

Bericht des Rechnungshofes

Gendergesundheit in Österreich

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis _____	388
Abkürzungsverzeichnis _____	389

BMG**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit****Gendergesundheit in Österreich**

Kurzfassung _____	392
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	398
Zuständigkeiten und Akteure _____	398
Ziele und Steuerung der Gendergesundheit _____	401
Aufgabenverteilung BMG und GÖG _____	407
Studien, Publikationen und konkrete Maßnahmen _____	415
Schlussempfehlungen _____	421

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Geförderte Projekte des BMG mit Genderbezug _____	409
Tabelle 2: Projekte mit Genderbezug des ÖBIG _____	412
Tabelle 3: Geförderte Projekte des FGÖ mit Genderbezug _____	414

Abkürzungsverzeichnis

Art.	Artikel
BFG	Bundesfinanzgesetz
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BHG	Bundeshaushaltsgesetz
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BKA	Bundeskanzleramt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
EUR	Euro
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG-G	Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
inkl.	inklusive
i.V.m.	in Verbindung mit
lt.	laut
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
Nr.	Nummer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof

Abkürzungen



u.a.	unter anderem
TZ	Textzahl(en)
UG	Untergliederung
VA	Voranschlag(s)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Gendergesundheit in Österreich

Die Zuständigkeit und Verantwortung für die Wahrnehmung der Angelegenheiten der Gendergesundheit waren auf mehrere Zentralstellen des Bundes verteilt. Die Trennung von Frauen-, Kinder- und Jugendgesundheit (BMG) bzw. Männergesundheit (BMASK) war infolge der damit verbundenen organisatorischen, inhaltlichen und finanziellen Auswirkungen nicht zweckmäßig. Auch gab es dadurch in Österreich – etwa im Unterschied zur Schweiz – kein gesamthafes Berichtswesen zum Thema Gendergesundheit.

Die für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitsziels „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ gebildete Arbeitsgruppe hatte rund ein Jahr nach Beschluss der Rahmen-Gesundheitsziele noch immer keine Indikatoren für die Zielerreichung festgelegt. Im Rahmen der wirkungsorientierten Haushaltsführung sollte gemäß Bundesfinanzgesetz 2013 die Teilnehmerate am Projekt „Mammographie-Screening Austria“ bis Ende 2013 um 5 Prozentpunkte steigen. Bis Herbst 2013 war das Projekt noch nicht angelaufen.

Generell spielte die Gendergesundheit in Österreich eine untergeordnete Rolle. Nur 3 % der gewährten Förderungen des BMG wiesen einen Genderbezug auf. Eine Gesamtevaluierung über den Kosten-Nutzen-Aspekt dieser Förderungen wurde nicht durchgeführt. Diverse Berichte und Studien berücksichtigten den Genderaspekt nur in geringem Ausmaß.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung der ressortübergreifenden Aufgabenverteilung betreffend Gendergesundheit, der Strategien und Ziele des BMG, des Berichtswesens, des Zusammenwirkens mit anderen Gesundheitseinrichtungen und der Förderungsabwicklung mit Schwerpunkt Gendergesundheit. Der RH fokussierte seine Prüfung auf das BMG. (TZ 1)

Zuständigkeiten und Akteure

Das Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 enthielt das Ziel von „Health in All Policies“ (Betonung von Gesundheit in allen Politikbereichen). Aufgrund dessen und insbesondere auch im Rahmen der wirkungsorientierten Haushaltsführung des Bundes war die Genderthematik von allen Ressorts zu berücksichtigen. (TZ 2)

Die Zuständigkeit und Verantwortung für die Wahrnehmung der Angelegenheiten der Gendergesundheit in Österreich waren auf zwei Ressorts – BMG und BMASK – aufgeteilt; dem BKA waren darüber hinaus Koordinierungsaufgaben zur Implementierung des Gendermainstreamings in den übrigen Ressorts übertragen. Insbesondere die Trennung von Frauen-, Kinder- und Jugendgesundheit einerseits (BMG) bzw. Männergesundheit andererseits (BMASK) war infolge der damit verbundenen organisatorischen, inhaltlichen und finanziellen Auswirkungen nicht zweckmäßig. (TZ 3)

Dem BMG oblagen laut Geschäftsverteilung die Wahrnehmung der fachlichen Angelegenheiten zum Thema Gendergesundheit sowie die Gewährung von Förderungen mit Genderbezug. Die im Jahr 2006 errichtete Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), deren Alleingesellschafter der Bund (vertreten durch den Bundesminister für Gesundheit) war, hatte u.a. die Gender- und Diversitätsgerechtigkeit zum Ziel. Die Agenden der Gendergesundheit waren somit zwischen dem BMG und der GÖG bzw. ihren drei Geschäftsbereichen – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) – geteilt. (TZ 4, 15)

Das BMG nahm seine Steuerungsfunktion wahr, indem es im Wege des Kuratoriums des FGÖ auch die Förderungspraxis des Fonds mitbestimmte und indem es mit der GÖG jährliche Arbeitsprogramme zu den von ihr durchgeführten Studien und Projekten vereinbarte. (TZ 4, 15)

Das BMG richtete 2012 eine Koordinierungsstelle zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen BMG und GÖG ein. Diese sollte auch die Umsetzung des jährlichen Arbeitsprogramms beobachten. Die Einrichtung einer Koordinierungsstelle war zweckmäßig, allerdings wurde sie laut ihren Angaben nicht lückenlos über den Status-quo der laufenden Projekte aus den Arbeitsprogrammen der GÖG informiert. (TZ 4, 16)

