreifende Prozesse (insb. Bezüglich Rahmen-Gesundheitsziele, aber auch Kindergesundheitsdialog, NAP Bewegung etc.) involviert und daher schon besser mit dem HiAP-Ansatz vertraut. Hier scheint das HiAP-Konzept stärker verankert und aufgrund der politikfeldspezifischen Zuständigkeiten notwendig.

Die seitens der Länder gemeldeten Maßnahmen deuten auf einen unterschiedlichen Grad von vorhandenem Verständnis bzw. Umsetzung von HiAP hin. So beschreibt Oberösterreich – ein Bundesland, das umfassend HiAP-Aktivitäten gemeldet hat – vor allem in Bezug auf die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie zahlreiche politikfeldübergreifende Kooperationen (Austausch). Jene Bundesländer, die HiAP-Maßnahmen aus verschiedenen Bereichen gemeldet haben, sind auch enger in den R-GZ-Prozess eingebunden und damit kontinuierlich mit dem HiAP-Ansatz befasst. Es kann vermutet werden, dass aufgrund der Größe und Organisation von Gemeinden hier weniger in getrennten „Sektoren“ gedacht bzw. entschieden wird und der Gesundheitsbezug der Maßnahmen häufig implizit berücksichtigt wird. Diese Annahme basiert jedoch auf einer geringen Zahl von Meldungen seitens der Gemeinden.

Eine monetäre Bewertung der erhobenen Maßnahmen ist aus verschiedenen Gründen nicht zulässig. Zum einen wurde dieser Erhebungsteil nur von einem geringen Teil der öffentlichen Institutionen auf den Ebenen Bund, Länder und Gemeinden beantwortet und die angeführten Maßnahmen wurden nur zum Teil monetär beziffert. Zum anderen wirft eine monetäre Erfassung der Maßnahmen die methodische Frage der Quantifizierung jenes Anteils, der dem Zweck der Gesundheitsförderung bzw. Prävention zuzurechnen ist, auf. So müsste beispielsweise der gesundheitsfördernd bzw. präventiv wirkende Ausgabenanteil von Maßnahmen wie dem verpflichteten Kindergartenjahr, der Arbeitsmarktintegration, der bedarfsorientierten Mindestsicherung, Jugendzentren, Elternbildung, Gestaltung von Wohnraum, der Errichtung von Sportstätten und der Förderung von Sportvereinen, dem Bau von Umfahungsstraßen oder der Errichtung von Gehwegen sowie Klimaschutz, Mobilitätsmanagement oder Förderung von Heizungsumstellungen – um nur einige der Maßnahmen zu nennen – bewertet werden.

Eine weitere Betrachtung der von der öffentlichen Hand gesetzten HiAP-Maßnahmen sollte daher vorerst von einer monetären Bewertung absehen.

Zur Erfassung der Maßnahmen könnte ein je nach adressierter Ebene differenziertes Vorgehen gewählt werden. Durch Anknüpfung an bestehende Initiativen bzw. Arbeitsgruppen im Bereich HiAP (beispielsweise an die Arbeitsgruppen zu den Rahmen-Gesundheitszielen, das Komitee zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, die Plattform Gesundheitskompetenz, das geplante Bundesnetzwerk zur gesundheitsfördernden Bewegung, die Nationale Ernährungskommission) könnten Maßnahmen/Projekte nicht nur auf Bundesebene, sondern auch von Ländern und teilweise von Gemeinden erfasst werden. Auf Basis der Rückmeldungen der Gemeindeebene kann vermutet werden, dass gerade auf Ebene der sonstigen Gemeinden (s. oben) der Bewusstseinsbildungsprozess noch nicht abgeschlossen ist, eine allfällige weitere Erhebung könnte hier jedenfalls durch einen Beispielkatalog und Informationen zu HiAP-Maßnahmen gezielt unterstützt werden.

Wird das Ziel einer monetären Bewertung von HiAP-Maßnahmen in Angriff genommen, sollte in einem ersten Schritt das methodische Vorgehen anhand eines einzelnen Politikfelds bzw. ausgewählten Projekts, das hohe Relevanz für Gesundheitsförderung und Prävention aufweist und bereits in HiAP-Maßnahmen eingebunden ist, entwickelt und abgestimmt werden.

Literatur

- Antony, Katja; El Belazi, Gabriela; Fröschl, Barbara; Holzmann, Heidemarie; Kreidl, Peter; Muchl, Robert; Strauss, Reinhild; Koch, Tanja (2013): Nationaler Aktionsplan Masern-/Röteln-Elimination. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- B-ZV (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit
- BMG (2011): Kinder-Gesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Relevanz. Handlungsoptionen. Anschlüsse. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit
- BMG (2014): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Operatives Ziel 8.1.1. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMLVS; BMG (2013): Nationaler Aktionsplan Bewegung. NAP.b. Hg. v. Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Commission of the European Communities (1997): Konsolidierte Fassung des Vertrags über die Europäische Union (Vertrag von Amsterdam)
- Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Hg. v. Institute for Future Studies, Stockholm
- Fonds Gesundes Österreich (2015): Glossar Capacity Building [Online]. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?view=capacity-building> [Zugriff am 18.06.2015]
- Gesundes Oberösterreich (2015): Gesundheitsziele [Online]. http://www.gesundes-oberoesterreich.at/121_DEU_HTML.htm [Zugriff am 06.10.2016]
- Gesundheit Steiermark (2016): Gesundheitsziele Steiermark [Online]. <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11650904/72561339> [Zugriff am 06.10.2015]
- Habl, Claudia; Schnabel, Eva; Vogler, Sabine; Rosian-Schikuta, Ingrid; Takacs, Adam (2004): Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001. Hg. v. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Hofmarcher, Maria M (2013): Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- HVSVT (2013): Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Ärztekosten-Jahresstatistik - Berichtsjahr 2012. Hg. v. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- Klimont, Jeanette; Kytir, Josef; Leitner, Barbara (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien
- Kvas, Andreas; Kvas, Gregor; Spath-Dreyer, Ines; Spitzbart, Stefan; Gerald, Brunner;; Ferlitsch, Monika; Waldmann, Elisabeth; Britto-Arias, Martha (2013): Vorsorgeuntersuchung Neu. Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gemäß § 447h (4) ASVG für das Jahr 2012. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Graz

- Lehner, Petra; Sgarabottolo, Verena; Zilberszac, Alexander (2013): NAP.e Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Noack, Horst (2011): „Health in All Policies“ - das Konzept der Gesundheitsförderung in allen Politikfeldern In: Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Hg. v. Dür, Wolfgang; Felder-Puig, Rosemarie. Verlag Hans Huber, Bern: 32-37
- OECD (2000): A system of health accounts. Version 1.0. Buch, Monographie. OECD Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- OECD (2005): Long-Term Care for Older People: OECD study (2001-2004). Hg. v. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD; European Union; World Health Organization (2011): A System of Health Accounts 2011.
- OECD (2013): Expenditure On Prevention Activities Under Sha 2011: Supplementary Guidance (unveröffentlicht)
- OECD, Eurostat, WHO (2011): A System of Health Accounts. OECD Publishing,
- OECD.Stat (2015): OECD.STAT - Health Statistics [Online]. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT [Zugriff am 15.10.2015]
- Rechnungshof (2014): Bericht des Rechnungshofes. System der Gesundheitsvorsorge, Wien
- Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard; Gyimesi, Michael; Nemeth, Claudia (2012): Rehabilitationsplan 2012. Hg. v. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien
- Städtebund (2015): Netzwerk "Gesunde Städte" [Online]. <http://www.staedtebund.gv.at/ausschuesse/netzwerk-gesunde-staedte/organisation.html> [Zugriff am 1.07.2015]
- Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Statistik Austria (2014): Besprechung "Methodik Erhebung Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben (SHA)". GÖG, am 08.04.2014
- Statistik Austria (2015a): Erfassung der Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts. Bericht an den wissenschaftlichen Beirat. System of Health Accounts (SHA) über das 10. Projektjahr 2015
- Statistik Austria (2015b): Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen 2011 bis 2013 [Online]. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html [Zugriff am 24.06.2015]
- Steier, Alice; Kranvogel-Zellermayer, Edith; Pochobradsky, Elisabeth; Rosian, Ingrid (2001): Präventionsausgaben. Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich. Hg. v. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, 21.11.1986, Ottawa
- WHO (2010): 20 Jahre Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa: Trends und Diskrepanzen. Faktenblatt, Kopenhagen/Parma, 10. März 2010

WHO (2013): Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Hg. v. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa.

Wien.gv (2015): Wiener Gesundheitsziele 2025 [Online]. <https://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/gesundheitsziele/> [Zugriff am 06.10.2015]

Wirl, Charlotte; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Unger, Theresia (2010): Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Zielsteuerung-Gesundheit (2013): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, 200. Bundesgesetzblatt NR: GP XXIV RV 2140 AB 2253 S. 200. BR: AB 8959 S. 820

5 Anhang A

5.1 Erhebungsergebnisse für die Bundesebene

Gegenstand des vorliegenden Kapitels sind die Ausgaben des Bundes für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2012. Die Bundesebene umfasst alle Bundesministerien (inkl. nachgelagerter und ausgegliederter Einrichtungen) sowie den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ).

5.1.1 Methodik

5.1.1.1 Erhebung

Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben wurden mittels eines standardisierten Fragebogens, der Beispielsmaßnahmen enthielt, erhoben (vgl. Anhang B).

Ende September 2014 wurde der Fragebogen allen Sektionen der 13 Bundesministerien sowie dem Fonds Gesundes Österreich mit der Bitte um Mitwirkung bei der Erhebung übermittelt. Insgesamt wurden 68 Sektionen angeschrieben. Als spätester Rücksendetermin war Anfang November 2014 vorgesehen, der Termin wurde im Laufe der Erhebung auf Mitte Jänner 2015 verschoben. Danach wurde noch bei jenen Ministerien bzw. Sektionen urgiert, von denen bislang noch kein Fragebogen retourniert worden war.

Insgesamt langten zwischen 1. 10. 2014 und 5. 5. 2015 von allen Bundesministerien und dem Fonds Gesundes Österreich 48 Rückmeldungen (inkl. Leermeldungen) ein. Sieben Ministerien koordinierten die Beantwortung zentral, von den weiteren fünf wurden die Fragebögen entweder von den Sektionen oder von einzelnen Abteilungen bzw. allenfalls nachgelagerten und ausgegliederten Einrichtungen direkt an die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) übermittelt. Das Bundesministerium für Familie und Jugend gab eine Leermeldung ab, da es im Jahr 2012 noch nicht bestand. Die entsprechenden Daten wurden vom Bundesministerium für Bildung und Frauen (vormals 2012 BM für Unterricht, Kunst und Kultur) übermittelt. Insgesamt kann ein sehr guter Rücklauf festgestellt werden.

Ab Jänner 2015 wurden die einlangenden Fragebögen hinsichtlich allfälliger Doppelmeldungen (z. B. zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung), Überprüfungen der Zuordnungen zu den Themenfeldern und fehlender Meldungen bearbeitet. Bei Unklarheiten wurde rückgefragt, bei größeren Umschichtungen gegenüber den ursprünglichen Zuordnungen wurden die meldenden Stellen informiert.

Während der Auswertung ergab sich die Notwendigkeit weiterer Rückfragen und Nachrecherchen, die den Zeitraum bis Mitte Juni 2015 in Anspruch nahmen. Im August 2015 wurden die vorläufigen Erhebungsergebnisse des Bundes an die beteiligten Stellen zur Information übermittelt, einlangende Änderungen bzw. Ergänzungen wurden in den Bericht eingearbeitet.

5.1.1.2 Daten

Die Primärerhebungen bei den Bundesministerien bilden die Datengrundlage für die Ausgabenberechnungen. Die Ausgaben der Bundesgesundheitsagentur (BGA) und deren Zuordnung auf die öffentlichen Träger wurden von der Koordinationsstelle für Vorsorgemittel zur Verfügung gestellt. Meldungen von Ausgaben der den Bundesministerien nachgelagerten bzw. ausgegliederten Einrichtungen (wie beispielsweise die *Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit*, Universitäten, Arbeitsmarktservice, Justizanstalten) wurden über das jeweils zuständige Ministerium erfasst, die Bundesmittel der Bundesgesundheitsagentur (BGA) wurden dem Gesundheitsministerium zugeordnet.

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) finanziert Gesundheitsförderungsprojekte österreichweit und wird daher auf Bundesebene – jedoch als eigenständige Position – dargestellt; auch hier erfolgte eine Primärerhebung auf Basis der vorgegebenen Themenstruktur.

Die dargestellten Ausgaben wurden um „sonstige Erlöse“ – beispielsweise Einnahmen aus Zuzahlungen oder sonstige Leistungserlöse – bereinigt.

Die Ausgaben beinhalten keinen Personalaufwand der Ministerien im Sinne von „Eigenleistungen“, d. h. wenn angestelltes Personal der Ministerien Präventions- oder Gesundheitsförderungsaktivitäten durchführt, sind diese Leistungen in den Ausgaben der nachfolgenden Tabellen und Graphiken nicht enthalten. Bei der Fragebogenerhebung wurde um Abschätzung ersucht, in welchem Ausmaß eigenes Personal im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention tätig ist und – wenn möglich – wie hoch dieser Personalaufwand im Jahr 2012 war. Diesem Ersuchen ist ein Großteil der Ministerien nachgekommen. Auf Basis der eingelangten Angaben wurde der Personalaufwand für Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten der Ministerien ermittelt.

Hinsichtlich allfälliger Datenlücken kann festgestellt werden, dass von einer sehr guten Beteiligung auszugehen ist (alle Ministerien meldeten Ausgaben oder gaben eine Leermeldung ab); aufgrund der unterschiedlichen Zugänge (zentrale/dezentrale Meldungen von Sektionen und/oder Abteilungen) kann aber nicht nachvollzogen werden, ob die Daten tatsächlich vollständig geliefert worden sind. In einigen Fällen war eine monetäre Bewertung der Ausgaben nicht möglich bzw. hätte dies für die Datenmelder einen erheblichen Aufwand bedeutet. Auch das Verständnis, was unter Gesundheitsförderung und Prävention zu subsumieren ist bzw. welchem Themenbereich einzelne Ausgaben zuzuordnen und/oder ob sie unter „Health in all Policies“ einordenbar sind, fiel manchmal schwer.

5.1.2 Ausgaben des Bundes

5.1.2.1 Übersicht

Vom Bund (inkl. FGÖ) wurden für das Jahr 2012 insgesamt Ausgaben von rund 119 Mio. Euro für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen (inkl. Maßnahmen für Capacity Building, ohne Primärprävention 4 – Gesundheitsschutz, ohne eigenen Personalaufwand) gemeldet (vgl. hierzu Tabelle A1). Aufgrund von allfälligen Lücken in den Meldungen bzw. nicht monetär bezifferbaren Ausgaben kann davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Ausgaben etwas höher liegen.

Die Ausgaben des FGÖ im Jahr 2012 belaufen sich auf insgesamt 7,1 Mio. Euro (vgl. Tabelle A1). Die Förderung von Projekten im Rahmen der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* ist ein wesentlicher Schwerpunkt – auch laut Gesundheitsförderungsgesetz – des FGÖ, gefolgt von Maßnahmen des Capacity Buildings.

Tabelle A1:

Ausgaben¹ auf Bundesebene für Gesundheitsförderung und Prävention, 2012 (in Euro)

	Ausgaben (in Euro)	Pro-Kopf-Ausgaben (in Euro)
Gesundheitsförderung (inkl. Capacity Building)	12.212.900	1,45
davon:		
<i>Bundesministerien</i>	5.135.355	0,61
<i>FGÖ</i>	7.077.545	0,84
Prävention (PP1,PP2, PP3, SP,TP)	106.808.694	12,68
davon:		
<i>Bundesministerien</i>	106.808.694	12,68
<i>FGÖ</i>	-	-
Gesamt (ohne PP4)	119.021.594	14,12
davon:		
<i>Bundesministerien</i>	111.944.049	13,29
<i>FGÖ</i>	7.077.545	0,84

FGÖ = Fonds Gesundes Österreich

1 = Meldungen vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG); Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK); Bundesministerium für Finanzen (BMF); Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres (BMEIA); Bundesministerium für Bildung und Frauen (bmbf); Bundesministerium für Justiz (BMJ); Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT); Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport (BMLVS); Bundesministerium für Inneres (BMI); Bundeskanzleramt (BKA); Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW); Bundesministerium für Familie und Jugend: Leermeldung, da 2012 noch nicht existent; inkl. Ausgaben für vor- und nachgelagerte Einrichtungen, ohne eigenen Personalaufwand.

Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

In Tabelle A1 wird ersichtlich, dass die Gesamtausgaben des Bundes für Gesundheitsförderung und Prävention zu 94 Prozent (111,9 Mio. Euro) von den Bundesministerien getragen wurden. Die Ausgaben im Bereich Gesundheitsförderung (inkl. Capacity Building) im Jahr 2012 wendete mit 58 Prozent (rund 7,1 Mio. Euro) zu mehr als der Hälfte der FGÖ auf. Insgesamt wurden durch den Bund im Durchschnitt 14,12 Euro pro Einwohner für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben.

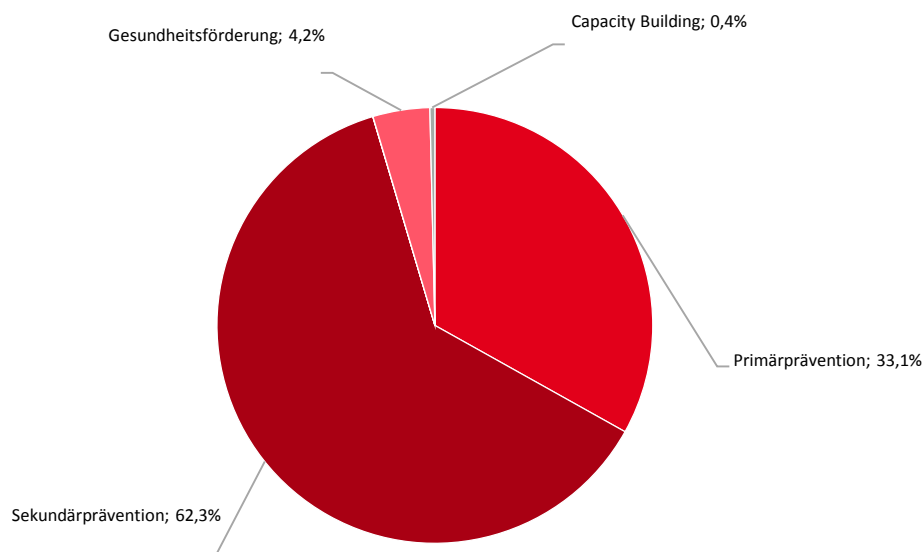
Personalaufwand

Auf Basis der Angaben der Bundesministerien (drei Ministerien konnten keine Angaben zum Personalaufwand machen) waren im Jahr 2012 rund 38 Vollzeitäquivalente in den Ministerien mit Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention als Vertrags- oder Bundesbedienstete tätig, dies entspricht einem konservativ geschätzten Personalaufwand von rund 3,2 Mio. Euro im Jahr 2012, der in den obigen Daten (vgl. Tabelle A1) nicht enthalten ist.

5.1.2.2 Interventionsebenen

Werden die Ausgaben, die die Bundesministerien im Jahr 2012 für Gesundheitsförderung und Prävention tätigten, nach Interventionsebenen aufgeschlüsselt, zeigt sich, dass deutlich mehr als die Hälfte der Mittel (62,3 %) in die Sekundärprävention fließen. Die Primärprävention stellt mit 33,1 Prozent die zweitgrößte Ausgabenposition dar, während die Ausgaben für Gesundheitsförderung (4,2 %), Capacity Building (0,4 %) und Tertiärprävention (0,02 %) im Vergleich gering ausfallen (vgl. Abbildung A1).

Abbildung A1:
Ausgaben der Bundesministerien für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2012 (in Prozent)

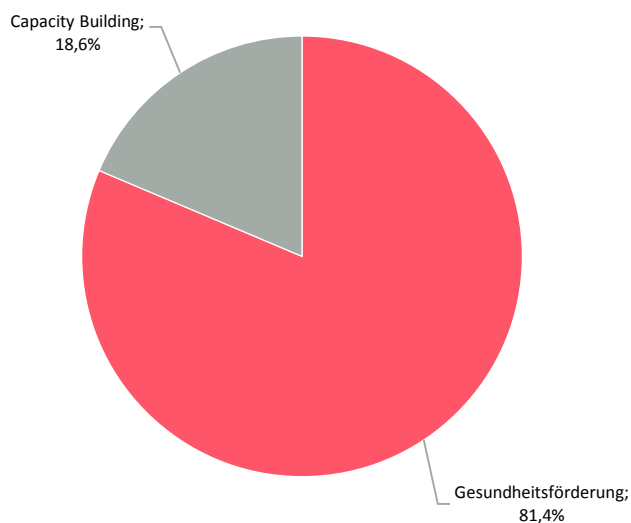


Die Ausgaben für Tertiärprävention sind aus Gründen der Darstellbarkeit in der Abbildung vernachlässigt.

Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Betrachtet man die Ausgaben des FGÖ (Abbildung A2) im Jahr 2012, zeigt sich, dass 81,4 Prozent der Mittel in die Gesundheitsförderung fließen und 18,6 Prozent für Capacity Building aufgewendet werden.

Abbildung A2:
Ausgaben des FGÖ für Gesundheitsförderung nach Interventionsebenen, 2012 (in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Exkurs: Fonds Gesundes Österreich

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) geht auf das 1988 durch Gesundheitspolitiker/innen gegründete „Forum Gesundes Österreich“ zurück, welches als speziell für die Gesundheitsförderung eingerichtete Informations- und Koordinationsplattform fungierte.

