



2. Monitoring-Bericht der Nationalen Gesundheitsförderungsstrategie

Überblick über Maßnahmen im Rahmen der Strategie im Zeitraum 2016-2019

Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im Dezember 2020

Impressum

Fachliche Expertise durch die Fachgruppe und folgende weitere Expertinnen und Experten:

Christina Dietscher
Judith delle Grazie
Christoph Heigl
Semiramis Macek
Stefan Spitzbart

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Thomas Bartosik
Rainer Christ
Christoph Schmotzer
Martin Zuba

Projektassistenz:
Bettina Engel

Zitiervorschlag:

BMSGPK (2020): 2. Bundes-Monitoringbericht der Nationalen Gesundheitsförderungsstrategie. Überblick über Maßnahmen im Rahmen der Strategie im Zeitraum 2016-2019. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch SC Türk (BMSGPK, Sektion VIII)

Erscheinungsdatum:

November 2020

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Von der Bundes-Zielsteuerungskommission wurde 2014 die Gesundheitsförderungsstrategie (GF-Strategie) beschlossen. Sie gibt verbindliche Ziele und Grundsätze für die Mittelverwendung der Landesgesundheitsförderungsfonds (LGFF) und der Vorsorgemittel der Bundesgesundheitsagentur für die Jahre 2013 bis 2022 vor. Im Rahmen der LGFF sind jährlich 15 Mio. Euro an Budgetmitteln zur Verfügung zu stellen. (BMG 2014a)

Im Jahr 2016 wurde ein Zwischenbericht gelegt, der die in den Jahren 2013 bis 2015 beschlossenen Maßnahmen der LGFF erfasst hat. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf den Förderzeitraum der Jahre 2016 bis inklusive 2019. Die Monitoringberichte sollen darüber Auskunft geben, ob den Vorgaben der GF-Strategie entsprochen wurde und allfälligen Entwicklungsbedarf aufzeigen.

Methode/Methoden

Die Daten für diesen Bericht beruhen auf Angaben der LGFF. Bei den Trägern der Sozialversicherungen und den Ländern wurden verantwortliche Personen mit der Datenerfassung betraut. Die Dateneingabe erfolgte in einem Webtool, dem IDDS-Gesundheit, entsprechend einem akkordierten Fragenkatalog. LGFF-Förderungen für Maßnahmen sind oft für mehrere Jahre angelegt. Für diesen Bericht wurde eine Abgrenzung in dem Sinne definiert, dass genau jene Finanzmittel zu erfassen sind, die für den Zeitraum 1.1.2016 bis 31.12.2019 genehmigt worden sind. Für Maßnahmen, die über diesen Zeitraum hinaus genehmigt worden sind (unabhängig davon ob in die Jahre davor oder danach), wurden die Finanzierungsbeiträge auf den Berichtszeitraum aliquotiert.

Ergebnisse

Für den Berichtszeitraum wurden Österreichweit 221 Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit einem Fördervolumen von 69.311.031,93 Euro gemeldet. Damit wurde das Volumen von 60 Millionen Euro, das für die zweite Berichtsperiode zu widmen war erfüllt. Angesichts der Tatsache, dass für die erste Berichtsperiode allerdings weniger als die zu veranschlagenden 45 Millionen eingemeldet waren, besteht bezogen auf den Gesamtzeitraum 2013–2019 österreichweit noch ein Rückstand von 8.788.121,29 Euro. Alle Landesgesundheitsförderungsfonds meldeten Maßnahmen ein, und haben diese umfassend nach den Kriterien des vereinbarten Monitoring-konzeptes beschrieben. Die Umsetzung der GF-Strategie erscheint in ihren Routineprozessen etabliert. Während im ersten Berichtszeitraum eine Verzögerung der Umsetzung offensichtlich war (auch bedingt durch den späten formalen Beschluss der Strategie), erscheint die Abwicklung in dieser zweiten Berichtsphase plangemäß. Rückstände aus der ersten Periode wurden zumindest zum Teil kompensiert.

Die inhaltlichen Vorgaben für die Verwendung der Mittel wurden erfüllt, d.h. für die priorisierten Schwerpunkte wurden über 87 Prozent der Mittel gewidmet. Innerhalb der priorisierten Schwerpunkte findet sich aktuell eine besondere Ausrichtung auf Anliegen jüngerer Menschen. Somit sind

starke Impulse für die Kindergesundheit gesetzt worden, die an nationale Programme (z.B. Frühe Hilfen) sinnvoll anknüpfen. Für die Anliegen älterer Menschen sind vergleichbare breite Programme nicht in dem Maße entwickelt, was die geringere Dotierung von Mitteln in diesem Bereich zumindest teilweise erklären kann. Für die nicht priorisierten Schwerpunkte ist fest zu halten, dass manche Themen gar nicht und viele nur in sehr beschränktem Rahmen aufgegriffen worden sind. Schwerpunkte, die allgemein strategische Fragestellungen behandeln könnten (Capacity building für Gesundheitsförderung oder Gesundheitsfolgenabschätzung), fanden keine Beachtung. Weitere Schwerpunktsetzungen mit breiter Ausrichtung sollen hinkünftig zusätzlich gewählt werden.

Die Erfüllung von Prinzipien und Qualitätskriterien erfolgte uneinheitlich. Die gemeinsame Umsetzung von Gesundheitsförderung durch verschiedene Politikfelder (Health in All Policies) wird in hohem Maße verfolgt. Auch längerfristige Verankerung von Maßnahmen und die Weiterentwicklung von Strukturen werden in nennenswertem Maße angegeben. Obwohl klassische Ansprüche der Gesundheitsförderung weitgehend umgesetzt werden, gilt es doch, auf Schwächen und Entwicklungspotentiale hinzuweisen. Der Bezug auf wissenschaftliche Fundierung oder Good-Practice erscheint nicht konsequent umgesetzt oder zumindest nicht durchgängig dargestellt. Auch fehlt öfters der Bezug oder zumindest die nachvollziehbare Darstellung, in welcher Form konkrete Maßnahmen zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen. Der Anspruch, Gesundheitsförderungsmaßnahmen unter Beteiligung der Betroffenen zu entwickeln und umzusetzen, wird weitgehend erst genommen, allerdings findet sich im Hinblick auf Partizipation Entwicklungspotential. Gerade verbindlichere Formen der Einbeziehung der Betroffenen werden noch selten umgesetzt. Bei den Gesundheitsdeterminanten ist eine Beachtung der verhaltensbezogenen Einflüsse auf die Gesundheit nahezu durchgängig gegeben. Um den gegenseitigen Abhängigkeiten der Gesundheitsdeterminanten – Verhalten und Verhältnisse – gerecht zu werden, sollte eine noch stärkere Berücksichtigung der sozialen Determinanten, der Lebens- und Arbeitsverhältnisse und der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Bedingungen angestrebt werden. Das Kriterium der Evaluation wird nicht durchgehend in allen Maßnahmen umgesetzt, obwohl es sich hierbei eigentlich um eine Voraussetzung für die Genehmigung von LGFF-Mitteln handelt. In Bezug auf Evaluation bestehen Hinweise, dass Ansprüche die gesetzt waren (1. Bericht), nicht erfüllt werden konnten.

Die Arbeiten und Beschlüsse der Landesgesundheitsförderungsfonds sind klar auf das jeweilige Bundesland fokussiert. Austausch und Vernetzung generell und über Landesgrenzen hinaus erfolgen kaum im Rahmen von LGFF finanzierten Maßnahmen. Der Anspruch der GF-Strategie zu Austausch und Vernetzung beizutragen wird von den LGFF nicht aktiv aufgegriffen, eine Beteiligung an nationalen Aktivitäten (wie Frühe Hilfen) erfüllt zumindest in Teilbereichen diesen Zweck. Möglichkeiten zur Finanzierung von Begleitmaßnahmen (Kapazitätsaufbau und Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung, Wissenschaftliche Grundlagen- und Begleitarbeiten, Aktivitäten zum Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik) können zukünftig stärker forciert und ausgebaut werden.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Die GF-Strategie gibt einen Rahmen vor, der eine gute Orientierung und auch Verbindlichkeit schafft. Diese Ressource sollte genutzt und weiterentwickelt werden.

Empfohlen wird eine Überarbeitung des Katalogs der inhaltlichen Schwerpunkte sowohl im Hinblick auf Klarheit wie auch im Hinblick auf Gewichtung. Auf Schwächen in der Umsetzung der GF-Strategie betreffend manche Prinzipien und Qualitätskriterien soll nachfolgend gezielt eingegangen werden, um die weitere Umsetzung zu optimieren. Dabei gilt es, Strategien für Lernen und Erfahrungsaustausch und zusätzliche Aktivitäten zu entwickeln und zu etablieren. Der Austausch zwischen Akteuren der GF-Strategie hat großes Potential, aber auch der Austausch mit Akteuren außerhalb dieses spezifischen Kontextes soll verstärkt werden.

Zweifellos ist durch die Landesgesundheitsförderungsfonds in den neun Bundesländern viel ermöglicht worden, eine Gesamtbeurteilung der Wirksamkeit fällt dennoch schwer. Um belastbare Befunde zur Bewertung der Wirksamkeit der GF-Strategie insgesamt und somit auch Grundlagen für die Weiterentwicklung der GF-Strategie zu schaffen, braucht es konzeptive Überlegungen für eine koordinierte Weiterentwicklung.

Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung, Finanzmonitoring, Qualitätssicherung, Good Practice

Inhalt

Kurzfassung	III
1 Einleitung	1
2 Überblicksdaten.....	4
2.1 Finanzvolumen	4
2.2 Allgemeine Charakteristika der dokumentierten Maßnahmen.....	7
3 Inhaltliche Schwerpunkte und Mittelverwendung	10
4 Einhaltung der Grundsätze der Mittelverwendung.....	18
4.1 Wissenschaftliche Erkenntnis und Good Practice	18
4.2 Health in all Policies (HiAP).....	19
4.3 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit	21
5 Einhaltung definierter Qualitätskriterien	22
5.1 Setting(s)/Interventionsfeld(er).....	23
5.2 Geografische Reichweite/Verortung.....	24
5.3 Determinanten der Gesundheit.....	24
5.4 Zielgruppeninteressen und Zielgruppen	27
5.4.1 Altersgruppen	27
5.4.2 Zielgruppenauswahl	28
5.4.3 Zielgruppengröße.....	31
5.5 Einbezug der Akteurinnen/Akteure des Settings	31
6 Angestrebte Wirkung der Maßnahmen.....	33
6.1 Nachhaltigkeit der Maßnahmen	33
6.2 Evaluation.....	34
7 Analyse und Schlussfolgerungen	36
7.1 Wesentliche Ergebnisse	36
7.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung der GF-Strategie.....	40
8 Literatur	41
9 Anhang	42
9.1 Maßnahmenumsetzende Organisationen	50
9.2 Setting(s)/Interventionsfeld(er).....	53
9.3 Zielgruppeninteressen und Zielgruppen	54
9.4 Maßnahmen mit den größten Jahresfördersummen.....	55

Abbildungen

Abbildung 3.1: Prozentanteil der gewidmeten Mittel für priorisierte Schwerpunkte der GF-Strategie	12
Abbildung 3.2: Mittel für priorisierte Schwerpunkte der GF-Strategie, Vergleich 1. und 2. Berichtsperiode.....	13
Abbildung 3.3: Mittel für priorisierte Schwerpunkte der GF-Strategie, Vergleich 1. und 2. Berichtsperiode.....	16
Abbildung 4.1: Beschreibung – Wissenschaftliche Erkenntnis und Good Practice.....	18
Abbildung 4.2: Orientierung der Maßnahmen an Kriterien für Health in all Policies (HiAP)	19
Abbildung 4.3: Orientierung der Maßnahmen an dem Kriterium Gesundheitliche Chancengerechtigkeit	21
Abbildung 5.1: Prozentanteil der gewidmeten Mittel für Settings und Interventionsfelder.....	23
Abbildung 5.2: Verteilung der Maßnahmen nach Determinanten der Gesundheit	25
Abbildung 5.3: Verteilung der Maßnahmen nach Zielgruppeninteressen und Zielgruppen – Altersgruppen.....	27
Abbildung 5.4: Zielgruppeninteressen und Zielgruppen – Zielgruppenauswahl gesamt	28
Abbildung 5.5: Zielgruppeninteressen und Zielgruppen – Zielgruppenauswahl, Vergleich 1. und 2. Berichtsperiode	29
Abbildung 5.6: Beschreibung – Einbezug der Akteurinnen/Akteure des Settings	32
Abbildung 6.1: Beschreibung – Nachhaltigkeit der Maßnahmen	33
Abbildung 6.2: Beschreibung – Evaluation	34
Abbildung 6.3: Beschreibung – Evaluation, Vergleich 1. und 2. Berichtsperiode.....	35

Tabellen

Tabelle 2.1: Zu widmende Mittel für Gesundheitsförderung gemäß GF-Strategie.....	4
Tabelle 2.2: Zu widmende Gesamtmittel bis zum Stichtag 31.12.2019 (Mittel für Periode 2 plus Rückstände aus Periode 1) Berichtetes Budgetvolumen in € 2. Berichtszeitraum Anteil berichtetes Budgetvolumen 2. Berichtszeitraum an zu widmenden Gesamtmitteln bis Stichtag 13.12.2019 Ausblick auf 3 Berichtsperiode – offene Mittel aus Perioden 2 und 3.....	6
Tabelle 2.3: Budgets der Maßnahmen in Gruppen.....	8
Tabelle 2.4: Größe der angestrebten Zielgruppen	9
Tabelle 3.1: Zuordnung von Maßnahmen und Budgets zu den sechs priorisierten Schwerpunkten und zum inhaltlichen Gesamtrahmen der GF-Strategie (Mehrfachnennungen waren möglich).....	11
Tabelle 3.2: Nicht priorisierte Schwerpunkte, durchschnittlich gewidmete Budgetmittel pro Maßnahme und Anteil der Budgetmittel, bezogen auf die Mittel, die nicht für priorisierte Schwerpunkte aufgewendet werden	14
Tabelle 5.1: Geografische Reichweite/Verortung, Anteil bundeslandweiter Maßnahmen	24
Tabelle 5.2: Häufigkeiten der Nennung ausgewählter Determinanten	26
Tabelle 5.3: Beschreibung – Zielgruppeninteressen und Zielgruppen – Top 15	30
Tabelle 5.4: Größe der angestrebten Zielgruppen	31
Tabelle 9.1 Liste der Maßnahmen, gruppiert nach Bundesländern.....	42
Tabelle 9.2: Häufigkeiten der Nennung ausgewählter Interventionsfelder	53
Tabelle 9.3: Maßnahmen mit den größten Jahresfördersummen.....	55

1 Einleitung

In der „Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages“ (BMG 2014a) haben die Zielsteuerungspartner neben Geltung, Zielen, Schwerpunktsetzungen und Grundsätzen auch ein Monitoring mit Begleitung und Berichterstattung festgelegt. Details zum Monitoring wurden von der Fachgruppe Public Health / Gesundheitsförderung (FG PH/GF) im Jahr 2014 entwickelt und in einem „Rahmenkonzept für ein Umsetzungsmonitoring“ (BMG 2014b) zusammengefasst, welches von der Bundes-Zielsteuerungskommission im Dezember 2014 beschlossen wurde.

Folgende fünf Hauptziele sind darin festgehalten:

1. Beobachtung, ob die grundlegenden Ziele zur Weiterentwicklung der GF-Strategie erreicht werden
2. Beobachtung der Mittelverwendung in Bezug auf inhaltliche Schwerpunktsetzung und der Einhaltung von Grundsätzen und Qualitätskriterien der GF-Strategie
3. Beobachtung der Wirkung der GF-Strategie
4. Überregionales Lernen und Vernetzung in der Projektdurchführung
5. Datengenerierung für wissenschaftliche Forschung

Dieser Bericht zur zweiten Förderperiode (Jahre 2016–2019) folgt weitgehend dem Aufbau des Berichtes, welcher für die erste Förderperiode (Jahre 2013–2015) vorliegt.

Maßnahmen, die über mehrere Jahre inhaltlich gleich umgesetzt werden, konnten für diesen Bericht als eine Maßnahme dargestellt werden, unabhängig davon, ob sie auf einem (Mehrjahresbeschluss) oder auf mehreren Beschlüssen beruhen. Die Darstellung der Finanzmittel wurde genau auf den Berichtszeitraum angepasst, es werden also in diesem Bericht nur die Mittel dargestellt, die für diesen zweiten Berichtszeitraum beschlossen worden sind.

Der Bericht bezieht sich ausschließlich auf die Mittel der Landesgesundheitsförderungsfonds (LGFF) und nicht auf die Verwendung der Vorsorgemittel der Bundesgesundheitsagentur. Zu den Vorsorgemitteln existiert ein gesondertes Berichtswesen. Viele Fragen sind ident betreffend LGGF-Mittel und Vorsorgemittel der Bundesgesundheitsagentur, in einigen Bereichen sind für die Vorsorgemittel ausführlichere Angaben und Berichtslegungen vereinbart.

Der Fragenkatalog zur Beschreibung der Maßnahmen wurde zwischen erstem und zweitem Berichtszeitraum überarbeitet. Die Grundstruktur und die wesentlichen Dimensionen sind unverändert. Eine Vereinfachung ist erfolgt, indem einige Fragestellungen mit geringer Aussagekraft gestrichen worden sind, und die Selbstbewertung mit Sternen nicht mehr erfasst wird. Ergänzt, beziehungsweise modifiziert wurden Fragen zu Nachhaltigkeit und zur Evaluation der Maßnahmen.

Die Datenerfassung erfolgte durch die Monitoring-Verantwortlichen in den beteiligten Organisationen. Sie sind dafür verantwortlich, dass alle relevanten Maßnahmen in der Datenbank auf IDDS-Gesundheit erfasst werden. Weiters können sie Lese- und Bearbeitungsrechte an andere Personen

vergeben und somit Arbeits- und Abstimmungsprozesse steuern. Die Dateneingabe war von September 2019 bis einschließlich Mai 2020 möglich.

Datenbasis

Alle LGFF beteiligten sich an der Dateneingabe. Plausibilitätsprüfungen wurden im Sommer 2020 durchgeführt. Eine Liste der erfassten Maßnahmen wurde noch einmal zur Prüfung auf Vollständigkeit und Richtigkeit an die Verantwortlichen übermittelt mit Rückmeldefrist bis 31. August 2020. Einige Unschärfen und Lücken konnten identifiziert und schließlich bis 7. September 2020 bereinigt werden.

In die Auswertung wurden – gemäß Vereinbarung – nur Maßnahmen einbezogen, die mit 1.1.2016 oder später begonnen wurden. Für den Berichtszeitraum sind 221 Maßnahmen in IDDS-Gesundheit erfasst und so detailliert beschrieben, dass sie in die Auswertung für diese Berichtslegung aufgenommen werden konnten.

Für einige Variablen sind Einschränkungen bezüglich der Interpretation zu beachten. Nicht alle Angaben konnten im Detail mit den meldenden Organisationen überprüft werden, auch unterschiedliche Interpretationen von Vorgaben sind nicht auszuschließen.