Rahmen- Gesundheitsziele

Mitte 2012 beschloss die Bundesgesundheitskommission insgesamt zehn Rahmen-Gesundheitsziele. Von den zehn Zielen wies das Rahmen-Gesundheitsziel 2 (Gesundheitliche Chancengerechtigkeit) den überwiegenden Genderbezug auf. Zur Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele wurden Arbeitsgruppen eingesetzt. Klare Vorgaben an die Arbeitsgruppen betreffend Ziele, Zeitrahmen oder Berichtspflichten fehlten. Die mit dem Genderthema befasste Arbeitsgruppe hatte rund ein Jahr nach Beschluss der Rahmen-Gesundheitsziele noch immer keine Indikatoren für die Zielerreichung festgelegt. (TZ 6)

Wirkungsorientierte Haushaltsführung

Das BMG legte als Wirkungsziel 2 die „Gewährleistung des gleichen Zugangs von Frauen und Männern zur Gesundheitsversorgung mit speziellem Fokus auf genderspezifische Vorsorge- und Präventionsprogramme“ fest. Das Wirkungsziel 2 stand in Einklang mit den in der Zielhierarchie übergeordneten Zielformulierungen (Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018, Rahmen-Gesundheitsziel 2). (TZ 7, 8)

Das Wirkungsziel 2 sollte durch zwei Maßnahmen – die Erhöhung der Transparenz bei den Krankheiten Herzinfarkt und Krebs sowie die Implementierung des Nationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms („Mammographie-Screening Austria“) – verfolgt werden. Die Maßnahme „Mammographie-Screening Austria“ als Beispiel für ein genderspezifisches Vorsorge- und Präventionsprogramm kann zur „Verbesserung der Gesundheit beider Geschlechter unter Berücksichtigung geschlechterspezifischer Unterschiede“ beitragen. Die Maßnahme der Erhöhung der Transparenz über die

geschlechterspezifische Verteilung von Krankheiten war nur ein erster Schritt zur Erreichung des Wirkungsziels. (TZ 9)

Als ersten Indikator für das Wirkungsziel 2 sah das Bundesfinanzgesetz 2013 (BFG) die Erhöhung der Teilnehmerate an der Vorsorgeuntersuchung NEU um 85.400 Personen bzw. 10 % (davon 25.620 Frauen bzw. 5 % und 59.780 Männer bzw. 15 %) vor. Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung war bei näherungsweise Fortschreibung der Steigerungsraten aus dem Jahr 2012 die Erreichung eines Teilziels – der Steigerung der Teilnehmerate insgesamt (Frauen und Männer) um 10 % – realistisch, nicht hingegen jene des Teilziels Teilnehmerzahlen Männer (Steigerung um 15 %). Das BMG hatte hier verabsäumt, rechtzeitig Schritte zur Zielerreichung einzuleiten. (TZ 10, 12)

Als zweiten Indikator definierte das BFG 2013 die Teilnehmerate der Frauen zwischen 45 und 70 Jahren am bundesweiten Projekt „Mammographie-Screening Austria“, die bis Ende 2013 um 5 Prozentpunkte steigen sollte. Absolute Zahlen zu diesem Indikator waren dem BFG 2013 nicht zu entnehmen, wodurch keine Transparenz gegeben war. (TZ 10)

Auch war zu beanstanden, dass das BMG über keine unterjährigen Steuerungsmechanismen verfügte, um die Umsetzung der Maßnahmen und die Erreichung des Zielwerts sicherzustellen. Die Teilnehmerate am Projekt „Mammographie-Screening Austria“ sollte bis Ende 2013 um 5 Prozentpunkte steigen, bis Herbst 2013 hatte das Projekt aber noch nicht einmal gestartet. Im BFG 2014 war der Zielwert für 2013 nicht mehr ausgewiesen. (TZ 11)

Kosten- und Leistungsrechnung

Aufgrund des fehlenden Kostenträgers zum Thema Gendergesundheit war das BMG nicht in der Lage, die zur Erreichung seines Wirkungsziels 2 (Gleichstellungsziel) intern entstandenen Kosten zu ermitteln. (TZ 13)

Berichtswesen

Im Unterschied etwa zur Schweiz gab es in Österreich kein gesamthafes Berichtswesen zum Thema Gendergesundheit. Sowohl das BMG als auch das BMASK erstellten jeweils für ihre Teilbereiche eigene Gesundheitsberichte. Dadurch war weder ein Überblick über die Gesundheitssituation von Frauen und Männern noch eine gesamthafte Grundlage für gesundheitspolitischen Handlungs- und Forschungsbedarf vorhanden. (TZ 14)

**Förderungen durch
das BMG**

Ab 2011 nannte das BMG die genderspezifische Gesundheitsförderung explizit in seinen Förderungsschwerpunkten. Im Jahr 2013 kam als weiterer Förderungsschwerpunkt „Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit“ hinzu. (TZ 17)

Das BMG förderte von 2009 bis 2013 insgesamt 161 Projekte mit einem Förderungsbetrag von 30,05 Mio. EUR. Nur 3 % dieser Fördermittel (rd. 910.000 EUR) entfielen auf Projekte mit Genderbezug. (TZ 17)

Die Förderungswerber mussten in den Förderungsanträgen den Genderbezug ausdrücklich begründen und – um Doppelförderungen zu vermeiden – die Projektfinanzierung (Eigenmittel, andere Förderungsgeber) offenlegen. Im Zusammenhang mit der Abrechnung überprüfte das BMG den vom Förderungsnehmer zu erstellenden Sachbericht und die zahlenmäßigen Nachweisungen über die Mittelverwendung. Bei Nichterfüllung der Förderungsbedingungen verlangte das BMG Nachbesserungen oder setzte Nachfristen bzw. wurden auch Fördermittel rückgefordert. Eine Evaluierung hinsichtlich der gesamthaften Wirkung der geförderten Projekte (z.B. bei den Frauengesundheitszentren) führte das BMG nicht durch. (TZ 18)