Im Jahr 1998 wurde das Gesundheitsförderungsgesetz verabschiedet. Gegenstand dieses Gesetzes sind Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn sowie die Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und Gesundheitsfaktoren. Der Fonds Gesundes Österreich wurde mit der Durchführung von Maßnahmen gemäß diesem Gesetz betraut, was sowohl die Ausweitung der Aufgaben als auch die Festlegung eines jährlichen Budgetrahmens von 7,25 Mio. Euro für Gesundheitsförderungsaktivitäten mit sich brachte. Die Finanzierung erfolgt dabei durch Umsatzsteuermittel. Seit 1. August 2006 gehört der Fonds Gesundes Österreich als eigener Geschäftsbereich zur Gesundheit Österreich GmbH.

Der FGÖ verfolgt die Umsetzung der festgelegten Ziele und Schwerpunkte zum einen über die finanzielle Förderung von Projekten, welche von Interessierten beim FGÖ eingereicht werden können. Zum anderen werden vom FGÖ selbst Initiativen entwickelt und mit Partnerinnen und Partnern oder selbst durchgeführt. Dies betrifft die Themen Information und Aufklärung, Fort- und Weiterbildung sowie die Durchführung von Veranstaltungen.

Die Ausgaben der Bundesebene (Bundesministerien und FGÖ) für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2012 stellt Tabelle A2 übersichtlich nach Interventionsebenen und Themen dar.

Tabelle A2:

Ausgaben auf Bundesebene für Gesundheitsförderung und Prävention, nach Interventionsebenen und Themen, 2012

Themengruppe (Interventionsebene) / Themen	Ausgaben (in €) ¹ Bundesministerien und FGÖ	davon:	
		Bundesministerien	FGÖ
Gestaltung der Lebenswelt von Bevölkerungsgruppen (Gesundheitsförderung)			
Familie / häusliches Umfeld	455.800	173.176	282.624
Gesunder Kindergarten und Gesunde Kinderkrippe	201.750	-	201.750
Gesunde Schule und andere Ausbildungsstätten (inkl. Gewaltprävention)	1.848.395	973.765	874.630
Betriebliche Gesundheitsförderung	1.703.612	12.280	1.691.332
Gesunde Gemeinde/Stadt	946.334	18.343	927.991
Freizeit- und Konsumwelten	222.801	-	222.801
Öffentliche Einrichtungen	312.558	121.293	191.265
Gesundheitsinformation/-kompetenz	4.612.401	3.392.735	1.219.666
Beteiligungsmöglichkeiten und Selbsthilfe	164.910	17.920	146.990
Sonstiges GF	15.000	15.000	-
Summe Gesundheitsförderung	10.483.562	4.724.513	5.759.049
Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten (Primärprävention 1)			
Zahngesundheit	53.141	53.141	-
Gesundheit von Eltern/Kind	48.150	48.150	-
Psychosoziale Gesundheit	586.578	586.578	-
Unfallprävention (Freizeit/Haushalt)	-	-	-

Themengruppe (Interventionsebene) / Themen	Ausgaben (in €) ¹ Bundesministerien und FGÖ	davon:	
		Bundesministerien	FGÖ
Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen	84.037	84.037	-
Arbeitsmedizin / BGF-Maßnahmen als DG	9.153.574	9.153.574	-
Ersatz bzw. Entlastungspflege	9.604.821	9.604.821	-
Ernährung und Bewegung	-	-	-
Sonstiges PP1	51.000 ²	51.000	-
Summe PP1	19.581.300	19.581.300	-
Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen (Primärprävention 2)			
Summe PP2	166.520³	166.520	-
Verhütung übertragbarer Krankheiten (Primärprävention 3)			
Impfungen	14.469.335	14.469.335	-
TBC-Vorsorge	186.126	186.126	-
HIV / Hepatitis C	2.360.089	2.360.089	-
Sonstiges PP3	306.719 ⁴	306.719	-
Summe PP3	17.322.268	17.322.268	-
Primärprävention 4 (Gesundheitsschutz)			
Hygiene	925.782	925.782	-
Arzneimittelkontrolle	600.000 ⁵	600.000	-
Strahlenschutz	1.017.107	1.017.107	-
Nahrungsmittel- und Trinkwasserkontrolle	18.495.650	18.495.650	-
Sonstiges PP4	7.251.417 ⁶	7.251.417	-
Summe PP4	28.289.955	28.289.955	-
Summe Primärprävention PP1-PP3	37.070.088	37.070.088	-
Summe Primärprävention PP1-PP4	65.360.043	65.360.043	-
Früherkennung von bestehenden Erkrankungen (Sekundärprävention)			
Mutter-Kind-Pass	36.342.458	36.342.458	-
Neugeborenen-Screening	788.000	788.000	-
Kleinkind-Untersuchungen	-	-	-
Schulärztliche Untersuchungen	18.595.000	18.595.000	-
Jugendlichen-Untersuchung	1.144.340	1.144.340	-
Seh- und Hörtests	-	-	-
Krebsfrüherkennung	461.035	461.035	-
Vorsorgeuntersuchungen nach ASVG	105.527	105.527	-
Sonstige Vorsorgeuntersuchungen	-	-	-
Raucherentwöhnung	25.000	25.000	-
Programme zur Gewichtsreduktion	-	-	-
Maßnahmen/Programme zur Vermeidung/ Ver- zögerung arbeitsbedingter Erkrankungen	2.162.819	2.162.819	-
Programme zur Vermeidung/ Verzögerung der Pflegebedürftigkeit	1.629.952	1.629.952	-
Disease-Management-Programme (DMP)	131.935	131.935	-

Themengruppe (Interventionsebene) / Themen	Ausgaben (in €) ¹ Bundesministerien und FGÖ	davon:	
		Bundesministerien	FGÖ
Sonstiges SP	8.335.374 ⁷	8.335.374	-
Summe Sekundärprävention	69.721.440	69.721.440	-
Verzögerung des Krankheitsverlaufs (Tertiärprävention)			
Rehabilitation (medizinische)	5.840	5.840	-
Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge	-	-	-
Kurzzeit-, Übergangspflege	-	-	-
Sonstiges TP	11.325	11.325	-
Summe Tertiärprävention	17.165	17.165	-
Capacity Building			
Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten unter Praktikern	961.046	81.726	879.320
Unterstützung/Infrastrukturen für Gesundheitsförderung in Organisationen	383.407	329.116	54.291
Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen	-	-	-
Sonstiges Capacity Building	384.885 ⁸	-	384.885
Summe Capacity Building	1.729.339	410.843	1.318.496
Gesamtsumme (ohne PP4)	119.021.594	111.944.049	7.077.545

BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung, DG = Dienstgeber, DMP = Disease-Management-Programme, FGÖ = Fonds Gesundes Österreich, GF = Gesundheitsförderung, HIV = Humanes Immundefizienz-Virus, PP = Primärprävention, TP = Tertiärprävention

1 = ohne Personalaufwand an Bundes- und Vertragsbediensteten; inkl. nachgelagerter- und ausgegliederter Einrichtungen, inkl. Mittel für den Bund von der Bundesgesundheitsagentur.

2 = z. B. Prävention von Genitalverstümmelungen, Netzwerk Essstörungen, Beratungsstelle für Mädchen/Frauen, Krebsvorsorge

3 = Fachstellen Suchtprävention und diverse Projekte.

4 = Referenzzentralen (z. B. Listerien, Masern-Mumps-Röteln, Influenza), Hygiene im Krankenhaus, elektronisches Meldewesen, Antibiotikaresistenz.

5 = Ausgaben der AGES für Kontrolle der Unbedenklichkeit, Sicherheit und Qualität

6 = Untersuchungen gemäß Tierseuchengesetz, Tiergesundheitsgesetz für gesunde Lebensmittel, Zulassungen/Kontrollen gemäß Futtermittelgesetz, Monitoring gentechnisch veränderter Organismen (GVO-Monitoring).

7 = Förderung von Einrichtungen/Beratung, Behandlung, Betreuung von Personen mit Suchtgiftmissbrauch (nach § 16 SMG, hier sind Sekundär- und Tertiärprävention nicht abgrenzbar); AGES: Referenzzentralen lt. Epidemiegesetz, Untersuchungen gemäß Aidsgesetz, Zoonosen-Richtlinie, Ringversuche, Stechmückenscreening etc.

8 = Ausgaben des FGÖ für Gesundheitsförderungsforschung

Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Gesundheitsförderung

Der **Bund** gab im Jahr 2012 insgesamt rund 10,5 Mio. Euro für Gesundheitsförderung aus, wobei 55 Prozent der FGÖ und 45 Prozent die Bundesministerien aufwendeten.

Der größte Teil der Ausgaben entfiel dabei mit rund 4,6 Mio. Euro auf Gesundheitsinformation- und Kompetenz, wobei der größere Teil der Ausgaben (73,6 %) von den Bundesministerien geleistet wurde. Hier handelt es sich insbesondere um Informations- und Expertenveranstaltungen der AGES für Konsumenten/Konsumentinnen und Wirtschaftsbeteiligte. Vom FGÖ werden diverse Projektanträge gefördert und eigene Aktivitäten gesetzt.

Der zweithöchste Posten war mit rund 1,8 Mio. Euro der Bereich „Gesunde Schule und andere Ausbildungsstätten“. Hier wurden (ausgaben)schwerpunktmäßig Projekte zur Verbesserung des Schulbuffets („Unser Schulbuffet“) sowie Information und Beratung für Lehrer und Lehrerinnen zur Gesundheitsförderung (GIVE-Servicestelle) durchgeführt.

An dritter Stelle lag mit 1,7 Mio. Euro die „Betriebliche Gesundheitsförderung“, wobei hier der überwiegende Teil vom FGÖ im Rahmen der Förderung von Projekten aufgewendet wurde. Anzumerken ist, dass die Ausgaben der Ministerien für betriebliche Gesundheitsförderung von arbeitsmedizinischen Maßnahmen zumeist nicht abgrenzbar waren, die betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Ministerien sind daher in der Position „Arbeitsmedizin / BGF-Maßnahmen als Dienstgeber (Primärprävention)“ enthalten.

Betrachtet man die Ausgaben der **Bundesministerien** separat, ergibt sich eine etwas andere Reihenfolge. Zwar liegen hier die Ausgaben für „Gesundheitsinformation/-kompetenz“ noch immer an erster und die Ausgaben für „Gesunde Schule und andere Ausbildungsstätten“ an zweiter Stelle, jedoch ist die dritthöchste Position der Bereich „Familie / häusliches Umfeld“, wo vor allem die Maßnahmen für „Frühen Hilfen“ zu Buche schlagen.

Betrachtet man die Ausgaben des **FGÖ** separat, war im Jahr 2012 die „Betriebliche Gesundheitsförderung“ mit rund 1,7 Mio. Euro der höchste Ausgabenposten. An zweiter Stelle stehen beim FGÖ Ausgaben für Gesundheitsinformation/-kompetenz, gefolgt von Projektförderungen im kommunalen Setting „Gesunde Gemeinde/Stadt“, dahinter „Gesunde Schulen“.

Capacity Building

Der Bund gab im Jahr 2012 rund 1,7 Mio. Euro für Capacity Building aus, wobei der Großteil dieser Ausgaben (76,2 %) vom FGÖ getätigt wurde. Während der FGÖ vor allem im Bereich der „Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten unter Praktikern“ (0,9 Mio. Euro) sowie in der Kategorie „Sonstiges“ (0,4 Mio. Euro) v. a. für Gesundheitsförderungsforschung Mittel einsetzte, finanzierten die Bundesministerien mit 0,3 Mio. Euro vor allem Maßnahmen der „Unterstützung der Infrastruktur für Gesundheitsförderung in Organisationen“.

Primärprävention

Für Primärprävention (PP1-PP3) gab der Bund – nur durch die Bundesministerien, vom FGÖ entfielen auf diesen Bereich keine Aufwendungen – im Jahr 2012 rund 37,1 Mio. Euro aus. Die Aktivitäten der Primärprävention gliedern sich in vier Maßnahmenbereiche:

- Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten (PP 1)
- Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen (PP 2)
- Verhütung übertragbarer Krankheiten (PP 3)
- Gesundheitsschutz (PP 4)¹⁰

Etwas mehr als die Hälfte der primärpräventiven Ausgaben entfiel auf die Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. auf Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheiten, etwas weniger als die Hälfte auf die Verhütung übertragbarer Krankheiten. Primärpräventive Ausgaben für die Vermeidung von Suchterkrankungen konnten von den Datenmeldern nur zum Teil eindeutig zugeordnet werden, ein Teil der Ausgaben für diesen Zweck findet sich in der Position „Sonstiges“ unter Sekundärprävention.

¹⁰

Der Maßnahmenbereich „Gesundheitsschutz“ ist nicht in den Gesamtausgaben enthalten.

Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten (PP1)

Die mit Abstand höchsten Ausgaben im Maßnahmenbereich PP1 wurden für die Themen „Ersatz- bzw. Entlastungspflege“ mit 9,6 Mio. Euro sowie „Arbeitsmedizin / BGF-Maßnahmen als Dienstgeber“ mit 9,2 Mio. Euro getätigt. In beide Themen zusammen flossen 95,8 Prozent der Ausgaben für Primärprävention 1 im Jahr 2012.

Die Maßnahmen im Bereich „Ersatz- bzw. Entlastungspflege“ entsprechen dabei laut § 21a BPGG Zuwendungen, die bei der Verhinderung der Erbringung von Pflege durch die Hauptbetreuungspersonen bzw. die Inanspruchnahme einer Ersatzpflegeperson entstehen.

Beispiele für Maßnahmen des Themenfelds „Arbeitsmedizin / BGF-Maßnahmen als Dienstgeber“ sind unter anderem Ernährungsberatung für die Mitarbeiter/innen, Gesundheitswochen, arbeitsmedizinische Betreuung und Bewegungsangebote für die Mitarbeiter/innen.

Das Themenfeld „Psychosoziale Gesundheit“ stand mit Ausgaben in Höhe von 0,6 Mio. Euro an dritter Stelle im Maßnahmenbereich PP1 (ein Beispiel dafür ist das Projekt zur Gewaltprävention „Weiße Feder“).

Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen (PP2)

Zur Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen wurden von den Bundesministerien im Jahr 2012 166.520 Euro ausgegeben. Diese Maßnahmen betreffen überwiegend die Fachstellen für Suchtprävention. Mögliche weitere primärpräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Suchterkrankungen finden sich wegen Abgrenzungsproblemen unter der Position „Sonstiges“ der Sekundärprävention.

Verhütung übertragbarer Krankheiten (PP3)

Den größten Ausgabenbereich im Maßnahmenfeld PP3 stellen mit 14,5 Mio. Euro die „Impfungen“ dar. Mit diesen Ausgaben wurden im Jahr 2012 das Kinder-Impfkonzept inklusive der Schulimpfungen sowie koordinierende Maßnahmen finanziert.

Einen weiteren größeren Ausgabenblock bildet das Thema „HIV / Hepatitis C“ mit 2,4 Mio. Euro. Diese wurden für die Förderung der AIDS-Hilfen sowie entsprechender Landesvereine eingesetzt. Zudem wurden 0,2 Mio. Euro für die „TBC-Vorsorge“ aufgewendet; in den Punkt „Sonstiges“ mit 0,3 Mio. Euro gehen vor allem Ausgaben für die Referenzzentralen (z. B. Listerien, Masern-Mumps-Röteln, Influenza) ein.

Gesundheitsschutz (PP4)

In den Gesundheitsschutz (PP4) flossen im Jahr 2012 28,3 Mio. Euro, wobei 65 Prozent davon für die Nahrungsmittel- und Trinkwasserkontrolle (z. B. Trinkwasserproben durch die AGES) aufgewendet wurden. Auf die Bereiche Hygiene, Arzneimittelkontrolle und Strahlenschutz entfielen jeweils 3,3 Prozent, 2,1 Prozent sowie 3,6 Prozent der Ausgaben. Unter den Punkt „Sonstiges“, welcher mit 7,3 Mio. Euro rund 26 Prozent der Ausgaben entspricht, fallen unter anderem Untersuchungen gemäß Tierseuchengesetz (TSG), Tiergesundheitsgesetz (TGG), Zulassungen bzw. Kontrollen gemäß Futtermittelgesetz (FMG) sowie das Monitoring gentechnisch veränderter Organismen (GVO-Monitoring).

Sekundärprävention

Für das Themenfeld „Früherkennung von bestehenden Erkrankungen“ (Sekundärprävention) wurden im Jahr 2012 insgesamt 69,7 Mio. Euro aufgewendet. Mit 52 Prozent (36,3 Mio. Euro) wurde rund die Hälfte davon für den „Mutter-Kind-Pass“ ausgegeben. An zweiter Stelle standen mit knapp 27 Prozent (18,6 Mio. Euro) Ausgaben für die schulärztlichen Untersuchungen.

Weitere größere sekundärpräventive Ausgaben entfielen auf Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen (rund 2,1 Mio. Euro für Projekt *fit2work*), Maßnahmen zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit (rund 1,6 Mio. Euro für präventive Hausbesuche), die Durchführung von Jugendlichen-Untersuchungen (rund 1,2 Mio. Euro) sowie das Neugeborenen-Screening an der Medizinischen Universität Wien (rund 0,8 Mio. Euro).

Für die Bereiche der Kleinkind-Untersuchungen, der Seh- und Hörtests und sonstiger Vorsorgeuntersuchungen sowie der Programme zur Gewichtsreduktion wurden von den Bundesministerien im Jahr 2012 keine Ausgaben gemeldet.

Unter dem Punkt „Sonstiges“ (rund 8,3 Mio. Euro) summieren sich unter anderem die Förderung von Einrichtungen/Beratungen für die Behandlung und Betreuung von Personen mit Suchtgiftmissbrauch nach § 16 SMG, die hinsichtlich der Zuordnung zu Sekundär- oder Tertiärprävention nicht abgrenzbar waren. Zudem sind hier auch Ausgaben für die Referenzzentralen der AGES laut Epidemiegesetz sowie die Untersuchungen gemäß dem Aidsgesetz enthalten.

Tertiärprävention

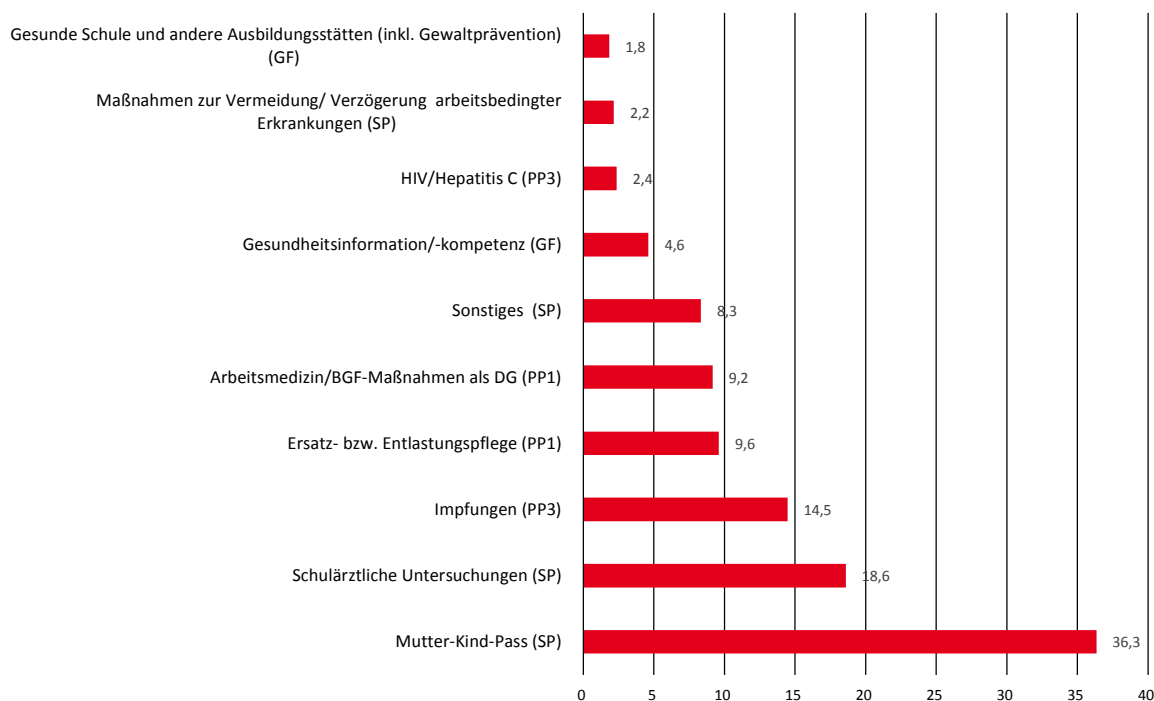
Für Tertiärprävention wurden von den Bundesministerien im Jahr 2012 nur Ausgaben in Höhe von 17.165 Euro gemeldet. Es sind jedoch in jenen Ausgaben, die in der Position „Sonstiges“ für Sekundärprävention erfasst sind (für Beratung, Behandlung und Betreuung von Personen mit Suchtgiftmissbrauch) auch solche enthalten, die der Tertiärprävention zuzurechnen wären. Wieviel genau auf Tertiärprävention entfällt, war jedoch nicht abgrenzbar.

5.1.2.3 Themen

Abbildung A3 zeigt ein Ranking der zehn ausgabenintensivsten Themen des Bundes (inkl. FGÖ) im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Insgesamt fanden sich unter den zehn ausgabenintensivsten Themen zwei zur Gesundheitsförderung, vier zur Primärprävention (jeweils 2 zu PP1 und PP3) sowie vier Themen zur Sekundärprävention.

Abbildung A3:

Top-10- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention des Bundes (inkl. FGÖ), 2012 (in Mio. Euro)



Sonstiges (SP) = Förderung von Einrichtungen/Beratungen für und Behandlung/Betreuung von Personen mit Suchtgiftmissbrauch nach § 16 SMG und Ausgaben für die Referenzzentralen lt. Epidemiegesetz, Untersuchungen gem. Aids-gesetz, Zoonosen-Richtlinie, Ringversuche, Stechmückenscreening.