- » Die Angaben zu den im Bericht dargestellten Projektlaufzeiten tendieren zu einer Unterschätzung. Maßnahmen wurden im Rahmen dieser Berichtslegung – mit Bezug auf den Berichtszeitraum – zumeist mit Laufzeiten bis maximal vier Jahren angegeben, auch wenn sie über den Berichtszeitraum hinausgehen. Längere Laufzeiten sind möglicherweise nicht vollständig erfasst.
- » Die Angaben zu den im Bericht dargestellten Gesamtbudgets der LGFF tendieren zu einer Überschätzung. Vereinbarungsgemäß waren die beschlossenen Budgets für einzelne Maßnahmen zu berichten, welche für diesen Bericht pro LGFF summiert wurden. Die pro Maßnahme beschlossenen Mittel können höher liegen als die schließlich ausgeschütteten/verbrauchten Mittel. Da in manchen LGFF nicht verbrauchte Mittel in den folgenden Sitzungen der Landeszielsteuerungskommissionen gleich wieder gewidmet werden (somit nicht verbrauchte Mittel ein weiteres Mal „beschlossen“ werden), können sich geringe Abweichungen auf der Ebene einzelner Maßnahmen über den Berichtszeitraum von vier Jahren (acht Sitzungen mit Beschlüssen) zu größeren Abweichungen aufsummieren.
- » Die Größe der angestrebten Zielgruppe, dürfte unterschiedlich eng interpretiert worden sein. Durch einige Maßnahmen, die große Personenzahlen gemeldet haben, ist eine Verzerrung nach oben anzunehmen.

Trotz dieser Einschränkungen können mit den vorhandenen Daten die Grundcharakteristika der geförderten Maßnahmen und die Arbeitsweisen der LGFF gut beschrieben werden. Auf die Interpretationsgrenzen wird in den Darstellungen im Bericht gezielt hingewiesen und es werden Datenaufbereitungen gewählt, die Fehlschlüsse hintanhaltend.

Der erste Bundesmonitoringbericht berücksichtigte 162 Maßnahmen. Allerdings waren zum Zeitpunkt der damaligen Berichtslegung einige Maßnahmen nicht vollständig im Detail beschrieben, sodass sich manche Auswertungen zum ersten Berichtszeitraum auf geringere Fallzahlen beziehen. Daraus können sich Unschärfen bei Vergleichen zwischen erstem und zweitem Berichtszeitraum ergeben

2 Überblicksdaten

2.1 Finanzvolumen

Die GF-Strategie sieht vor, dass in ihrem Rahmen jährlich Finanzmittel in der Höhe von 15.000.000 Euro zur Verfügung gestellt werden.

Tabelle 2.1:

Zu widmende Mittel für Gesundheitsförderung gemäß GF-Strategie

	Soll pro Jahr	Soll Periode 1 2013–2015	Soll Periode 2 2016–2019	Soll Periode 3 2020–2022	Summe 2013–2022
Bundesland					
Burgenland	501.830,00 €	1.505.490,00 €	2.007.320,00 €	1.505.490,00 €	5.018.300,00 €
Kärnten	1.008.910,00 €	3.026.730,00 €	4.035.640,00 €	3.026.730,00 €	10.089.100,00 €
Nieder- österreich	2.912.172,00 €	8.736.516,00 €	11.648.688,00 €	8.736.516,00 €	29.121.720,00 €
Ober- österreich	2.487.622,00 €	7.462.866,00 €	9.950.488,00 €	7.462.866,00 €	24.876.220,00 €
Salzburg	964.535,00 €	2.893.605,00 €	3.858.140,00 €	2.893.605,00 €	9.645.350,00 €
Steiermark	2.175.045,00 €	6.525.135,00 €	8.700.180,00 €	6.525.135,00 €	21.750.450,00 €
Tirol	1.270.522,00 €	3.811.566,00 €	5.082.088,00 €	3.811.566,00 €	12.705.220,00 €
Vorarlberg	661.210,00 €	1.983.630,00 €	2.644.840,00 €	1.983.630,00 €	6.612.100,00 €
Wien	3.018.154,00 €	9.054.462,00 €	12.072.616,00 €	9.054.462,00 €	30.181.540,00 €
Ö Gesamt	15.000.000,00 €	45.000.000,00 €	60.000.000,00 €	45.000.000,00 €	150.000.000,00 €

Quelle: GF-Strategie 2016 S.2, Berechnungen GÖG

Im 1. Bundesmonitoringbericht wurden bei den LGFF österreichweit 162 Förderbeschlüsse mit einem Volumen von 43.529.002,- Euro gefasst, was knapp 97 Prozent des Finanzvolumens für die erste Berichtsperiode entsprechen würde.

Zu beachten ist allerdings, dass im 1. Bundesmonitoringbericht auch Beschlüsse und Finanzmittel erfasst worden sind, die über den Berichtszeitraum hinausgegangen sind, also in diese zweite und auch in die künftige dritte Berichtsperiode hineinreichen. Nur etwa 28,3 Millionen der gemeldeten 43,5 Millionen bezogen sich auf den ersten Berichtszeitraum, was etwa 63 Prozent des für die erste Förderperiode zu widmenden Finanzvolumens entspricht.

Ein erheblicher Anteil der bis dahin beschlossenen Finanzmittel wurde für Umsetzungen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im zweiten Berichtszeitraum gewidmet (etwa 14,8 Millionen), ein kleiner Anteil (knapp 400.000 Euro) auch für den dritten Berichtszeitraum.

Die Tatsache, dass im ersten Berichtszeitraum nur etwa 63 Prozent der zu widmenden Fördermittel zur Umsetzung beschlossen worden sind, kann damit erklärt werden, dass als Beginn für die Umsetzung der GF-Strategie das Jahr 2013 festgelegt worden ist, wesentliche Festlegungen aber erst später getroffen worden sind und somit Beschlüsse von den jeweiligen Landeszielsteuerungskommissionen erst verzögert getroffen worden sind. Dies bedeutet aber auch, dass in den Förderperioden zwei und drei, die in Förderperiode eins noch nicht gewidmeten Fördervolumina nachzuholen sind.

Somit war zu erwarten, dass das Finanzvolumen, das für diesen zweiten Bericht erfasst wurde über die 60 Millionen Euro hinausgeht, die dem Fördervolumen der zweiten Berichtsperiode entsprechen würden.

Um klare Abgrenzungen und Finanzzuordnungen zu gewährleisten, wurde für diese Berichtsperiode vereinbart, dass genau jene Finanzmittel berichtet werden, die spezifisch für den Zeitraum 2016–2019 gewidmet sind (Instruktion laut Schulungsunterlage: „Alle Maßnahmen werden erfasst, die in dem Zeitraum 1.1.2016 bis 31.12.2019 gemäß Beschlüssen gefördert werden oder worden sind, unabhängig davon, ob die Maßnahme schon vorher begonnen/beschlossen worden ist und unabhängig davon, ob die Laufzeit über den Berichtszeitraum hinausgeht.“ – das bedeutet, dass jene Finanzmittel die im 1. Bundesmonitoringberichts für die zweite Förderperiode bereits erfasst worden sind, nun nochmal erfasst worden sind).

Tabelle 2.2:

Zu widmende Gesamtmittel bis zum Stichtag 31.12.2019 (Mittel für Periode 2 plus Rückstände aus Periode 1)

Berichtetes Budgetvolumen in € 2. Berichtszeitraum

Anteil berichtetes Budgetvolumen 2. Berichtszeitraum an zu widmenden Gesamtmitteln bis Stichtag 31.12.2019

Ausblick auf 3 Berichtsperiode – offene Mittel aus Perioden 2 und 3.

Bundesland	Zu widmende Gesamtmittel bis zum Stichtag 13.12.2019: Mittel für Periode 2 plus Rückstände aus Periode 1	Berichtetes Budgetvolumen in € 2. Berichtszeitraum	Anteil berichtetes Budgetvolumen 2. Berichtszeitraum an Gesamtmitteln bis Stichtag 31.12.2019	Ausblick auf 3: Berichtsperiode – offene Mittel aus Perioden 2 und 3
Burgenland	2.911.706,93 €	3.006.665,39 €	1,03	-94.958,46
Kärnten	5.827.458,43 €	4.622.550,00 €	0,79	1.204.908,43
Niederösterreich	14.031.984,12 €	13.206.381,35 €	0,94	825.602,77
Oberösterreich	13.752.809,73 €	10.612.563,29 €	0,77	3.140.246,44
Salzburg	6.102.287,13 €	5.044.353,59 €	0,83	1.057.933,54
Steiermark	12.844.738,38 €	14.908.832,13 €	1,16	-2.064.093,75
Tirol	5.035.037,11 €	4.651.935,95 €	0,92	383.101,16
Vorarlberg	4.090.578,34 €	3.443.184,80 €	0,84	647.393,54
Wien	13.502.553,05 €	9.814.565,43 €	0,73	3.687.987,62
Ö Gesamt	78.099.153,22 €	69.311.031,93 €	0,89	8.788.121,29

Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung GÖG

Da im Zuge der ersten Berichtslegung Finanzdaten nachgemeldet worden sind, konnte eine exakte Projekt- und Bundeslandzuordnung nicht durchgängig umgesetzt werden. Somit können die hier berichteten Rückstände zu Periode 1 von den Aufzeichnungen bei den LGFF geringfügig abweichen.

Das berichtete Budgetvolumen für den 2. Berichtszeitraum kann von den Aufzeichnungen der einzelnen LGFF abweichen. Diese Tabelle summiert alle jemals beschlossenen Förderungen für den Berichtszeitraum. Ein systematisches Überreporting in dieser Tabelle ergibt sich insbesondere dann, wenn beschlossene Fördermittel für konkrete Maßnahmen nicht zur Gänze verbraucht worden sind und eben diese nicht verbrauchten Mittel in folgenden Sitzungen ein weiteres Mal „beschlossen“ worden sind. Geringe Abweichungen auf Maßnahmenebene können sich bei acht Sitzungen mit Beschlüssen im Berichtszeitraum zu größeren Abweichungen summieren.

Allfälliges Überreporting beim berichteten Budgetvolumen für den 2. Berichtszeitraum führt auch zu Abweichungen in den Spalten 4 und 5 der Tabelle.

Für den aktuellen Berichtszeitraum wurden insgesamt 69.311.031,93 Euro an gewidmeten Fördermitteln gemeldet. Dies liegt um mehr als 9 Millionen Euro über dem Volumen, das für den Zeitraum 2016–2019 zu widmen war. Allerdings wurden für den ersten Berichtszeitraum 2013–2015 deutlich weniger Mittel gemeldet als zu widmen gewesen wären. Somit sind die in der ersten Periode noch nicht gewidmeten Beträge zum Soll für die zweite Berichtsperiode hinzu zu zählen (Spalte 3 Tabelle 2.2).

Wie Spalte 4 in Tabelle 2.2 zeigt, wurden in dieser zweiten Berichtsperiode Rückstände aus der ersten Berichtsperiode in relevanter Größenordnung aufgeholt. Dennoch bleibt für die Mehrheit der Bundesländer ein zusätzliches Soll, das in der dritten Berichtsperiode aufzubringen ist.

2.2 Allgemeine Charakteristika der dokumentierten Maßnahmen

Umsetzungsmaßnahmen und Begleitmaßnahmen

Die GF-Strategie sieht vor, dass Mittel für Umsetzungsmaßnahmen und auch Begleitmaßnahmen aufgewendet werden können. Der weitaus größte Anteil der Maßnahmen legt einen Schwerpunkt auf Umsetzung (98,6 %), 10,4 Prozent der Maßnahmen sind als Begleitmaßnahmen deklariert (Mehrfachnennungen waren möglich). Insgesamt wurden 3 Maßnahmen, ausschließlich als Begleitmaßnahmen deklariert, für 20 weitere wurde eine Kombination von Umsetzungs- und Begleitmaßnahme angegeben. Die 23 Maßnahmen, die als Begleitmaßnahmen gekennzeichnet sind, kombinieren meist mehrere Aspekte. Je 20 Mal werden Kapazitätsaufbau und Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung genannt, 18 Mal Wissenschaftliche Grundlagen- und Begleitarbeiten, 10 Mal Aktivitäten zum Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik.

Größenordnungen der Maßnahmen

Die beschriebenen Maßnahmen unterscheiden sich erheblich in mehreren Dimensionen, so beispielsweise in den vorgesehenen Laufzeiten, den Budgetvolumina oder der Zahl der angestrebten Personen.

Laufzeiten der Maßnahmen

Aufgrund der Vorgaben für die Datenerhebung – ausschließlich Daten für die zweite Berichtsperiode einzugeben – sind Aussagen zu den Laufzeiten der Maßnahmen nur eingeschränkt möglich, da Maßnahmen, die schon vor dem 1.1.2016 gestartet haben nun mit kürzerer Laufzeit aufscheinen (nur Zeiten ab 1.1.2016). Jedenfalls ist aber eine Differenzierung zwischen sehr kurzfristigen und längerfristigen Maßnahmen möglich.

Die Bandbreite der berichteten Projektlaufzeiten reicht von sechs Monaten bis zum Ende der Gesamtlaufzeit der GF-Strategie. Das Arithmetische Mittel der Laufzeit pro Maßnahme liegt bei 30 Monaten. Laufzeiten von weniger als 12 Monaten stellen seltene Ausnahmen dar, 12 Monate wird als häufigste Laufzeit genannt, auch Laufzeiten von zwei, drei oder vier Jahren sind typisch, andere Zeiträume finden sich nur vereinzelt. (Anmerkung: da in Oberösterreich auch für fortlaufende Maßnahmen eine Beschreibung auf Jahresbasis etabliert ist, unterschätzen arithmetisches Mittel und Median die Laufzeiten).

Budgets der Maßnahmen

Die Budgets der geförderten Maßnahmen variieren erheblich, von 500 Euro bis 7.292.449 Euro. Der arithmetische Mittelwert liegt bei 313.624 Euro, dieser Wert ist aber durch wenige sehr umfangreiche Maßnahmen nach oben verzerrt. Der Median von 107.974 Euro beschreibt das typische Budgetvolumen pro Maßnahme wesentlich besser.

Tabelle 2.3 gibt einen Überblick über die Verteilung der Maßnahmen auf unterschiedliche Budgetvolumina. Für knapp die Hälfte der Maßnahmen liegt der Förderbetrag zwischen 50.000 und 250.000 Euro.

Tabelle 2.3:
Budgets der Maßnahmen in Gruppen

Euro	Prozentanteil
bis 20.000	11
20.001 bis 50.000	16
50.001 bis 100.000	21
100.001 bis 250.000	25
250.001 bis 500.000	14
500.001 bis 1.000.000	7
größer 1.000.000	6

N = 221;
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Fördersummen pro Maßnahme und Jahr reichen bis zu 1,8 Millionen Euro. Die Maßnahmen mit den größten Jahresfördersummen sind im Anhang tabellarisch dargestellt.

Größe der angestrebten Zielgruppen

Die Personenanzahl, die als angestrebte Größe genannt wurde, variiert stark und reicht von kleinen zweistelligen Anzahlen bis zu über eine Million (es ist von einer unterschiedlich engen/weiten Interpretation des Begriffs „angestrebte Zielgruppe“ auszugehen). Bei den Maßnahmen mit sehr geringer Personenanzahl handelt es sich augenscheinlich um sehr fokussierte Maßnahmen. Unter den Maßnahmen, die Personenzahlen in der Größenordnung von mehreren hunderttausenden Personen angeben, finden sich eher strategisch ausgerichtete Maßnahmen, oft auch kombiniert mit wissenschaftlichen Begleitstudien. Der arithmetische Mittelwert mit 123.905 Personen ist wegen einiger sehr großer Maßnahmen nach oben verzerrt, der Median liegt bei 1.200 Personen.

Tabelle 2.4 gibt einen Überblick über die Verteilung der Maßnahmen auf unterschiedliche Zielgruppengrößen. Sehr häufig liegt die Größe zwischen hundert und fünfhundert Personen, 26 Prozent aller Maßnahmen fallen in diese Kategorie.

Tabelle 2.4:
Größe der angestrebten Zielgruppen

Personenanzahl	Prozentanteil
bis 100	10
101 bis 500	26
501 bis 1.000	12
1.001 bis 5.000	20
5.001 bis 10.000	6
10.001 bis 50.000	13
50.001 bis 250.000	9
mehr als 250.000	4

N =221;
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

3 Inhaltliche Schwerpunkte und Mittelverwendung

Die GF-Strategie definiert sechs priorisierte Schwerpunkte und 17 weitere (nicht priorisierte) Schwerpunkte, auf die sich Maßnahmen beziehen können. Für die erste Förderperiode galt, dass zumindest 50 Prozent der Mittel für priorisierte Schwerpunkte aufzuwenden sind. Für die aktuelle Förderperiode wurde dieser Prozentsatz mit 66 festgesetzt.

Einzelne Maßnahmen können sich auf mehrere Schwerpunkte beziehen, im Rahmen der Datenerfassung ist dabei anzugeben, mit welchen Anteilen sich die Maßnahme jeweils auf die unterschiedlichen Schwerpunkte bezieht, dementsprechend werden auch die Finanzmittel aliquotiert berechnet.

87,5 Prozent der Budgetmittel wurden einem der priorisierten Schwerpunkte gewidmet, womit die Mindestquote von 66 Prozent deutlich überschritten wurde. Auch die Quote der ersten Berichtsperiode (83 %) wurde damit übertroffen.

Tabelle 3.1:

Zuordnung von Maßnahmen und Budgets zu den sechs priorisierten Schwerpunkten und zum inhaltlichen Gesamtrahmen der GF-Strategie (Mehrfachnennungen waren möglich)

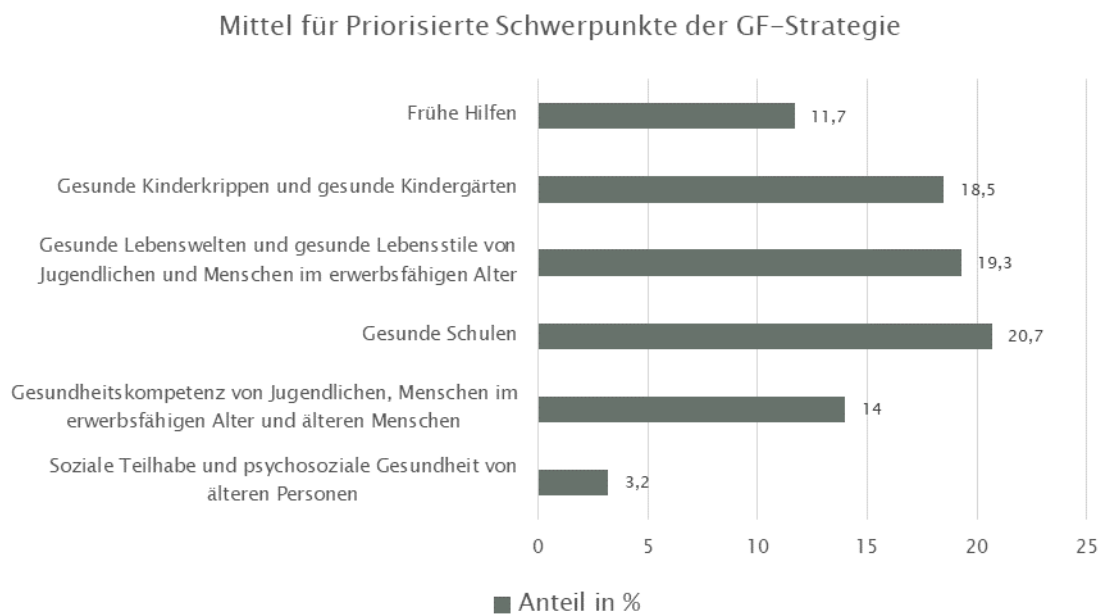
Schwerpunkt	Anzahl	Budgetvolumen
Frühe Hilfen	19	8.109.205,16
Gesunde Kinderkrippen und gesunde Kindergärten	26	12.794.783,31
Gesunde Schulen	61	14.277.895,67
Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter	103	13.334.937,51
Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen	83	9.705.374,45
Soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Personen	30	2.224.501,04
Summe priorisierte Schwerpunkte		60.446.697,14
Gesundheitsförderung bei Familien mit Kleinkindern und Schwangeren	6	1.656.955,21
Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Kinderbetreuungseinrichtungen	3	540.651,42
Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Schulen	8	1.292.416,35
Betriebliche Gesundheitsförderung	5	985.627,11
Partizipation: Kinder und Jugendliche	2	819.370,14
Gesundes Altern	6	362.536,33
Förderung der Gesundheitskompetenz von gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen	10	1.966.502,83
Abgestimmte Umsetzung von Schwerpunkten im regionalen Setting	4	219.420,82
Gesundheitsförderungsansätze für Freizeitsettings entwickeln	3	141.214,72
Gesundheitskompetenzfördernde Konsumenteninformation und Dienstleistungs- und Produktionsbetriebe	2	127.566,29
Gesundheitskompetente Krankenhäuser und Gesundheitsdienstleister	2	52.669,95
Förderung der Gesundheitskompetenz bei Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen	0	0
Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting Pflegeheim	1	30.456,04
Gesundheitsfolgenabschätzung	0	0
Capacity building für intersektorale Gesundheitsförderung	0	0
Schaffung eines Netzwerks der GesundheitsförderungsakteurInnen	4	196.607,28
Beteiligungsmöglichkeiten in Lebenswelten über Setting-Netzwerke schaffen	1	127.566,29
Der inhaltliche Schwerpunkt der Maßnahme kann nicht der GF-Strategie zugeordnet werden	2	71.028,52
Summe nicht priorisierte Schwerpunkte		8.590.589,3

Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Priorisierte Schwerpunkte

Für die priorisierten Schwerpunkte wurden 60.446.697,10 Euro, das sind 87,5 Prozent der eingemeldeten Finanzmittel gewidmet.