**Gesundheit Österreich
GmbH (GÖG)**

Das von der GÖG jährlich erstellte Arbeitsprogramm wies die für ein nachvollziehbares Projektmanagement notwendigen Eckpunkte auf. Allerdings war nicht ersichtlich, welche Projekte Genderaspekte berücksichtigten. (TZ 19)

Die GÖG legte ihre Arbeitsprogramme der Generalversammlung zum Teil verspätet zur Genehmigung vor. (TZ 20)

Das ÖBIG führte im Zeitraum 2009 bis 2013 insgesamt 79 Projekte mit Genderbezug durch und wendete dafür 16,15 Mio. EUR auf. (TZ 21)

Der FGÖ förderte von 2009 bis 2013 sieben Projekte mit Genderbezug und wendete dafür Fördermittel in Höhe von rd. 743.000 EUR auf. (TZ 22)

Hervorzuheben war, dass die Themen Gender und gesundheitliche Chancengerechtigkeit in den Förderungsunterlagen des FGÖ zwingend vom Förderungswerber zu beantwortende Kernfragen waren und der FGÖ im Sinne der Nachhaltigkeit der Förderungsausgaben grundsätzlich nur solche Projekte förderte, die nach erfolgreichem Projektende auf die Übernahme in den Regelbetrieb abzielten. Wie

bei Förderungen durch das BMG waren auch bei Förderungen durch den FGÖ zur Vermeidung von Doppelförderungen Zuwendungen anderer Förderungsstellen offenzulegen. (TZ 22)

Eine gesamthafte Evaluierung hinsichtlich der Wirkung und des Nutzens der geförderten Projekte im Regelbetrieb führte auch der FGÖ, wie das BMG, nicht durch. (TZ 22)

Herz-Kreislauf- Erkrankungen und Diabetes

Der Frauengesundheitsbericht 2010/2011 zeigte Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf. Die Abgabe eines zu diesem Thema von der GÖG erstellten Berichts war für Mitte 2014 vorgesehen. (TZ 23)

Mit dem Diabetesbericht 2013 der GÖG lag eine aktuelle Übersicht zu Diabetes in Österreich vor, die auch den Genderaspekt berücksichtigte. Allerdings war er mit dem Vorgänger-Bericht aus dem Jahr 2004 nur eingeschränkt vergleichbar, weil aus budgetären Gründen eine umfassende Aktualisierung unterblieben war. (TZ 23)

Die Gesamtausgaben für Diabetes-Patienten lagen im Jahr 2010 laut Diabetesbericht 2013 bei rd. 2,8 Mrd. EUR. Die Ausgabendarstellung beruhte aber überwiegend auf Schätzungen und es fehlte eine geschlechterspezifische Differenzierung der Ausgaben. (TZ 23)

Laut Diabetesbericht 2013 reduzierten sich durch die Teilnahme von Diabetikern am Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ die Gesundheitsausgaben von rd. 3.900 EUR auf rd. 3.200 EUR. Daraus ergab sich ein Einsparungspotenzial von insgesamt rd. 24 Mio. EUR jährlich. Jedoch nahmen an dem Programm nur rd. 7 % der in Österreich diagnostizierten Diabetiker teil. Eine genderspezifische Erhebung und Darstellung der Wirkungen des Programms unterblieb auch hier. (TZ 23)

Suchterkrankungen

Eine vom BMG in Vorbereitung einer „Nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“ beauftragte und veröffentlichte Studie berücksichtigte den Genderaspekt kaum. Damit fehlten für Suchterkrankungen genderspezifische Daten, um fundierte Entscheidungsgrundlagen für die in Aussicht genommene Nationale Suchtpräventionsstrategie liefern zu können. (TZ 24)

Im September 2007 wurde im BMG das „Alkoholforum“, ein nationales Beratungs- und Empfehlungsgremium betreffend Alkohol, gegründet. Bis 2009 hatte das Forum 37 Empfehlungen erarbeitet, wovon zur Zeit der Gebarungsüberprüfung erst fünf umgesetzt waren. Einen konkreten Genderbezug wiesen die Empfehlungen nicht auf. (TZ 25)

Laut einer 2008 veröffentlichten Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) konsumierten rd. 40 % der österreichischen Bevölkerung zumindest gelegentlich Tabak. Während der Tabakkonsum von Männern sank, erhöhte sich der Anteil der weiblichen Raucherinnen. Die vom BMG für Inserate und Kampagnen zur Nikotinsucht eingesetzten finanziellen Mittel (von 2009 bis 2013 1,23 Mio. EUR) wiesen nur in Einzelfällen einen Genderbezug auf. (TZ 26)

Kenndaten zur Gendergesundheit in Österreich					
Grundlagen für Gendergesundheit	Rahmen-Gesundheitsziele; Wirkungsziele gemäß BHG 2013, BGBl. I Nr. 139/2009 i.d.g.F.; Gesundheit Österreich GmbH-Gesetz, BGBl. I Nr. 132/2006 i.d.g.F.; Gesundheitsförderungsgesetz, BGBl. I Nr. 51/1998 i.d.g.F.; Allgemeine Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln, BGBl. II Nr. 51/2004 i.d.g.F.; Suchtmittelgesetz, BGBl. I Nr. 112/1997 i.d.g.F.				
Förderungen und Projekte mit Genderbezug	2009	2010	2011	2012	2013
	BMG				
Anzahl	6	6	6	5	5
	in Mio. EUR				
Förderungssumme	0,16	0,19	0,22	0,16	0,18
	FGÖ				
Anzahl ¹	2	2	0	3	0
	in Mio. EUR ¹				
Förderungssumme	0,10	0,32	0,00	0,32	0,00
	GÖG/ÖBIG				
Anzahl	20	11	12	22	14
	in Mio. EUR				
Investitionen	3,43	3,37	3,30	3,53	2,52