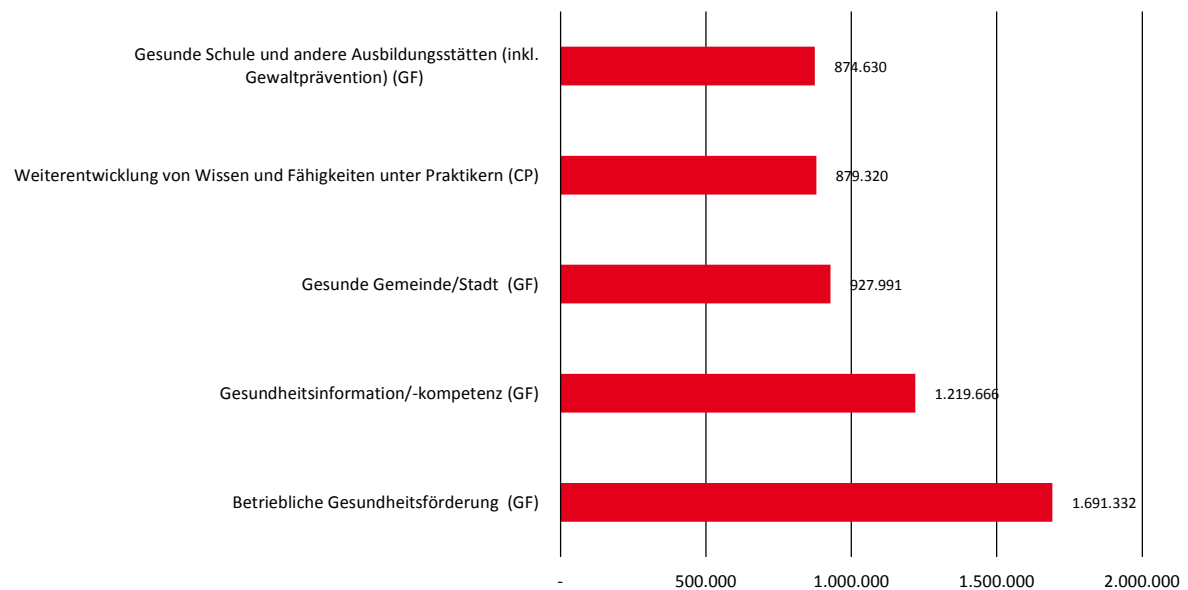
Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Der mit Abstand höchste Posten betrifft Aktivitäten der Sekundärprävention, und zwar Aufwendungen für Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes in Höhe von rund 36,3 Mio. Euro. An zweiter Stelle liegen die Ausgaben für schulärztliche Untersuchungen in der Höhe von 18,6 Mio. Euro, die ebenfalls der Sekundärprävention zugeordnet werden. Rang drei belegen die Ausgaben für Impfungen, die der Primärprävention (Verhütung übertragbarer Krankheiten) zugeordnet sind. Bereits in der Datenerhebung für das Jahr 2001 waren dies die drei größten Ausgabenposten des Bundes für Gesundheitsförderung und Prävention.

Abbildung A4 zeigt ein Ranking der fünf ausgabenintensivsten Themen des FGÖ im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Abbildung A4:

Top-5- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung des FGÖ, 2012 (in Euro absolut)



Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

5.1.3 Ausgabenentwicklung auf Bundesebene

Der Bund (inkl. FGÖ) gab im Jahr 2001 rund 78,3 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention aus. Im Jahr 2012 lagen die entsprechenden Ausgaben bei 117,29¹¹ Mio. Euro und verzeichnen damit einen Zuwachs von rund 50 Prozent. Diese Entwicklung ist etwas schwächer als die allgemeine Entwicklung der laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß OECD (vgl. Kapitel 1.3.4), die in diesem Zeitraum einen Zuwachs von 59,4 Prozent verzeichneten.

Eine Gegenüberstellung der GFPR-Ausgaben des Bundes der Jahre 2001 und 2012 findet sich in Tabelle A3.

¹¹

Die Ausgaben sind – für bessere Vergleichbarkeit – hier ohne Capacity Building angeführt, da dieser Leistungsbereich im Jahr 2001 nicht erhoben wurde.

Tabelle A3:

Entwicklung der Ausgaben der Bundesebene für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2001-2012

Interventionsebene	Ausgaben (in Euro)		Entwicklung (in Prozent)
	2001	2012	2001-2012
Gesundheitsförderung	6.925.906	10.483.562	51,4
Primärprävention gesamt	20.427.028	37.070.088	81,5
<i>davon:</i>			
Primärprävention 1	7.169.701	19.581.300	173,1
Primärprävention 2	2.162.318	166.520	-92,3
Primärprävention 3	11.095.009	17.322.268	56,1
Sekundärprävention	44.545.976	69.721.440	56,5
Tertiärprävention	6.432.615	17.165	-99,7
Gesamtsumme*	78.331.525	117.292.256	49,7

* Ohne Capacity Building, ohne PP4

Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Ein direkter Vergleich der Daten 2001 und 2012 auf Interventionsebene ist nur eingeschränkt zulässig, da vermutlich einige Positionen von den Datenmeldern 2012 anders zugeordnet wurden (vor allem Primärprävention 1 und 2). Der deutliche Anstieg bei Primärprävention 1 ist vor allem auf verstärkte Ausgaben der Ministerien für arbeitsmedizinische Maßnahmen nach dem Arbeitsschutzgesetz für ihre eigenen Dienstnehmer zurückzuführen. In dieser Kategorie sind auch betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen für eigene Bedienstete enthalten, diese waren oft nicht von arbeitsmedizinischen Maßnahmen abgrenzbar. Auch sind hier Zuwendungen für Ersatzpflege enthalten, die im Jahr 2001 nicht enthalten waren.

Bei der Sekundärprävention sind im Datenjahr 2012 Ausgaben für Information, Beratung und Unterstützung für Personen und Betriebe bei gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz (*fit2work*) neu dazugekommen.

Der Rückgang bei Tertiärprävention gegenüber 2001 erklärt sich zum einen dadurch, dass im Jahr 2001 hier Ausgaben für Kuraufenthalte für Kriegsoferverschonte enthalten waren, die vermutlich nun nicht mehr schlagend werden; zum anderen waren im Jahr 2001 hier Maßnahmen für ambulante oder stationäre Behandlung für Rechtsbrecher nach dem Suchtmittelgesetz enthalten (für Personen, die im Zusammenhang mit dem Suchtmittelbesetz verurteilt wurden und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Sozialversicherung hatten). Bei der Erhebung 2012 wurden diese Ausgaben von den Datenmeldern nicht beziffert und außerdem als Ausgaben für Behandlung und nicht für Rehabilitation klassifiziert.

5.2 Erhebungsergebnisse für die Bundesländer

Gegenstand des vorliegenden Kapitels ist die Erhebung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der Bundesländer für das Datenjahr 2012. Spezifika der Erhebungsmethodik (Punkt 5.2.1), die GFPR-Ausgaben der Bundesländer nach Interventionsebenen und Themenschwerpunkten (Punkt 5.2.2) sowie die Entwicklung der Ausgaben (Punkt 5.2.3) werden dargestellt.

Erhebungsergebnisse für den Bereich HiAP-Maßnahmen werden in Kapitel 4 dargestellt.

5.2.1 Methodik

5.2.1.1 Erhebung

Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben 2012 wurden mittels eines Fragebogens, der sich an den Erhebungsbögen für die Datenjahre 1996 und 2001 orientiert, erhoben (vgl. Kapitel 1.3). Gliederung und Umfang dieses Fragebogens wurden jedoch mit einer Expertengruppe, in die Vertreter/innen aller Erhebungsebenen eingeladen waren, entsprechend den aktuellen Entwicklungen überarbeitet. Beispiele für Maßnahmen auf Länderebene wurden für jeden Themenbereich ergänzt, um eine einheitliche Zuordnung zu den Themen zu unterstützen. Der Erhebungsbogen ist als Musterexemplar im Anhang B zu finden.

Ende September 2014 wurden die Erhebungsbögen per E-Mail an (nahezu) alle Landesrätinnen und Landesräte der Bundesländer ausgesandt, diese wurden um Weiterleitung in ihren Zuständigkeitsbereichen ersucht. Als Rücksendetermin war ursprünglich Mitte November 2014 vorgesehen, diese Frist wurde aber bis Mitte Jänner 2015 verlängert.

Zwischen Oktober 2014 und März 2015 wurden insgesamt 87 Fragebögen (inkl. Leermeldungen) retourniert. Von vier Bundesländern wurden die Erhebungsbögen gesammelt übermittelt (Burgenland: 1, OÖ: 25, Vorarlberg: 18, Wien: 7), von fünf Bundesländern wurden sie direkt von einzelnen Abteilungen der Ämter der Landesregierungen (Kärnten: 3, NÖ: 8, Salzburg: 5, Stmk.: 5, Tirol: 15) an die Gesundheit Österreich GmbH übermittelt.

Ab Anfang 2015 wurden die eingegangenen Meldungen hinsichtlich allfälliger Doppelmeldungen, passender Zuordnungen, fehlender Angaben und Überschneidungen/Übereinstimmungen mit anderen Trägern in einem arbeitsintensiven Prozess unter Einbindung der meldenden Institutionen abgeglichen. Im August 2015 wurden die vorläufigen Erhebungsergebnisse der Bundesländer an die Landesräte für Gesundheit zur Information übermittelt, eingelangte Nachmeldungen bzw. Änderungen wurden eingearbeitet.

5.2.1.2 Daten

Die Datengrundlage für die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention auf Länderebene bilden die Angaben der Ämter der Landesregierungen bzw. der weiteren Einrichtungen der Länder in den Erhebungsbögen.

Neben diesen Angaben für das Datenjahr 2012 wurden die GFPR-Ausgaben der Bundesgesundheitsagentur (BGA) aus Informationen der Koordinationsstelle für Vorsorgemittel sowie die Angaben der Statistik Austria über die Kurzzeitpflege (Statistik Austria 2015b) herangezogen. Die Mittel der BGA für Vorsorgeprogramme und Pilotprojekte zum Mammographie-Screening wurden entsprechend den Auszahlungen der BGA anteilig den Bundesländern zugeordnet.

Die Länder bedienen sich bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zum Teil diverser Institutionen und Vereine, andere Maßnahmen werden durch öffentliche Körperschaften direkt erbracht. Die Ausgabenmeldungen berücksichtigen den Personalaufwand für „Eigenleistungen“ aber nur zum Teil. Um den getätigten Aufwand der Bundesländer zu erheben, wurde daher ergänzend nach den Ausgaben für Landespersonal, das mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der Erhebung befasst ist, gefragt. Da (im Gegensatz zur vorigen Erhebung) im Jahr 2012 nur wenige Personalaufwendungen angegeben wurden und gleichzeitig angeführt wurde, dass der Personalaufwand bereits in den gemeldeten Ausgaben erfasst sei, wird von einer monetären Bewertung des zusätzlichen Personalaufwandes abgesehen.

Hinsichtlich der Vollständigkeit der Daten zu den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der Bundesländer ist festzuhalten, dass sich alle Bundesländer an der Erhebung beteiligten. Aufgrund der Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Aufgabengewichtung und dem Selbstverständnis der Institutionen kann nicht nachvollzogen werden, ob alle Ausgaben vollständig gemeldet wurden. Jedenfalls Lücken weisen die Daten auf Länderebene hinsichtlich der Ausgaben der Krankenanstalten auf: Nur von einem Krankenanstaltenträger wurden Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention gemeldet, diese waren zum überwiegenden Teil jedoch nicht monetär bewertbar (z. B. Hygienefachkräfte oder Betriebliche Gesundheitsförderung für die Bediensteten). Zum anderen wurden Ausgaben für Maßnahmen/Institutionen, die nur zu einem Teil der Gesundheitsförderung und Prävention dienen, nicht erfasst, wenn sie für die meldenden Institutionen nicht abzugrenzen waren (z. B. Ausgaben für Einrichtungen in der psychosozialen Versorgung, die zum Teil auch präventive Maßnahmen anbieten).

Im Bereich „Primärprävention 4 – Gesundheitsschutz“ ist davon auszugehen, dass die Datenmeldung der Länder nicht vollständig ist, aufgrund der wenig zuverlässigen Datenqualität in diesem Bereich werden die Gesamtausgaben ohne die Position „Gesundheitsschutz“ ausgewiesen. In Tabelle 5 sind die gemeldeten Ausgaben der Bundesländer in diesem Bereich jedoch angeführt.

Die dargestellten Ausgaben wurden um Einnahmen von Dritten (z. B. Zuzahlungen, Erlöse bei Tagungen) bereinigt.

Die Ausgaben Wiens (Doppelrolle als Land und Gemeinde) wurden zur Gänze bei den Bundesländerausgaben erfasst.

5.2.2 Ausgaben der Bundesländer

Insgesamt wurden von den Bundesländern im Jahr 2012 Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in der Höhe von 123,3 Mio. Euro gemeldet. Aufgrund von Lücken in der Meldung bzw. nicht monetär bewertbaren Angaben kann davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Ausgaben der Länder für Gesundheitsförderung und Prävention etwas höher sind.

Tabelle A4 gibt einen Überblick über die von den Bundesländern getätigten GFPR-Ausgaben.

Bei den genannten Präventionsausgaben handelt es sich um Ausgaben in den Kategorien Primärprävention PP1-PP3 (d. h. Förderung einer gesunden Lebensweise, Verhinderung von Krankheiten und Unfällen, Vermeidung der Entstehung von Suchtkrankheiten und Verhütung übertragbarer Krankheiten), Sekundärprävention und Tertiärprävention. Für den Gesundheitsschutz (PP4) wurden seitens der Bundesländer zusätzliche Ausgaben in der Höhe von 1,3 Mio. Euro gemeldet, diese sind wie erwähnt in den Gesamtausgaben (vgl. Tabelle A5) nicht berücksichtigt.

Tabelle A4:

Ausgaben der Bundesländer (inkl. Wien) für Gesundheitsförderung und Prävention, 2012

	Ausgaben (in Euro)	Pro-Kopf-Ausgaben (in Euro) ¹
Gesundheitsförderung (inkl. Capacity Building)	17.692.248	2,10
davon:		
<i>Gesundheitsförderung</i>	16.950.156	2,01
<i>Capacity Building</i>	742.092	0,09
Prävention (PP1,PP2, PP3, SP,TP)	105.568.475	12,53
davon:		
<i>Primärprävention 1</i>	16.316.934	1,94
<i>Primärprävention 2</i>	6.577.109	0,78
<i>Primärprävention 3</i>	13.800.930	1,64
<i>Sekundärprävention</i>	15.018.000	1,78
<i>Tertiärprävention</i>	53.855.503	6,39
Gesamt (ohne PP4)	123.260.723	14,63

1 = Statistik des Bevölkerungsstandes 2012

Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Die detaillierte Übersicht der Länder-Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention für das Jahr 2012 nach Interventionsebenen und Themen findet sich in Tabelle 5:.

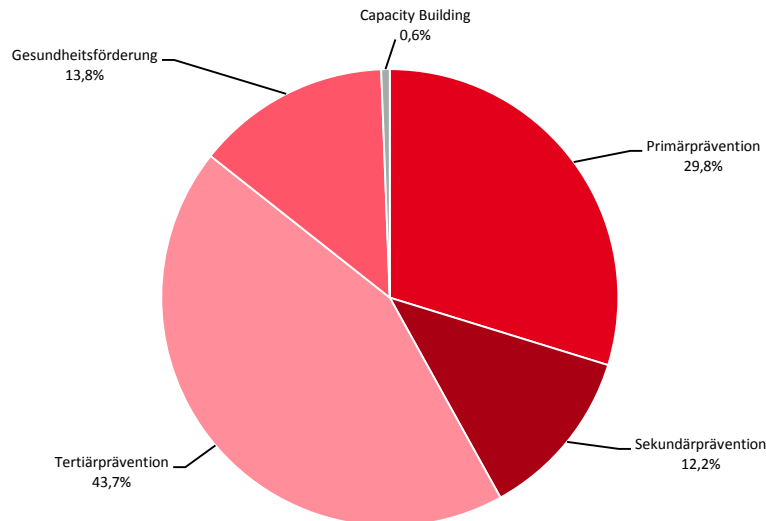
Personalaufwand

Zusätzlich wurde ein Personaleinsatz von rund 44 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) aus diversen Verwendungsgruppen für Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention gemeldet, der nicht eindeutig den Themen zuordenbar war. Für einen Teil dieses Personals (rund 16,5 VZÄ) wurden die Personalaufwendungen mit 1.110.326 Euro bewertet, für die restlichen 27,5 VZÄ wurde keine monetäre Bewertung vorgenommen. Diese Ausgaben sind nicht in obigen Daten enthalten.

5.2.2.1 Interventionsebenen

Abbildung A5 zeigt, wie sich die GFPR-Ausgaben der Bundesländer auf die Interventionsebenen verteilen. Aufgeschlüsselt nach Interventionsebenen wird sichtbar, dass 14,4 Prozent der von den Bundesländern gemeldeten Ausgaben für Gesundheitsförderung (inkl. Capacity Building) und 85,6 Prozent für Prävention ausgegeben wurden. Der größte Teil der Ausgaben fließt in den Bereich Tertiärprävention, gefolgt von Primärprävention und Gesundheitsförderung.

Abbildung A5:
Ausgaben der Bundesländer für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2012 (in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Gesundheitsförderung

Die Bundesländer gaben im Jahr 2012 rund 17,0 Mio. Euro für Gesundheitsförderung aus.

Knapp ein Drittel (32,8 %) der Ausgaben (5,6 Mio. Euro) für Gesundheitsförderung wurden von den Bundesländern für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting (Gesunde Gemeinde / Stadt) ausgegeben. Die Maßnahmen in diesem Setting sind sowohl thematisch als auch hinsichtlich der Zielgruppen breit gefächert. Häufige Maßnahmen sind Informationsveranstaltungen, Vorträge und Workshops zu Gesundheitsthemen wie Bewegung, Ernährung und gesundes Altern (Senioren-gesundheit). Unter der Position Gesundheitsförderung im kommunalen Setting (Gesunde Gemeinde / Stadt) sind aber auch Ausgaben für gesundheitsfördernde Maßnahmen der Frauen- und Männergesundheitszentren subsumiert.

Rund die Hälfte der Ausgaben in dem Setting „Gesunde Gemeinde/Stadt“ wird von Wien getätigt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Wien eine Doppelrolle als Land und Gesunde Stadt (Gemeinde) einnimmt, die Ausgaben jedoch zur Gänze bei den Bundesländerausgaben erfasst werden.

Der zweitgrößte Block von rund 15,7 Prozent der Ausgaben für Gesundheitsförderung bzw. 2,7 Mio. Euro entfällt auf den Themenbereich „Gesunde Schule und andere Ausbildungsstätten“. Auch hier sind Bewegung und Ernährung die häufigsten explizit genannten Themen, die aus verschiedenen Perspektiven gestaltet bzw. thematisiert werden (z. B. Gesunde Küche, Schulbuffet, Schulobst, zielgruppenspezifische Ernährungsaufklärung etc.).

Mit 2,5 Mio. Euro bzw. 15 Prozent der Gesundheitsförderungsausgaben liegt der Themenbereich „Gesundheitsinformation/-kompetenz“ nahezu gleichauf. Zu den konkreten Inhalten dieser Maßnahmen wurde wenig bekanntgegeben (z. B. allgemeine Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz oder Informationsveranstaltungen und Broschüren zu verschiedenen Themen). Ein häufig explizit genanntes Thema in dieser Kategorie ist jedoch die Informationsvermittlung und Kompetenzstärkung zu den Themen sexuelle Gesundheit, Frauen- und Männergesundheit.

Capacity Building

Im Bereich Capacity Building (im Sinne der Erhebung) wurden seitens der Bundesländer Ausgaben von 742.092 Euro gemeldet. Für Maßnahmen zur Ausweitung der Unterstützung sowie der Infrastruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in Organisationen wurden 343.479 Euro (für diverse Projekte) ausgegeben, in die Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten unter Praktikern (z. B. Fortbildungen, Seminare in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention) wurden 279.691 Euro investiert. Zwei Bundesländer meldeten Ausgaben für Gesundheitsfolgenabschätzung in geringem Umfang (71.633 Euro), die restlichen Ausgaben entfallen auf die Kategorie „Sonstige / Capacity Building“ (z. B. Weiterentwicklung und Qualitätssicherung praxisorientierter Schulungen zu GFPR).

Primärprävention

Für Primärprävention (PP1-PP3) wurden von den Bundesländern im Jahr 2012 36,7 Mio. Euro ausgegeben. Die Aktivitäten der Primärprävention gliedern sich in vier Maßnahmenbereiche:

- Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten (PP 1)
- Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen (PP 2)
- Verhütung übertragbarer Krankheiten (PP 3)
- Gesundheitsschutz (PP 4)¹²

Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten und Unfällen (PP1)

Neun Prozent der primärpräventiven Ausgaben – das sind 3,3 Mio. Euro – werden für Zahngesundheit ausgegeben, wobei hier vor allem Kariesprophylaxe-Programme in Kindergärten und (Volks-)Schulen genannt wurden. Der überwiegende Teil dieser Maßnahmen wird in Kooperation mit den Sozialversicherungen finanziert.

Ein weiterer großer primärpräventiver Ausgabeposten ist mit 8,6 Prozent der Ausgaben für Primärprävention bzw. 3,1 Mio. Euro die Gesundheit von Eltern und Kind. Zu diesem Thema wurden u. a. Leistungen der Eltern-Kind-Zentren und der Mutterberatung, Stillberatung sowie Information und Beratung rund um das Thema SIDS (plötzlicher Kindstod) gemeldet. Anzumerken ist, dass im Bereich der Eltern-/Mutterberatung z. T. auch Ausgaben für soziale Zwecke enthalten sind, die nicht abgrenzbar waren.

2,3 Mio. Euro bzw. 6,3 Prozent der Ausgaben für Primärprävention wurden für Arbeitsmedizin bzw. BGF-Maßnahmen als Dienstgeber aufgewendet, wobei der überwiegende Teil dieser Mittel für Maßnahmen der Arbeitsmedizin und für Sicherheitsfachkräfte eingesetzt wurde.