Abbildung 3.1:
Prozentanteil der gewidmeten Mittel für priorisierte Schwerpunkte der GF-Strategie



N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Der größte Anteil mit fast 21 Prozent der Mittel entfällt auf Gesunde Schulen, knapp gefolgt von „Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter“ und „Gesunde Kinderkrippen und gesunde Kindergärten“. Auf „Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen“ entfallen 14 Prozent, auf „Frühe Hilfen“ knapp 12 Prozent und drei Prozent auf „Soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Personen“.

Betrachtet man die durchschnittlichen Finanzmittel je Maßnahme, so liegen „Gesunde Kinderkrippen und gesunde Kindergärten“ mit etwa 492.000,- Euro an der Spitze, gefolgt von „Frühe Hilfen“ mit knapp 427.000,- Euro. Die durchschnittlichen Finanzmittel je Maßnahme liegen im Bereich „Gesunde Schulen“ bei 234.000 Euro.

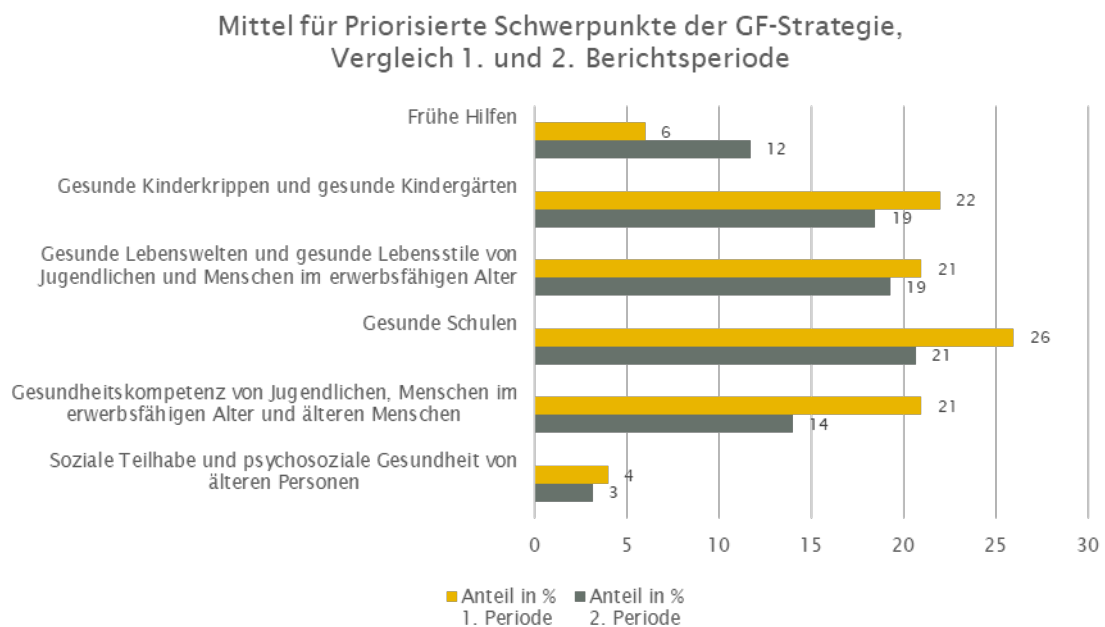
Auffallend viele Maßnahmen widmen sich den Schwerpunkten „Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter“ und „Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen“.

Diese Schwerpunkte werden oft in Kombination angegeben, womit auch die Finanzmittel der jeweiligen Maßnahme auf mehrere Schwerpunkte verteilt werden. Für diese Schwerpunkte wird je Maßnahme ein Volumen von 117.000 bzw. knapp 130.000 Euro angegeben.

Zwischen erster und zweiter Berichtsperiode finden sich teilweise Verschiebungen in der Schwerpunktsetzung. Der Anteil der Mittel für „Frühe Hilfen“ hat sich verdoppelt von sechs auf 12 Prozent. Deutlich geringer ist nun der Anteil der Mittel, die für „Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen“ gewidmet worden sind, Reduktion von 21 auf 14 Prozent, ebenfalls reduziert der Anteil der für „Gesunde Schulen“ gewidmet worden ist, von 26 auf 21 Prozent.

Abbildung 3.2:

Mittel für priorisierte Schwerpunkte der GF-Strategie, Vergleich 1. und 2. Berichtsperiode



N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Nicht priorisierte Schwerpunkte

Für nicht priorisierte Schwerpunkt wurden insgesamt 8.590.589,30 Euro gewidmet, das entspricht 12,4 Prozent der insgesamt gewidmeten Mittel. Einen Überblick über die Mittel für die nicht priorisierten Schwerpunkte gibt Tabelle 3.2.

Tabelle 3.2:

Nicht priorisierte Schwerpunkte, durchschnittlich gewidmete Budgetmittel pro Maßnahme und Anteil der Budgetmittel, bezogen auf die Mittel, die nicht für priorisierte Schwerpunkte aufgewendet werden

Nicht priorisierter Schwerpunkt	Durchschnittliches Budget je Maßnahme	Budgetanteil an nicht priorisierten Maßnahmen in Prozent
Gesundheitsförderung bei Familien mit Kleinkindern und Schwangeren	276159	19
Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Kinderbetreuungseinrichtungen	180217	6
Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Schulen	161552	15
Betriebliche Gesundheitsförderung	197125	11
Partizipation: Kinder und Jugendliche	409685	10
Gesundes Altern	60423	4
Förderung der Gesundheitskompetenz von gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen	196650	23
Abgestimmte Umsetzung von Schwerpunkten im regionalen Setting	54855	3
Gesundheitsförderungsansätze für Freizeitsettings entwickeln	47072	2
Gesundheitskompetenzfördernde Konsumenteninformation und Dienstleistungs- und Produktionsbetriebe	63783	1
Gesundheitskompetente Krankenhäuser und Gesundheitsdienstleister	26335	1
Förderung der Gesundheitskompetenz bei Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen		0
Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting Pflegeheim	30456	0
Gesundheitsfolgenabschätzung		0
Capacity building für intersektorale Gesundheitsförderung		0
Schaffung eines Netzwerks der GesundheitsförderungsakteurInnen	49152	2
Beteiligungsmöglichkeiten in Lebenswelten über Setting-Netzwerke schaffen	127566	1
Der inhaltliche Schwerpunkt der Maßnahme kann nicht der GF-Strategie zugeordnet werden	35514	1

Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

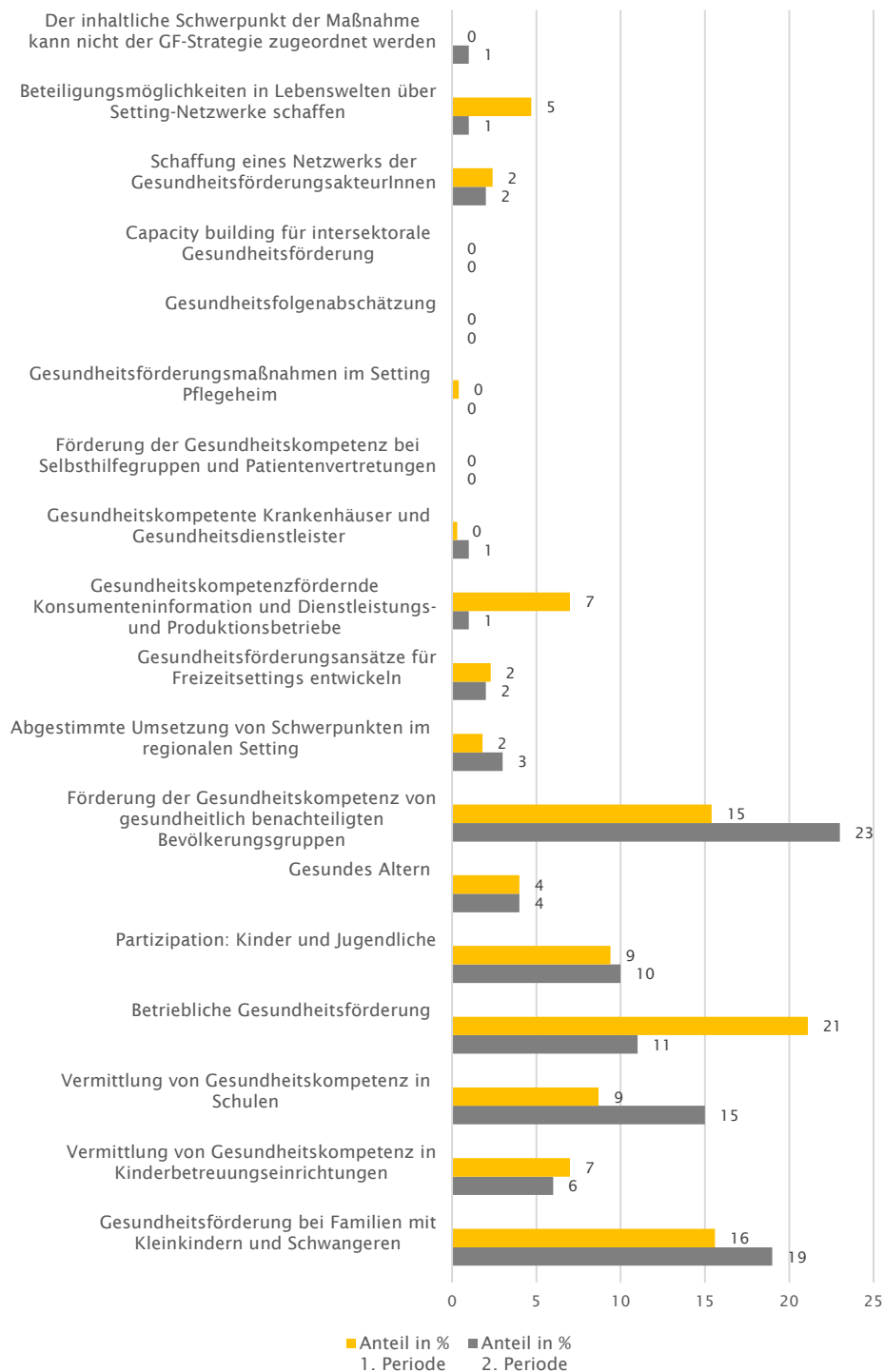
Von den nicht priorisierten Schwerpunkten wurden nur wenige in nennenswertem Ausmaß gefördert. Die meisten Budgetmittel wurden für den Schwerpunkt „Förderung der Gesundheitskompetenz von gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen“ aufgewendet, wobei auch je Maßnahme im Durchschnitt ein Volumen von knapp 200.000 Euro gewidmet worden ist. Für den Schwerpunkt „Gesundheitsförderung bei Familien mit Kleinkindern und Schwangeren“ wurden ebenfalls umfangreiche Mittel aufgewendet, hier liegt das Volumen je Maßnahme im Durchschnitt bei 276.000 Euro. Umfangreiche Budgetmittel wurden auch für die Schwerpunkte „Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Schulen“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Partizipation: Kinder und Jugendliche“ gewidmet, wobei das Volumen von fast 410.000 Euro pro Maßnahme für den Schwerpunkt „Partizipation: Kinder und Jugendliche“ hervorsticht. Mit Ausnahme von Förderungen

für die Schwerpunkte „Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Kinderbetreuungseinrichtungen“ und einer gut dotierten Maßnahme für den Schwerpunkt „Beteiligungsmöglichkeiten in Lebenswelten über Setting-Netzwerke schaffen“ wurden die übrigen Schwerpunkte nur marginal bzw. gar nicht gefördert.

Bei den nicht priorisierten Schwerpunkten haben sich Verschiebungen zwischen erster und zweiter Berichtsperiode ergeben. Die wesentlichen Verschiebungen sind in Abbildung 3.3 dargestellt.

Abbildung 3.3:

Mittel für priorisierte Schwerpunkte der GF-Strategie, Vergleich 1. und 2. Berichtsperiode



Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Deutlich erhöht wurde der Anteil Mittel für den Schwerpunkt „Förderung der Gesundheitskompetenz von gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen“, von 15 auf 23 Prozent, auch für den Schwerpunkt „Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Schulen“ wurden in der zweiten Berichtsperiode anteilmäßig mehr Mittel gewidmet, 15 im Vergleich zu 9 Prozent. Eine maßgebliche Reduktion findet sich für den Schwerpunkt „Betriebliche Gesundheitsförderung“, von 21 auf 11 Prozent. Während dem Schwerpunkt „Gesundheitskompetenzfördernde Konsumenteninformation und Dienstleistungs- und Produktionsbetriebe“ in der ersten Berichtsperiode 7 Prozent gewidmet wurden, sind es in der zweiten Berichtsperiode nur 1 Prozent.

4 Einhaltung der Grundsätze der Mittelverwendung

Bei der Mittelverwendung der LGFF sollen im Sinne der GF-Strategie definierte Grundsätze eingehalten werden.

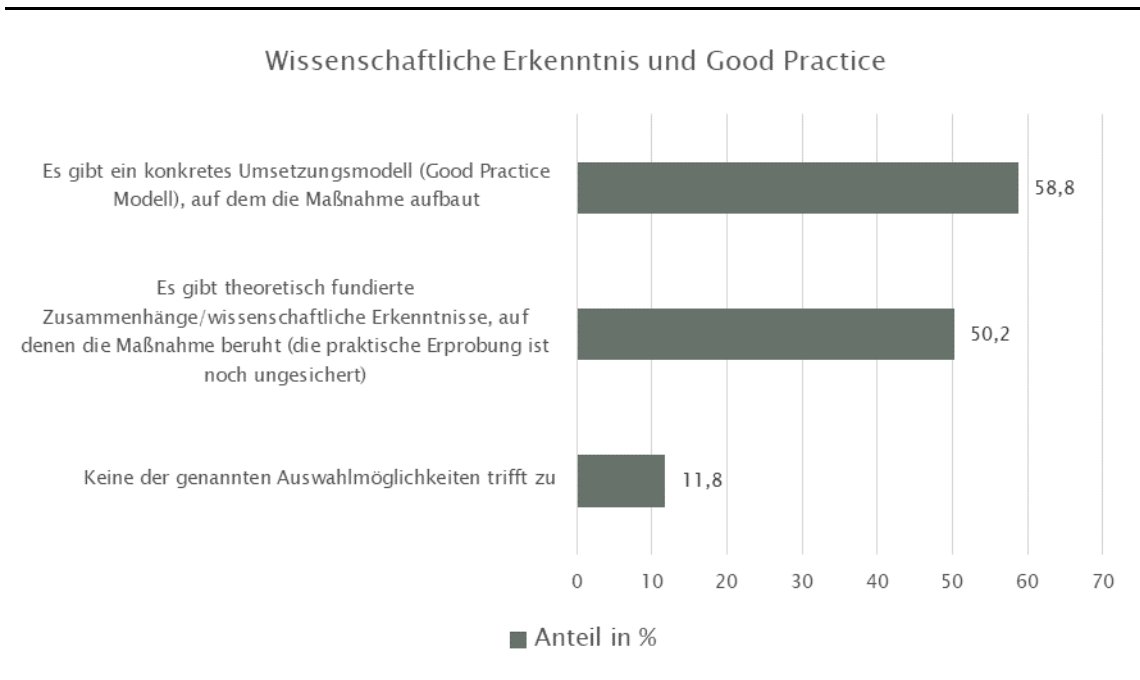
- » Wissenschaftliche Erkenntnis und Good Practice
- » Health in all Policies (HiAP)
- » Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Für jeden dieser Grundsätze sind einige Indikatoren definiert. Für jede Maßnahme ist anzugeben, ob die jeweiligen Indikatoren zutreffend sind.

4.1 Wissenschaftliche Erkenntnis und Good Practice

Die Orientierung der Maßnahmen an den Kriterien zu wissenschaftlicher Erkenntnis und Good Practice ist in Abbildung 4.1 dargestellt.

Abbildung 4.1:
Beschreibung – Wissenschaftliche Erkenntnis und Good Practice



N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Angabe „Keine der genannten Auswahlmöglichkeiten trifft zu“ steht im Widerspruch zu den Ansprüchen der GF-Strategie.