¹ jeweils Projektende dargestellt, meist zwei- bis dreijähriger Projektzeitraum

Quelle: BMG

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von Oktober bis Dezember 2013 das Thema Gendergesundheit in Österreich. Unter dem Begriff Gendergesundheit werden

- die Gewährleistung des gleichen Zugangs von Frauen und Männern zur Gesundheitsversorgung mit speziellem Fokus auf genderspezifische Vorsorge- und Präventionsprogramme sowie
- die Verbesserung der Gesundheit beider Geschlechter unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsverhaltens

verstanden.

Ziel der Gebarungüberprüfung war die Beurteilung

- der ressortübergreifenden Aufgabenverteilung betreffend Gendergesundheit,
- der Strategien und Ziele des BMG,
- des Berichtswesens,
- des Zusammenwirkens mit anderen Gesundheitseinrichtungen und
- der Förderungsabwicklung mit Schwerpunkt Gendergesundheit.

Der RH fokussierte seine Gebarungüberprüfung auf das BMG. Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2009 bis 2013, in Einzelfällen bezog der RH auch frühere Zeiträume in seine Betrachtung ein.

(2) Zu dem im August 2014 übermittelten Prüfungsergebnis nahm das BMG im November 2014 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im Jänner 2015.

Zuständigkeiten und Akteure

„Health in All
Policies“

2.1 (1) Das Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 enthielt neben dem Ziel, die Rahmen-Gesundheitsziele (siehe TZ 6) umzusetzen sowie berufs- und zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung als Leitgedanken zu etablieren, auch das Ziel von „Health in All Policies“:

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter „Health in All Policies“ eine intersektorale Governance (z.B. Gesundheits-, Umwelt-, Erziehungs-, Fiskalpolitik) für die Betonung von Gesundheit in allen Politikbereichen. So sollen soziale, ökonomische, kulturelle, politische, technologische, rechtliche und umweltbezogene Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen können, in allen Politikbereichen berücksichtigt werden.

(2) Auf Bundesebene befassten sich zur Zeit der Gebarungüberprüfung vor allem das BMG, das BMASK und das BKA mit Angelegenheiten der Gendergesundheit. Infolge des „Health in All Policies“-Ziels der Bundesregierung und insbesondere auch im Rahmen der wirkungsorientierten Haushaltsführung des Bundes war die Genderthematik von allen übrigen Ressorts zu berücksichtigen.

2.2 Der RH wies darauf hin, dass infolge der Aufnahme des „Health in All Policies“-Ziels in das Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 alle Ressorts auch Themen der Gendergesundheit in ihre Aufgabenwahrnehmung einzubeziehen hatten.

Ressortübergreifende
Zuständigkeit von
BMG, BMASK und
BKA

3.1 Der strategische Schwerpunkt der Gendergesundheit lag im BMG in den Bereichen Frauen-, Kinder- und Jugendgesundheit, während das BMASK für den Bereich der Männergesundheit zuständig war. Darüber hinaus war die Abteilung II/1¹ im BKA mit Koordinierungsaufgaben zur Implementierung des Gendermainstreaming in den übrigen Ressorts befasst.

3.2 Der RH stellte kritisch fest, dass die Zuständigkeit und Verantwortung für die Wahrnehmung der Angelegenheiten der Gendergesundheit in Österreich auf zwei Ressorts aufgeteilt waren. Er hielt insbesondere die Trennung von Frauen-, Kinder- und Jugendgesundheit einerseits bzw. Männergesundheit andererseits infolge der damit verbundenen organisatorischen, inhaltlichen und finanziellen Auswirkungen für nicht zweckmäßig.

Der RH empfahl dem BMG, auf eine Konzentration der Gesamtverantwortung für die Gendergesundheit im BMG hinzuwirken, um Synergieeffekte sowohl in inhaltlicher als auch in budgetärer Hinsicht nutzen zu können. Eine gebündelte Zuständigkeit in Fragen der Gendergesundheit wäre nach Ansicht des RH auch für die Weiterentwicklung der Gendergesundheit und für einen Wissenstransfer in den übrigen Ressorts von Vorteil.

¹ Abteilung für gleichstellungspolitische Grundsatz- und Rechtsangelegenheiten

Zuständigkeiten und Akteure

3.3 Laut Stellungnahme des BMG habe es bereits mit dem BMASK ein Gespräch geführt. Vorbehaltlich der budgetären Möglichkeiten solle in den nächsten Jahren ein gemeinsamer Gendergesundheitsbericht erstellt werden (siehe TZ 14).

3.4 Der RH entgegnete, dass sowohl für die Erstellung des Frauen- als auch des Männergesundheitsberichts ohnedies bereits budgetär vorgesorgt sein muss.

Zuständigkeiten BMG und GÖG

4 (1) Dem BMG² oblagen laut Geschäftsverteilung die Wahrnehmung der fachlichen Angelegenheiten zum Thema Gendergesundheit sowie die Gewährung von Förderungen mit Genderbezug (siehe TZ 15, 17).