Vermeidung der Entstehung von Suchtkrankheiten (PP2)

17,9 Prozent der Mittel (6,6 Mio. Euro) für Primärprävention flossen in Maßnahmen zur Vermeidung von Suchtkrankheiten (PP2). In dieser Position sind u. a. die Ausgaben für die *Fachstellen für Suchtprävention* enthalten, aber auch jene für Suchtberatungsstellen und Projekte der Suchtprävention in Kindergärten, im schulischen Bereich und in der außerschulischen Jugendarbeit. Weitere Projekte zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen wurden zum Teil auch als Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten und Schule erfasst.

¹²

Der Maßnahmenbereich „Gesundheitsschutz“ ist nicht in den Gesamtausgaben enthalten.

Verhütung übertragbarer Krankheiten (PP3)

Der größte Anteil – 31,1 Prozent bzw. 11,4 Mio. Euro – der primärpräventiven Ausgaben der Bundesländer werden für Impfungen aufgewendet, vor allem für Impfungen im Rahmen des Kinder-Impfkonzpts. Bei diesem erfolgt die Finanzierung der Impfstoffe (Seren) zu einem Sechstel durch die Bundesländer, zusätzlich tragen sie die Kosten für die Distribution der Impfstoffe und sind für die Organisation der Impfungen zuständig (einschließlich Finanzierung der Honorare der Ärztinnen und Ärzte) (Antony et al. 2013). Darüber hinaus gibt es weitere Impfkonzpte der Länder. Die für kostenpflichtige Impfungen angeführten Einnahmen sind bei dieser Position in Abzug gebracht.

Mit Ausnahme des Themas „Arbeitsmedizin und Betriebliche Gesundheitsförderung“ zählen alle hier angeführten Themenfelder der Primärprävention auch zu den Top-10-Themen der Bundesländer. (siehe 5.1.2.3)

Gesundheitsschutz (PP4)

Wie ausgeführt wurden Maßnahmen zum Gesundheitsschutz PP4 nur von einzelnen Bundesländern gemeldet, die betragsmäßig größten Ausgaben wurden hier für den Katastrophenschutz gemeldet, gefolgt von Ausgaben für die Lebensmittelaufsicht, Gewässer- und Badewasseruntersuchungen sowie den Strahlenschutz.

Sekundärprävention

Die Bundesländer gaben im Jahr 2012 15,0 Mio. Euro für Sekundärprävention aus.

Zum Themenfeld „Schulärztliche Untersuchungen“ wurden 4,1 Mio. Euro für Untersuchungen an Pflichtschulen und weiterführenden Schulen ausgegeben. Das entspricht 27,3 Prozent der Ausgaben der Bundesländer für Sekundärprävention. Seitens der Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Steiermark wurden hier keine Ausgaben gemeldet. Die gemeldeten Ausgaben beinhalten überwiegend Personalkosten und zu einem geringen Teil Sachmittel (z. B. Wartung von Untersuchungsgeräten). Zum Teil sind auch Ausgaben für Seh- und Hörtests enthalten.

Der zweitgrößte Ausgabenposten der Länder im Bereich Sekundärprävention mit 3,4 Mio. Euro bzw. 22,4 Prozent gelten dem Mutter-Kind-Pass. Diese Ausgaben kommen großteils durch den Mutter-Kind-Zuschuss des Landes Oberösterreich zustande, der für Kinder, die alle Untersuchungen und Impfungen gemäß Mutter-Kind-Pass bzw. öffentlichem Impfplan absolviert haben, ausbezahlt wird (monetärer Anreiz).

Sonstige Vorsorgeuntersuchungen bilden mit 13,4 Prozent den drittgrößten Posten der sekundärpräventiven Ausgaben der Bundesländer. 2,0 Mio. Euro wurden im Jahr 2012 von der Stadt Wien für Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene ausgegeben.

Für Seh- und Hörtests – vor allem in Kindergärten und Schulen – wurden von den Bundesländern 1,2 Mio. Euro ausgegeben, damit liegen Seh- und Hörtests mit 8,2 Prozent auf Platz vier der sekundärpräventiven Ausgaben der Bundesländer.

Tertiärprävention

Im Bereich der Tertiärprävention wurden seitens der Bundesländer beträchtliche Ausgabenpositionen gemeldet. 33,5 Mio. Euro wurden unter der Kategorie „Tertiärprävention/Sonstiges“ zusammengefasst, das sind 62,2 Prozent der Ausgaben der Bundesländer für Tertiärprävention und die größte Position der GFPR-Ausgaben der Bundesländer. Den überwiegenden Teil dieser Ausgaben stellen Maßnahmen der Frühförderung, aber auch psychosoziale Angebote (z. B. niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen für psychisch Kranke oder Einrichtungen für traumatisierte Personen) sowie einzelne Maßnahmen (z. B. Demenzberatungsstellen) dar.

Die zweitgrößte Ausgabenposition mit 21,5 Prozent der Ausgaben für Tertiärprävention der Bundesländer bildet die medizinische Rehabilitation, wobei die Ausgaben von einem einzigen Bundesland (Vorarlberg) vor allem für ambulante und tagesklinische neurologische Rehabilitationsangebote getätigt wurden.

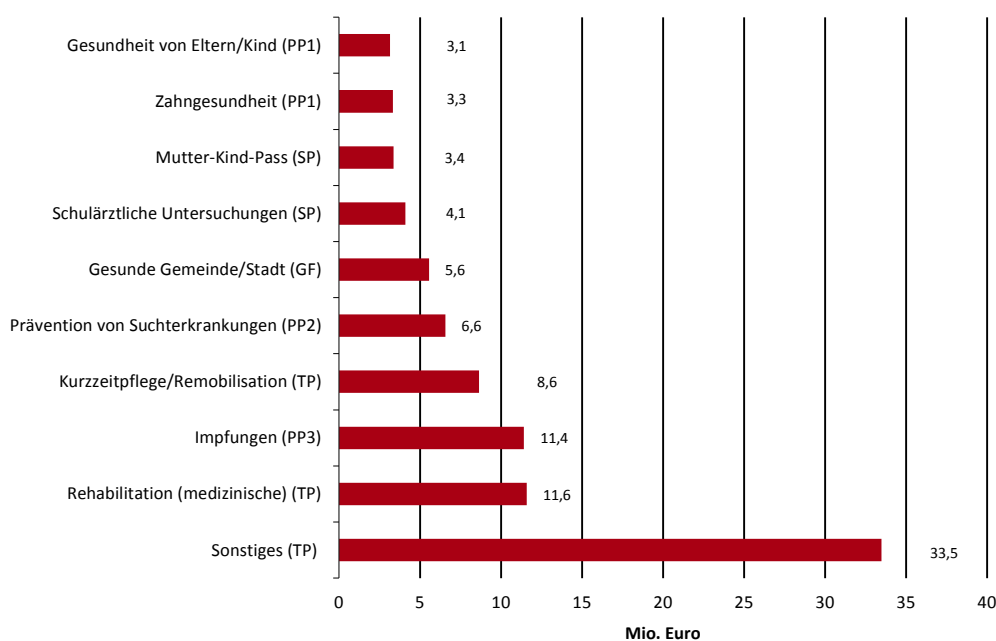
Das dritte bedeutende Themenfeld sind mit 16 Prozent der Ausgaben der Bundesländer für Tertiärprävention die Ausgaben für Kurzzeitpflege, wobei hier neben den Ausgaben für Kurzzeit-/Übergangspflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zum Teil auch Leistungen für Ersatzpflege (z. B. „Urlaubspflege“) enthalten sind.

5.2.2.2 Themen

Abbildung A6 zeigt jene 10 Themenbereiche der Gesundheitsförderung und Prävention, in welchen im Jahr 2012 von den Bundesländern die höchsten Ausgaben getätigt wurden.

Abbildung A6:

Top-10- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der Bundesländer, 2012 (in Mio. Euro)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Knapp drei Viertel der Ausgaben der Bundesländer für Gesundheitsförderung und Prävention entfällt auf diese TOP 10. Ein Großteil der Maßnahmen wurde bereits unter Punkt 5.2.2.1 beschrieben.

Der verhältnismäßig größte Anteil der GFPR-Ausgaben der Bundesländer (27,2 Prozent) entfällt auf die Kategorie Tertiärprävention/Sonstiges. Die zweitgrößte Ausgabenposition bildet mit 9,4 Prozent die medizinische Rehabilitation, wobei diese Ausgaben von einem einzelnen Bundesland (V) getätigt werden.

Einen wesentlichen primärpräventiven Schwerpunkt der Bundesländer bilden mit 9,3 Prozent der GFPR-Ausgaben der Länder die Impfungen, die vor allem im Rahmen des Kinder-Impfkongzeptes getätigt werden.

Die Maßnahmen für Kurzzeitpflege (Tertiärprävention) belegen mit 7,0 Prozent der GFPR-Ausgaben der Bundesländer Rang vier (siehe 5.1.2.2).

Die Prävention von Suchtkrankheiten liegt auf Platz fünf (5,3 Prozent) der GFPR-Ausgaben der Bundesländer. Neben den Ausgaben für die *Fachstellen für Suchtprävention* sind darin Ausgaben für Suchtberatungsstellen und weitere Projekte enthalten.

Rang sechs unter den TOP 10 belegen mit 4,5 Prozent der GFPR-Ausgaben der Länder die Ausgaben für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting (Gesunde Gemeinde / Stadt). Knapp mehr als die Hälfte dieser Ausgaben werden von der Stadt Wien (Doppelrolle Land und Gemeinde) für eine Vielzahl an Maßnahmen auf den Ebenen „Grätzel“–Bezirk–Stadt sowie für Maßnahmen der Frauen- und Männergesundheitszentren getätigt.

3,3 Prozent der GFPR-Ausgaben der Bundesländer sind den schulärztlichen Untersuchungen zuzuordnen, weitere 2,7 Prozent fallen jeweils in den Kategorien „Sekundärprävention/Mutter-Kind-Pass“ und „Zahngesundheit“ an. Primärprävention für Eltern und Kind belegt mit 2,6 Prozent Rang 10 unter den TOP 10 der GFPR-Ausgaben der Bundesländer.

5.2.3 Ausgabenentwicklung auf Länderebene

Die Bundesländer gaben im Jahr 2001 50,6 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention aus. Im Jahr 2012 lagen die entsprechenden Ausgaben bei 122,5¹³ Mio. und stellen damit einen Zuwachs von 142,3 Prozent dar. Im Vergleichszeitraum verzeichneten die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß OECD (vgl. Kapitel 1.3.4) einen Zuwachs von 59,4 Prozent.

13

Ausgaben sind – für bessere Vergleichbarkeit – hier ohne Capacity Building angeführt, da dieser Leistungsbereich im Jahr 2001 nicht erhoben wurde.

Tabelle A5:

Entwicklung der Ausgaben der Bundesländer für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2001-2012

Interventionsebene	Ausgaben (in Euro)		Entwicklung (in Prozent)
	2001	2012	2001-2012
Gesundheitsförderung	2.372.330	16.950.156	614,49
Primärprävention gesamt	27.319.153	36.694.972	34,32
davon:			
<i>Primärprävention 1</i>	9.447.238	16.316.934	72,72
<i>Primärprävention 2</i>	5.738.247	6.577.109	14,62
<i>Primärprävention 3</i>	12.133.668	13.800.930	13,74
Sekundärprävention	10.805.800	15.018.000	38,98
Tertiärprävention	10.073.329	53.855.503	434,63
Gesamtsumme¹	50.570.612	122.518.631	142,27

1 = ohne Capacity Building

Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Ein Vergleich der Daten nach Interventionsebene ist nur eingeschränkt zulässig, da es zwischen den Bereichen zu Verschiebungen durch die Neu-Orientierung der Themen an der Gesundheitsförderungsstrategie und der Überarbeitung der Themenbereiche im Bereich Prävention kam.

Der Ausgabenzuwachs um nominell 43,7 Mio. Euro bzw. um mehr als 400 Prozent im Bereich Tertiärprävention zeichnet für diesen Anstieg hauptverantwortlich. Einerseits wurden im Jahr 2001 Leistungen der Frühförderung von Kindern nur von Wien gemeldet, außerdem waren die ambulanten und tagesklinischen neurologischen Rehabilitationsangebote (Vorarlberg) noch deutlich geringer; die Maßnahmen der Kurzzeit-/Übergangspflege waren in der Erhebung 2001 noch gar nicht inkludiert. Andererseits werden Maßnahmen der Selbsthilfe und Patienteninformation in der aktuellen Erhebung z. T. anderen Bereichen zugeordnet. Insofern sind die Zahlen nur bedingt vergleichbar.

Mit einem nominellen Ausgabenzuwachs von 14,6 Mio. Euro sind die gemeldeten Ausgaben für Gesundheitsförderung der Bundesländer um über 600 Prozent gestiegen. Ein deutlicher Ausgabenanstieg in diesem Bereich entspricht der gesamtgesellschaftlich gestiegenen Bedeutung von Gesundheitsförderung in den letzten Jahren, der sich auch in den Strukturen für Gesundheitsförderung niedergeschlagen hat (z. B. Gründung der Wiener Gesundheitsförderung – WiG). Bedeutende Zuwächse sind in nahezu allen Themenbereichen zu verzeichnen. Auch fließen die eigens für Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme gewidmeten Vorsorgemittel der BGA in der Höhe von jährlich max. 3,5 Mio. Euro (davon zwei Fünftel Länderanteil) im Jahr 2012 überwiegend in die Gesundheitsförderung.

Die Ausgaben für Primärprävention sind im Vergleichszeitraum um 9,4 Mio. Euro bzw. um 34,3 Prozent angestiegen, wobei der Ausgabenzuwachs größtenteils den Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Lebensweise und Verhinderung von Krankheiten (PP1) zuzurechnen ist. Hingegen fallen die Ausgabenzuwächse in den Bereichen „Vermeidung der Entstehung von Suchtkrankheiten“ (PP2) mit 0,8 Mio. Euro bzw. 14,6 Prozent und „Verhütung übertragbarer Krankheiten“ (PP3) mit 1,7 Mio. Euro bzw. 13,7 Prozent vergleichsweise gering aus.

Die Ausgaben für Sekundärprävention zeigen einen Zuwachs von knapp 39 Prozent bzw. 4,2 Mio. Euro vom Jahr 2001 auf 2012. Hervorzuheben ist hier der Mutter-Kind-Zuschuss des Landes Oberös-

terreichs, der für Kinder, die ab dem 1. 1. 2000 geboren sind, in zwei Teilen (bei Vollendung des zweiten und vierten bzw. fünften Lebensjahrs) ausbezahlt wird. Für das Jahr 2001 fielen für diese Maßnahme noch keine Ausgaben an.

5.3 Erhebungsergebnisse für *Gesunde Städte* und Gemeinden

5.3.1 Methodik

5.3.1.1 Erhebung

Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben 2012 wurden mittels Fragebogen erhoben. Die Erhebungsbögen orientieren sich an jenen der Erhebung für die Datenjahre 1996 und 2001, wurden jedoch mit einer Expertengruppe in die Vertreter aller Erhebungsebenen eingeladen waren, entsprechend aktuellen Entwicklungen überarbeitet.

Für die Erhebung in den Gemeinden wurde für die *Gesunden Städte* und die sonstigen Gemeinden eine unterschiedliche Methodik gewählt. Für die *Gesunden Städte* (ohne Wien) wurde eine Vollerhebung geplant, für die anderen Gemeinden wurde eine Stichprobenerhebung (mit anschließender Hochrechnung) durchgeführt. Eine Unterteilung nach *Gesunden Gemeinden* und sonstigen Gemeinden erfolgte nicht, da die Anzahl der *Gesunden Gemeinden* (im Gegensatz zu den *Gesunden Städten*) groß genug ist, um durch die Stichprobe repräsentiert zu werden.

Gesunde Städte

Die standardisierten Erhebungsbögen wurden Anfang Oktober 2014 an alle Bürgermeister/innen und Gesunde-Städte-Koordinatoren/-Koordinatorinnen ausgesandt. Als Rücksendeschluss war ursprünglich Mitte November 2014 vorgesehen, diese Frist wurde aber bis Mitte Jänner 2015 verlängert. Da auch zu diesem Zeitpunkt erst sieben Fragebögen retourniert waren, wurde in einem ersten Schritt ein Reminder mit Frist Ende Jänner 2015 an alle *Gesunden Städte*, die noch nicht geantwortet hatten, per Mail ausgesickt. Im Februar und März 2015 wurden alle jene *Gesunden Städte*, die noch nicht geantwortet hatten, telefonisch kontaktiert. Insgesamt retournierten letztlich nur 14 *Gesunde Städte* den ausgefüllten Erhebungsbogen. Dies entspricht einem Rücklauf von 56 Prozent. Als Grund für die Nicht-Beantwortung des Erhebungsbogens wurde von einigen *Gesunden Städten* Mangel an personellen Ressourcen angegeben. Da nicht alle *Gesunden Städten* den Fragebogen retournierten, musste – anders als ursprünglich geplant – eine Hochrechnung durchgeführt werden.

Gemeinden

Als Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung aus den Gemeinden wurde die Gemeindeliste des Erhebungsjahrs 2012 der Statistik Austria herangezogen. Da für die *Gesunden Städte* eine Vollerhebung durchgeführt wurde, wurde für die Stichprobenziehung nur die Listen jener Gemeinden, die keine *Gesunden Städte* sind, herangezogen – das sind 2.277 Gemeinden.

Die Quantile der Bevölkerung der Gemeinden in der Grundgesamtheit verteilen sich wie folgt: In 25 Prozent der Gemeinden leben weniger als 1.008 Einwohner/innen (= unterhalb des 1. Quantils), das zweite Quantil liegt bei 1.610 Einwohnern/Einwohnerinnen (EW), das dritte Quantil bei 2.663 EW und das vierte Quantil bei 45.930 EW. Aus der Liste der Gemeinden wurde eine Zufallsstichprobe von 20 Prozent der Gemeinden gezogen ($n = 456$). In dieser Zufallsstichprobe waren 110 Gemeinden kleiner als das erste Quantil, 127 Gemeinden lagen zwischen erstem und zweitem, 107 zwischen zweitem und drittem und 112 Gemeinden zwischen drittem und viertem Quantil.

An alle Bürgermeister/innen der Gemeinden der Stichprobe wurde Anfang Oktober 2014 der Erhebungsbogen per Mail ausgesandt. Als Rücksendeschluss war ursprünglich Mitte November vorgesehen, dieser Termin wurde auf Mitte Jänner 2015 verschoben. Da auch zu diesem Zeitpunkt erst 96 Fragebögen retourniert waren, wurde zuerst per Mail ein Reminder an alle Gemeinden, die noch nicht geantwortet hatten, mit Frist Ende Jänner 2015 ausgeschickt, im Februar und März 2015 wurde versucht, alle jene Gemeinden, die noch nicht geantwortet hatten, telefonisch zu kontaktieren. Insgesamt retournierten letztlich 180 Gemeinden den ausgefüllten Erhebungsbogen. Dies entspricht einem Rücklauf von 39,5 Prozent der Stichprobe.

Auf Grundlage dieser Daten wurde eine Hochrechnung durchgeführt.

5.3.1.2 Daten

Die Datengrundlage für die Darstellung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention auf Gemeinde-Ebene bilden die Angaben der *Gesunden Städte* und der sonstigen Gemeinden in den Erhebungsbögen.

Die Daten wurden hinsichtlich allfälliger Doppelmeldungen und der inhaltlichen Zuordnung geprüft und bei Unsicherheiten mit den meldenden Institutionen abgestimmt.

Ziel der Erhebung war, möglichst vollständige Daten zu den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der öffentlichen Träger zu erhalten. Ausgaben für Maßnahmen/Institutionen, die nicht mehrheitlich für Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendet wurden, wurden nicht erfasst, wenn der GFPR-Anteil nicht mit einem vertretbaren Aufwand für die meldenden Institutionen abzugrenzen war.

5.3.2 Ausgaben der *Gesunden Städte* und Gemeinden

5.3.2.1 Übersicht

Insgesamt wurden von den Gemeinden (*Gesunden Städten* und sonstigen Gemeinden ohne Wien) im Jahr 2012 Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in der Höhe von 18,4 Mio. Euro gemeldet. Aufgrund von Meldungslücken bzw. nicht monetär bewertbaren Angaben kann davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Ausgaben der Gemeinden für Gesundheitsförderung und Prävention höher sind.

Tabelle A6:

Ausgaben der Gemeinden (ohne Wien) für Gesundheitsförderung und Prävention, 2012

	Ausgaben (in Euro)	Pro-Kopf-Ausgaben (in Euro)
Gesundheitsförderung (inkl. Capacity Building)	5.098.408	0,75
davon:		
<i>Gesunde Städte</i>	2.030.546	1,58
<i>Sonstige Gemeinden</i>	3.067.862	0,56
Prävention (PP1,PP2, PP3, SP,TP)	13.300.051	1,96
davon:		
<i>Gesunde Städte</i>	6.092.165	4,73
<i>Sonstige Gemeinden</i>	7.207.887	1,32
Gesamt (ohne PP4)	18.398.459	2,72
davon:		
<i>Gesunde Städte</i>	8.122.711	6,31
<i>Sonstige Gemeinden</i>	10.275.748	1,88

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Wie aus Tabelle A6 ersichtlich ist, wurden 2012 rund 40 Prozent (8,1 Mio. Euro) der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention durch die Mitglieder des *Gesunde-Städte*-Netzwerks getätigt. Die Pro-Kopf-Ausgaben sind im Durchschnitt in den *Gesunden Städten* rund dreimal so hoch wie in den sonstigen Gemeinden (6,31 vs. 1,88 Euro), durchschnittlich über alle Gemeinden werden pro Kopf 2,72 Euro ausgegeben.