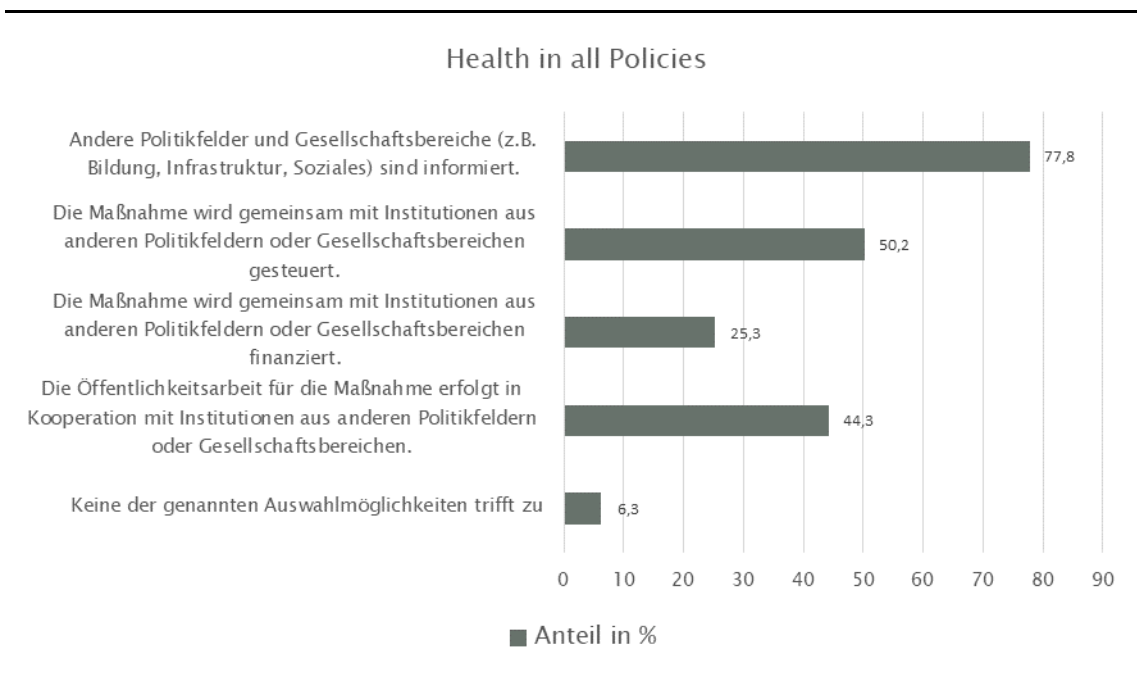
Zur Frage, ob sich auf dieser Dimension Veränderungen vom ersten zum zweiten Berichtszeitraum ergeben haben, können nur bedingt Aussagen gemacht werden. Während diesmal drei Ausprägungen auswählbar waren, konnten in der ersten Berichtsperiode sechs Ausprägungen ausgewählt werden.

Ein Vergleich der Indikatoren, die zu beiden Zeitpunkten erhoben worden sind, macht dennoch Sinn, da bei beiden Erhebungen Mehrfachantworten möglich waren. Während im ersten Berichtszeitraum für 35 Prozent der Maßnahmen angegeben worden ist, dass sie auf einem konkreten Umsetzungsmodell aufbauen, so hat sich dieser Prozentsatz auf 59 erhöht. In der ersten Berichtsperiode wurden in wesentlich stärkerem Maß mit theoretisch fundierten Zusammenhängen argumentiert (86 %), dabei ist allerdings zu beachten, dass der Zusatz („die praktische Erprobung ist noch ungesichert“) in der damaligen Antwortkategorie nicht enthalten war.

4.2 Health in all Policies (HiAP)

Die Orientierung der Maßnahmen an dem Kriterium Health in all Policies ist in Abbildung 4.2: Orientierung der Maßnahmen an Kriterien für Health in all Policies (HiAP) dargestellt.

Abbildung 4.2:
Orientierung der Maßnahmen an Kriterien für Health in all Policies (HiAP)



N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Dass bis auf wenige Ausnahmen die Umsetzung von Maßnahmen in irgendeiner Form in Abstimmung mit anderen Politikbereichen erfolgt, ist positiv zu bewerten. Dabei wird in vielen Fällen auch gemeinsame Steuerung, Öffentlichkeitsarbeit und Finanzierung genannt.

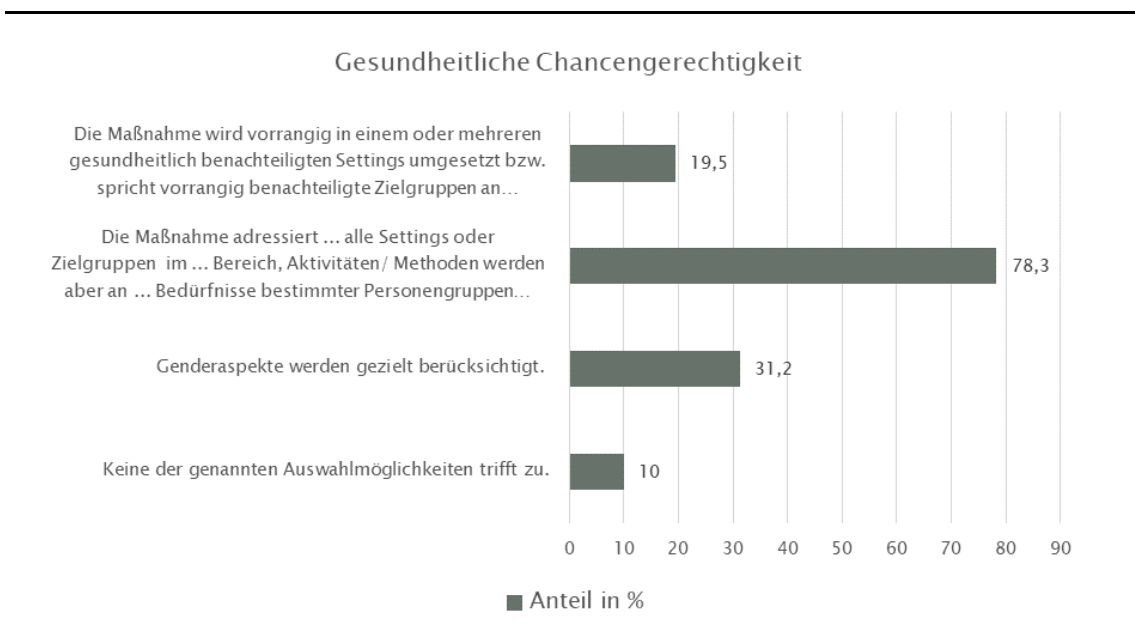
Zur Frage, ob sich auf dieser Dimension Veränderungen vom ersten zum zweiten Berichtszeitraum ergeben haben, können nur bedingt Aussagen gemacht werden. Während diesmal fünf Ausprägungen auswählbar waren, konnten in der ersten Berichtsperiode sechs Ausprägungen ausgewählt werden.

Ein Vergleich der Indikatoren, die zu beiden Zeitpunkten erhoben worden sind, macht dennoch Sinn, da bei beiden Erhebungen Mehrfachantworten möglich waren. Bei den Indikatoren, die zu beiden Zeitpunkten erhoben worden sind finden Verschiebungen in dem Sinn, dass Information, gemeinsame Steuerung und Öffentlichkeitsarbeit in Kooperation in der zweiten Berichtsperiode häufiger angegeben werden (ein Plus von 6 bis 10 Prozentpunkten). Allerdings wurde in Phase 1 wesentlich häufiger von einer gemeinsamen Finanzierung berichtet (43 % im Gegensatz von nun 25 %).

4.3 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Die Orientierung der Maßnahmen an dem Kriterium Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist in Abbildung 4.3 dargestellt.

Abbildung 4.3:
Orientierung der Maßnahmen an dem Kriterium Gesundheitliche Chancengerechtigkeit



N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Mehrheit der Maßnahmen versucht Chancengerechtigkeit umzusetzen indem in Settings mit allen Zielgruppen gearbeitet wird, aber spezifische Bedürfnisse gezielt berücksichtigt werden. Etwa jede vierte Maßnahme fokussiert auf benachteiligte Settings oder Zielgruppen. Etwa jede dritte Maßnahme berücksichtigt Genderaspekte gezielt. Die Tatsache, dass für zehn Prozent der Maßnahmen angegeben wird, in keiner der genannten Formen Gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu berücksichtigen, erscheint im Widerspruch zu Prinzipien der GF-Strategie. Ob alternative Zugänge gewählt wurden, kann nicht beantwortet werden, da keine offene Antwortmöglichkeit für allfällige Beschreibungen vorgesehen war.

Zur Frage, ob sich auf dieser Dimension Veränderungen vom ersten zum zweiten Berichtszeitraum ergeben haben, können nur bedingt Aussagen gemacht werden. Während diesmal vier Ausprägungen auswählbar waren, konnten in der ersten Berichtsperiode sieben Ausprägungen ausgewählt werden.

Ein Vergleich der Indikatoren, die zu beiden Zeitpunkten erhoben worden sind, macht dennoch Sinn, da bei beiden Erhebungen Mehrfachantworten möglich waren. Die Indikatoren, die diesmal erhoben wurden sind, finden sich in ähnlicher Ausprägung auch in Phase 1.

5 Einhaltung definierter Qualitätskriterien

Die GF-Strategie definiert folgende Qualitätskriterien:

- » Ressourcenorientierung und Empowerment
- » Setting(s)/Interventionsfeld(er)
- » Geografische Reichweite/Verortung
- » Determinanten der Gesundheit
- » Zielgruppeninteressen und Zielgruppen
- » Einbezug der Akteurinnen/Akteure des Settings
- » Nachhaltigkeit der Maßnahme
- » Evaluation

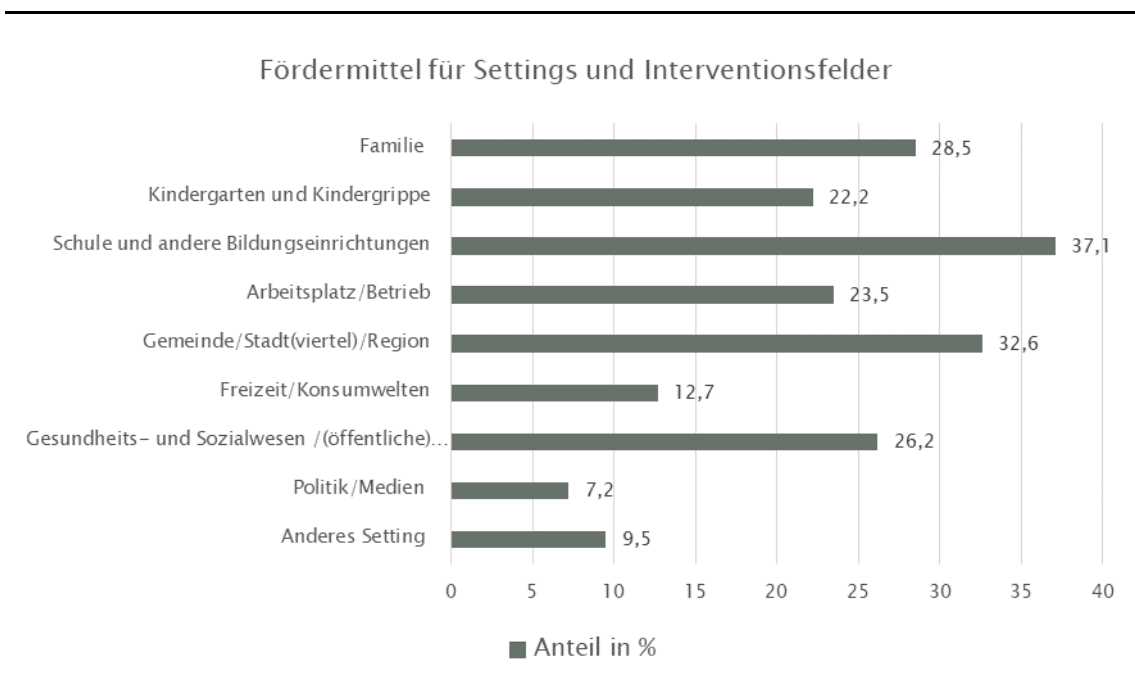
Während in der ersten Berichtsperiode das Kriterium Ressourcenorientierung und Empowerment durch sechs Indikatoren abgebildet wurde, so wurde im Zuge der Vereinfachung des Fragensets beschlossen, diese Dimension nicht mehr zu monitieren.

Die Kriterien Nachhaltigkeit der Maßnahme und Evaluation wurden im Zuge der Überarbeitung des Fragensets modifiziert beziehungsweise ergänzt. Diese beiden Kriterien wurden in einem neuen Fragbogenabschnitt zusammengefasst und werden dementsprechende auch in diesem Bericht im folgenden Kapitel unter dem Titel „Angestrebte Wirkung der Maßnahme“ dargestellt.

5.1 Setting(s)/Interventionsfeld(er)

Auf oberster Ebene werden insgesamt neun unterschiedliche Settings und Interventionsfelder unterschieden. Die entsprechenden Verteilungen sind in Abbildung 5.1 dargestellt.

Abbildung 5.1:
Prozentanteil der gewidmeten Mittel für Settings und Interventionsfelder



N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine konkrete Maßnahme kann sich auf mehrere Settings beziehen, weshalb Mehrfachangaben möglich sind und die Prozentangaben sich nicht auf 100 summieren.

Auf einer zweiten Ebene ist eine weitere und detailliertere Klassifikation von Settings und Interventionsfelder möglich, die entsprechenden Ergebnisse sind in den Tabellen im Anhang dargestellt.

Ein Vergleich zwischen erster und zweiter Berichtsperiode ist möglich, es wurden durchgehend dieselben Kategorien verwendet. Die Verteilung der Fördermittel auf Settings und Interventionsfelder hat sich zwischen der ersten und zweiten Berichtsperiode nur geringfügig verändert. Erkennbare Zuwächse der Anteile finden sich für die Settings Kindergärten und Kinderkrippe (4 Prozentpunkte), Gemeinde/Stadt(viertel)/Region (4 Prozentpunkte). Ein deutlicher Rückgang findet sich für das Setting Arbeitsplatz/Betrieb (5 Prozentpunkte).

5.2 Geografische Reichweite/Verortung

Die geografische Reichweite/Verortung erlaubt eine Klassifikation auf mehreren Ebenen. Maßnahmen können als bundesweite Maßnahmen, Maßnahmen auf Bundeslandebene und auch als Maßnahmen auf Bezirksebene beschreiben werden.

Die Verteilung der Maßnahmen nach Bundeslandbezug beziehungsweise bundeslandweiter Umsetzung ist in Tabelle 5.1 dargestellt.

Tabelle 5.1:
Geografische Reichweite/Verortung, Anteil bundeslandweiter Maßnahmen

Bundesland	Absolut		Anteil der landesweiten Maßnahmen in % - Geografische Reichweite
	Alle Maßnahmen	Landesweite Maßnahmen	Bezogen auf alle Maßnahmen im Bundesland
Burgenland	15	13	87
Kärnten	28	24	86
Niederösterreich	15	13	87
Oberösterreich	56	45	80
Salzburg	27	19	70
Steiermark	16	11	69
Tirol	11	11	100
Vorarlberg	29	23	79
Wien	19	18	95
Österreich gesamt	5		

N = 221

Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

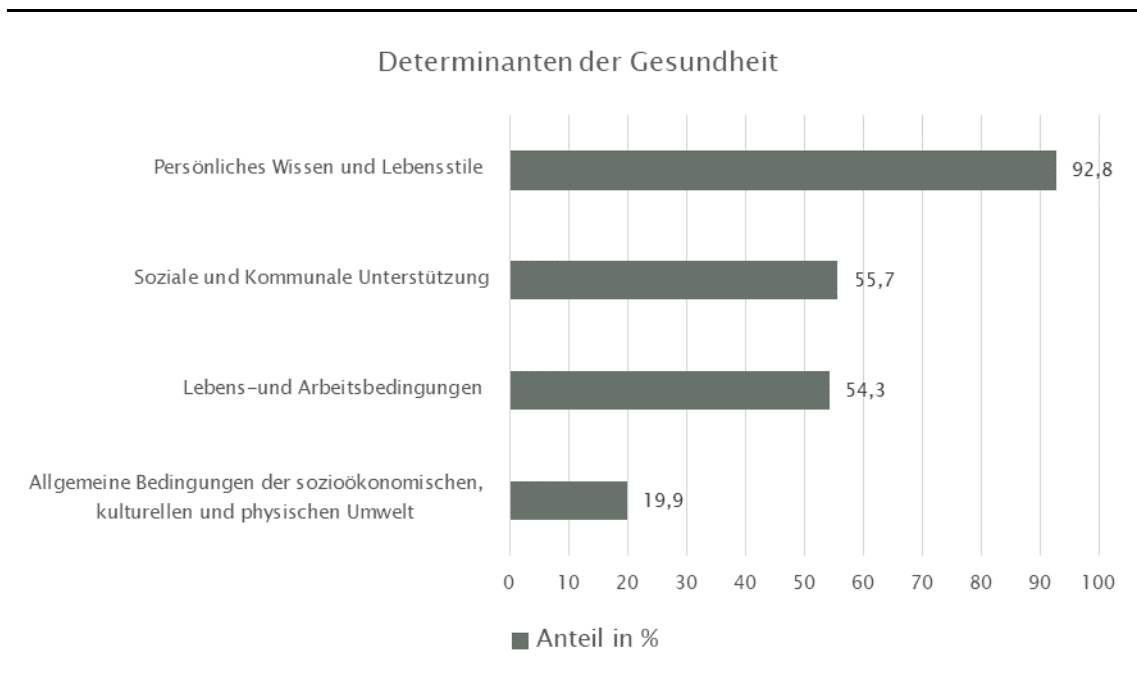
Der weitaus größte Anteil von Maßnahmen bezieht sich auf das jeweils gesamte Bundesland. Maßnahmen, die auf einzelne Bezirke fokussieren, finden sich wesentlich seltener. Anzumerken ist auch, dass es kaum Anhaltspunkte für Maßnahmenaktivitäten gibt, die über Bundeslandgrenzen hinausgehen. Eine Ausnahme stellen da einige Programme bundesweiter Sozialversicherungsträger dar, die ähnliche Maßnahmenpakete in verschiedenen Bundesländern umsetzen.

5.3 Determinanten der Gesundheit

Die Determinanten der Gesundheit werden auf zwei Ebenen erfasst. Auf einer ersten Ebene wird differenziert zwischen Persönlichem Wissen und Lebensstilen, Sozialer und Kommunalen Unterstützung, Lebens- und Arbeitsbedingungen und allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, der kulturellen und der physischen Umwelt.

Welche dieser gesundheitsrelevante(n) Determinante(n) mit den Maßnahmen beeinflusst werden soll(en), wird in Abbildung 5.2 dargestellt.

Abbildung 5.2:
Verteilung der Maßnahmen nach Determinanten der Gesundheit



N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Deutlich zeigt sich ein starker Fokus auf Eigenverantwortung, die Beeinflussung verhältnisbezogener Determinanten erscheint wesentlich schwächer ausgeprägt. Maßnahmen, die verhältnisbezogene Determinanten berücksichtigen, tun das oft auf mehreren Ebenen. Sie berücksichtigen etwa soziale und kommunale Unterstützung in Kombination mit Lebens- und Arbeitsbedingungen und allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. In der Regel wird dies auch verknüpft mit den Gesundheitsdeterminanten des persönlichen Wissens und der Lebensstile. Umgekehrt findet sich doch eine nennenswerte Zahl von Maßnahmen, die die Verhältnisperspektive ausblenden.

Im Hinblick auf die adressierten Gesundheitsdeterminanten finden zwischen erster und zweiter Berichtsperiode nur geringfügige Veränderungen. Ein Plus von vier Prozentpunkten findet sich bei Lebens- und Arbeitsbedingungen und ein Plus von 7,5 Prozentpunkten für Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt.

Die weitere Differenzierung dieser Gesundheitsdeterminanten wird in Tabelle 5.2 dargestellt.