(2) Als nationales Forschungs- und Planungsinstitut im Gesundheitswesen sowie als Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung³ wurde im Jahr 2006 die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) errichtet, mit dem Bund (vertreten durch den Bundesminister für Gesundheit) als Alleingesellschafter (siehe TZ 19).⁴

Das GÖG-G nannte als Ziel der GÖG u.a. die Gender- und Diversitätsgerechtigkeit⁵. Darüber hinaus oblagen ihr auch Aufgaben gemäß Gesundheitsförderungsgesetz⁶, insbesondere:

- die Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens;
- die Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren.

Die GÖG gliederte sich in drei Geschäftsbereiche:

- a) ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit),
- b) FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) und
- c) BIQG (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen).

² Abteilung III/8 „Kinder-, Jugend- und Gendergesundheit, Ernährung“

³ siehe dazu www.goeg.at (Zugriff 3. Juli 2014)

⁴ Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG-G), BGBl. I Nr. 132/2006 i.d.g.F.

⁵ § 3 Abs. 2 Z 4 GÖG-G

⁶ BGBl. I Nr. 51/1998 i.d.g.F.

- a) Das ÖBIG hatte u.a. die Aufgabe,
- strukturverändernde Maßnahmen und Projekte zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen zu beobachten, zu analysieren und einschließlich Berichtswesen und Dokumentation zu evaluieren, bzw.
 - Methoden zur Erfassung, Darstellung, Analyse und Auswertung von Daten, die für den Gesundheitszustand der Bevölkerung von Bedeutung waren, zu erarbeiten (siehe TZ 21).
- b) Ziel des FGÖ war ein hohes Alter bei guter Gesundheit für alle in Österreich lebenden Menschen. Dabei sollten Rahmenbedingungen – wie z.B. in Wohnort, Schule und Arbeitsplatz – geschaffen werden, die die Menschen in die Lage versetzen, ein Leben in guter Gesundheit zu führen (siehe TZ 22).
- c) Dem BIQG oblagen die Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung eines Qualitätssystems basierend auf den Prinzipien der Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz.

(3) Im Jahr 2012 wurde im BMG mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zwischen BMG und GÖG zu optimieren, eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Diese Stelle war insbesondere für das Monitoring des Arbeitsprogramms der GÖG zuständig (siehe TZ 16).

Ziele und Steuerung der Gendergesundheit

Zielhierarchie

5 Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fanden sich die wesentlichen Ziele zum Thema Gendergesundheit in Österreich in folgenden Quellen:

- Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018,
- von der Bundesgesundheitskommission beschlossene Rahmen-Gesundheitsziele,
- Strategiebericht zum Bundesfinanzrahmengesetz 2014 – 2017 und
- Wirkungsziele zum Bundesfinanzgesetz 2013 (BFG)⁷.

Für die Umsetzung dieser Ziele war das BMG verantwortlich.

⁷ BGBl. I Nr. 103/2012 i.d.g.F.

Ziele und Steuerung der Gendergesundheit

Rahmen-
Gesundheitsziele

- 6.1** (1) Im Jahr 2011 beschlossen die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat, Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich zu erarbeiten.

Diesem Vorhaben folgend beschloss die Bundesgesundheitskommission Mitte 2012 insgesamt zehn Rahmen-Gesundheitsziele. Von den zehn Zielen wies das Rahmen-Gesundheitsziel 2 (Gesundheitliche Chancengerechtigkeit) den überwiegenden Genderbezug auf: „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen.“

(2) Zur Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele wurden Arbeitsgruppen eingesetzt. Auf klare Vorgaben an die Arbeitsgruppen betreffend Ziele, Zeitrahmen oder Berichtspflichten wirkte das BMG nicht hin.

Die mit dem Rahmen-Gesundheitsziel 2 (Gesundheitliche Chancengerechtigkeit) befasste Arbeitsgruppe 2 hatte rund ein Jahr nach Beschluss der Rahmen-Gesundheitsziele noch immer keine Indikatoren für die Zielerreichung festgelegt.

- 6.2** Der RH stellte kritisch fest, dass das BMG nicht darauf hingewirkt hatte, dass die mit dem Genderthema befasste Arbeitsgruppe rund ein Jahr nach Beschluss der Rahmen-Gesundheitsziele Indikatoren für die Zielerreichung festlegte.

Er empfahl daher dem BMG, auf eine rasche Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele hinzuwirken, bspw. durch klare Vorgaben an die eingerichteten Arbeitsgruppen betreffend Ziele, Themenbereiche, Zeitrahmen und Meilensteine sowie Informations-, Berichts- und Dokumentationspflichten.

- 6.3** *Laut Stellungnahme des BMG seien den Arbeitsgruppen bereits klare Vorgaben hinsichtlich Ziele, Zeitrahmen, Berichts- und Dokumentationspflichten gegeben worden.*

Wirkungsorientierte
Haushaltsführung

Strategie

- 7** (1) Mit dem Beschluss zur Erarbeitung von Rahmen-Gesundheitszielen legten die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat im Jahr 2011 die Strategie für die Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen fest.

Im Bundesvoranschlag waren gemäß § 23 des Bundeshaushaltsgesetzes (BGH) 2013⁸ Wirkungsziele und für deren Erreichen vorgesehene Maßnahmen mit Indikatoren anzuführen und mit den veranschlagten Mittelverwendungen umzusetzen.