Personalaufwand

Zusätzlich wurde ein Personaleinsatz von (hochgerechnet) 46 Vollzeitäquivalenten (31 bei den *Gesunden Städten* und 15 bei den sonstigen Gemeinden) für Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention gemeldet, der nicht eindeutig den Themen zuordenbar bzw. monetär bewertbar war.

Exkurs „Gesunde-Städte-Netzwerk“

Das Netzwerk wurde im September 1992 als politischer Ausschuss des Österreichischen Städtebundes eingerichtet. Voraussetzung für die Mitgliedschaft im Netzwerk ist die politische Willenserklärung einer interessierten Stadt – in der Regel ein Gemeinderatsbeschluss – in dem die Grundsätze der Ottawa-Charta der WHO sowie die Zielsetzungen des Netzwerks als kommunalpolitische Leitlinie akzeptiert werden. Weiters ist die aktive Teilnahme am Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den *Gesunden Städten* sowie die Teilnahme an Gemeinschaftsaktionen und -programmen Voraussetzung für eine Mitgliedschaft.

Die Ziele des Netzwerkes sind:

- Pflege von Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den "Gesunden Städten Österreichs",
- Kontaktpflege zu anderen Netzwerken und "Gesunden Städten",
- Beratung und Hilfestellung bei der Durchführung von Gesunde-Städte-Vorhaben,
- Vorbereitung, Planung und Durchführung von Veranstaltungen, Tagungen und Aktionen,
- Betreuung der Ausschusstätigkeit und Kooperation mit dem *Österreichischen Städtebund*,
- Nationale und internationale Kontaktpflege zu Institutionen und Initiativen, die sich mit Gesundheitsförderung beschäftigen,
- Information der Medien über die Arbeit des Netzwerks. (Städtebund 2015)

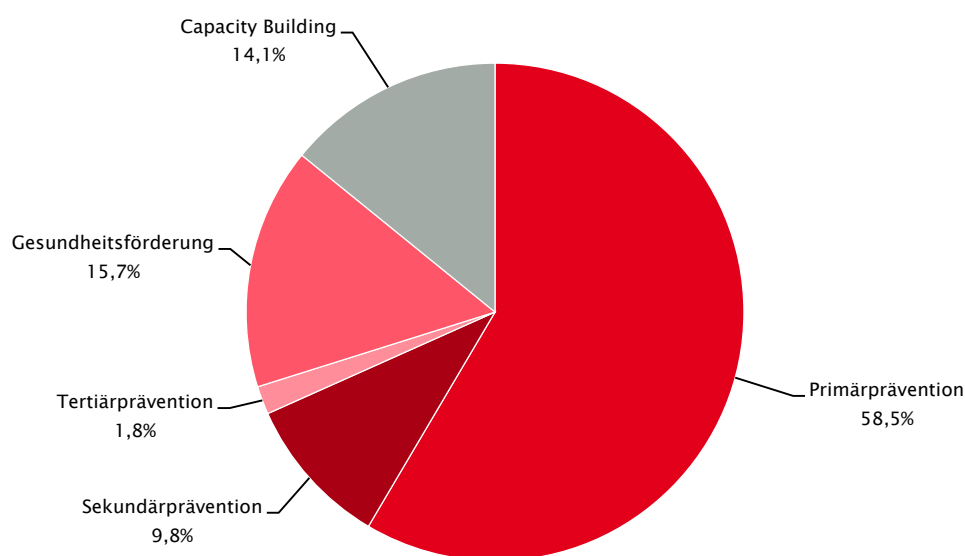
Im Jahr 2012 waren 25 Städte Mitglieder in diesem Netzwerk, darunter alle Landeshauptstädte. Insgesamt lebten im Jahr 2012 ca. 2,8 Millionen Menschen in Österreich in einer *Gesunden Stadt* (Daten ohne Wien).

5.3.2.2 Interventionsebenen

Betrachtet man die Ausgaben der Gemeinden für Gesundheitsförderung und Prävention aufgeschlüsselt nach Interventionsebenen, zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Mittel für Primärprävention (58,5 %) aufgewendet werden. 15,7 Prozent werden für Gesundheitsförderung ausgegeben. Der mit Abstand geringste Anteil entfällt mit knapp 1,8 Prozent (0,9 Mio. Euro) auf Tertiärprävention.

Abbildung A7:

Ausgaben der Gemeinden und *Gesunden Städte* für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2012 (in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

An den GFPR-Ausgaben der *Gesunden Städte* nimmt Primärprävention einen Anteil von 50,9 Prozent, Gesundheitsförderung 24,5 Prozent, Sekundärprävention 15,3 Prozent, Tertiärprävention 8,8 Prozent und Capacity Building 0,6 Prozent ein.

In Tabelle A7 ist die Verteilung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention detailliert – unterteilt nach Themen – aufgelistet.

Tabelle A7:
GFPR-Ausgaben der Gemeinden nach Interventionsebenen und Themen, 2012

Themengruppe (Interventionsebene) / Themen	Ausgaben (in €) Gemeinden und Ge- sunde Städte ¹	davon:	
		Gesunde Städte ¹	Gemeinden
Gestaltung der Lebenswelt von Bevölkerungsgruppen (Gesundheitsförderung)			
Familie / häusliches Umfeld (GF)	371.257	62.462	308.795
Gesunder Kindergarten und Gesunde Kinderkrippe	118.417	96.438	21.979
Gesunde Schule und andere Ausbildungsstätten (inkl. Gewaltprävention) (GF)	632.503	244.504	387.999
Betriebliche Gesundheitsförderung	43.029	12.753	30.276
Gesunde Gemeinde/Stadt (GF)	560.626	108.426	452.200
Freizeit- und Konsumwelten	125.930	71.458	54.472
Öffentliche Einrichtungen (GF)	913.365	896.005	17.359
Gesundheitsinformation/-kompetenz	319.040	314.543	4.497
Beteiligungsmöglichkeiten und Selbsthilfe	148.763	137.802	10.960
Sonstiges GF	366.527	40.671	325.856
Summe Gesundheitsförderung	3.599.456	1.985.062	1.614.393
Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten (Primärprävention 1)			
Zahngesundheit	322.734	109.814	212.920
Gesundheit von Eltern/Kind (PP1)	1.415.678	159.713	1.255.966
Psychosoziale Gesundheit	181.813	91.985	89.827
Unfallprävention (Freizeit/Haushalt)	4.551	3.278	1.273
Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen	71.929	-	71.929
Arbeitsmedizin/BGF-Maßnahmen als DG	1.334.467	881.126	453.341
Ernährung und Bewegung	4.508.405	1.357.340	3.151.064
Ersatz bzw. Entlastungspflege	-	-	-
Sonstiges PP1	680.910	-	680.910
Summe PP1	8.520.487	2.603.256	5.917.231
Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen (Primärprävention 2)			
Summe PP2	149.471	149.471	-
Verhütung übertragbarer Krankheiten (Primärprävention 3)			
Impfungen	457.719	395.812	61.908
TBC-Vorsorge (PP3)	514.965	514.965	-
HIV / Hepatitis C	102.887	100.828	2.060
Sonstiges PP3	401.377	372.140	29.237
Summe PP3	1.476.948	1.383.744	93.204
Gesundheitsschutz (Primärprävention 4)			
Hygiene	953.139	892.095	61.044
Arzneimittelkontrolle	10.910	6.556	4.355
Strahlenschutz	223	223	-
Nahrungsmittel- und Trinkwasserkontrolle	1.084.300	378.132	706.168

Themengruppe (Interventionsebene) / Themen	Ausgaben (in €) Gemeinden und Ge- sunde Städte ¹	davon:	
		Gesunde Städte ¹	Gemeinden
Sonstiges PP4	715.599	692.305	23.294
Summe PP4	2.764.172	1.969.312	794.860
Summe Primärprävention PP1-PP3	10.146.906	4.136.472	6.010.435
Summe Primärprävention PP1-PP4	12.911.078	6.105.784	6.805.295
Früherkennung von bestehenden Erkrankungen (Sekundärprävention)			
Mutter-Kind-Pass	3.933	3.933	-
Neugeborenen-Screening	787	787	-
Kleinkind-Untersuchungen	59.469	42.219	17.250
Schulärztliche Untersuchungen (SP)	1.725.516	909.079	816.437
Jugendlichen-Untersuchung	-	-	-
Seh- und Hörtests	42.391	41.957	434
Krebsfrüherkennung	12.849	12.849	-
Vorsorgeuntersuchungen nach ASVG	-	-	-
Sonstige Vorsorgeuntersuchungen	117.419	-	117.419
Raucherentwöhnung	3.933	3.933	-
Programme zur Gewichtsreduktion	26.059	14.423	11.637
Maßnahmen und Programme zur Vermeidung/ Verzö- gerung arbeitsbedingter Erkrankungen	4.874	767	4.107
Programme zur Vermeidung/Verzögerung der Pflege- bedürftigkeit	169.401	169.401	-
Disease-Management-Programme (DMP)	19.667	19.667	-
Sonstiges SP	63.195	21.372	41.824
Summe Sekundärprävention	2.249.495	1.240.387	1.009.108
Verzögerung des Krankheitsverlaufs (Tertiärprävention)			
Rehabilitation (medizinische)	1.985	-	1.985
Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvor- sorge	2.384	-	2.384
Kurzzeit-/Übergangspflege	-	-	-
Sonstiges TP	899.280	715.306	183.975
Summe Tertiärprävention	903.650	715.306	188.344
Capacity Building			
Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten unter Praktikern	150.195	11.928	138.268
Unterstützung/Infrastruktur für Gesundheitsförderung in Organisationen (CB)	564.725	2.360	562.365
Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen	-	-	-
Sonstige CP	784.032	31.196	752.836
Summe Capacity Building	1.498.952	45.484	1.453.468
Gesamtsumme (ohne PP4)	18.398.459	8.122.711	10.275.748

1 = Gesunde Städte ohne Wien

Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Gesundheitsförderung

Die österreichischen Gemeinden gaben im Jahr 2012 3,6 Mio. Euro für Gesundheitsförderung aus. Rund 55 Prozent dieser Ausgaben wurden durch *Gesunde Städte* getätigt. Der größte Teil der Ausgaben für Gesundheitsförderung entfällt insbesondere in den *Gesunden Städten* auf öffentliche Einrichtungen (z. B. auf geriatrische Gesundheitszentren oder Eltern-Kind-Zentren).

Ein weiterer wesentlicher Ausgabenblock entfällt auf gesundheitsfördernde Aktivitäten in Gesunden Schulen und Kindergärten/Krippen (z. B. wird eine „Gesunde Jause“ angeboten). Beispiele für Maßnahmen in den *Gesunden Städten* sind außerdem diverse Schulprojekte zu Bewegung und Ernährung.

Ein weiterer großer Ausgabenblock entfällt auf den Themenbereich „Gesunde Gemeinde / Stadt“, darin sind z. B. Ausgaben für Gesundheits- und Aktivtage, Informationsveranstaltungen, Projekte wie die Gesundheitsstraße, Mitgliedsbeiträge für das Gesunde-Städte- bzw. Gesunde-Gemeinden-Netzwerk und diverse Bewegungsangebote (z. B. Wirbelsäulengymnastik, Yoga-Kurse) enthalten.

Weitere Gesundheitsförderungsausgaben betreffen z. B. Bewegungsangebote für Schwangere und Eltern mit kleinen Kindern, Beratungsangebote für werdende Eltern oder Stammtische für pflegende Angehörige.

In den *Gesunden Städten* werden als zweithöchste Position der Gesundheitsförderung Ausgaben für Gesundheitsinformation/-kompetenz getätigt; darunter fallen Maßnahmen wie Investitionen in die Verbesserung des Gesundheitsinformationssystems = GSIS (Erinnerung der Bevölkerung an Impftermine etc.) und Ernährungsberatung.

Capacity Building

Die österreichischen Gemeinden gaben im Jahr 2012 1,5 Mio. Euro für Capacity Building aus. Dabei wurden Aktivitäten wie Kongress- und Veranstaltungsorganisationen zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsthemen sowie Förderungen z. B. für Fachhochschulen mit Schwerpunkt Public Health gemeldet.

Primärprävention

Für Primärprävention (PP1-PP3) gaben die österreichischen Gemeinden im Jahr 2012 10,1 Mio. Euro aus. Diese Aktivitäten gliedern sich in vier Maßnahmenbereiche:

- Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten (PP 1),
- Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen (PP 2),
- Verhütung übertragbarer Krankheiten (PP 3),
- Gesundheitsschutz (PP 4)¹⁴.

Der größte Anteil – rund 84 Prozent (8,5 Mio. Euro) – der primärpräventiven Gemeindeausgaben wurde zur Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. zur Verhinderung von Krankheiten (PP1) verwendet. Ca. 14,5 Prozent (1,5 Mio. Euro) flossen in Aktivitäten zur Verhütung übertragbarer Krankheiten und 1,5 Prozent (149.471 Euro) in Suchtprävention.

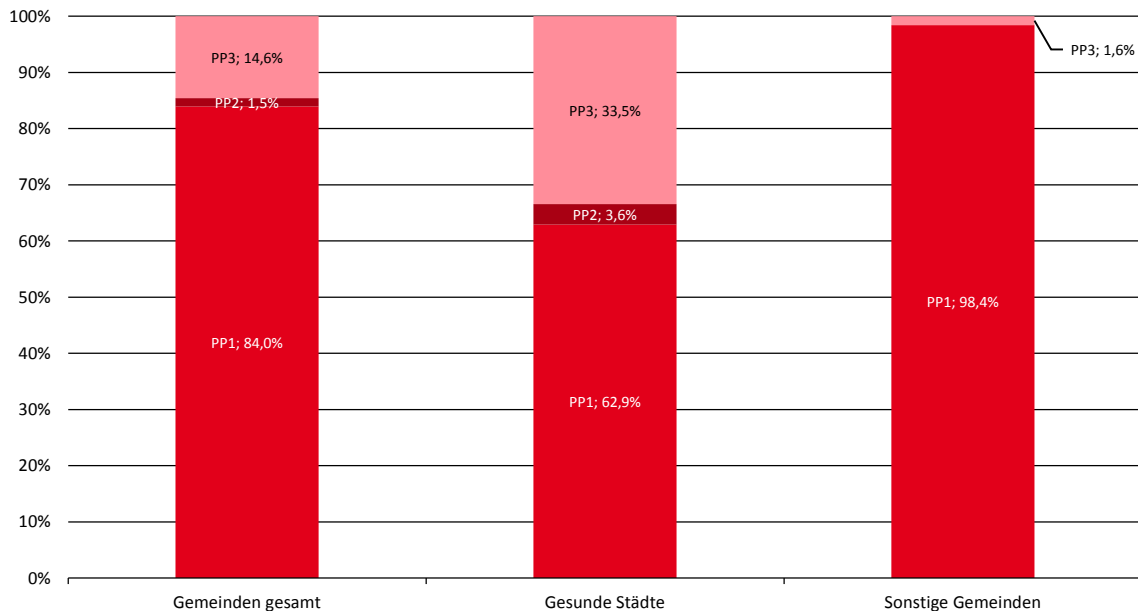
¹⁴

Der Maßnahmenbereich „Gesundheitsschutz“ ist nicht in den Gesamtausgaben enthalten.

In Abbildung A8 sind die Anteile für PP1, PP2 und PP3 der Gemeinden insgesamt, der Gesunden Städte und der sonstigen Gemeinden dargestellt.

Abbildung A8:

Ausgabenanteile für Primärprävention (PP1-PP3) auf Gemeindeebene nach Trägern, 2012
(in Prozent)



Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Wie aus Abbildung A8 ersichtlich, entfallen bei den sonstigen Gemeinden fast die gesamten Ausgaben für Primärprävention auf den Maßnahmenbereich „Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten“ (über 98 Prozent), bei den *Gesunden Städten* sind es knapp 63 Prozent. Dafür wird bei den *Gesunden Städten* ein gutes Drittel für „Verhütung übertragbarer Krankheiten“ (Anteil bei den sonstigen Gemeinden: 1,55 %) ausgegeben. Ausgaben für „Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen“ wurden ausschließlich von den *Gesunden Städten* getätigt.

Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. zur Verhinderung von Krankheiten

Im Maßnahmenbereich PP1 werden auf Gemeinde-Ebene für das Themenfeld „Ernährung und Bewegung“ die mit Abstand höchsten Ausgaben (4,5 Mio. Euro) getätigt. Dieses Themenfeld ist insgesamt betrachtet jenes mit den höchsten Ausgaben. Dazu zählen z. B. diverse Bewegungsangebote wie Koronarturnen, Seniorenturnen, Förderung von Breitensport, Vorträge zu gesunder Ernährung und Kochkurse (z. B. zu fettarmer Ernährung) und in den *Gesunden Städten* Schulprojekte zu gesunder Ernährung und Bewegung.

Im Themenfeld „Gesundheit von Eltern und Kind“ mit Maßnahmen wie Stillberatung, Angebote in Eltern-Kind-Zentren, Workshops für werdende Mütter zu gesunder Ernährung etc. wurden die zweithöchsten Ausgaben getätigt. Ein weiterer wesentlicher Ausgabenblock entfällt auf das Themenfeld „Arbeitsmedizin/BGF-Maßnahmen als Dienstgeber“ (1,3 Mio. Euro); Beispielmaßnahmen sind hier z. B. Gesundheitswochen und Ernährungsberatung für die Mitarbeiter/innen, Supervisionen, Arbeitsmedizinische Betreuungen und Bewegungsangebote für die Mitarbeiter/innen.

Weitere Ausgaben wurden für Projekte zur Zahngesundheit in Schulen und Kindergärten, für Schulzahnkliniken und für Vorträge und Workshops zu psychosozialer Gesundheit etc. gemeldet.

Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen

In den Maßnahmenbereich PP2 flossen insgesamt 149.471 Euro –ausschließlich von *Gesunden Städten*. Hier wurden z. B. Ausgaben für Suchtpräventionsstellen und psychologische Beratungen im Pflichtschulbereich (für gefährdete Jugendliche) getätigt.

Verhütung übertragbarer Krankheiten

Im Maßnahmenbereich PP3 kam der TBC-Vorsorge mit Ausgaben von 514.965 Euro (ausschließlich von *Gesunden Städten*) große Bedeutung zu. Diese Mittel flossen z. B. in Beratungsstellen, Fürsorge und Untersuchungsstellen. Ein weiterer wesentlicher Ausgabenblock entfällt auf Impfungen im Rahmen diverser Impfkationen, z. B. gegen Grippe, FSME und Hepatitis, sowie für Impfungen für die eigenen Bediensteten. Zum Themenbereich „Sonstiges“ wurden von einigen *Gesunden Städten* auch Ausgaben für Untersuchungen für Sexarbeiterinnen gemeldet. Weitere Mittel wurden beispielsweise für Subventionen an die Aids-Hilfe aufgewendet.

Gesundheitsschutz

In den Maßnahmenbereich PP2 flossen insgesamt 2,8 Mio. Euro. Der Großteil dieser Ausgaben (71,2 Prozent) wurde durch die *Gesunden Städte* getätigt. Für den Themenbereich „Nahrungsmittel- und Trinkwasserkontrolle“ wurden die meisten Mittel (1,1 Mio. Euro) aufgewendet, z. B. für Wasseruntersuchungen gemäß Trinkwasserverordnung. Der zweite große Ausgabenblock entfällt auf Maßnahmen der Hygiene, hier wurden z. B. Hygieneberatung und Lebensmittelaufsicht genannt.

Sekundärprävention

Die österreichischen Gemeinden gaben im Jahr 2012 2,2 Mio. Euro für Sekundärprävention aus. Rund 56 Prozent dieser Ausgaben wurden durch *Gesunde Städte* getätigt. Im Themenfeld schulärztliche Untersuchungen wurden die mit Abstand höchsten Ausgaben (fast 80 Prozent) gemeldet, darunter fallen insbesondere Personalausgaben, aber auch Ausgaben für Sachmittel (z. B. Lungenfunktions-tests).

Der zweithöchste Ausgabenblock entfällt auf das Themenfeld „Programme zur Vermeidung/Verzögerung der Pflegebedürftigkeit“, hier flossen Mittel in Subventionen für mobile Hilfsdienste.

Auf den Themenbereich „sonstige Vorsorgeuntersuchungen“ entfallen 117.419 Euro an Ausgaben, z. B. für Gesundenuntersuchungen oder für die Finanzierung eines Röntgen-Bus.

Weitere sekundärpräventive Ausgaben wurden z. B. für Schulprojekte für adipöse Kinder und Jugendliche sowie für Seh- und Hörtests getätigt.

Tertiärprävention

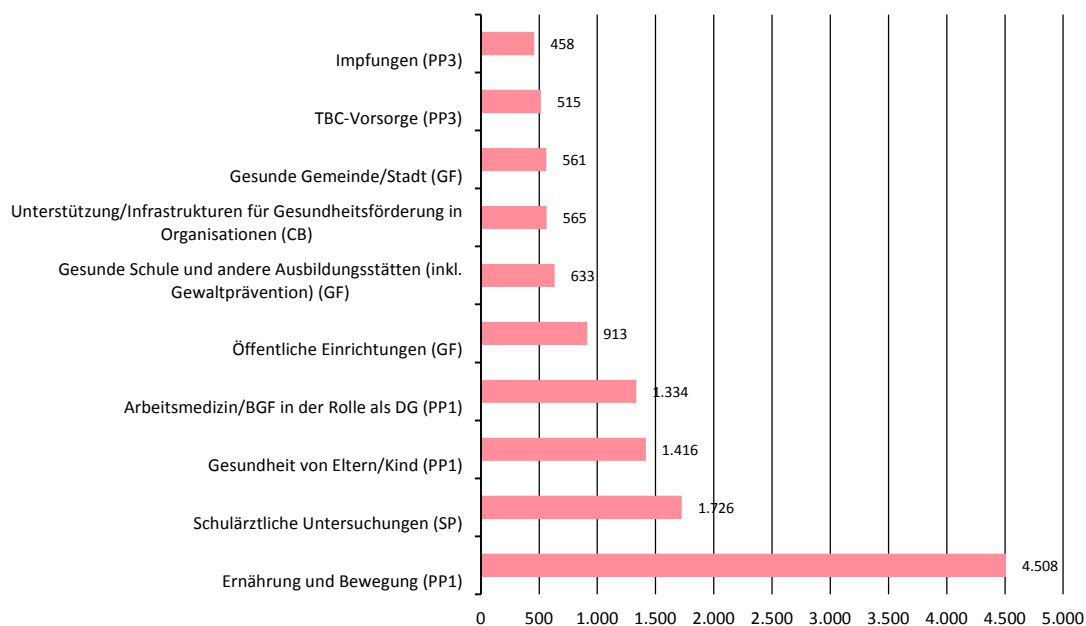
Der Tertiärprävention kommt in den Gemeinden erwartungsgemäß keine allzu große Bedeutung zu (insgesamt 903.650 Euro), da Gesundheitsfestigung, Kuren und Rehabilitation nicht in deren Aufgabenbereich fallen. Neben kleineren Zuzahlungen zu Erholungsaktionen (z. B. für ältere Gemeindebürger/innen) wurden Ausgaben für die Beratung von Alkoholkranken und für Tertiärprävention im Suchtbereich (z. B. Spritzentausch) – insbesondere von *Gesunden Städten* – getätigt (gemeldet wurden diese Ausgaben unter Sonstiges/TP).