Tabelle 5.2:
Häufigkeiten der Nennung ausgewählter Determinanten

Gesundheitsrelevante Determinante	Absolut	% innerhalb Oberkategorie	% Gesamt
Individuelles Wissen und persönliche Lebensführung	205		93
Einstellungen, Normen, Werte, Überzeugungen	107	52	48
Persönliche Bildung, Wissen	135	66	61
Kompetenzen (Gesundheits-, Lebens- und Sozialkompetenzen)	180	88	81
Stressbewältigung und Regeneration	122	60	55
Bewegung/körperliche Aktivität	130	63	59
Ernährungsverhalten	137	67	62
Suchtverhalten	89	43	40
Sonstiges	53	26	24
Soziale und Kommunale Netzwerke	123		56
Professionelle Unterstützungsstrukturen / -angebote	72	59	33
Persönliche soziale Netzwerke (Freundschaften, Nachbarschaften)	84	68	38
Empowerment/Partizipation, Gestaltungsmöglichkeiten	84	68	38
Sonstiges	3	0	1
Lebens- und Arbeitsbedingungen	120		54
Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt	44		20
Vernetzung professioneller Akteurinnen/Akteure im Sinne der Gesundheitsförderung	47	107	21

N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Ein Ankreuzen von Unterkategorien war auch möglich, wenn die obere Ebene nicht ausgewählt war, das erklärt den Prozentanteil größer 100 in der letzten Zeile
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

5.4 Zielgruppeninteressen und Zielgruppen

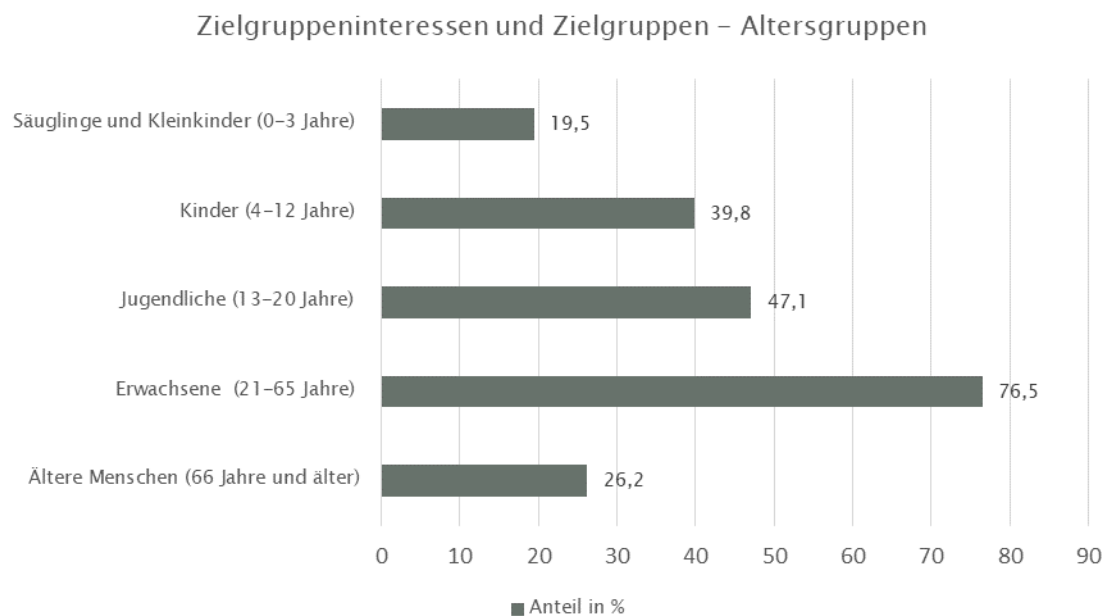
Als Charakteristika der Zielgruppen werden Alter und spezifische Rollen/ Funktionen innerhalb der Lebenswelten/ Settings der Menschen erfasst. Zusätzlich wird die Anzahl der Menschen erhoben, die im Rahmen der Maßnahme erreicht werden sollen.

5.4.1 Altersgruppen

Auf welche Altersgruppen die angegebenen Maßnahmen abzielen, wird in Abbildung 5.3 angeführt.

Abbildung 5.3:

Verteilung der Maßnahmen nach Zielgruppeninteressen und Zielgruppen – Altersgruppen



N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Ein Vergleich der Altersgruppen zwischen dem ersten und dem zweiten Berichtszeitraum zeigt nur geringfügige Verschiebungen (plus 2 Prozentpunkte für Säuglinge und Kleinkinder, minus 2 Prozentpunkte für Jugendliche).

5.4.2 Zielgruppenauswahl

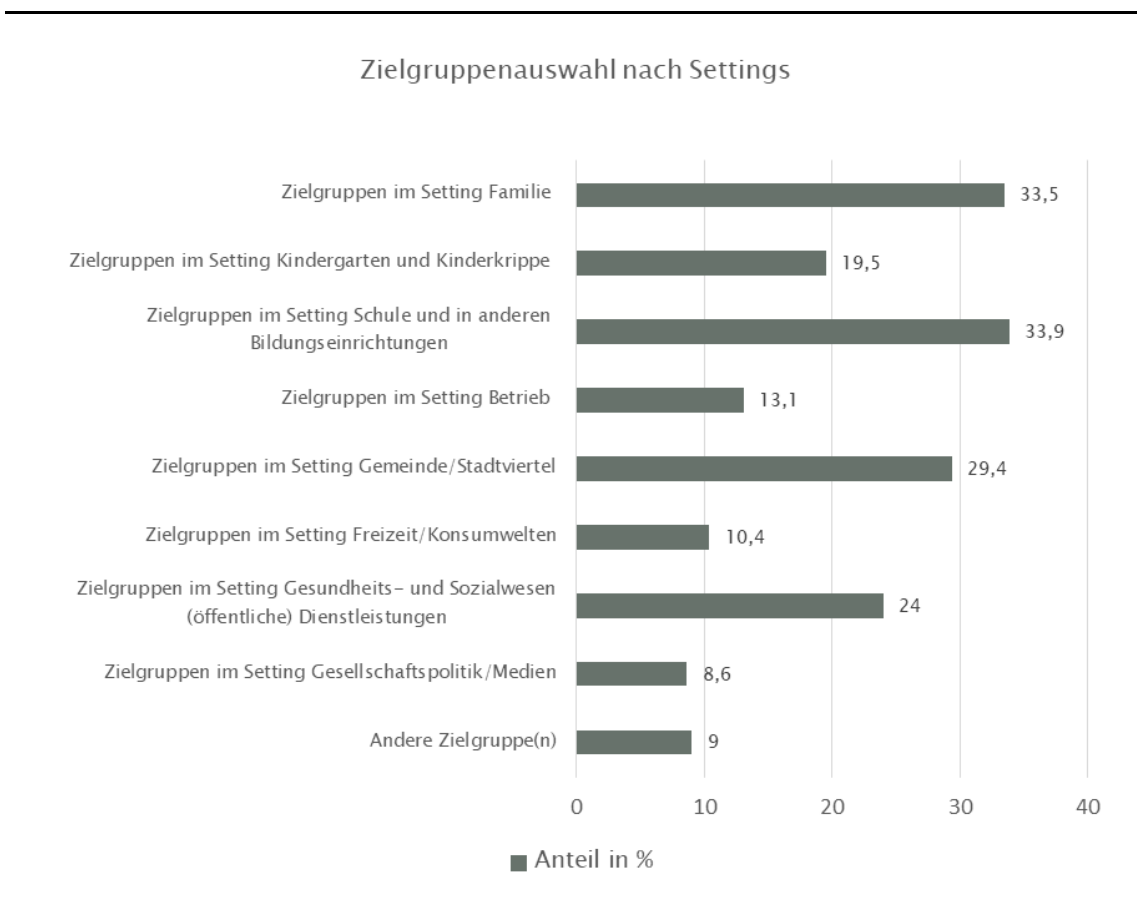
Die Zielgruppenauswahl wird auf zwei Ebenen differenziert erhoben. Auf einer ersten Ebene erfolgt eine Zielgruppenauswahl auf Settingebene, diese Auswahl wird dann weiter differenziert nach Rollen/ Funktionen, die die Menschen in diesen Settings haben.

Eine Differenzierung in Primäre- und Sekundäre Zielgruppen, die im ersten Berichtszeitraum vorgenommen worden ist, wird im zweiten Berichtszeitraum nicht mehr vorgenommen.

Die Zielgruppenauswahl – auf der Ebene Setting- wird in Abbildung 5.4 dargestellt.

Abbildung 5.4:

Zielgruppeninteressen und Zielgruppen – Zielgruppenauswahl gesamt

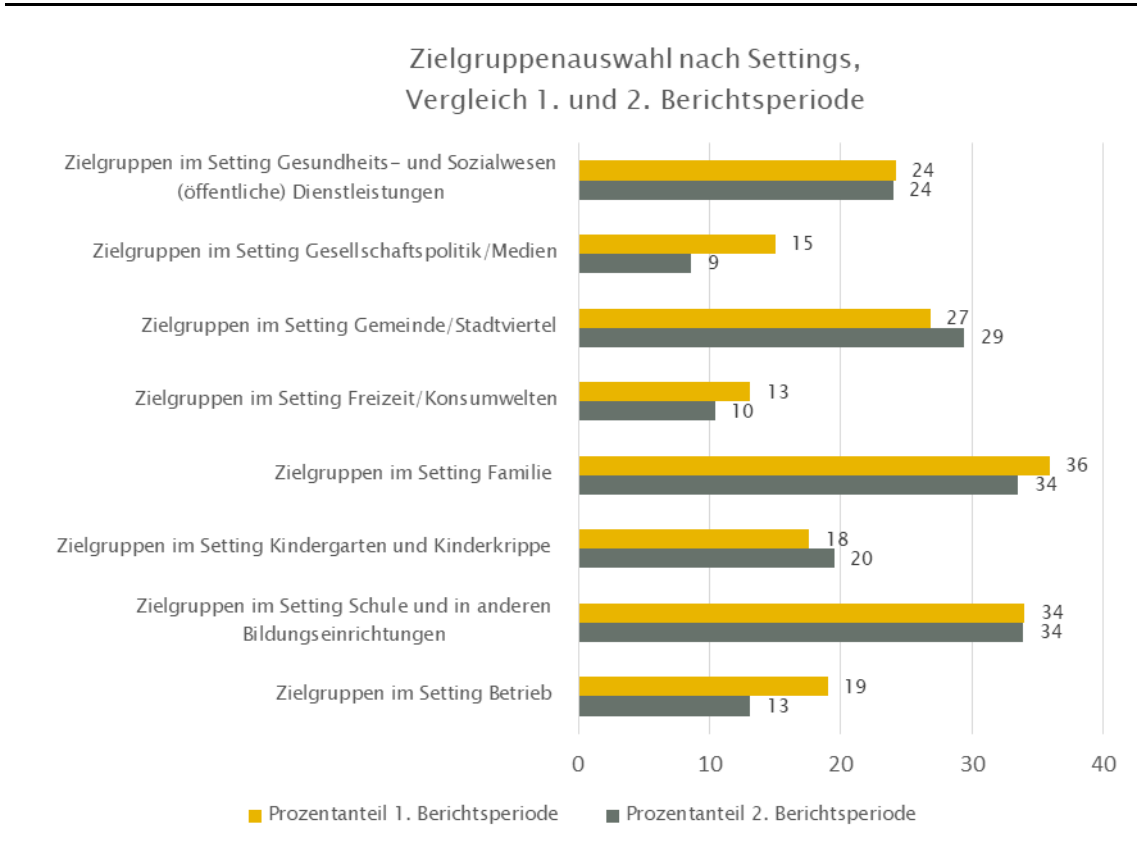


N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Etwa jede dritte Maßnahme widmet sich Zielgruppen im Setting Familie, im Setting Schule und andere Bildungseinrichtungen und im Setting Gemeinde/Stadtviertel. Etwa jede fünfte Maßnahme widmet sich Zielgruppen im Setting Gesundheits- und Sozialwesen.

Zwischen erstem und zweitem Berichtszeitraum haben sich nur vereinzelte Änderungen der Zielgruppenauswahl ergeben, seltener werden nun Zielgruppen im Setting Gesellschaftspolitik/Medien und im Setting Betrieb adressiert (siehe Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5:
Zielgruppeninteressen und Zielgruppen – Zielgruppenauswahl,
Vergleich 1. und 2. Berichtsperiode



Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Schwerpunktsetzungen auf unterschiedliche Zielgruppen sind im Verhältnis zueinander über die Berichtsperioden weitgehend stabil. Allerdings zeigen sich zwei Settings und dementsprechend auch Zielgruppen, die nun weniger Berücksichtigung finden, nämlich der Bereich Gesellschaftspolitik und Medien und das Setting Betrieb.

Tabelle 5.3:
Beschreibung – Zielgruppeninteressen und Zielgruppen – Top 15

Zielgruppen Top 15	Maßnahmen	
	Absolut	Anteil in %
Zielgruppen im Setting Familie: Mütter	63	28,5
Zielgruppen im Setting Familie: Väter	63	28,5
Zielgruppen im Setting Schule und in anderen Bildungseinrichtungen: Lehrer/innen	63	28,5
Zielgruppen im Setting Schule und in anderen Bildungseinrichtungen: Schüler/innen	57	25,8
Zielgruppen im Setting Schule und in anderen Bildungseinrichtungen: Direktor/in- nen	51	23,1
Zielgruppen im Setting Familie: Kinder und Jugendliche	47	21,3
Zielgruppen im Setting Schule und in anderen Bildungseinrichtungen: Entschei- dungsträger im Setting Schule	46	20,8
Zielgruppen im Setting Gemeinde/Stadtviertel: Erwachsene	46	20,8
Zielgruppen im Setting Gemeinde/Stadtviertel: Ältere Menschen	44	19,9
Zielgruppen im Setting Schule und in anderen Bildungseinrichtungen: Nicht unter- richtendes Personal im Setting Schule	39	17,6
Zielgruppen im Setting Gesundheits- und Sozialwesen: Ärztinnen / Ärzte	37	16,7
Zielgruppen im Setting Kindergarten und Kinderkrippe Beschäftigte im Kindergarten und Kinderkrippe	36	16,3
Zielgruppen im Setting Schule und in anderen Bildungseinrichtungen: Eltern im Set- ting Schule	35	15,8
Zielgruppen im Setting Familie: Schwangere Frauen/werdende Eltern	34	15,4
Zielgruppen im Setting Familie: Alleinerziehende	32	14,5

N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Ein Vergleich der Zielgruppenauswahl zwischen dem ersten und dem zweiten Berichtszeitraum ist nicht zielführend, da im ersten Berichtszeitraum noch eine Differenzierung nach Primärer- und Sekundärer Zielgruppe vorgenommen worden ist.

Eine Auflistung sämtlicher Zielgruppen findet sich im Anhang.

5.4.3 Zielgruppengröße

Die Personenanzahl, die als angestrebte Größe genannt wurde, variiert stark und reicht von kleinen zweistelligen Anzahlen bis zu über eine Million (eine unterschiedlich enge/weite Auslegung der Frage ist anzunehmen). Bei den Maßnahmen mit sehr geringer Personenanzahl handelt es sich augenscheinlich um sehr fokussierte Maßnahmen. Unter den Maßnahmen, die Personenzahlen in der Größenordnung von mehreren hunderttausenden Personen angeben, finden sich eher strategisch ausgerichtete Maßnahmen, oft auch kombiniert mit wissenschaftlichen Begleitstudien. Der arithmetische Mittelwert mit 123.905 Personen ist wegen einiger sehr großer Maßnahmen nach oben verzerrt, der Median liegt bei 1.200 Personen.

Tabelle 5.4 gibt einen Überblick über die Verteilung der Maßnahmen auf unterschiedliche Zielgruppengrößen. Sehr häufig liegt die Größe zwischen hundert und fünfhundert Personen, 26 Prozent aller Maßnahmen fallen in diese Kategorie.

Tabelle 5.4:
Größe der angestrebten Zielgruppen

Personenanzahl	Prozentanteil
bis 100	10
101 bis 500	26
501 bis 1.000	12
1.001 bis 5.000	20
5.001 bis 10.000	6
10.001 bis 50.000	13
50.001 bis 250.000	9
mehr als 250.000	4

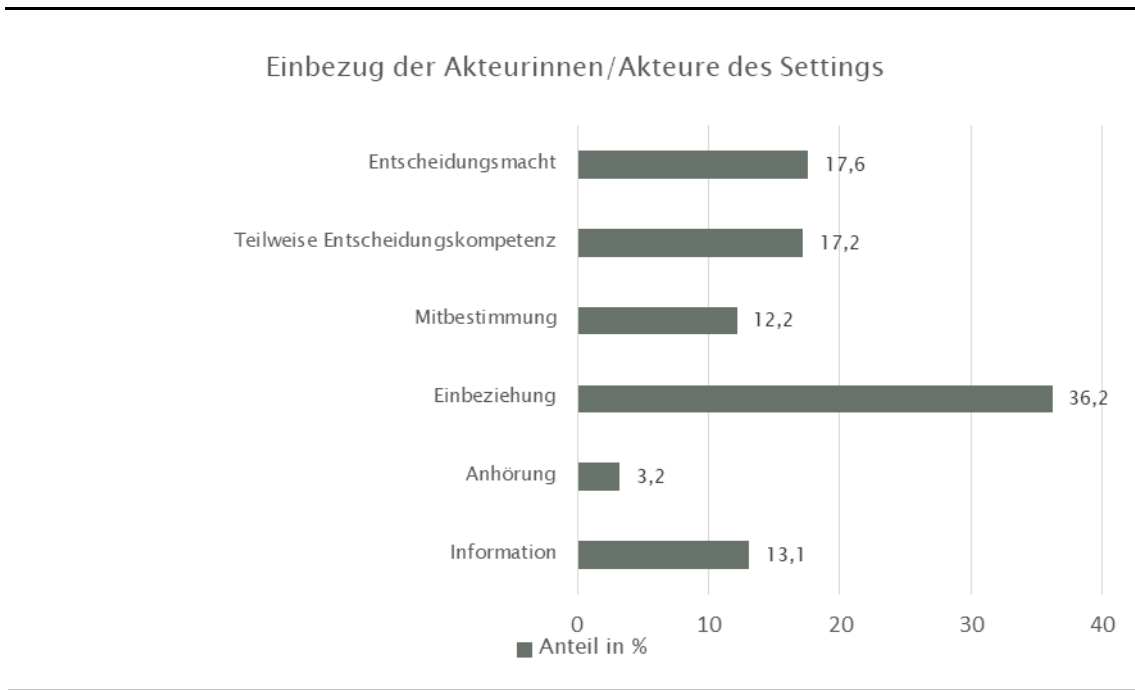
N = 221;
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

5.5 Einbezug der Akteurinnen/Akteure des Settings

Die Erfassung des Qualitätskriteriums Einbezug der Akteurinnen/Akteure des Settings wurde im Vergleich zum ersten Berichtszeitraum verändert. Während im ersten Berichtszeitraum eine Hauptdifferenzierung nach Projektphasen und Modus der Partizipation erfolgte, wurde nun in der zweiten Berichtsperiode nach dem Grad an Partizipation unterschieden.

Der Grad an Partizipation wird in Abbildung 5.6 dargestellt.

Abbildung 5.6:
Beschreibung – Einbezug der Akteurinnen/Akteure des Settings



N= 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Die weniger verbindlichen Stufen der Einbeziehung der Akteurinnen/Akteure – Information und Anhörung – wurden nur selten als methodischer Zugang genannt. Am häufigsten wird „Einbeziehung“ angegeben. Eine nähere Definition von „Einbeziehung“ liegt allerdings nicht vor, sodass die inhaltliche Interpretation erschwert ist. Nicht auszuschließen ist, dass mit dieser Antwortkategorie sehr unterschiedliche Formen des Einbezugs beschrieben wurden. Die verbindlicheren Stufen werden wieder seltener angegeben, aber immerhin soll bei knapp 18 Prozent der Maßnahmen die Entscheidungsmacht bei den Akteurinnen und Akteuren liegen.