Wirkungsziel

- 8.1** Das BFG 2013 legte für die Untergliederung (UG) 24 (Gesundheit) als Wirkungsziel 2 die „Gewährleistung des gleichen Zugangs von Frauen und Männern zur Gesundheitsversorgung mit speziellem Fokus auf genderspezifische Vorsorge- und Präventionsprogramme“ fest. Als prioritär wurde dabei „die Verbesserung der Gesundheit beider Geschlechter unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsverhaltens“ bezeichnet.
- 8.2** Der RH hielt fest, dass das Wirkungsziel 2 des BMG im BFG 2013 mit den in der Zielhierarchie übergeordneten Zielformulierungen (Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 (siehe TZ 5), Rahmen-Gesundheitsziel 2 (siehe TZ 6)) in Einklang stand und diese Zielformulierungen in sachlogischer Erweiterung konkretisierte.

Maßnahmen

- 9.1** Als Maßnahmen zur Erreichung des Wirkungsziels 2 legte das BFG 2013 die Erhöhung der Transparenz im Hinblick auf die geschlechtsspezifische Verteilung der Krankheiten durch Auswertung der Daten betreffend Herzinfarkt und Krebs sowie als zweiten Schwerpunkt die Implementierung des Nationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms („Mammographie-Screening Austria“) fest.
- 9.2** Hinsichtlich der Eignung der Maßnahmen zur Erreichung des Wirkungsziels hielt der RH fest, dass das Projekt „Mammographie-Screening Austria“ mit dem Ziel der „genderspezifischen Vorsorge- und Präventionsprogramme“ und teilweise mit dem prioritären Ziel der „Verbesserung der Gesundheit beider Geschlechter unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede“ (siehe TZ 8) zur Verbesserung der Gesundheit beider Geschlechter beitragen kann. Auch wies der RH darauf hin, dass die Transparenz über die geschlechtsspezifische Verteilung von Krankheiten nur einen ersten Schritt zur Erreichung der Wirkungsziele darstellte.

⁸ BGBl. I Nr. 139/2009 i.d.g.F.

Ziele und Steuerung der Gendergesundheit

Indikatoren

- 10.1** (1) Als Indikatoren zur Messung der Zielerreichung des Wirkungsziels 2 sah das BFG 2013 die Erhöhung der Teilnehmerate von Frauen und Männern an der Vorsorgeuntersuchung NEU um durchschnittlich 10 % oder 85.400 Personen auf rd. 940.000 Personen vor. Die Erhöhung bei den Frauen sollte 5 % oder 25.620 Personen und bei den Männern 15 % oder 59.780 Personen betragen. Die Basisdaten entstammten dem Statistischen Jahrbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- (2) Als weiteren Indikator definierte das BFG 2013 die Teilnehmerate der Frauen zwischen 45 und 70 Jahren am bundesweiten „Mammographie-Screening Austria“. Bis Ende 2013 sollte die Teilnehmerate um 5 Prozentpunkte von 40 % auf 45 % steigen. Absolute Zahlen zu diesem Indikator waren dem BFG 2013 nicht zu entnehmen.
- 10.2** Der RH beanstandete das Fehlen von absoluten Zahlen beim Indikator „Mammographie-Screening Austria“, wodurch keine Transparenz gegeben war. Er empfahl daher dem BMG, Wirkungsziele bzw. Indikatoren, die eine zahlenbasierte Veränderung zum Inhalt haben, mit absoluten Zahlen (z.B. der Ausgangsbasis) so festzulegen, dass eine Überprüfung im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs möglich ist.
- 10.3** *Laut Stellungnahme des BMG werde auf der Grundlage des bundesweiten Brustkrebsfrüherkennungsprogramms erstmals nach den Kriterien eines bevölkerungsbezogenen, organisierten, qualitätsgesicherten Screening-Programms untersucht. Daher seien für diesen Indikator erst in den nächsten Jahren gesicherte Zahlen verfügbar, die einen jährlichen Vergleich ermöglichen würden.*
- 10.4** Der RH hielt seine Empfehlung aufrecht, nur solche Wirkungsziele bzw. Indikatoren festzulegen, die eine Überprüfung im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs ermöglichen.

Umsetzung

- 11.1** Der Projektbeginn „Mammographie-Screening Austria“ war im Arbeitsprogramm der GÖG mit 1. Jänner 2013 festgelegt. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Herbst 2013 hatte die GÖG Vorarbeiten geleistet, das Projekt war aber noch nicht angelaufen. Im BFG 2014⁹ war der Zielwert für 2013 nicht mehr ausgewiesen.

⁹ BGBl. I Nr. 38/2014

- 11.2** Der RH kritisierte, dass das BMG den Indikator zum „Mammographie-Screening Austria“ festlegte, ohne die Voraussetzungen für einen zeitgerechten Projektstart geschaffen zu haben, und dass es keine unterjährigen Steuerungsmechanismen hatte, um die Umsetzung der Maßnahmen und die Erreichung des Zielwertes sicherzustellen. Gemäß Indikator sollte die Teilnehmerate am Projekt „Mammographie-Screening Austria“ bis Ende 2013 um 5 Prozentpunkte steigen (siehe TZ 10), bis Herbst 2013 hatte das Projekt aber noch nicht einmal gestartet und der Zielwert war im BFG 2014 nicht mehr ausgewiesen.

Der RH empfahl dem BMG, vor der Aufnahme von Wirkungszielen in das BFG ihre Überprüfbarkeit anhand geeigneter Indikatoren und unterjähriger Steuerungsmechanismen zur Erreichung des Zielwertes sicherzustellen.