5.3.2.3 Themen

Abbildung A9 zeigt ein Ranking der zehn ausgabenintensivsten Themen der Gemeinden im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Dazu gehören drei Themen aus dem Bereich Gesundheitsförderung, fünf aus der Primärprävention (3 bei PP1 und 2 bei PP3), ein Thema aus der Sekundärprävention und ein weiteres aus dem Bereich Capacity Building.

Abbildung A9:

Top-10- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der Gemeinden insgesamt, 2012 (in 1.000 Euro)



Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

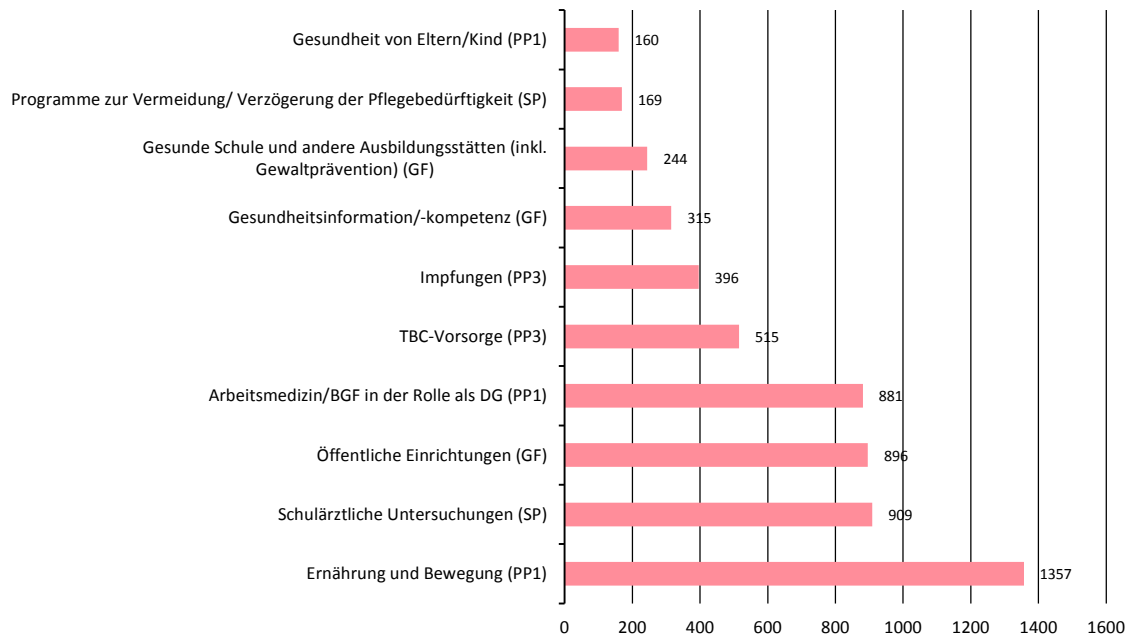
Die mit Abstand höchsten Ausgaben auf Gemeinde-Ebene fließen in den Themenbereich „Ernährung und Bewegung“. Aktivitäten in diesem Themenbereich machen 25 Prozent der Gesamtausgaben der Gemeinden für Gesundheitsförderung und Prävention aus. Auf Platz zwei bei den TOP 10 der Gemeinden finden sich schulärztliche Untersuchungen, gefolgt von Aktivitäten der Primärprävention für die Gesundheit von Eltern und Kind. Tertiärprävention findet sich nicht in den TOP-10-Ausgaben der Gemeinden.

In Summe entfielen auf die in Abbildung A9 dargestellten Themenbereiche 69 Prozent der Gesamtausgaben der Gemeinden für Gesundheitsförderung und Prävention.

Abbildung A10 zeigt die zehn ausgabenintensivsten GFPR-Themen der *Gesunden Städte*. Dazu gehören drei Themen der Gesundheitsförderung, fünf der Primärprävention (3 aus PP1 und 2 aus PP3) und zwei Themen der Sekundärprävention.

Abbildung A10:

Top-10- Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der *Gesunden Städte*, 2012 (in 1.000 Euro)



Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Auch wenn die TOP-10-Themen der *Gesunden Städte* ähnlich sind wie jene der Gemeinden insgesamt, zeigen sich gewisse Unterschiede: Beispielsweise kommt in den *Gesunden Städten* dem Maßnahmenbereich PP3 eine größere Bedeutung zu, da Impfungen und TBC-Vorsorge von größerer Bedeutung sind (Platz 5 und 6 vs. Platz 9 und 10 bei den Gemeinden insgesamt).

In den *Gesunden Städte* entfielen auf die in Abbildung A10 dargestellten Themenbereiche 72 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

5.3.3 Ausgabenentwicklung bei Gemeinden und *Gesunden Städten*

Die österreichischen Gemeinden und Städte gaben im Jahr 2001 rund 7,4 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention aus. Im Jahr 2012 lagen die entsprechenden Ausgaben bei 16,8¹⁵ Mio. und damit 129,8 Prozent über dem Wert von 2001. Der Anteil der GFPR-Ausgaben der *Gesunden Städte* an den gesamten Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der österreichischen Gemeinden ist von 2001 auf 2012 um rund 16 Prozentpunkte gesunken (2001: rund 56 %, 2012: rund 40 %). Dies hängt vermutlich auch damit zusammen, dass zwischen 2001 und 2012 sechs Städte aus dem Netzwerk ausgeschieden sind.

15

Die Ausgaben sind – wegen der besseren Vergleichbarkeit – hier ohne Capacity Building angeführt, da dieser Leistungsbereich im Jahr 2001 nicht erhoben wurde.

In Tabelle A8 ist die Entwicklung der Gemeinde-Ausgaben von 2001 auf 2012 dargestellt.

Tabelle A8:

Entwicklung der Ausgaben der Gemeinden (ohne Wien) für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2001-2012

Interventionsebene	Ausgaben (in Euro)		Entwicklung (in Prozent)
	2001	2012	2001-2012
Gesundheitsförderung	1.242.443	3.599.456	189,7
Primärprävention gesamt	4.426.521	10.146.906	129,2
<i>davon:</i>			
Primärprävention 1	3.310.958	8.520.487	157,3
Primärprävention 2	512.031	149.471	-70,8
Primärprävention 3	603.532	1.476.948	144,7
Sekundärprävention	1.250.683	2.249.495	79,9
Tertiärprävention	435.538	903.650	107,5
Gesamtsumme¹	7.355.185	16.899.507	129,8

1 = ohne Capacity Building

Quelle: GÖG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Der Vergleich der Daten nach Interventionsebene ist vorsichtig zu interpretieren, da es zwischen den Bereichen zu Verschiebungen sowohl durch die Orientierung der Themen an der Gesundheitsförderungsstrategie als auch der Überarbeitung der Themenbereiche im Bereich Prävention kam.

Mit 189,7 Prozent ist der Leistungsbereich Gesundheitsförderung zwischen 2001 und 2012 am Stärksten angestiegen. Dies entspricht der gesamtgesellschaftlich gestiegenen Bedeutung von Gesundheitsförderung bzw. gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Den zweithöchsten Anstieg verzeichnet mit 129,2 Prozent der Bereich Primärprävention. Die geringsten Zuwächse nach Interventionsebenen verzeichnet mit 79,9 Prozent die Sekundärprävention. An der Entwicklung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreichs Gemeinden zeigt sich, dass diese Bereiche in den Städten und Gemeinden an Bedeutung gewonnen haben.

5.4 Erhebungsergebnisse Sozialversicherung

5.4.1 Methodik

5.4.1.1 Erhebung

Im Jahr 2012 wurden die Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben der einzelnen Sozialversicherungsträger – im Gegensatz zur Erhebung des Jahres 2001 – zusätzlich zu den Angaben des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger mittels eines standardisierten Fragebogens direkt bei den einzelnen Trägern erhoben. Basis des Erhebungsbogens bildeten die für Bund, Länder und Gemeinden ausgearbeiteten Fragebögen, allerdings wurden diese – in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) – adaptiert und den Rechnungslegungsvorschriften der Sozialversicherungsträger angepasst.

Darüber hinaus wurden nur jene Themenbereiche in den Fragebogen aufgenommen, die für Sozialversicherungsträger von Relevanz sind bzw. wurden Themenbereiche und Beispiele ergänzt, die nur Sozialversicherungsträger betreffen.

Die Erhebungsbögen wurden Ende Oktober 2014 per Mail an 21 Sozialversicherungsträger ausgesandt (die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats wurde nicht angeschrieben), davon haben 19 im Zeitraum Jänner bis August 2015 geantwortet (davon zwei Leermeldungen von Betriebskrankenkassen).

Die Rückmeldungen der Sozialversicherungsträger wurden vor allem in folgender Hinsicht validiert:

- Zuordnung der Ausgaben zu den Themenbereichen
- Fehlende Meldungen und Angaben
- Vergleich mit den Meldungen anderer Träger (Bund, Länder, andere Sozialversicherungsträger) bezüglich Doppelerfassungen bzw. entsprechender Angaben zu Ausgaben und Einnahmen (z. B. ob eine Ausgabe eines Landes an einen Sozialversicherungsträger bei jenem auch als Einnahme erfasst ist)
- Abgleich mit Daten des HVSVT insbesondere zu den Impfzuschüsse und Aufwendungen des Fonds für Vorsorge-/Gesundenuntersuchungen und Gesundheitsförderung gemäß § 447h ASVG
- Abgleich einzelner Daten mit Angaben der Koordinationsstelle für Vorsorgemittel

Bei Unklarheiten bzw. fehlenden Meldungen wurde mit den Sozialversicherungsträgern Rücksprache gehalten.

5.4.1.2 Daten

Datengrundlage für die nachfolgende Darstellung der Ausgaben sind im Wesentlichen die Angaben des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und die Angaben der einzelnen Sozialversicherungsträger.

Bei den dargestellten Ausgaben handelt es sich um **Nettoaussgaben**, d. h. abzüglich allfälliger Einnahmen durch Eigenleistungen der Versicherten oder Transfers von anderen Körperschaften (insbesondere von Bund oder Ländern) um Doppelzählungen zu vermeiden. Die **BGA-Mittel für Vorsorgeprogramme** und Pilotprojekte zur Einführung des Mammographie-Screenings, die den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung gestellt wurden, sind allerdings bei den Sozialversicherungsträgern selbst erfasst und wurden nicht in Abzug gebracht.

Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger

Vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden jene Daten angegeben, die diesem gesammelt von allen Sozialversicherungsträgern vorliegen. Es handelt sich hierbei um folgende Themen:

Im Bereich Primärprävention:

- Ausgaben für präventive Zahnbehandlungen

Im Bereich Sekundärprävention:

- Ausgaben für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen abzüglich der entsprechenden Einnahmen vom Bund
- Ausgaben für Jugendlichen-Untersuchungen abzüglich der entsprechenden Einnahmen vom Bund
- Ausgaben für Vorsorgeuntersuchungen abzüglich der entsprechenden Einnahmen vom Bund

Im Bereich Tertiärprävention:

- Ausgaben für medizinische Rehabilitation der Krankenversicherungsträger
- Ausgaben für Gesundheitsfestigung, Kuren und Krankheitsverhütung

Vom Hauptverband wurden auch die Zuschüsse zu Impfungen und die Aufwendungen des Fonds für Vorsorge-/Gesundenuntersuchungen und Gesundheitsförderung gemäß § 447h ASVG zur Verfügung gestellt und mit den Angaben der einzelnen Sozialversicherungsträger abgeglichen.

Ergänzend wurde vom Hauptverband eine Abschätzung der **präventiven Leistungen im niedergelassenen Bereich** durchgeführt und übermittelt. Basis für die Kostenschätzung bilden Angaben aus der Ärztekosten-Jahresstatistik (HVSVT 2013) und die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria (Klimont et al. 2007). Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurden die Gründe für den letzten Arztbesuch erhoben und ein Prozentanteil aller Arztbesuche aus Vorsorgegründen nach Ärztekategorien ermittelt. Der durchschnittliche Prozentsatz beträgt rund 14 Prozent, wobei eine breite Schwankungsbreite je nach Ärztekategorie besteht (zwischen 2 % (Orthopädie) und 34 % (Frauenheilkunde und Geburtshilfe)).

Diese Prozentanteile wurden auf die Ärztekosten-Jahresstatistik – ebenfalls nach Ärztekategorien – umgelegt. Leistungen, die im Leistungskatalog der Krankenversicherungsträger enthalten sind und vom Gesetzgeber als Gesundheitsförderung und Prävention eingestuft werden (wie zum Beispiel Ausgaben für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen), wurden direkt erhoben und sind aus der Hochrechnung ausgeschlossen. Auf dieser Basis wurde der Anteil der präventiven Leistungen im niedergelassenen Bereich mit rund 262 Mio. Euro hochgerechnet.

Daten der Sozialversicherungsträger

Von den einzelnen Sozialversicherungsträgern wurden somit die Ausgaben für Gesundheitsförderung und die Ausgaben für Primärprävention (ausgenommen präventive Zahnbehandlung) zur Gänze angegeben. Für Sekundärprävention ergänzten die Sozialversicherungsträger Ausgaben für einzelne Maßnahmen und Programme. Für Tertiärprävention wurden von den einzelnen Trägern insbesondere die Maßnahmen der Unfall- und Pensionsversicherungen gesondert angegeben.

Die Sozialversicherungsträger bedienen sich bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zwar diverser Institutionen und Vereinen, erbringen allerdings auch selbst Leistungen. Um den durch das eigene Personal erbrachten Anteil umfassend einschätzen zu können, wurde ergänzend nach Personal, das mit relevanten Maßnahmen befasst ist, gefragt. Allerdings konnten hier von den Sozialversicherungsträgern keine umfassenden Angaben gemacht werden bzw. wurde zum Teil angeführt, dass der Personalaufwand in den Ausgaben miteingerechnet sei. Somit wird von einer monetären Bewertung des zusätzlichen Personalaufwandes der Sozialversicherungsträger abgesehen.

5.4.2 Ausgaben der Sozialversicherung

5.4.2.1 Übersicht

Insgesamt wurden von den Sozialversicherungsträgern im Jahr 2012 Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in der Höhe von 1.496,7 Mio. Euro – aufgegliedert auf die einzelnen Interventionsebenen bzw. Themen – gemeldet. Dazu kommen noch weitere 261,9 Mio. Euro für präventive Leistungen im niedergelassenen Bereich, die vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger hochgerechnet und übermittelt wurden.

Tabelle A9:

Ausgaben der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention, 2012

	Ausgaben (in Euro)	Pro-Kopf-Ausgaben (in Euro)
Gesundheitsförderung (inkl. Capacity Building)	17.599.572	2,09
<i>davon:</i>		
<i>Gesundheitsförderung</i>	<i>16.230.217</i>	<i>1,93</i>
<i>Capacity Building</i>	<i>1.369.354</i>	<i>0,16</i>
Prävention (PP1,PP2, PP3, SP,TP)	1.479.172.563	175,54
<i>davon:</i>		
<i>Primärprävention 1</i>	<i>122.341.815</i>	<i>14,52</i>
<i>Primärprävention 2</i>	<i>110.000</i>	<i>0,01</i>
<i>Primärprävention 3</i>	<i>11.340.400</i>	<i>1,35</i>
Sekundärprävention	130.265.728	15,46
Tertiärprävention	1.215.114.619	144,20
Gesamt (ohne PP4)	1.496.772.135	177,63
präventive Ausgaben im niedergelassenen Bereich (nicht zuteilbar)	261.934.780	31,09
Gesamt (ohne PP4) inkl. präventive Ausgaben im niedergelassenen Bereich (nicht zuteilbar)	1.758.706.915	208,72

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Eine detaillierte Beschreibung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen und Themen findet sich in Tabelle 5 und in nachstehenden Ausführungen.

Personalaufwand

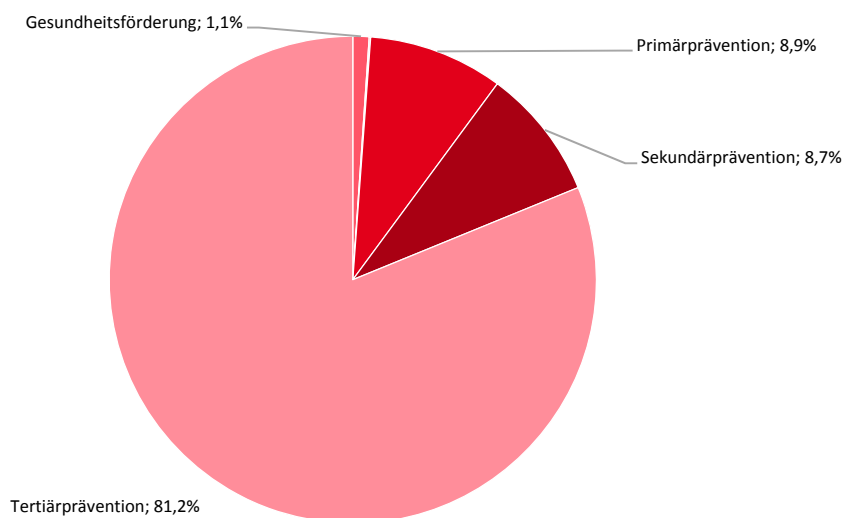
Zusätzlich wurde – allerdings nicht von allen Sozialversicherungsträgern – ein Personalaufwand von rund 470 Vollzeitäquivalenten angegeben, der nicht eindeutig den Themen zuordenbar ist. Der Großteil dieses Personalaufwandes entfällt auf die Ausgaben der AUVA für Personal im Rahmen des Unfallverhütungsdienstes. Aufgrund der nicht einheitlichen bzw. nicht vollständigen Angaben ist der Personalaufwand nicht in den oben angeführten Summen enthalten.

5.4.2.2 Interventionsebenen

Aufgeschlüsselt nach Interventionsebenen zeigt sich, dass der Großteil der Ausgaben der Sozialversicherung (ohne den Anteil der präventiven Ausgaben im niedergelassenen Bereich) mit rund 81 Prozent für Tertiärprävention anfällt, gefolgt von Ausgaben für Primär- und Sekundärprävention mit jeweils etwas weniger als 9 Prozent.

Abbildung A11:

Ausgaben der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen (ohne präventive Ausgaben im niedergelassenen Bereich), 2012 (in Prozent)



Der Anteil für Capacity Building (0,1 %) ist aufgrund der Darstellbarkeit in der Abbildung nicht berücksichtigt.

Quelle: Darstellung GÖG

Gesundheitsförderung

Die Sozialversicherungen gaben im Jahr 2012 rund 16,2 Mio. Euro für Gesundheitsförderung aus.

Über ein Drittel der Ausgaben für Gesundheitsförderung – rund 5,8 Mio. Euro – fallen für das Thema Gesundheitsinformation und Gesundheitskompetenz an, worunter Aufklärungsarbeit, Informationsarbeit und Gesundheitstage fallen.

Mehr als 20 Prozent der Ausgaben für Gesundheitsförderung – rund 3,6 Mio. Euro – werden für das Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ angegeben, worunter auch die Ausgaben für das *Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung* mit den Regionalstellen subsumiert wurden. Weiters fallen hier Ausgaben für diverse Programme und Projekte im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. der Betrieblichen Gesundheitsförderung an, dazu gehören Vorträge und Informationen zu Schwerpunktthemen sowie Beratung und Begleitung von Projekten in Betrieben.

Ein ähnlicher großer Ausgabenblock ist mit weiteren knapp 20 Prozent bzw. rund 3,2 Mio. Euro der Themenbereich „Gesunde Schule und Ausbildungsstätten“ (inklusive Gewaltprävention). Dazu werden Aufgaben rund um die Beratung, Begleitung und Unterstützung bei Projekten zur Gesundheitsförderung in Schulen bzw. Ausbildungsstätten angeführt, weiters Fortbildungsangebote für Lehrer/innen und Informationsmaterial für Schulen zu verschiedenen Themen.

Rund 1,9 Mio. Euro (12 % der Ausgaben für Gesundheitsförderung) wurden für den Bereich „Familie und häusliches Umfeld“ aufgewendet, einen Schwerpunkt bildet hier das Programm REVAN (*Richtig essen von Anfang an*).

Mit weiteren 1,2 Mio. Euro (7 % der Ausgaben für Gesundheitsförderung) wurden Projekte im regionalen Bereich zum Thema Gesunde Gemeinde / Stadt gefördert, insbesondere wurden kommunale Gesundheitsförderungsprojekte gemeinsam mit Gemeinden und Städten sowie die Vernetzung mit bestehenden Akteuren und Strukturen (z. B. Modellregion Mürztal, Aktivwochen für Pensionistinnen/Pensionisten) unterstützt.

Für andere Themenbereiche der Gesundheitsförderung fielen jeweils Ausgaben in niedrigerem Ausmaß an.