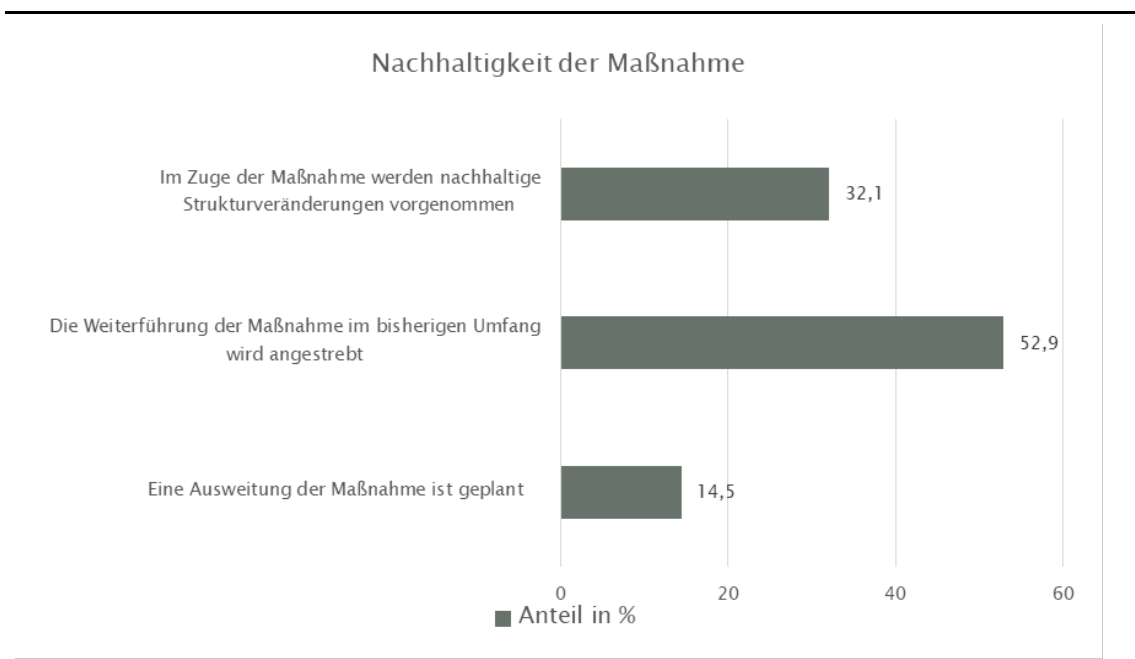
6 Angestrebte Wirkung der Maßnahmen

6.1 Nachhaltigkeit der Maßnahmen

Die Fragen zur Einordnung der Maßnahmen in Hinblick auf Nachhaltigkeit wurden im Vergleich zur ersten Berichtsperiode verändert. In der ersten Berichtsperiode konnte als Freitext Stellung genommen werden zu Strukturveränderungen und (angestrebtem) Weiterbestand, sowie zu längerfristiger Finanzierung. Für die zweite Berichtsperiode wurden drei Indikatoren definiert, die als zutreffend angekreuzt werden können.

Die Erfüllung von Kriterien für Nachhaltigkeit wird in Abbildung 6.1 dargestellt.

Abbildung 6.1:
Beschreibung – Nachhaltigkeit der Maßnahmen



N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Etwa die Hälfte der geförderten Maßnahmen soll in bisherigem Umfang weitergeführt werden. Informationen dazu, mit welchen Mitteln die Fortführung erfolgen soll, sind allerdings nicht verfügbar. In etwa einem Drittel der Maßnahmen werden nachhaltige Strukturveränderungen vorgenommen und für etwa jede siebente Maßnahme ist eine Ausweitung geplant.

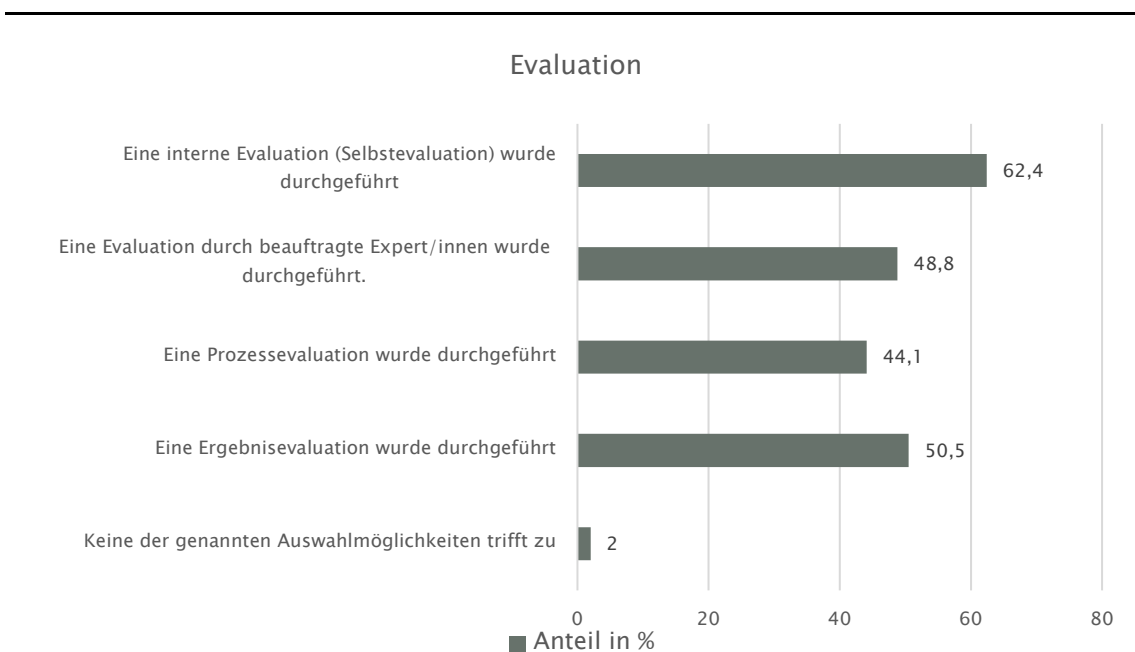
6.2 Evaluation

Auf die Frage, ob eine Evaluation geplant ist bzw. die umgesetzte Maßnahme evaluiert wird, antworten 91,4 Prozent mit Ja, 8,1 Prozent mit Nein und in einem Fall (0,5 %) fehlte die Antwort. Tatsächlich wäre laut GF-Strategie in jedem Fall eine „angemessene“ Evaluation vorzusehen. Dies wird gemäß diesen Angaben noch nicht zu hundert Prozent umgesetzt. Möglicherweise ist dies auf eine strenge Auslegung des Begriffs Evaluation zurückzuführen. Die Annahme, dass ausschließlich bei kleinen Maßnahmen, die bewährte Maßnahmen in beschränktem Rahmen umsetzen, keine Evaluation durchgeführt würde, kann nicht belegt werden. Zwar liegt bei der Hälfte (N=9) der Maßnahmen ohne Evaluation die Fördersumme unter 25.000 Euro, immerhin fünf der nicht evaluierten Maßnahmen hatten Fördersummen über 250.000 Euro.

Im ersten Berichtszeitraum wurde für 94 Prozent der Maßnahme angegeben, dass eine Evaluation geplant ist bzw. die umgesetzte Maßnahme evaluiert wird.

Auf welche Weise eine Evaluation der Maßnahmen geplant ist bzw. durchgeführt wird, ist in Abbildung 6.2 beschrieben.

Abbildung 6.2:
Beschreibung – Evaluation



N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

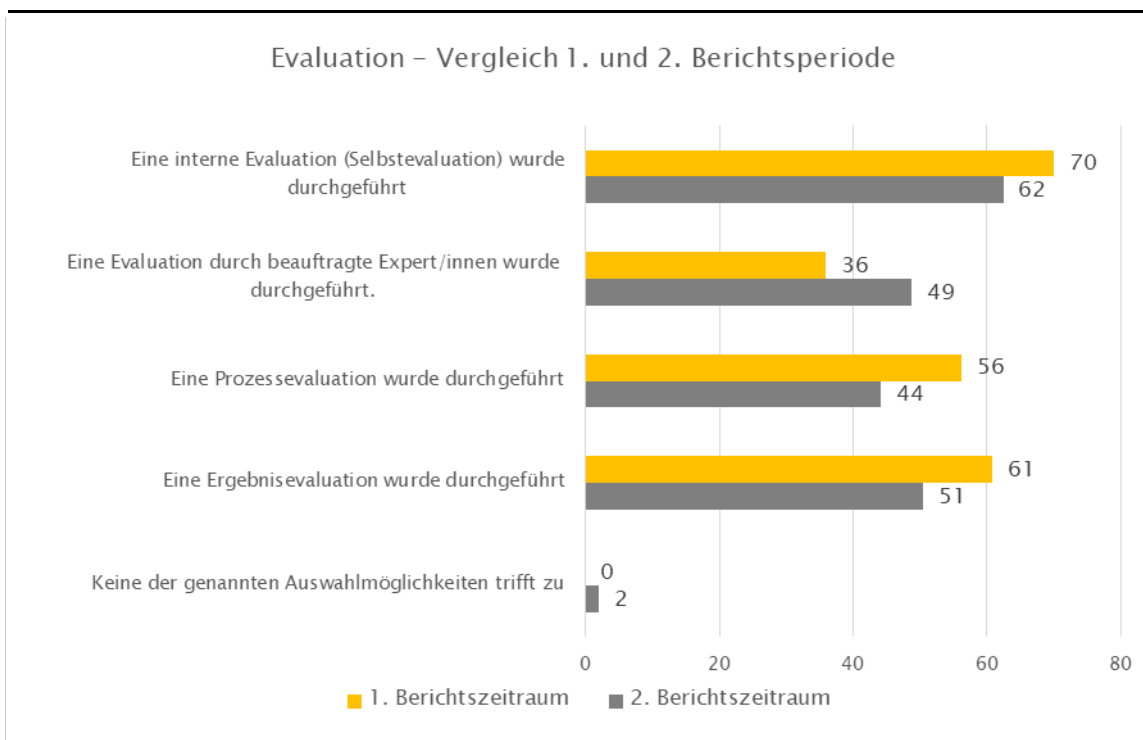
Für etwa die Hälfte der Maßnahmen für die eine interne Evaluation durchgeführt worden ist, wurde zugleich eine Ergebnisevaluation durchgeführt, in 45 Prozent wurde eine Prozessevaluation

durchgeführt. Für etwa ein Drittel der Maßnahmen für die eine interne Evaluation durchgeführt worden ist, wurde zugleich eine Evaluation durch beauftragte Expert/innen durchgeführt.

Zur Frage, ob sich auf dieser Dimension Veränderungen vom ersten zum zweiten Berichtszeitraum ergeben haben, können nur bedingt Aussagen gemacht werden. Während diesmal fünf Ausprägungen auswählbar waren, konnten in der ersten Berichtsperiode sechs Ausprägungen ausgewählt werden. Auch die Formulierungen sind verändert – die Formulierungen in der 1. Berichtsperiode waren auch in die Zukunft gerichtet, in der 2. Berichtsperiode wurde gefragt was tatsächlich umgesetzt worden ist.

Die Veränderungen sind in Abbildung 6.3 dargestellt.

Abbildung 6.3:
Beschreibung – Evaluation, Vergleich 1. und 2. Berichtsperiode



Hinweis: die Formulierungen in der 1. Berichtsperiode waren auch in die Zukunft gerichtet, in der 2. Berichtsperiode wurde gefragt was tatsächlich umgesetzt worden ist.
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Vergleich von 1. und 2. Berichtsperiode zeigt, dass die Pläne in der 1. Phase höher angesetzt waren als in Phase 2 umgesetzt worden sind. Deutlich gesteigert allerdings die Beauftragung externer Expertinnen und Experten (Steigerung von 36 % auf 49 %).

7 Analyse und Schlussfolgerungen

7.1 Wesentliche Ergebnisse

Stand der Umsetzung der GF-Strategie

Die Umsetzung der GF-Strategie erscheint in ihren Routineprozessen etabliert. Während im ersten Berichtszeitraum eine Verzögerung der Umsetzung offensichtlich war (auch bedingt durch den späten formalen Beschluss der Strategie), erscheint die Abwicklung in dieser zweiten Berichtsphase plangemäß. Rückstände aus der ersten Periode wurden kompensiert, allerdings wurden nur in zwei Bundesländern bis zum Berichtsstichtag 31.12.2019 Finanzmittel gewidmet, die dem Volumen für die sieben Jahre ab Beginn der Gültigkeit der Strategie entsprechen. Bezogen auf den Gesamtzeitraum 2013–2019 besteht Österreichweit noch ein Rückstand von 8.788.121,29 Euro, die noch keinen Maßnahmen zugeordnet wurden.

Inwieweit eine dynamische Weiterentwicklung der GF-Strategie erfolgt, kann auf Basis der analysierten Daten nur ansatzweise beantwortet werden. Österreichweite Abstimmungsprozesse im Sinne von Analyse und Weiterentwicklungen der GF-Strategie sind nicht bekannt. Für Entwicklungsprozesse auf Bundeslandebene bestehen eine Reihe von Anhaltspunkten wie Auskünfte zu Abstimmungsprozessen, Modifikationen und Präzisierungen von Schwerpunktsetzungen, die sich auch in den Daten des IDDS-Gesundheit abzeichnen. Eine systematische Dokumentation zu diesen Entwicklungsprozessen auf Bundeslandebene existiert allerdings nicht, sodass eine Bewertung hier nicht vorgenommen werden kann.

Die gemäß Umsetzungskonzept für das Monitoring vorgesehene qualitativ vertiefende Auseinandersetzung zeigt sich bisher nicht in den gesammelten Informationen. Chancen für Lernen und Weiterentwicklung scheinen nur zum Teil ausgeschöpft zu werden. Nach wie vor liegt der Fokus von geförderten Maßnahmen auf Umsetzungsmaßnahmen und weniger auf Begleitmaßnahmen, die insbesondere Potential für Lernen und Weiterentwicklung bieten würden.

Inhaltliche Schwerpunktsetzungen

Die Fokussierung auf priorisierte Schwerpunkte ist eindeutig. Die Schwelle von 66 Prozent ist bei weitem erfüllt, 87,5 Prozent der Budgetmittel wurden einem der priorisierten Schwerpunkte gewidmet.

Die priorisierten Schwerpunkte finden dabei sehr unterschiedliches Maß an Aufmerksamkeit. Etwa die Hälfte der Mittel ist eindeutig Kindern und Jugendlichen gewidmet, wodurch wesentliche Impulse für die Kindergesundheit gesetzt werden konnten. Etwa ein Fünftel der Mittel hat eine Widmung, die Jugend und Erwerbsalter umfasst, knapp 15 Prozent der Mittel widmen sich einer Altersspanne von der Jugend bis zu älteren Menschen. Nur drei Prozent der Mittel sind gezielt älteren

Menschen gewidmet. Die Verteilung der Mittel zwischen den priorisierten Schwerpunkten erscheint somit nicht gut balanciert. Die umfangreicheren Förderungen für Kinder und Jugendliche knüpfen eng an bundesweiten Programmen und Strategien an, für ältere Menschen sind gezielte gemeinsame Aktivitäten nicht in dem Maße entwickelt, eine Option, die künftig gezielt verfolgt werden sollte.

Auf nicht priorisierte Schwerpunkte entfallen nur etwa 12 Prozent der gewidmeten Mittel. Diese Mittel verteilen sich auf 14 verschiedene Schwerpunkte, für drei der potentiellen Schwerpunkte wurden keine Mittel gewidmet und in einem Fall wurde ein Inhalt gewählt, der nicht den Inhalten der GF-Strategie zugeordnet werden kann. Einige der nicht priorisierten Schwerpunkte haben eine inhaltliche Nähe zu den priorisierten Schwerpunkten und diese fanden auch wieder höhere Beachtung, sodass Frühe Hilfen und Gesunde Schulen auch von diesen Fördermitteln zumindest indirekt profitieren konnten.

Lediglich der nicht-priorisierte Schwerpunkt „Förderung der Gesundheitskompetenz von gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen“ erreicht ein nennenswertes Volumen.

Die starke Fokussierung auf priorisierte Schwerpunkte impliziert auf der anderen Seite, dass Themen, denen im Rahmen der GF-Strategie Relevanz eingeräumt worden ist, die aber nicht priorisiert wurden, nun gar nicht oder nur in sehr kleinem Umfang bearbeitet werden. Strategische Fragestellungen, die über die Schwerpunkte Gesundheitsfolgenabschätzung oder Capacity building für intersektorale Gesundheitsförderung bearbeitet werden könnten, finden sich ebenso wenig wie Förderung der Gesundheitskompetenz bei Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen.

Der Schwerpunkt Betriebliche Gesundheitsförderung bekommt im Vergleich zum ersten Berichtszeitraum nun weniger Fördermittel, wobei anzumerken ist, dass dieser Schwerpunkt schon vor Beschluss der GF-Strategie weit entwickelt war und dieser Schwerpunkt unabhängig von der Strategie strukturell gut aufgestellt ist.

Einhaltung von Grundsätzen der GF-Strategie und von Qualitätskriterien

Die Einhaltung von Grundsätzen der GF-Strategie und von Qualitätskriterien wird anhand von spezifischen Indikatoren erfasst. Eine Selbstbewertung, die für den ersten Berichtszeitraum vorgenommen worden ist, wurde diesmal vereinbarungsgemäß nicht mehr vorgenommen.

Für 90 Prozent der Maßnahmen wird eine gute wissenschaftliche Fundierung angegeben oder es wird einem konkreten Umsetzungsmodell (Good Practice Model) gefolgt. Diesem hohen Wert von 90 Prozent ist allerdings das Ziel von 100 Prozent gegenüber zu stellen. Wissenschaftliche Fundierung oder Bezug zu einem Good-Practice Model ist klare Intention der GF-Strategie.

Dem Anspruch Health in all Policies wird was Information anderer Politikfelder anlangt in großem Maße gefolgt (knapp 80 %). Gemeinsame Steuerung oder Kooperation mit anderen Politikfeldern wird zumindest für jede zweite Maßnahme angegeben. Immerhin jede vierte Maßnahme wird gemeinsam finanziert.

Der Anspruch auf Gesundheitliche Chancengerechtigkeit hinzuwirken wird mehrheitlich durch Umsetzung konkreter Strategien dokumentiert. Allerdings wird für 10 Prozent der Maßnahmen nicht nachvollziehbar dargestellt, ob oder wie sie zu Gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen, was an sich dezidierte Intention der GF-Strategie ist. Jede dritte Maßnahme nimmt in Anspruch, Genderaspekte gezielt zu adressieren.

Die Maßnahmen können klassischen Settings der Gesundheitsförderung zugeordnet werden, wobei Schule und Region am häufigsten genannt werden. Das Setting Familie, das traditionell nicht so stark im Mittelpunkt gestanden ist, wird nun in große Umfang berücksichtigt. Die Settings Freizeit und Konsumwelten und Politik und Medien werden seltener aufgegriffen.

Im Hinblick auf die geografische Reichweite zeigt sich, dass sich die Mehrheit der Maßnahmen auf gesamte Bundesländer bezieht. Eine Fokussierung auf bestimmte Bezirke erfolgt vergleichsweise selten. Die Daten zur geografischen Reichweite vermitteln den Eindruck, dass es keine Maßnahmenaktivitäten gäbe, die über Bundeslandgrenzen hinausgehen. Dem ist allerdings hinzuzufügen, dass im Bereich der „Frühen Hilfen“ oder bei „Richtig essen von Anfang an“ bundesweite Koordinationsaktivitäten stattfinden. Da diese Aktivitäten nicht unmittelbar aus den Mitteln der LGFF finanziert sind, werden sie hier nicht abgebildet. Um voneinander Lernen und Vernetzung zu fördern, bedarf es offenbar neben den Prozessen auf Bundeslandebene nationaler Initiativen und Programme.