- 11.3** *Laut Stellungnahme des BMG werde es diese Empfehlung berücksichtigen.*

Wirkungscontrolling, Steuerung und Evaluierung

- 12.1** (1) Bis Ende 2012 waren die Teilnahmezahlen an der Vorsorgeuntersuchung NEU bei den Frauen um rd. 9 % (von 458.134 auf 501.194) und bei den Männern um rd. 7 % (von 396.279 auf 424.494) gestiegen. Somit lag die Steigerungsrate bei den Frauen über dem Zielwert von 5 %, bei den Männern hingegen deutlich unter dem Zielwert von 15 %.

Das BMG setzte keine Maßnahmen, um die Teilnehmerate der Männer zu erhöhen.

(2) Für das zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht angelauene Projekt „Mammographie-Screening Austria“ (siehe TZ 11) standen keine Daten zur Verfügung.

- 12.2** Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war bei näherungsweise Fortschreibung der Steigerungsraten aus dem Jahr 2012 die Erreichung eines Teilziels – der Steigerung der Teilnehmerate insgesamt (Frauen und Männer) um 10 % – realistisch, nicht hingegen jene des Teilziels Teilnahmezahlen Männer (Steigerung um 15 %). Der RH kritisierte, dass es das BMG hier verabsäumte, rechtzeitig Schritte zur Zielerreichung einzuleiten.

Ziele und Steuerung der Gendergesundheit

Er empfahl dem BMG, den gesetzlichen Vorgaben entsprechend in regelmäßigen Abständen den Umsetzungsgrad der Wirkungsziele zu beobachten und zu evaluieren, um erforderlichenfalls rechtzeitig steuernd eingreifen zu können.

- 12.3** *Laut Stellungnahme des BMG werde es dieser Empfehlung nachkommen.*

Kosten- und Leistungsrechnung

- 13.1** Für die insbesondere mit Genderthemen befasste Fachabteilung des BMG waren mehrere Kostenträger eingerichtet; ein Kostenträger zum Thema Gendergesundheit fehlte. Dadurch verfügte das BMG über keine Daten zu den für Genderthemen intern entstandenen Kosten.

- 13.2** Der RH kritisierte, dass das BMG aufgrund des fehlenden Kostenträgers für Gendergesundheit nicht in der Lage war, die zur Erreichung seines Gleichstellungsziels aufgewendeten Kosten zu ermitteln.

Er empfahl dem BMG, die Kosten- und Leistungsrechnung im BMG dahingehend zu adaptieren, dass auch die Kosten im Zusammenhang mit den Wirkungszielen darin abgebildet werden können.

- 13.3** *Das BMG sagte zu, durch Anlegen weiterer „Gender-Kostenträger“ in Hinkunft eine separate Auswertung zum Thema Gendergesundheit zu ermöglichen.*

Berichtswesen zur Gendergesundheit

- 14.1** Als Folge der organisatorischen Trennung zwischen Frauen-, Kinder- und Jugendgesundheit (BMG) sowie Männergesundheit (BMASK) gab es kein gesamthafte Berichtswesen zum Thema Gendergesundheit. Das BMG erstellte jährliche Frauengesundheitsberichte, das BMASK Männergesundheitsberichte.

Im Unterschied dazu verfügte etwa die Schweiz über einen einheitlichen Gendergesundheitsbericht. Im Fokus dieses Berichts standen insbesondere

- die Vermittlung eines Überblicks über die Gesundheitssituation von Frauen und Männern,
- das Aufzeigen eines diesbezüglichen gesundheitspolitischen Handlungs- und Forschungsbedarfs,

- die Bereitstellung von Entscheidungsgrundlagen für die Versorgungsplanung.

14.2 Der RH kritisierte, dass es in Österreich kein gesamthafte Berichtswesen zum Thema Gendergesundheit gab und sowohl das BMG als auch das BMASK jeweils für ihre Teilbereiche eigene Gesundheitsberichte erstellten. Dadurch war weder ein Überblick über die Gesundheitssituation von Frauen und Männern noch eine gesamthafte Grundlage für gesundheitspolitischen Handlungs- und Forschungsbedarf vorhanden.

Der RH empfahl dem BMG, in Anlehnung etwa an den Schweizer Gendergesundheitsbericht auch in Österreich einen beide Geschlechter umfassenden gesamthafte Gesundheitsbericht zu erstellen.

14.3 *Laut Stellungnahme des BMG habe es bereits mit dem BMASK ein Gespräch geführt. Vorbehaltlich der budgetären Möglichkeiten solle in den nächsten Jahren ein gemeinsamer Gendergesundheitsbericht erstellt werden (siehe auch TZ 3).*

14.4 Der RH entgegnete, dass sowohl für die Erstellung des Frauen- als auch des Männergesundheitsberichts ohnedies bereits budgetär vorgesorgt sein muss.

Aufgabenverteilung BMG und GÖG

Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des BMG

15.1 Wie einleitend dargestellt (siehe TZ 4), waren die Agenden der Gendergesundheit zwischen dem BMG und den Bereichen der GÖG aufgeteilt. Die erforderliche Steuerung nahm das BMG wie folgt wahr:

Die Abstimmung zwischen dem BMG und dem FGÖ, die beide Förderungen für Projekte mit Genderbezug vergaben, erfolgte über ein Kuratorium des FGÖ, in dem der Bundesminister für Gesundheit vertreten war. Die GÖG (konkret das ÖBIG) führte Studien und Projekte mit Genderbezug durch, die sie in ihrem jährlichen Arbeitsprogramm mit dem BMG vereinbarte.

15.2 Der RH hob hervor, dass das BMG über das Kuratorium des FGÖ die Förderungspraxis des FGÖ mitbestimmte und mit der GÖG jährliche Arbeitsprogramme vereinbarte.