Capacity Building

Ergänzend wurden in dieser Erhebung auch die Ausgaben für Capacity Building erhoben. Darunter sind jene Ausgaben zu verstehen, die nicht den angeführten Kategorien zur Gesundheitsförderung oder Primärprävention zuordenbar sind. Allerdings wurden nur jene Ausgaben erfasst, die einen konkreten Praxisbezug bzw. eine gewisse Umsetzungsrelevanz aufweisen. Insgesamt wurden dafür Ausgaben in der Höhe von 1,4 Mio. Euro gemeldet, der Großteil davon (rund 1,25 Mio. Euro) fällt für die Ausbildung von betrieblichen Ersthelfern an. Weiters wurden Mittel für die Weiterentwicklung von Praktikern (Seminare, Lehrgänge, Veranstaltungen) und für den Aufbau und die Unterstützung von Netzwerken ausgegeben.

Primärprävention

Für Primärprävention wurden von der Sozialversicherung insgesamt rund 133,8 Mio. Euro ausgegeben.

Der weitaus größte Teil der Ausgaben für Primärprävention entfällt mit 60 Prozent bzw. rund 79,8 Mio. Euro auf Zahngesundheit Leistungen der präventiven Zahnbehandlung und Mundhygiene: Einschleifen des natürlichen Gebisses, Zahnsteinentfernung, Behandlung empfindlicher Zahnhälse und Stomatitis-Behandlung.

Mehr als ein Viertel der gesamten Ausgaben der Sozialversicherung für Primärprävention entfällt mit rund 35,3 Mio. Euro auf die Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen im Bereich der Unfallversicherungen. Dazu zählen unter anderem Beratungen in Betrieben – insbesondere in Kleinbetrieben mit weniger als 50 Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern –, Maßnahmen der Unfallverhütung wie Beratungen in Fragen der Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin, Mithilfe bei Evaluierung und Baukoordination, Sicherheitsaktionen in Betrieben und Schulen, Sicherheitsschulungen und -beratungen, Messungen von schädigenden Einflüssen am Arbeitsplatz und Abgabe von Werbemitteln und Medien zur Unfallverhütung.

Acht Prozent der Ausgaben für Primärprävention bzw. rund 11,3 Mio. Euro fallen für Impfungen an, davon 3,4 Mio. Euro für das österreichweite Kinder-Impfkonzept, der Rest für sonstige von den Sozialversicherungsträgern finanzierte Impfungen bzw. Impfungszuschüsse (FSME-, Tetanus-, Pneumokokken-, Gripeschutzimpfungen und sonstigen Impfprogramme).

Von den restlichen 6 Prozent der Ausgaben für Primärprävention werden rund 4,5 Mio. Euro für den Bereich Ernährung und Bewegung zur Vermeidung konkreter Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht oder Fehlhaltungen ausgegeben. Darunter fallen Ernährungsberatungen, Bewegungsprogramme, Workshops oder Schnupperkurse zu Herz-Kreislauf-Trainings. Der Großteil der Ausgaben (rund 3,1 Mio. Euro) entfällt auf Angebote eines Sozialversicherungsträgers.

Weitere 1,3 Mio. Euro fallen für Ausgaben im Bereich „Psychosoziale Gesundheit“ an.

Sekundärprävention

Insgesamt wurden im Jahr 2012 von den Sozialversicherungen rund 130,3 Mio. Euro für Sekundärprävention ausgegeben. Der Großteil davon entfällt auf Vorsorgeuntersuchungen.

Dabei entfallen brutto 94,9 Mio. Euro auf Vorsorgeuntersuchungen entsprechend den Sozialversicherungsgesetzen (ASVG, BSVG, GSVG, B-KUVG). Unter Abzug der Transferleistungen für nicht versicherte Personen, Asylwerber und Grenzgänger in der Höhe von rund 3,8 Mio. Euro belaufen sich die Nettoausgaben der Sozialversicherung für diese Vorsorgeuntersuchungen auf rund 91,1 Mio. Euro und machen 70 Prozent ihrer Ausgaben für Sekundärprävention aus.

Darüber hinaus fallen noch 3,6 Mio. Euro bzw. drei Prozent für sonstige Vorsorgeuntersuchungen im Bereich der Sozialversicherungen an, insbesondere für humangenetische Untersuchungen.

Jugendlichen-Untersuchungen machen mit rund 1,5 Mio. Euro insgesamt ein Prozent der sekundärpräventiven Ausgaben aus.

Die zweitgrößte Ausgabenposition der Sekundärprävention mit 12 Prozent bzw. rund 52,1 Mio. Euro bilden Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes. Unter Abzug der Transferleistungen des Bundes in der Höhe von 36,3 Mio. Euro belaufen sich hier die Nettoausgaben der Sozialversicherungen auf 15,7 Mio. Euro.

Mit sechs Prozent aller Ausgaben im Bereich Sekundärprävention bzw. 8,3 Mio. Euro bilden die Maßnahmen und Programme zur Vermeidung/Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen den drittgrößten Themenbereich. Den weitaus größten Teil dieser Ausgaben machen Ausgaben für die Eignungs- und Folgeuntersuchungen gemäß § 49 ASchG mit rund 6 Mio. Euro aus. Ein großer Ausgabenblock der Sozialversicherungen im Bereich „Vermeidung/Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen“ fällt mit rund 1,4 Mio. Euro für das Programm *fit2work* an.

Drei Prozent der Ausgaben der Sozialversicherungen für Sekundärprävention bzw. 3,9 Mio. Euro fallen für Disease-Management-Programme an. Dies sind insbesondere Programme für Diabetiker, z. B. Schulungen, persönliche Gespräche, Ernährungsberatungen oder strukturierte Langzeitbetreuung zur Unterstützung von Diabetikern hinsichtlich einer gesunden Lebensweise.

Weitere 3,5 Mio. Euro bzw. 2,7 Prozent der sekundärpräventiven Ausgaben fallen für Krebsfrüherkennung an; darunter fallen Programme zum Mammografie-Screening, zur Melanom-Vorsorge und zum PSA-Screening. Über diese Ausgaben hinaus sind Sozialversicherungsausgaben für Krebsfrüherkennung zum Großteil in den präventiven Ausgaben im niedergelassenen Bereich enthalten (z. B. für PAP-Test, Koloskopie).

Der Rest der Sekundärpräventionsausgaben fließt in Programme zur Raucherentwöhnung und zur Gewichtsreduktion.

Tertiärprävention

Die Tertiärprävention verursacht mit mehr als 80 Prozent aller Ausgaben bzw. 1.215 Mio. Euro die höchsten Ausgaben der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention, 56 Prozent davon bzw. 686,7 Mio. Euro entfallen auf medizinische Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation wird von den Krankenversicherungen, den Pensionsversicherungen und den Unfallversicherungen finanziert. 47 Prozent der Ausgaben für medizinische Rehabilitation entfallen auf die Krankenversicherungsträger, 45 Prozent auf die Pensionsversicherungsträger und 8 Prozent auf die Unfallversicherungsträger.

Neben der medizinischen Rehabilitation wurden im Bereich der Tertiärprävention noch Ausgaben für Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge im Ausmaß von 528,3 Mio. Euro getätigt. Diese wurden zum Großteil von den Pensionsversicherungen getragen (rund 85 Prozent).

Präventive Ausgaben im niedergelassenen Bereich

Für präventive Leistungen im niedergelassenen Bereich wurden vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger insgesamt 261,9 Mio. Euro angegeben. Diese Ausgaben betreffen jene Leistungen, die von Vertragsärzten/-ärztinnen, Vertragseinrichtungen und eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger im kurativen Bereich erbracht werden, jedoch einen stark präventiven Charakter aufweisen. In dieser Summe sind beispielsweise Ausgaben für den präventiven Anteil von Laboruntersuchungen, für Lungenfunktionsüberprüfungen oder Koloskopien enthalten. Jene präventiven Leistungen, die im Leistungskatalog der Krankenversicherungsträger enthalten sind und vom Gesetzgeber als Gesundheitsförderung bzw. Prävention (wie z. B. Jugendlichen-Untersuchungen, FSME-Impfungen) bezeichnet werden, sind ausgeschlossen.

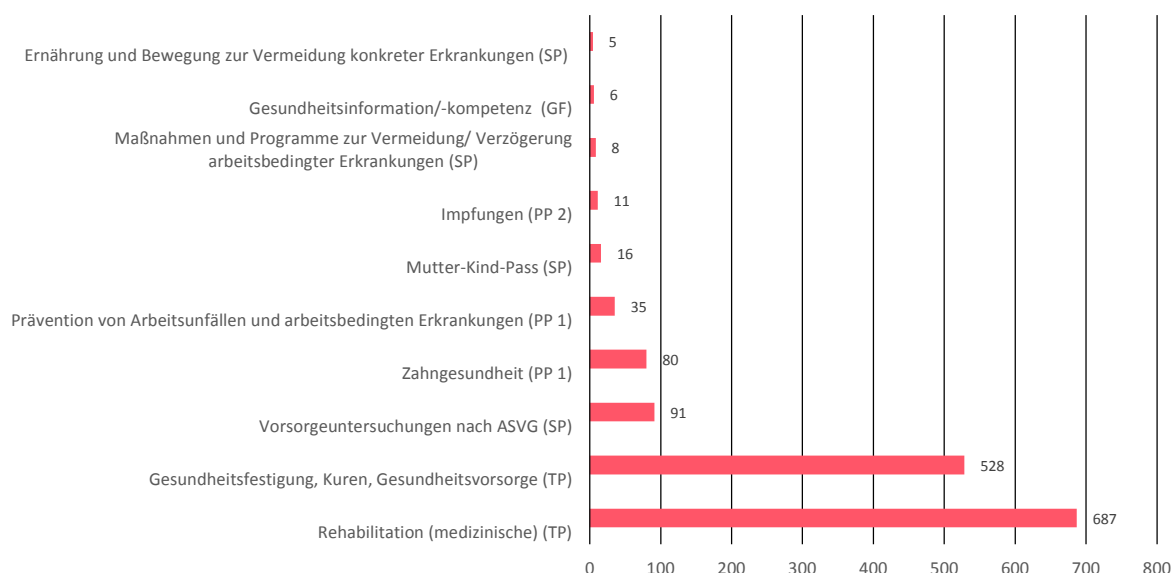
Diese Ausgaben wurden auf der Basis der Angaben der Ärztekosten-Jahresstatistik und der Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria (HVSVT 2013; Klimont et al. 2007) vom Hauptverband berechnet (vgl. Kapitel 5.4.1.2).

5.4.2.3 Themen

Abbildung A12 zeigt jene 10 Themenbereiche, in welchen die Sozialversicherung im Jahr 2012 die höchsten Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention getätigt hat. 98 Prozent der gesamten Ausgaben entfallen auf diese 10 Themenbereiche, rund 81 Prozent auf Themen der Tertiärprävention. Die Maßnahmen wurden bei den jeweiligen Interventionsebenen (5.4.2.2) bereits beschrieben.

Abbildung A12:

Top-10-Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherung, 2012 (in Mio. Euro, gerundet)



Ohne Berücksichtigung der präventiven Ausgaben der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich

Quelle: GÖG-eigene Erhebung

Ausgaben für medizinische Rehabilitation und Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge der PV machen den überwiegenden Anteil dieser Ausgaben aus, gefolgt von Ausgaben für Vorsorgeuntersuchungen nach ASVG und Ausgaben für präventive Zahngesundheit.

Die Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen liegt auf Platz 5 der gesamten GfPR-Ausgaben der Sozialversicherungen und umfasst insbesondere die Ausgaben der Unfallversicherungen.

Auf Platz 6 liegen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, gefolgt von Impfungen.

Maßnahmen und Programme zur Vermeidung/Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen liegen auf Platz 8 und umfassen vor allem die Eignungs- und Folgeuntersuchungen gemäß ASchG und das Programm *fit2work*.

Auf Platz 9 und 10 der TOP 10 liegen mit ähnlich hohen Ausgaben die Themen Gesundheitsinformation und -kompetenz sowie Ernährung und Bewegung zur Vermeidung konkreter Erkrankungen.

5.4.3 Entwicklung der Sozialversicherungsausgaben

Im Jahr 2001 wurden von den Sozialversicherungen Ausgaben in der Höhe von etwa 890 Mio. Euro angegeben. Bis zum Jahr 2012 hat sich dieser Betrag mehr als verdoppelt, und zwar auf rund 1,8 Mrd. Euro (ohne Ausgaben für Capacity Building, aber mit präventiven Ausgaben im niedergelassenen Bereich).

Tabelle A10:

Entwicklung der Ausgaben der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention nach Interventionsebenen, 2001-2012

-	Ausgaben (auf 100 Euro gerundet)		Entwicklung in Prozent
Interventionsebene	2001	2012	2001-2012
Gesundheitsförderung	3.800.000	16.230.217	327
Primärprävention	58.200.000	133.792.200	130
Sekundärprävention	75.974.173	130.265.700	71
Tertiärprävention	544.900.000	1.215.114.619	123
präventive Ausgaben im niedergelassenen Bereich	207.600.000	261.934.800	26
Gesamtsumme¹	890.474.173	1.757.337.580	97

1 = ohne Capacity Building

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Für den hohen Gesamtanstieg ist hauptsächlich die Ausgabensteigerung im Bereich **Tertiärprävention** verantwortlich, in dem die Ausgaben um nominell 670 Mio. Euro (123 %) angestiegen sind. Allerdings ist ein Vergleich nur beschränkt möglich, da die aktuelle Erhebung – wie bereits erwähnt – direkt bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern durchgeführt wurde, was im Bereich Gesundheitsfestigung und Gesundheitsvorsorge zu umfassenderen Angaben geführt haben kann.

Um knapp 76 Mio. Euro (um 130 %) sind die Ausgaben für **Primärprävention** angestiegen. Den größten Teil davon bilden die Ausgaben für Zahngesundheit, die bereits im Jahr 2001 den Großteil der primärpräventiven Ausgaben ausmachten. Sie sind von 2001 mit rund 50 Mio. Euro auf rund 80 Mio. Euro im Jahr 2012 angestiegen. Rund 35 Mio. Euro wurden im Jahr 2012 für die Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen ausgegeben, diese Position wurde im Jahr 2001 bei den Ausgaben für Primärprävention nicht erfasst.

Die **präventiven Ausgaben im niedergelassenen Bereich** sind im Jahr 2012 um knapp 55 Mio. Euro (26 %) höher als im Jahr 2001. Ein direkter Vergleich ist allerdings nur beschränkt möglich, da diese Ausgaben geschätzt und die Arten der Schätzung bzw. Hochrechnung unterschiedlich sind. Während im Jahr 2001 aufgrund von Expertenmeinungen der Anteil der präventiven Maßnahmen mit 12 Prozent des Gesamtaufwandes im kurativen Bereich festgelegt wurde, konnte für das Jahr 2012 die Hochrechnung auf eine breitere Basis gestellt werden.

Die Ausgaben der Sozialversicherung für **Sekundärprävention** sind um rund 54 Mio. Euro (71 %) gestiegen. Den größten Teil dieser Steigerung macht der Anstieg der Ausgaben für Vorsorgeuntersuchungen mit rund 34 Mio. Euro aus. Der Rest von rund 20 Mio. Euro sind Zusatzausgaben für sekundärpräventive Projekte und Programme wie z. B. Maßnahmen und Programme zur Vermeidung/Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen, Programme zur Krebsfrüherkennung oder Disease-Management-Programme.

Die Ausgaben für **Gesundheitsförderung** haben sich zwischen 2001 und 2012 mehr als vervierfacht und sind um rund 12 Mio. Euro gestiegen. Im Jahr 2001 konnten diese Ausgaben nicht einzelnen Themenbereichen zugeordnet werden, weshalb ein Vergleich des Anstieges pro Thema nicht möglich ist.

6 Anhang B

Exemplarisch für die Fragebögen, wie sie in vorliegender Erhebung verwendet wurden, findet sich untenstehend der Fragebogen der an die Bundesländer versandt wurde.

Die Fragebögen an Bund und an Gemeinden unterschieden sich hinsichtlich der angeführten Beispielsmaßnahmen, die als Unterstützung für die einheitliche Zuordnung zu den Themenbereichen angeführt wurden. Für die Sozialversicherung beantwortete der HVSVT den Fragebogen für einzelne Positionen, andere Positionen wurden bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern erhoben.

Tabelle B1:

Erhebung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben 2012 – Fragebogen an die Bundesländer

Gesundheit Österreich
GmbH 

Fragebogen zur Erhebung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben in Österreich für das Jahr 2012

Bitte im Excel ausfüllen und per Email retournieren!

Ausfüllende Institution

Landesregierung:

Abteilung:

Ansprechperson für allfällige Rückfragen:

Tel.:

E-Mail:

Ausfüllhilfe – Erhebung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben in Österreich für das Jahr 2012

Bitte im Excel ausfüllen und per Email retournieren!

ERHEBUNGSGEGENSTAND:

Es sollen alle Ausgaben bzw. Einnahmen zum Themenbereich **Gesundheitsförderung und Prävention für das Jahr 2012** erfasst werden, die zur Gänze oder zu einem Teil vom Land finanziert wurden.

Eine Untergliederung erfolgt nach dem Zweck der Maßnahme.

Ausgaben, die als **primären Zweck Gesundheitsförderung und Prävention** verfolgen, werden unter den Punkten 1 Gesundheitsförderung (GF) und 2 Prävention erfasst.

Ausgaben für Maßnahmen, die nach dem Ansatz **Health in All Policies (HiAP) Gesundheitsförderung oder Prävention als sekundären oder weiteren Zweck** verfolgen (wie z. B. Lärmschutzwände, verpflichtendes Kindergartenjahr oder Arbeitsmarktförderungen), werden unter Punkt 3 HiAP erfasst.

Ausgaben für den Aufbau und die Verbesserung von Strukturen für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention (die nicht unter die Punkte 1 und 2 fallen), sind unter 4 Capacity Building anzuführen.

DEFINITIONEN:

Gesundheitsförderung und Prävention als primärer Zweck der Maßnahme.

Diese Maßnahmen werden getätigt bzw. gefördert, da sie die Gesundheit fördern, gesundheitliche Schädigungen, Krankheiten oder Unfälle weniger wahrscheinlich machen bzw. vermeiden oder verzögern. Die Gesundheitsförderung bzw. Prävention ist Hauptzweck der Maßnahme bzw. ist in der Zweckwidmung bzw. in den Zielen des Programmes / der Maßnahme als solche explizit erwähnt.

1. Gesundheitsförderung (GF) zielt auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Ausmaß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung der Gesundheit zu befähigen. Es handelt sich dabei um einen zielgruppenspezifischen Ansatz, der in bestimmten Settings (Lebenswelten) (z. B. Gesunde Schule, Gesundheitsfördernder Betrieb, „Gesunde Gemeinde bzw. Stadt“) ansetzt und „gesundheitsförderliche“ Veränderungen sowohl auf Ebene des Verhaltens als auch der Verhältnisse zum Ziel hat.

2. Prävention zielt im Sinne von Krankheitsverhütung darauf ab, eine bestimmte gesundheitliche Schädigung, Erkrankung oder das Erleiden eines Unfalls durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Je nachdem, in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt, wird unterschieden in:

2.1. Primärprävention zur Vermeidung von Erkrankungen oder von gesundheitsschädigendem Verhalten, in vier Unterbereiche gegliedert:

2.1.1. Förderung einer gesunden Lebensweise zur Verhinderung von Krankheiten und Unfällen (Primärprävention 1)

2.1.2. Vermeidung der Entstehung von Suchterkrankungen (Primärprävention 2)

2.1.3. Verhütung übertragbarer Krankheiten (Primärprävention 3)

2.1.4. Gesundheitsschutz (Primärprävention 4)

2.2. Sekundärprävention zur Früherkennung von bestehenden Erkrankungen oder von Krankheitsrisiken und Frühintervention zur Eindämmung des Fortschreitens / der Chronifizierung

2.3. Tertiärprävention zur Verzögerung des Krankheitsverlaufes (nach Manifestation oder Behandlung), Vermeidung von Rückfällen und Verringerung von Folgeschäden

3. HiAP – Gesundheitsförderung und Prävention als sekundärer oder weiterer Zweck der Maßnahme

Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung liegen auch außerhalb des Gesundheitswesens. Maßnahmen, die mit anderer Hauptzielsetzung gesetzt werden, jedoch als **einen von mehreren bzw. sekundären oder weiteren Zweck** auch Gesundheitsförderung bzw. Prävention (intersektorale Gesundheitsförderung bzw. Prävention) im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (**Health-in-All-Policies-Ansatz**) verfolgen (wie z. B. Lärmschutzwände, verpflichtendes Kindergartenjahr oder die Arbeitsmarktförderungen), werden unter dem Oberbegriff HiAP-Maßnahmen erfasst. Damit sich HiAP-Maßnahmen für die Erhebung qualifizieren, muss Gesundheitsförderung bzw. Prävention explizit in der Zweckwidmung bzw. in den Zielen des Programmes / der Maßnahme erwähnt werden.

Weitere Erläuterungen zu HiAP finden Sie im Anhang.

[Anhang HiAP](#)

4. Capacity Building

Ausgaben, die für den Aufbau und die Verbesserung von Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention getätigt werden, werden unter dem Oberbegriff Capacity Building zusammengefasst. Hierunter fallen Ausgaben für die Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten unter Praktikern ebenso wie die Ausweitung der Unterstützung und der Infrastrukturen für Gesundheitsförderung in Organisationen. Ausgaben hierfür, die nicht projektbezogen getätigt werden (und damit schon in den Punkten 1 Gesundheitsförderung bzw. 2 Prävention abgebildet wurden), werden unter 4 Capacity Building erfasst. Weiters werden unter dieser Position allfällige Ausgaben für Gesundheitsfolgenabschätzungen erfasst.