Bei den Gesundheitsdeterminanten dominieren Persönliches Wissen und Lebensstile, aber auch komplexere Determinanten werden zumindest in jeder zweiten Maßnahme bearbeitet, und jede fünfte Maßnahme stellt den Anspruch, „Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt“ zum Gegenstand zu machen. Die starke Gewichtung der Eigenverantwortung und vergleichsweise geringe Gewichtung von Verhältnissen ist kritisch zu bewerten, vor allem da eine nennenswerte Anzahl von Maßnahmen Verhältnisaspekte gänzlich unberücksichtigt lässt.

Die Auswahl von Zielgruppen wird differenziert berichtet, wobei Erwachsene weitaus am häufigsten genannt werden. Dies ist insofern bemerkenswert, als sich bei der Verteilung der Finanzmittel ein starker Fokus auf Kinder und Jugendliche zeigt, der hohe Anteil Erwachsener erklärt sich daraus, dass es Erwachsene sind, die nachhaltig fördernde Einflüsse auf Kinder und Jugendliche entwickeln können. Die Verteilung der Zielgruppen spiegelt die unterschiedlichen Schwerpunksetzungen der Settings wider. Die ausgesprochen geringe Berücksichtigung von älteren Menschen ist kritisch hervorzuheben.

Im Hinblick auf die Zielgruppengröße der Maßnahmen findet sich eine starke Streuung, etwa die Hälfte der Maßnahmen nennt bis zu 1.000 Personen, immerhin mehr als jede zehnte Maßnahme nennt mehr als 50.000 Personen. Diese Streuung weist darauf hin, dass mit sehr unterschiedlichen Zugängen gearbeitet wird. Die Angemessenheit dieser Arbeitsweise kann allerdings auf Basis dieser Daten nicht eingeschätzt werden.

Anspruch auf Partizipation ist dokumentiert, allerdings erscheint die Umsetzung dieses Kriteriums weniger ausgeprägt als bei den meisten anderen Kriterien. Hier zeigt sich klarer Entwicklungsbedarf.

Etwa die Hälfte der Maßnahmen soll fortgeführt werden und für etwa eine Drittel der Maßnahmen wird angegeben, nachhaltige Strukturveränderungen zu bewirken. Nicht beantwortet werden kann die Frage, mit welchen Mitteln bestimmte Maßnahmen fortgeführt werden sollten.

Neun von zehn Maßnahmen wurden evaluiert, womit der Anspruch der GF-Strategie, alle Maßnahmen zu evaluieren, nicht erfüllt ist. In der ersten Berichtsperiode wurden ambitioniertere Pläne im Hinblick auf Evaluation in Aussicht gestellt als schließlich in der zweiten Phase als Realisierung berichtet wurden. Allerdings zeichnet sich eine Professionalisierung der Evaluation ab, die Zuziehung unabhängiger Expertinnen und Experten hat zugenommen.

Bewertung der Ergebnisse

Fünf Hauptziele sollen durch das Monitoring beobachtet werden.

Die Mittelverwendung in Bezug auf inhaltliche Schwerpunktsetzung und Einhaltung von Grundsätzen und Qualitätskriterien der GF-Strategie wird durch die vorliegenden Daten weitgehend bestätigt.

Inwieweit die grundlegenden Ziele zur Weiterentwicklung der GF-Strategie erreicht werden, kann auf Basis dieser Daten und Analysen nicht fundiert bewertet werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die GF-Strategie und ihre Prinzipien verstärkt bei Verantwortlichen und Akteuren Verankerung gefunden haben. Dafür sprechen die Dokumentation und deren Prozess. Allerdings fehlen bislang klare Hinweise, ob und wie an einer Weiterentwicklung gearbeitet wird.

Da keine Parameter zu Wirkung von Maßnahmen erfasst werden und auch auf aggregierter Ebene keine komplementären Daten verfügbar sind, kann über die Wirkung der GF-Strategie hier keine fundierte Aussage gemacht werden. Die Wirkung der GF-Strategie kann nur unter Zuziehung weiterer Quellen in größerem Kontext schlüssig bewertet werden.

Ob überregionales Lernen und Vernetzung in der Projektdurchführung erfolgen, kann nicht beantwortet werden. Es finden sich jedenfalls keine Hinweise darauf, dass dies im Rahmen von LGFF finanzierten Maßnahmen systematisch erfolgen würde. Die außerhalb der Finanzierung durch die LGFF laufenden Abstimmungen im Bereich der „Frühen Hilfen“ und bei „Richtig essen von Anfang an“ sind allerdings als wertvolle Ergänzungen der durch die LGFF finanzierten Maßnahmenumsetzungen zu erwähnen. Mit der öffentlich zugänglichen Website IDDS-Gesundheit und den dort verfügbaren Projektbeschreibungen ist zusätzlich ein Instrument verfügbar, das Lern- und Austauschprozesse unterstützt.

IDDS-Gesundheit bietet potentiell auch Daten für wissenschaftliche Forschung, allerdings weitgehend auf qualitative Informationen beschränkt. Eine relevante Nutzung dieser Ressourcen ist bislang nicht bekannt.

7.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung der GF-Strategie

Die GF-Strategie gibt einen Rahmen vor, der eine gute Orientierung und auch Verbindlichkeit schafft. Diese Ressource sollte genutzt und weiterentwickelt werden.

Der Katalog der Schwerpunkte und priorisierten Schwerpunkte unterstützt eine strategische Ausrichtung, er sollte aber im Hinblick auf konsistente Definitionen und Formulierung überarbeitet werden. Dabei ist nicht nur auf klarere Zuordnungen zu achten, sondern auch zu diskutieren, welche Themenstellungen und Schwerpunkte verstärktes Augenmerk verdienen.

Schwächen zeigen sich in der Umsetzung bestimmter Grundsätze und Qualitätskriterien. Die Orientierung an wissenschaftlicher Erkenntnis und Good Practice sowie die Berücksichtigung von Gesundheitlicher Chancengerechtigkeit sind in künftigen Entwicklungen und Entscheidungen noch stärker zu beachten, sowie auch die Berücksichtigung verhältnisbezogener Gesundheitsdeterminanten. Die Potentiale von Evaluation und gemeinsamem Lernen gilt es als Ressourcen verstärkt und zielgerichtet zu nutzen. Trotz einer Betonung von Entwicklung, Lernen und Erfahrungsaustausch finden sich kaum Hinweise auf entsprechende Aktivitäten. Um gewünschte Potenziale und Resultate in diesem Bereich zu erzielen, bedarf es einer gemeinsamen, koordinierten und zweckdienlichen Strategie. Als Vorbild dafür können Koordinationsaktivitäten im Bereich „Frühe Hilfen“ oder bei „Richtig essen von Anfang an“ herangezogen werden.. Ergänzend zu dem etablierten Fokus auf Umsetzungsmaßnahmen sollte die Möglichkeit für Begleitmaßnahmen, zum Zwecke von Begleitforschung, Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen und Kapazitätsaufbau stärker genutzt werden. Es wäre folglich auch zu überlegen, ob neben dem Instrument der Maßnahmenfinanzierung zusätzliche Strukturen oder Austauschformate benötigt werden. Kooperationen für Weiterentwicklungen mit sonstigen Akteuren der Gesundheitsförderung (z. B. FGÖ) oder auch aus dem akademischen Bereich sollten im Bedarfsfall systematisch und abgestimmt implementiert werden.

Die Wirksamkeit der GF-Strategie wird aktuell nicht hinreichend systematisch beobachtet. Entsprechende Instrumente und Prozesse der Wirkungserfassung (Outcomes) sollten definiert werden, um darauf aufbauend eine Weiterentwicklung im Sinne des Public Health Action Cycle zu ermöglichen.

Der vorliegende Bericht präsentiert in einer allgemeinen, aggregierten Darstellung den Istzustand der Umsetzung der GF-Strategie. In vielen Bereichen zeichnen sich positive Entwicklungen ab. Engagement, Kompetenz und kontinuierlich wachsende Erfahrung bei den Verantwortlichen für Gesundheitsförderung und den Umsetzern von Maßnahmen bilden dafür eine relevante Basis und Ressource, die es zu bewahren und zu pflegen gilt. Sie sind wesentliche Potenziale für die Fortführung und Weiterentwicklung der GF-Strategie.

8 Literatur

BMG (2014) Gesundheitsförderungsstrategie – Rahmenkonzept für ein Umsetzungsmonitoring. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

BMG (2016) 1. Bundes-Monitoringbericht zur Gesundheitsförderungsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

BMGF (2016) Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Aktualisierte Fassung 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

9 Anhang

Tabelle 9.1
Liste der Maßnahmen, gruppiert nach Bundesländern

Maßnahmentitel	Bundesland
Burgenland: Gesunde Schulen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schule: LehrerInnengesundheit	B
Burgenland: Gesunder Kindergarten: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kindergarten: KindergartenpädagogInnengesundheit	B
Burgenland: Gesundheitsförderungsprogramm für Ein-Personen-Unternehmen und Klein- und Klein-stunternehmen	B
Burgenland: Health Enhancing Physical Activity – HEPA Burgenland	B
Fit4Life – Gesunde Schule & Schule in Bewegung Burgenland (2016–2019)	B
GeKiBu – Gesunde Kindergärten im Burgenland	B
Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb	B
Gesundes Dorf	B
Netzwerk Kind Burgenland 2017–2021	B
plus – Das österreichische Präventionsprogramm für die 5.–8. Schulstufe	B
PROaktiv – Ernährungs- und Bewegungsprogramm zur Primär- und Tertiärprävention von Diabetes mellitus und Kardiovaskulären Erkrän	B
Richtig essen und fördern von Anfang an	B
Richtig essen von Anfang an	B
Unser Schulbuffet	B
VAEB_JA!jetzt aktiv_Mentale Gesundheit-Gedächtnistraining_Gesundheitskompetenz_Bewegungsprogramm_SeniorInnen_Burgenland 2016–2019	B
Gesundheitsförderung und Diabetesprophylaxe (Arbeitstitel)	K
Gut begleitet von Anfang an! – Frühe Hilfen in Wolfsberg	K
Gute Idee	K
Kärnten: Fit zu mehr Erfolg	K
Richtig essen von Anfang an – Kärnten	K
Aktiv gesund durch die Lehre	K
aktiv gesund im Alter	K
Ausbau der Betrieblichen Gesundheitsförderung	K

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 9.1

Maßnahmentitel	Bundesland
Fit4Life – Gesunde Schule inkl. Schule in Bewegung Kärnten (2016)	K
Gesunde Familie	K
Gesunde Schuljause	K
Gesunder Verein – Netzwerk gesundheitsorientierter Bewegungsangebote	K
Gesundheitsförderung in sozialpädagogischen und soziotherapeutischen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe mit Schwerpunkt S	K
gutbegleitet Frühe Hilfen Kärnten	K
gutbegleitet–Frühe Hilfen Klagenfurt Stadt/Land	K
Kärnten: Gestärkt durch den Schulalltag: Gesund leben & lehren	K
Kärnten: Gesunde Schulen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schule: LehrerInnengesundheit	K
Kärnten: Gesunder Kindergarten – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kindergarten: KindergartenpädagogInnengesundheit	K
Kärnten: Health Enhancing Physical Activity – HEPA Kärnten	K
Liebe und Gesundheit– Förderung der sexuellen Gesundheit im Rahmen der Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen	K
Maßnahmenpaket Tabakprävention Kärnten	K
Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen bei Jugendlichen	K
Stärkung der Gesundheitskompetenz bei 14–18-Jährigen im Setting Schule Stufe 1 Jugendgesundheits-Coach	K
Tabakpräventionsstrategie Kärnten	K
Unser Schulbuffet	K
Unser Schulbuffet	K
VAEB_JA!jetzt aktiv_Gedächtnistraining_SeniorInnen_Kärnten_2017–2018	K
VAEB_JA!jetzt aktiv_Mentale Gesundheit im Alter_SeniorInnen_Kärnten 2016	K
Niederösterreich: SVA Burnout-Präventionsprogramm Bad Pirawarth	NÖ
Apollonia 2020 (2016–2019)	NÖ
Babycouch	NÖ
Bewegungs-Champion	NÖ
Bewegungskaiser	NÖ
Fit4Life – Gesunde Schule Niederösterreich (2016–2019)	NÖ
Frühe Hilfen NÖ	NÖ
Gesundheitsaktion Senioren Niederösterreich (2016–2018)	NÖ
Kinder psychisch kranker Eltern 2016 – 2019	NÖ

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 9.1

Maßnahmentitel	Bundesland
KMU-Unternehmermodell Gesundes Führen	NÖ
Netzwerk Familie – Frühe Hilfen NÖ	NÖ
Niederösterreich: Gesunde Schulen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schule: LehrerInnen-gesundheit	NÖ
Niederösterreich: Gesunder Kindergarten – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kindergarten: PädagogInnengesundheit	NÖ
Selbsthilfe in NÖ 2016 – 2019	NÖ
SENaktiv – Sicher im Alter bewegen	NÖ
VAEB_JA Jetzt aktiv_Mentale Gesundheit-Gedächtnistraining_Gesundheitskompetenz_SeniorInnen_NÖ_2016-2019	NÖ
2016_Body Plus	OÖ
2016_Gütesiegel Gesunde Schule Oberösterreich	OÖ
2016_Intensivprophylaxe für Kinder mit hohem Kariesrisiko	OÖ
2016_Mobile KindergartenpsychologInnen	OÖ
2016_Schulische Gesundheitsförderung in Oberösterreich	OÖ
2016_Sturzprävention für Personen ab 70 Jahre	OÖ
2016_Vereinscoaching	OÖ
2016_von Anfang an! (Gesund essen, Beikost, Starke Partnerschaft)	OÖ
2017_Body Plus	OÖ
2017_Gütesiegel Gesunde Schule Oberösterreich	OÖ
2017_Intensivprophylaxe für Kinder mit hohem Kariesrisiko	OÖ
2017_Mobile KindergartenpsychologInnen	OÖ
2017_Schulische Gesundheitsförderung in Oberösterreich	OÖ
2017_Sturzprävention für Personen ab 70 Jahre	OÖ
2017_Vereinscoaching	OÖ
2018_Gütesiegel Gesunde Schule Oberösterreich	OÖ
2018_Intensivprophylaxe für Kinder mit hohem Kariesrisiko	OÖ
2018_Mobile KindergartenpsychologInnen	OÖ
2018_Schulische Gesundheitsförderung in Oberösterreich	OÖ
2018_Sturzprävention für Personen ab 70 Jahre	OÖ
2018_Vereinscoaching	OÖ
2018_von Anfang an! (Gesund essen, Beikost, Starke Partnerschaft)	OÖ

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 9.1

Maßnahmentitel	Bundesland
2019_Gütesiegel Gesunde Schule Oberösterreich	OÖ
2019_Intensivprophylaxe für Kinder mit hohem Kariesrisiko	OÖ
2019_Mobile KindergartenpsychologInnen	OÖ
2019_Schulische Gesundheitsförderung in Oberösterreich	OÖ
2019_Sturzprävention für Personen ab 70 Jahre	OÖ
2019_Vereinscoaching	OÖ
2019_von Anfang an! (Gesund essen, Beikost, Starke Partnerschaft)	OÖ
Oberösterreich: Stationäre Burnout-Prävention	OÖ
2016_Gesundheit selbst gemacht	OÖ
2016_Kim Kilo – Abnehmprogramm für Volksschulkinder	OÖ
2016_von Anfang an! (Gesund essen, Beikost, Starke Partnerschaft)	OÖ
2016_Zahnprophylaxemaßnahmen für Kinder	OÖ
2017_Gut begleitet von Anfang an – Frühe Hilfen in OÖ	OÖ
2017_Kinderleicht (vormals Kim Kilo) – Abnehmprogramm für Volksschulkinder	OÖ
2017_von Anfang an! (Gesund essen, Beikost, Starke Partnerschaft/Eltern)	OÖ
2018_Gesundheitskompetenz-Partnerschaft	OÖ
2018_Gut begleitet von Anfang an – Frühe Hilfen in OÖ	OÖ
2018_Kinderleicht (vormals Kim Kilo) – Abnehmprogramm für Volksschulkinder	OÖ
2019_Gesundheitskompetenz-Partnerschaft	OÖ
2019_Gut begleitet von Anfang an – Frühe Hilfen in OÖ	OÖ
Beweger Nachmittag	OÖ
Der gelungene Patientekontakt	OÖ
Fit4Life – Gesunde Schule Oberösterreich (2016–2019)	OÖ
Gesundheitsförderung in OÖ. Kinderbetreuungseinrichtungen	OÖ
Gesundheitskompetenz der Oö. Bevölkerung stärken	OÖ
Gesundheitskompetenzprogramm Plus	OÖ
Hörscreening im Kindergarten	OÖ
Netzwerk Gesunder Kindergarten	OÖ
Oberösterreich: Gesunde Schulen LehrerbInnengesundheit an Bundesschulen im Land Oberösterreich	OÖ

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 9.1

Maßnahmentitel	Bundesland
Oberösterreich: HEPA OÖ Umsetzungsphase 1 – 3 (Health Enhancing Physical Activitv)	OÖ
Pilotprojekt Qualitätszertifikat plus	OÖ
Präventiv aktiv. Präventionspakete und Zielgruppenprojekte in Gesunden Gemeinden Oberösterreichs	OÖ
VAEB_JA!jetzt aktiv_Mentale Gesundheit – Gedächtnistraining_SeniorInnen_OÖ_2016–2019	OÖ
Zahngesundheitsförderung in OÖ	OÖ
Salzburg SVA Gesundheitswoche	S
AMD/Men@Work/Salzburg/2016/2017	S
ASKÖ/Bleiben Sie gesund – Bewegung zum Mitmachen/Salzburg/2016/2018	S
ASKÖ/Gemeinsam bewusst gesund/Salzburg/2016	S
AVOS/AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft/Salzburg/2016/2017/2018	S
AVOS/Fokus Ernährung/Salzburg/2016/2017/2018/2019	S
AVOS/Gesunde Volksschule/Salzburg/2016/2017/2018/2019	S
AVOS/Gesunder Kindergarten/Salzburg/2016/2017/2018/2019	S
CDK/Prävention für Kinder von psychisch erkrankten Eltern/Salzburg/2016/2017/2018/2019	S
FH Salzburg/Implementierung der Gesundheitsförderungskompetenz in Ausbildungscurricula/Salzburg/2017/2018/2019	S
Fit4Life – Gesunde Lebenswelt Schule Salzburg (2016–2019)	S
Frau&Arbeit/Salzbürger GesundheitslotsInnen/Salzburg/2016/2017/2018/2019	S
Institut für Männergesundheit Salzburg/Gesund zurück in die Zukunft/Salzburg/2016/2017/2018/2019	S
KH Schwarzach/Prävention für Kinder von psychisch erkrankten Eltern/Salzburg/2016/2017/2018/2019	S
ÖPIA/Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie/Salzburg/2018	S
Outworx/Initiative Gesunder Lehrling/Salzburg/2019	S
Paris Lodron Universität/SALTO/Salzburg/2016/2017/2018	S
Rainbows/Unterstützung und Begleitung für Kinder und Jugendliche nach Trennung/Scheidung/Tod/Salzburg/2016/2017	S
Salzburg: Gesunde Schulen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schule: LehrerInnengesundheit	S
Salzburg: Gesunder Kindergarten – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kindergarten: KindergartenpädagogInnengesundheit	S
Salzbürger Gesellschaft/Chefs machen BGF/Salzburg/2018	S
Salzbürger Kinderfreunde/G'scheid G'sund/Salzburg/2017/2018	S
SGKK/BewegDich! Gemeinsam aktiv!/Salzburg/2016/2017/2018/2019	S
SGKK/Psychische Gesundheitsförderung/Salzburg/2019	S