Ausfüllhilfe – Erhebung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben in Österreich für das Jahr 2012

LEGENDE

Ausgaben: Gesamt = Gesamtausgaben für diesen Themenbereich (inklusive Investitionen, laufende Ausgaben, Förderungen) ohne Personalaufwand – hierzu siehe Frage 3 unter "Fragebogen"

Achtung: Abgrenzung zu Ausgaben für andere Bereiche wie Gesundheitspolitik und Forschung. Berücksichtigt werden sollen Ausgaben, die sich direkt auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken.

Förderungen und Werkverträge: Finanzmittel, die als Subventionen oder Beiträge z. B. an Vereine, Sozialversicherungen oder Gebietskörperschaften (z. B. Gemeinden) oder über Werkverträge vergeben werden. Wenn möglich: Bitte um Angabe des jeweiligen Förderungsempfängers bzw. Werkvertragnehmers.

Einnahmen: Gesamteinnahmen für diesen Themenbereich, wenn zuordenbar. Wenn möglich: Bitte um Aufteilung der Gesamteinnahmen nach Transfers und sonstige Erlöse.

Transfers: Transaktionen zwischen Gebietskörperschaften, z. B. seitens des Bundes, des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ); bei mehrjährigen Maßnahmen bitte das aliquotierte Budget für das Jahr 2012 eintragen

Sonstige Erlöse: z. B. Tagungsbeiträge, Gebühren, Leistungserlöse

Fragebogen

Frage 1 – Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2012

Wurden von Ihrer Abteilung im Jahr 2012 Ausgaben (inkl. Personalaufwand) für Prävention und Gesundheitsförderung entsprechend der vorgenannten Definitionen (primärer Zweck, sekundärer oder weiterer Zweck, Capacity Building) getätigt?

JA Wenn JA angekreuzt wurde:

☐

Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen!

NEIN

Wenn NEIN angekreuzt wurde:

☐

Bitte senden Sie den leeren Fragebogen (mit Kontaktdaten) an uns zurück.

Frage 2 – Ausgabenarten und Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2012

Welche Ausgaben wurden von Ihrem Ressort im Jahr 2012 für Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend der vorgenannten Begriffsklärung getätigt? Bitte kreuzen Sie an:

A. Ausgaben mit **primärem Zweck** der Gesundheitsförderung und Prävention

JA Wenn JA angekreuzt wurde:

☐

Bitte tragen Sie die Daten und Informationen für die von Ihnen im Jahr 2012 getätigten Maßnahmen in die jeweiligen Tabellenblätter entsprechend der Themenbereiche ein. Bitte ergänzen Sie allfällige weitere nicht erwähnte Themenbereiche (unter Sonstige).

[1. GF \(Gesundheitsförderung\)](#)

[2.1. Primärprävention](#)

[2.2. Sekundärprävention](#)

[2.3. Tertiärprävention](#)

NEIN

Wenn NEIN angekreuzt wurde:

☐

Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen.

B. Ausgaben mit **sekundärem oder weiterem Zweck** der Gesundheitsförderung und Prävention (**HiAP**)

JA Wenn JA angekreuzt wurde:

☐

Bitte tragen Sie die Daten und Informationen für die fünf bedeutendsten Maßnahmenblöcke Ihrer Organisation im Jahr 2012 in das Tabellenblatt ein:

[3. HiAP](#)

NEIN

Wenn NEIN angekreuzt wurde:

☐

Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen.

C. Ausgaben für den **Aufbau und die Verbesserung von Strukturen (Capacity Building)** für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention.

JA Wenn JA angekreuzt wurde:

NEIN

Wenn NEIN angekreuzt wurde:

Fragebogen

	Bitte tragen Sie die Daten und Informationen für die von Ihnen im Jahr 2012 getätigten Maßnahmen in das Tabellenblatt ein. Bitte ergänzen Sie allfällige weitere nicht erwähnte Themenbereiche (unter Sonstige).		Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen.
--	--	--	--

4. Capacity Building

Frage 3 – Personalaufwand des Landes für eigene Bedienstete (nicht erfasst unter Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention)

Bitte schätzen Sie, wie viele Bedienstete Ihres Ressorts (in Vollzeitäquivalenten) und in welchem Ausmaß diese mit Angelegenheiten der Prävention und Gesundheitsförderung im Jahr 2012 beschäftigt waren.

(z. B. 1 Vollzeitäquivalent zu 10 % = 4 Stunden pro Woche bezogen auf eine 40-Stunden-Woche)

Abgrenzung: Die Erhebung dient der Erfassung der Eigenleistungen des Landes. Bitte führen Sie hier nur spezifischen Personalaufwand an, der nicht bereits unter den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. in Projekten) erfasst wurde.

Anzahl in Vollzeitäquivalenten	zu % für Gesundheitsförderung und Prävention	aus Verwendungsgruppe	wenn möglich: monetäre Bewertung für 2012 (gesamt in €)

VZA – Vollzeitäquivalent: Die Umrechnung von Personen in Vollzeitäquivalente erfolgt auf Basis der gesamten Wochenarbeitszeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Berufs-/Verwendungsgruppe, bezogen auf eine 40-Stunden-Woche. So entsprechen beispielsweise 5 Beschäftigte, von denen drei je 40 Wochenstunden und zwei 30 Wochenstunden tätig sind, 4,5 Vollzeitäquivalenten (Berechnung: $3 \times 40/40 + 2 \times 30/40 = 4,5$).

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE KOOPERATION!

Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Gestaltung der Lebenswelt von Bevölkerungsgruppen im Jahr 2012

Themenbereich	Beispielmaßnahmen	Erläuterung zu den Maßnahmen		Ausgaben 2012			Gesamt in €	Einnahmen 2012		
		Text (Art der Maßnahmen, ergänzende Informationen)	Quellen (allfällige Links, Unterlagen etc. zu weiteren Informationen)	Gesamt in €	davon			aufgeteilt auf		sonstige Erlöse in €
					Förderungen und Werk-verträge in €	an (z. B. Gemeinde)		Transfers		
								in €	von (z. B. Bund)	
Familie/ häusliches Umfeld	Elternbildung- und Beratung; Frühe Hilfen, "REVAN: Richtig Essen von Anfang an!", Schwangerenberatung									
Gesunder Kindergarten und Gesunde Kinderkrippe	Bewegung; Ernährung (Projekte für Kinder, Gemeinschaftsverpflegung)									
Gesunde Schule und andere Ausbildungsstätten (inkl. Gewaltprävention)	Bewegung (Bewegte Pause ...); Ernährung (Projekte für Kinder, Gemeinschaftsverpflegung); weitere Projekte, auch wenn sie mehrere Anknüpfungspunkte wie Sucht, Ernährung, Bewegung oder psychosoziale Gesundheit haben									
Betriebliche Gesundheitsförderung	Ganzheitliche Betriebliche Gesundheitsförderung									
Betriebliche Gesundheitsförderung in der Rolle als Dienstgeber	alle Abteilungen									
Gesunde Gemeinde/Stadt (Kommunales Setting: Außerschulische Jugendarbeit, Gesundes Altern, GF gesundheitlich benachteiligter Bevölkerungsgruppen)	Förderung von Projekten durch das Land, Unterstützung der Netzwerke; Offene Jugendarbeit – v. a. Psychosoziale Gesundheit; Sucht, aber auch Bewegung, Ernährung									
Freizeit- und Konsumwelten (Gesundheitsförderung für Freizeitsettings, gesundheitskompetenz-fördernde Konsumenten-information)	MiniMEDStudium/ Gesundheitsinformation (themenabhängig)									

Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Gestaltung der Lebenswelt von Bevölkerungsgruppen im Jahr 2012

Themenbereich	Beispielmaßnahmen	Erläuterung zu den Maßnahmen		Ausgaben 2012			Gesamt in €	Einnahmen 2012		
		Text (Art der Maßnahmen, ergänzende Informationen)	Quellen (allfällige Links, Unterlagen etc. zu weiteren Informationen)	Gesamt in €	davon			aufgeteilt auf		
					Förderungen und Werk-verträge in €	an (z. B. Gemeinde)		Transfers		sonstige Erlöse in €
								in €	von (z. B. Bund)	
Öffentliche Einrichtungen (Gesundheits- und Sozialwesen – Gesundheitsförderndes Krankenhaus, Gesundheitsförderung im Setting Pflegeheim, Sozial und Beratungseinrichtungen)	Gesundheitsfördernde Krankenhäuser									
Gesundheitsinformation/ Gesundheits-kompetenz für Bevölkerung (soweit nicht schon in anderen Themenbereichen abgebildet)	"Durchblick - Gesundheitskompetenz für Frauen"									
Beteiligungsmöglichkeiten und Selbsthilfe	Förderung von Selbsthilfegruppen mit Gesundheitsschwerpunkt									
Sonstiges										
Sonstiges										
Sonstiges										
Summe Ausgaben/Einnahmen				€ -	€ -		€ -	€ -		€

**Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen und gesundheitsschädigendem Verhalten
(Primärprävention) im Jahr 2012**

Themenbereich	Beispielmaßnahmen	Erläuterung zu den Maßnahmen		Ausgaben 2012			Gesamt in €	Einnahmen 2012		
		Text (Art der Maßnahmen, ergänzende Informationen)	Quellen (allfällige Links, Unterlagen etc. zu weiteren Informationen)	Gesamt in €	davon			aufgeteilt auf		
					Förderungen und Werkverträge in €	an (z. B. Gemeinde)		Transfers		sonstige Erlöse in €
								in €	von (z. B. Bund)	
Primärprävention 1 (Förderung einer gesunden Lebensweise zur Verhinderung von Krankheiten)										
Zahngesundheit	Zahnprophylaxe in Kindergarten und Schule									
Gesundheit von Eltern/Kind	Stillberatung (Telefonhotline); SIDS; Förderungen an Eltern-Kind-Zentren									
Psychosoziale Gesundheit	Suizidprävention an Schulen, Psychosozialer Dienst (mit Ziel Prävention)									
Unfallprävention (Freizeit, Haushalt)	Unfallprävention (gezielt – z. B. Verkehrserziehung im Kindergarten); Sturzprophylaxe									
Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen										
Ernährung und Bewegung zur Vermeidung konkreter Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht, Fehlhaltungen)	Rückenschule; Haltungsturnen; "Richtiges Heben und Tragen"									
Sonstige										
Sonstige										
Sonstige										
Primärprävention 2 (Vermeidung der Entstehung Suchterkrankungen)										
Suchtprävention <i>keine Unterteilung in Themen (ohne medikamentöse Behandlungen)</i>	Suchtprophylaxe, Elternbildung, (z. B. "Elterncafé"), Professionalisierungsangebote für Schul- und KiGa Personal									
Primärprävention 3 (Verhütung übertragbarer Krankheiten)										
Impfungen	Kinderimpfkonzept inkl. Schulimpfungen									

**Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen und gesundheitsschädigendem Verhalten
(Primärprävention) im Jahr 2012**

Themenbereich	Beispielmaßnahmen	Erläuterung zu den Maßnahmen		Ausgaben 2012			Gesamt in €	Einnahmen 2012		
		Text (Art der Maßnahmen, ergänzende Informationen)	Quellen (allfällige Links, Unterlagen etc. zu weiteren Informationen)	Gesamt in €	davon			aufgeteilt auf		
					Förderungen und Werkverträge in €	an (z. B. Gemeinde)		Transfers		sonstige Erlöse in €
								in €	von (z. B. Bund)	
TBC-Vorsorge	LSD									
HIV/Hepatitis C	Aufklärung in Schulen									
Sonstige										
Sonstige										
Sonstige										
Primärprävention 4 (Gesundheitsschutz)										
Hygiene	Bädergütesiegel									
Arzneimittelkontrolle										
Strahlenschutz										
Nahrungsmittel- und Trinkwasserkontrolle										
Sonstige										
Sonstige										
Sonstige										
Summe Ausgaben/Einnahmen				€	-	€	-	-	€	-

**Maßnahmen zur Früherkennung von bestehenden Erkrankungen und Risiken
(Sekundärprävention) im Jahr 2012**

Themenbereich	Beispielmaßnahmen	Erläuterung zu den Maßnahmen		Ausgaben 2012			Gesamt in €	Einnahmen 2012		
		Text (Art der Maßnahmen, ergänzende Informationen)	Quellen (allfällige Links, Unterlagen etc. zu weiteren Informationen)	Gesamt in €	davon			aufgeteilt auf		
					Förderungen und Werkverträge in €	an (z. B. Gemeinde)		Transfers		sonstige Erlöse in €
								in €	von (z. B. Bund)	
Mutter-Kind-Pass	Untersuchungen									
Neugeborenen-screening	Hörscreening									
Kleinkinduntersuchungen	Kindergartenvorsorge, Entwicklungsdiagnostik									
Schulärztliche Untersuchungen	Schuluntersuchungen an Pflichtschulen; Beratung und Begleitung von Schülerinnen/Schülern mit chronischen Erkrankungen									
Jugendlichenuntersuchung										
Seh- und Hörtests	Augenuntersuchung in Kindergarten/Schule; Glaukomscreening									
Krebsfrüherkennung	Melanomfrüh-erkennung; Kolonkrebsscreening (Reformpoolprojekte; Projekte der LGF)									
Sonstige Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Gesundenuntersuchungen)										
Raucherentwöhnung	Nichtraucher-programme; Rauchfreitelefon									
Programme zur Gewichtsreduktion										
Maßnahmen und Programme zur Vermeidung/Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen	Mobbing- und Burn-out-Beratung; Ergonomie am Arbeitsplatz									
Programme zur Vermeidung/Verzögerung der Pflegebedürftigkeit	Präventive Hausbesuche									

**Maßnahmen zur Früherkennung von bestehenden Erkrankungen und Risiken
(Sekundärprävention) im Jahr 2012**

Themenbereich	Beispielmaßnahmen	Erläuterung zu den Maßnahmen		Ausgaben 2012			Gesamt in €	Einnahmen 2012		
		Text (Art der Maßnahmen, ergänzende Informationen)	Quellen (allfällige Links, Unterlagen etc. zu weiteren Informationen)	Gesamt in €	davon			aufgeteilt auf		
					Förderungen und Werkverträge in €	an (z. B. Gemeinde)		Transfers		sonstige Erlöse in €
								in €	von (z. B. Bund)	
Disease-Management-Programme (DMP)										
Sonstiges										
Sonstiges										
Summe Ausgaben/Einnahmen				€ -	€ -	-	€ -	€ -	-	€ -

Maßnahmen zur Verzögerung des Krankheitsverlaufs, Vermeidung von Rückfällen und Verringerung von Folgeschäden (Tertiärprävention) im Jahr 2012

Themenbereich	Beispielmaßnahmen	Erläuterung zu den Maßnahmen		Ausgaben 2012			Gesamt in €	Einnahmen 2012		
		Text (Art der Maßnahmen, ergänzende Informationen)	Quellen (allfällige Links, Unterlagen etc. zu weiteren Informationen)	Gesamt in €	davon			aufgeteilt auf		
					Förderungen und Werkverträge in €	an (z. B. Gemeinde)		Transfers		sonstige Erlöse in €
								in €	von (z. B. Bund)	
Rehabilitation (medizinische)	Frühförderung (medizinisch); Prävention frühkindlicher Entwicklungsstörungen									
Kuren										
Sonstiges										
Sonstiges										
Sonstiges										
Summe Ausgaben/Einnahmen						-			-	

Fünf bedeutendste Maßnahmen(blöcke) mit sekundärem oder weiterem Zweck Gesundheitsförderung bzw. Prävention im Sinne eines „Health in All Policies“-Ansatzes im Jahr 2012

Nennen Sie hier bitte die fünf bedeutendsten Maßnahmenblöcke, die als einen von mehreren bzw. als sekundären oder weiteren Zweck auf Gesundheitsförderung oder Prävention zielen, und geben Sie wenn möglich die dafür angefallenen Ausgaben und Einnahmen an.
Bitte führen Sie den Bezug zur Gesundheitsförderung bzw. Prävention an, und verweisen Sie wenn möglich auf Belege hierfür (Rahmen-Gesundheitsziele, Programme, Zweckwidmung ...).

Themenbereich/ Zweck der Maßnahme (z. B. Verkehr, Soziales, Umwelt)	Erläuterung zur Maßnahme			Ausgaben 2012			Einnahmen 2012			
	Text (Art der Maßnahmen, ergänzende Informationen) (z. B. Lärmschutzwände, Arbeitsmarktförderungen, verpflichtendes Kindergartenjahr, sozialer Wohnbau)	Bezug Gesundheitsförderung bzw. Prävention	Quellen (allfällige Links, Unterlagen etc. zu weiteren Informationen)	Gesamt in €	davon		Gesamt in €	aufgeteilt auf		
					Förderungen und Werk-verträge in €	an (z. B. Gemeinde)		Transfers		sonstige Erlöse in €
								in €	von (z. B. Bund)	
Summe Ausgaben/Einnahmen				€	-	€	-	-	€	-

Ausgaben für den Aufbau und die Verbesserung von Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention – Capacity Building im Jahr 2012:

Bitte führen Sie hier Ausgaben Ihrer Abteilung für Capacity Building an, die nicht in den Kategorien 1 Gesundheitsförderung und 2 Prävention (Projektbezogenes Capacity Building) abgebildet wurden. Nicht anzuführen sind Ausgaben, die dem Bildungs- oder Forschungssektor (z. B. FH und Universitäten) zugerechnet werden.
Für den Bereich Capacity Building gilt nicht die Notwendigkeit, dass die Maßnahmen direkt auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken, jedoch sollte ein konkreter Praxisbezug bzw. eine Umsetzungsrelevanz bestehen.

Themenbereich	Beispielmaßnahmen	Erläuterung zu den Maßnahmen		Ausgaben 2012			Gesamt in €	Einnahmen 2012					
		Text (Art der Maßnahmen, ergänzende Informationen)	Quellen (allfällige Links, Unterlagen etc. zu weiteren Informationen)	Gesamt in €	davon			aufgeteilt auf					
					Förderungen und Werkverträge in €	an (z. B. Verein)		Transfers		sonstige Erlöse in €			
								in €	von (z. B. Bund)				
Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten unter Praktikern	Seminare zur Vermittlung von Kompetenzen für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Förderungen von Personen für Ausbildungen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention												
Ausweitung der Unterstützung und der Infrastrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention in Organisationen	Aufbau und Unterstützung von Netzwerken; umsetzungsrelevante Methodenentwicklung												
Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen													
Sonstige													
Sonstige													
Summe Ausgaben/Einnahmen				€	-	€	-	-	€	-	-	€	-

Health in All Policies / Gesundheit in allen Politikfeldern

Die gesundheitspolitische Strategie **Health in All Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)** zielt darauf ab, Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern. Ausgangspunkt von Health in All Policies (HiAP) ist das Wissen, dass politische Maßnahmen, Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die Gesundheit der Menschen in einer kausalen Kette stehen.

Der Erfolg der Gesamtpolitik kann an ihren Auswirkungen auf die Gesundheit gemessen werden. Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für nachhaltiges Wirtschaftswachstum. Intersektorale Investitionen in Gesundheit tragen langfristig zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung eines Landes bei.

Einfluss der Medizin auf die Gesundheit: Der Rückgang der Sterberate sowie der Anstieg der Lebenserwartung im 20. Jahrhundert werden häufig dem medizinischen Fortschritt zugeschrieben. Studien von McKeown und Lowe (1974) weisen jedoch darauf hin, dass beispielsweise der Rückgang von Infektionskrankheiten (z. B. Typhus, Cholera, Tuberkulose) im 19. Jahrhundert bzw. in der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert nur zu einem geringen Teil auf medizinische Interventionen zurückzuführen ist. Vielmehr haben sozialpolitische Maßnahmen, insbesondere die Verbesserung der Wohnverhältnisse oder gesündere Ernährung, maßgeblich zur

Die Gesundheit der Bevölkerung kann nur zum Teil durch die „klassische“ Gesundheitspolitik gesichert werden. Die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung liegen außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems, wie etwa im Bereich der Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs- oder Wirtschaftspolitik. Da nur im Gesundheitsbereich gesetzte Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit zu kurz greifen, müssen Gesundheitsaspekte und -

sozioökonomischen Status leben ungesünder, erkranken häufiger und sterben früher. Die wissenschaftliche Evidenz belegt diese Wechselwirkungen zwischen sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit (Townsend & Davidson 1982; Wismar et al. 2006; Klimont et al. 2008; BMsSG 2002). Ein „Health in All Policies“-Ansatz kann der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen entgegenwirken (CSDH 2008).

Rechtliche Grundsätze für Health in All Policies: Die Resolution „Health for All“ (HFA) der Weltgesundheitsversammlung (WHA) bestätigte 1977 formell die Notwendigkeit eines intersektoralen Zugangs zur Förderung der Gesundheit. Die aktuelle europäische „HFA policy“ („Health21“) betont, dass bis zum Jahr 2020 alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren und in ihren Maßnahmen und Strategien gesundheitliche Auswirkungen mitberücksichtigen sollen (WHO 1999). Eines der zentralen Handlungsfelder der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) stellt die Entwicklung einer Die Wichtigkeit von Gesundheit bei Maßnahmen aller Sektoren wurde auf EU-Ebene 1997 im Vertrag von Amsterdam formell festgehalten (Artikel 152) (Commission of the European Communities 1997). Im Jahr 2006 widmete die finnische Ratspräsidentschaft „Health in All Policies“ einen Schwerpunkt (Stahl et al. 2006). EU und WHO setzen immer wieder Initiativen, und auch in Österreich wird verstärkt auf die Notwendigkeit einer intersektoralen Verantwortung für Gesundheit verwiesen.

Quelle: Auszug aus dem Fact Sheet HiAP; Gesundheit Österreich/ÖBIG, Stand 2012 (http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2013/08/FactSheet-HealthinAllPolicies_2012.pdf)

www.bmg.gv.at

Im Jahr 2012 wurden seitens der öffentlichen Hand 2,02 Milliarden Euro für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben. Der vorliegende Bericht stellt die Ausgaben und Aktivitäten für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich gegliedert nach Trägern und Interventionsebenen dar. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der Erhebung von HiAP-Maßnahmen (Health in All Policies) der öffentlichen Hand beleuchtet.