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 9.1

Maßnahmentitel	Bundesland
Uni Salzburg/Fidelio/Salzburg/2018	S
VAEB_JA Jetzt aktiv_Mentale Gesundheit-Gedächtnistraining_Bewegungsprogramm_Gesundheitskompetenz_SeniorInnen_Salzburg_2017-2019	S
Verein JOJO/Prävention für Kinder von psychisch erkrankten Eltern/Salzburg/2016/2017/2018/2019	S
Ernährungsberatung für Schwangere und junge Eltern	ST
Frühe Hilfen Steiermark (GFF)	ST
Gesunder Kindergarten – 2016	ST
Steiermark: HEPA (Health Enhancing Physical Activity) Steiermark – Erhöhung der objektiv messbaren gesundheitsförd	ST
Tabakprävention mit Fokus auf Kinder und Jugendliche – 2016-2018; Tabak, Alkohol, Medien – Alternativen, Antworten	ST
Alkoholpräventionsplan Steiermark	ST
Bewegungsliteracy – Primary Care 2016-2019	ST
Fach- und Koordinationsstelle Ernährung 2016-2019	ST
Fit4Life Gesunde Schule Steiermark 2016-2019	ST
Gemeinden leben bewegt 2016-2019	ST
Generationenspielplatz 2016-2019	ST
Gesundheitsfördernder Fußball 2016-2019	ST
Steiermark: Gesunde Schulen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schule: LehrerInnengesundheit	ST
Steiermark: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kindergarten: Mehr Gesundheit für KindergartenleiterInnen, KindergartenpädagogIn	ST
VAEB_Altern mit Zukunft_SeniorInnen_Steiermark_2016-2019	ST
Verrückt? Na und! 2016-2019	ST
Tirol SVA Gesundheitsaktivitäten für Selbständige	T
Betriebliche Gesundheitsförderung Tirol 2016-2019	T
Fit4Life – Gesunde Schule Tirol (2016-2019)	T
Gesunde Schule Tirol 2016-2019	T
Gesundheitsaktion Senioren Tirol (2016-2019)	T
Gesundheitsförderung für SeniorInnen in Tirol 2016-2019	T
Gütesiegel Gesunde Schule Tirol 2016-2019	T
Initiative Stark fürs Leben 2018-2019	T
Kinder- und Jugendgesundheit Tirol 2016-2019	T
Tirol: Gesunde Schulen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schule: LehrerInnengesundheit	T

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 9.1

Maßnahmentitel	Bundesland
Tiroler Gesundheitsziele 2016–2019	T
VAEB_JA!jetzt aktiv_Mentale Gesundheit–Gedächtnistraining_SeniorInnen_Tirol_2016–2019	T
Vorarlberg SVA Gesundheitshunderter	V
Vorarlberg SVA Gesundheitsversicherung – Selbständig Gesund	V
Vorarlberg SVA Gesundheitswoche	V
#luagufdi #bewusstinsleben	V
Bewegt ins Alter 2.0	V
Bewegung für die Seele – Förderung der psychosozialen Gesundheit von Erwachsenen	V
Eltern–Akademie und Stillcafé Landeskrankenhaus Bregenz	V
FamilienlotsInnen in Vorarlberg – Ein regionales Angebot der universellen Frühe Hilfen Vorarlbergs	V
Fit im Freien	V
Fit4Life – Gesunde Schule Vorarlberg (2017–2019)	V
Gesund Aufwachsen in Vorarlberg – Ausrollung	V
Gesund Aufwachsen in Vorarlberg – Pilotprojekt zur Gesundheitsförderung an Kindergärten und Volksschulen	V
Gesundheitsaktion Senioren Vorarlberg (2016–2017)	V
Kräuternest macht Schule und Gesunde Jause – eine bewusste und nachhaltige Kombination	V
MehrWERT für alle – Frischer Wind für Gesundheit und Regionalität in Landwirtschaft, Gastronomie und Gesellschaft	V
Otago – Bewegungsprogramm zur Sturzprävention	V
Praevenire – Ernährung – Bewusstseinsbildung	V
Schulische Gesundheitskoordination Landeshauptstadt Bregenz, Koordination der Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsberatung	V
Sichere Bindung und Stärkung der elterlichen Gesundheitskompetenz	V
Stärkung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf Kinderimpfungen in Vorarlberg	V
Stillcafe und Elternakademie Bregenz	V
Sturzprävention für Bäuerinnen und Bauern – Vorarlberg (2016–2018)	V
TrauMaTRIX – TraumaFolgenPräventionsprojekt	V
VAEB_JA!jetzt aktiv_Mentale Gesundheit–Gedächtnistraining_SeniorInnen_Vorarlberg_2016–2019	V
Vorarlberg: Gesund leben & lehren am Arbeitsplatz Schule: Stärkung durch Resilienz	V
Vorarlberg: Gesunde Schulen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schule: LehrerInnengesundheit	V
Vorarlberg: Gesunder Kindergarten – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kindergarten	V

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 9.1

Maßnahmentitel	Bundesland
Vorarlberger Fachtage zur Förderung der psychischen Gesundheit	V
Welcome to Life – Gesundheitsförderung junger Erwachsener, die die Jugendhilfe verlassen	V
Xundheit konkret! – Gendersensible Gesundheitsangebote f. Jugendliche u. Erwachsene	V
Betriebliche Gesundheitsförderung in der Stadt Wien und stadtnahen Organisationen 2017–2019	W
Enorm in Form 2016	W
Gesund älter werden in Wien 2017–2019	W
Gesundheitsaktion für übergewichtige Kinder/Jugendliche Wien (2016)	W
Gesundheitsaktion Senioren Wien (2017–2019)	W
IGM– Individuelles Gesundheits Management 2016	W
MiMi GesundheitslotsInnen 2016	W
Projekt zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund 2017–2019	W
Qualitätsgesicherte Angebote in allen Schulen 2016, 2017–2019	W
Richtig Essen von Anfang an! – Wien 2016, 2017–2019	W
rundum gesund 2016, 2017–2019	W
Selbstvertretungszentrum für Menschen mit Lernschwierigkeiten 2017– 2019	W
Service Stelle Schule 2016, 2017–2019	W
Steigerung der Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene DURCHBLICKer*in 2017–2019	W
Steigerung der Gesundheitskompetenz von SchülerInnen 2017	W
Tipptopp. Gesund im Mund und rundherum (Kindergarten und Schule) 2017–2019	W
VAEB_BGF-Initiative_Wien_2016–2019	W
VAEB_JA!jetzt aktiv_Mentale Gesundheit – Gedächtnistraining_Bewegungsprogramm_Gesundheitskompetenz_SeniorInnen_Wien_2016–2019	W
Wien: Gesund ist erfolgreich – Gesundheitsprogramm für Ein-Personen-Unternehmen	W
Wien: Gesunde Schulen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schule: LehrerInnengesundheit	W
Wiener Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung 2016, 2017–2019	W

Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

9.1 Maßnahmenumsetzende Organisationen

Alphabetische Liste der maßnahmenumsetzenden Organisationen

- » aidsHilfe Kärnten
- » aks gesundheit GmbH
- » AMD Salzburg Zentrum für gesundes Arbeiten
- » Amt der Burgenländischen Landesregierung
- » Amt der Kärntner Landesregierung (Abteilung 4, Soziales und Gesellschaft, Abteilung 5, Gesundheit und Pflege, AVS-Kärnten, tlw. mit Kärntner Gebietskrankenkasse)
- » Amt der OÖ Landesregierung (Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention, tlw. mit Oberösterreichische Gebietskrankenkasse)
- » Amt der Tiroler Landesregierung (tlw. mit Tiroler Gebietskrankenkasse Land Tirol Betriebe und Unternehmungen)
- » Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung GmbH
- » Arbeitskreis für zahnärztliche Vorsorgemedizin (AKS ZAVOMED)
- » ARGE Welcome to Life
- » ASKÖ, Landesverband Salzburg
- » AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH.
- » Burgenländische Gebietskrankenkasse
- » BVA – Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (historisch)
- » CAG Club aktiv gesund Kärnten
- » Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen
- » Dachverband der Sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften der Steiermark
- » GO-ON Suizidprävention Steiermark
- » Elternverein der Volksschule Rankweil Markt
- » FH JOANNEUM GesmbH; FH JOANNEUM
- » FH Salzburg
- » Forschung Burgenland GmbH
- » Frau & Arbeit gem. GmbH
- » Gemeinde Satteins
- » Gesundheitsfonds Steiermark
- » Institut für Frauen- und Männergesundheit; Wiener Gebietskrankenkasse
- » Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
- » Institut für Männergesundheit Salzburg
- » Kärntner Gebietskrankenkasse
- » KH Schwarzach
- » Land OÖ, Direktion Gesundheit und Soziales, Abteilung Gesundheit
- » Landesberufsschule Lochau
- » Landeshauptstadt Bregenz
- » Landeskrankenhaus Bregenz und Landeskrankenhaus Bregenz – Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- » Leistungssport Austria GmbH
- » Motion 21

- » Netzwerk Familie
- » Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
- » NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Initiative »Tut gut!«
- » Oberösterreichische Gebietskrankenkasse / Österreichische Gesundheitskasse, Oberösterreich (Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention)
- » Österr. Kinderfreunde – Landesorganisation Salzburg
- » Österreichische Gesundheitskasse, Salzburg
- » Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen
- » Paris Lodron–Universität Salzburg, IFFB Sport- und Bewegungswissenschaft
- » pro mente OÖ – Institut Suchtprävention
- » PROGES – Wir schaffen Gesundheit
- » PROGES Burgenland
- » PSZ gGmbH KIPKE; Caritas der Diözese St. Pölten
- » Salzburger Gesellschaft für partnerschaftliche und gesundheitsfördernde Unternehmenskultur
- » Salzburger Landeskliniken
- » Sicheres Vorarlberg | Fonds Sichere Gemeinden
- » Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Hauptstelle Wien/NÖ
- » Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- » Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Salzburg, 5020 Salzburg, Auerspergstraße 24A
- » Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Tirol, 6020 Innsbruck, Klara–Pölt–Weg 1
- » Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Vorarlberg, 6800 Feldkirch, Schloßgraben 14
- » Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
- » Sportunion Vorarlberg
- » Steiermärkische Gebietskrankenkasse/ Österreichische Gesundheitskasse, Steiermark (tw. mit Styria vitalis; BVAEB – Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau)
- » Stiftung Maria Ebene
- » Suchtprävention Burgenland
- » Supro–Werkstatt für Suchtprophylaxe
- » Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Steiermark
- » Tiroler Gebietskrankenkasse / Österreichischer Gesundheitskasse Landesstelle Tirol (tw. mit Pädagogische Hochschule Tirol; Bildungsdirektion für Tirol; Amt der Tiroler Landesregierung, ASKÖ – Tirol; Fachhochschule Gesundheit Tirol, Pädagogische Hochschule Tirol)
- » Universität Salzburg; Fachbereich Psychologie
- » Verein "OUTWORX – Bewegung & Gesundheit"
- » Verein Amazone
- » Verein JoJo – Kindheit im Schatten
- » Verein Rainbows
- » Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- » Volkshilfe Burgenland GmbH

- » Vorarlberger Gebietskrankenkasse
- » Vorarlberger Kinderdorf
- » Wiener Gebietskrankenkasse; Institut für Frauen- und Männergesundheit;
Frauengesundheitszentrum FEM Süd
- » Wiener Gebietskrankenkasse; Volkshilfe Wien
- » Wiener Gebietskrankenkasse
- » Wiener Gesundheitsförderung –WiG

9.2 Setting(s)/Interventionsfeld(er)

Tabelle 9.2:
Häufigkeiten der Nennung ausgewählter Interventionsfelder

Setting/Interventionsfeld	Absolut	% innerhalb Oberkategorie	% Gesamt
Familie	63	-	28,5
Kindergarten und Kinderkrippe	49	-	22,2
Schule und andere Bildungseinrichtungen	82	-	37,1
Pflichtschule	65	79,3%	29,4
Volksschule	55	84,6%	24,9
Sonderschule	37	56,9%	16,7
Hauptschule, Neue Mittelschule	49	75,4%	22,2
Polytechnische Schule (PTS)	41	63,1%	18,6
Allgemeinbildende Höhere Schule (AHS) Unterstufe	42	64,6%	19,0
Weiterführende Schule	53	64,6%	24,0
Berufsschule	47	88,7%	21,3
Weiterführende Schule ohne Matura	48	90,6%	21,7
Weiterführende Schule mit Matura	44	83,0%	19,9
Universität, Fachhochschule	7	8,5%	3,2
Einrichtung der Erwachsenenbildung	4	4,9%	1,8
Arbeitsplatz/Betrieb	52	-	23,5
Gemeinde/ Stadt(viertel)/Region	72	-	32,6
Freizeit / Konsumwelten	28	-	12,7
Konsumenteninformationen	9	32,1%	4,1
Dienstleistungs- und Produktionsbetriebe	9	32,1%	4,1
Vereinswesen und Zivilgesellschaft	24	85,7%	10,9
Gesundheits- und Sozialwesen/(öffentliche) Dienstleistungen	58	-	26,2
Krankenanstalt	27	46,6%	12,2
Alten-/Pflegeheim	12	20,7%	5,4
Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste	6	10,3%	2,7
Arztpraxis	18	31,0%	11,8
Apotheke	11	19,0%	5,0
Beratungseinrichtung	30	51,7%	13,6
Einrichtung der Behindertenarbeit	7	12,1%	3,2
Einrichtung der Wohnungslosenhilfe	5	8,6%	2,3
Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen	7	12,1%	3,2
Gesellschaftspolitik/Medien	16	-	7,2
Bundes- oder Landespolitik	12	75,0%	5,4
Interessensvertretung	6	37,5%	2,7
Zivilgesellschaftliche Organisation	3	18,8%	1,4
Medien	9	56,3%	4,1
Anderes Setting	21	-	9,5

N = 221; Mehrfachauswahl möglich
Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG

9.3 Zielgruppeninteressen und Zielgruppen

Beschreibung – Zielgruppeninteressen und Zielgruppen – Zielgruppenauswahl gesamt

- » Zielgruppen im Setting Familie
 - » Mütter
 - » Väter
 - » Schwangere Frauen/werdende Eltern
 - » Kinder und Jugendliche
 - » Alleinerziehende
 - » Menschen mit privaten Pflege- und Betreuungspflichten
 - » Sonstige
- » Zielgruppen im Setting Kindergarten und Kinderkrippe
 - » Kinder in Kindergarten und Kinderkrippe
 - » Beschäftigte im Kindergarten und Kinderkrippe
 - » Eltern im Setting Kindergarten und Kinderkrippe
 - » Entscheidungsträger/innen im Setting Kindergarten und
 - » Sonstige
- » Zielgruppen im Setting Schule und in anderen Bildungseinrichtungen
 - » Schüler/innen
 - » Lehrer/innen
 - » Direktor/inn/en
 - » Eltern im Setting Schule
 - » Entscheidungsträger im Setting Schule
 - » Nicht unterrichtendes Personal im Setting Schule
 - » Sonstige
- » Zielgruppen im Setting Betrieb
 - » Angelernte oder Hilfsarbeiter/innen
 - » Facharbeiter/innen
 - » Angestellte
 - » Leiharbeitskräfte
 - » Lehrlinge
 - » Führungskräfte
 - » Ältere Arbeitnehmer/innen
 - » Menschen im Nachtschicht-/Schichtbetrieb
 - » Selbständige
 - » Vertreter/innen mit besonderen Aufgaben (Betriebsrätinnen/Betriebsräte, Arbeitsmediziner/innen, Arbeitspsychologinnen/Arbeitspsychologen, Sicherheitsfachkräfte, Sicherheitsvertrauenspersonen, Ersthelfer/innen, Behindertenvertrauenspersonen)
 - » Sonstige

9.4 Maßnahmen mit den größten Jahresfördersummen

Tabelle 9.3:
Maßnahmen mit den größten Jahresfördersummen

Maßnahmentitel	Fördervolumen/ Jahr	Einbringende Organisation	Bundesland
Apollonia 2020 (2016–2019)	> 1.000.000 €/ Jahr	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Initiative »Tut gut!«,	NÖ
Tipptopp. Gesund im Mund und rundherum (Kindergarten und Schule) 2017–2019	> 1.000.000 €/ Jahr	Wiener Gesundheitsförderung – WiG	W
Kinder- und Jugendgesundheit Tirol 2016–2019	> 500.000 €/ Jahr	Tiroler Gebietskrankenkasse	T
Netzwerk Gesunder Kindergarten	> 500.000 €/ Jahr	Amt der OÖ Landesregierung	OÖ
Gesundheitsförderung in OÖ. Kinderbetreuungseinrichtungen	> 500.000 €/ Jahr	Amt der OÖ Landesregierung	OÖ
Frühe Hilfen Steiermark (GFF)	> 500.000 €/ Jahr	Steiermärkische Gebietskrankenkasse	ST
Gesunder Kindergarten – 2016	> 500.000 €/ Jahr	Steiermärkische Gebietskrankenkasse	ST
Kinder psychisch kranker Eltern 2016 – 2019	> 500.000 €/ Jahr	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Initiative »Tut gut!«	NÖ
Tabakpräventionsstrategie Kärnten	> 200.000 €/ Jahr	Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 5, Gesundheit und Pflege	K
Alkoholpräventionsplan Steiermark	> 200.000 €/ Jahr	Gesundheitsfonds Steiermark	ST
Selbsthilfe in NÖ 2016 – 2019	> 200.000 €/ Jahr	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Initiative »Tut gut!«	NÖ
gutbegleitet Frühe Hilfen Kärnten	> 200.000 €/ Jahr	Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 5, Gesundheit und Pflege	K
Fach- und Koordinationsstelle Ernährung 2016–2019	> 200.000 €/ Jahr	Gesundheitsfonds Steiermark	ST
Gesund Aufwachsen in Vorarlberg – Pilotprojekt zur Gesundheitsförderung an Kindergärten und Volksschulen	> 200.000 €/ Jahr	Vorarlberger Gebietskrankenkasse	V
Babycouch	> 200.000 €/ Jahr	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	NÖ
Zahngesundheitsförderung in OÖ	> 200.000 €/ Jahr	Amt der OÖ Landesregierung	OÖ
Ernährungsberatung für Schwangere und junge Eltern	> 200.000 €/ Jahr	Steiermärkische Gebietskrankenkasse	ST
Gesund älter werden in Wien 2017–2019	> 200.000 €/ Jahr	Wiener Gesundheitsförderung – WiG	W
Netzwerk Kind Burgenland 2017–2021	> 200.000 €/ Jahr	Burgenländische Gebietskrankenkasse	B

Quelle: IDDS-Gesundheit, Berechnung und Darstellung: GÖG