Aufgabenverteilung BMG und GÖG

- 16.1** Im Jahr 2012 richtete das BMG eine Koordinierungsstelle ein. Diese sollte die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Abteilungen des BMG und der GÖG koordinieren sowie die Umsetzung des jährlichen Arbeitsprogramms der GÖG beobachten.

Laut Angabe der Koordinierungsstelle wurde sie jedoch nicht über alle laufenden Projekte aus den Arbeitsprogrammen der GÖG lückenlos informiert. So war z.B. das Projekt „Mammographie-Screening Austria“ im Arbeitsprogramm 2013 vorgesehen, die diesbezügliche Auftragserteilung erfolgte jedoch ohne Einbindung der Koordinierungsstelle.

- 16.2** Der RH sah zwar die Einrichtung einer Koordinierungsstelle im BMG aufgrund der zahlreichen Akteure als grundsätzlich zweckmäßig an, verwies aber am Beispiel des Projekts „Mammographie-Screening Austria“ kritisch auf die mangelhafte Kommunikation.

Der RH empfahl dem BMG, in Entsprechung der ursprünglichen Zielsetzung die Koordinierungsstelle über den Status-quo aller Projekte aus den Arbeitsprogrammen der GÖG zu informieren.

- 16.3** *Laut Stellungnahme des BMG habe es die vom RH empfohlene Einbindung der Koordinierungsstelle bereits umgesetzt.*

Förderungen durch das BMG

- 17.1** (1) Das BMG legte jährlich seine Förderungsschwerpunkte fest, die wie die gesamte Förderungsabwicklung auf der Homepage des BMG abrufbar waren. Die Förderungsschwerpunkte des BMG betrafen

- die Gesundheitsvorsorge und -prävention:

Schwerpunkte waren hier bspw.

- Frauengesundheit,
- psychische Gesundheit,
- Alkohol und Rauchen/Tabak sowie
- seit 2011 genderspezifische Gesundheitsförderung;
- die interkulturelle Gesundheitsförderung.

Die Förderungsschwerpunkte für 2013 enthielten die Themen Frauengesundheit und genderspezifische Gesundheitsförderung. Darüber hinaus wiesen sie als weiteren Förderungsschwerpunkt „Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit“ auf.

(2) Der nachstehenden Tabelle sind die Förderungen und die Anzahl der vom BMG geförderten Projekte, insgesamt und jene mit Genderbezug, zu entnehmen:

Tabelle 1: Geförderte Projekte des BMG mit Genderbezug						
	2009	2010	2011	2012	2013	Summe 2009 bis 2013
	in Mio. EUR					
Förderungen ¹	5,60	7,31	5,34	5,44	6,36	30,05
<i>davon</i>						
<i>mit Genderbezug^{1, 2}</i>	0,16	0,19	0,22	0,16	0,18	0,91
	Anzahl					
geförderte Projekte	35	34	34	28	30	161
<i>davon</i>						
<i>mit Genderbezug</i>	6	6	6	5	5	28

¹ VA-Ansatz 1/24206

² Förderungen durch Abt. III/8 bearbeitet

Quellen: BMG; RH

Das BMG förderte von 2009 bis 2013 insgesamt 161 Projekte mit einem Förderungsbetrag von 30,05 Mio. EUR. Davon wiesen 28 Projekte (rd. 17 %) mit einem Förderungsbetrag von insgesamt rd. 910.000 EUR (rd. 3 %) einen Genderbezug auf.

Die Förderungen mit Genderaspekt waren insbesondere auf Frauengesundheit und Berücksichtigung des sozio-ökonomischen Hintergrunds – z.B. Migration, unzureichende Schulbildung, keine oder schlecht bezahlte Arbeit – ausgerichtet. Der größte Anteil dieser Förderungen (61 % oder rd. 555.000 EUR im Zeitraum 2009 bis 2013) entfiel auf die „Arbeitsgemeinschaft der österreichischen Frauengesundheitszentren“¹⁰. Die Frauengesundheitszentren hatten grundsätzlich die Frauengesundheit zum Ziel, dies unter Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte vor dem Hintergrund der Defini-

¹⁰ Die „ARGE der österreichischen Frauengesundheitszentren“ ist ein Zusammenschluss nach bürgerlichem Recht der einzelnen Frauengesundheitszentren in Österreich (Kooperationsvertrag vom Dezember 2007).

tion von Gender als Mitberücksichtigung des sozialen Umfelds bei Gesundheit bzw. Krankheit.

- 17.2** Der RH anerkannte, dass das BMG ab dem Jahr 2011 die genderspezifische Gesundheitsförderung in seinen Förderungsschwerpunkten explizit berücksichtigte.

Er hielt kritisch fest, dass im BMG nur rd. 3 % der gesamten Fördermittel auf Projekte mit Genderbezug entfielen. Er empfahl daher dem BMG – auch im Hinblick auf das im Rahmen des BFG 2013 formulierte Gleichstellungsziel – den Förderungsschwerpunkt genderspezifische Gesundheitsförderung bei der Zuteilung der Fördermittel verstärkt zu beachten.

- 17.3** *Das BMG sagte die Umsetzung der Empfehlung zu.*

- 18.1** (1) Die Förderungsabwicklung von Projekten erfolgte im BMG nach den „Allgemeinen Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln“¹¹ (kurz: **Rahmenrichtlinien**).

(2) Die Förderungswerber mussten ihre Förderungsanträge jährlich neu einreichen. Dabei war als fachlich-inhaltliches Förderungskriterium die Einhaltung der Förderungsschwerpunkte, somit auch der Genderbezug, ausdrücklich zu begründen. Darüber hinaus hatten die Förderungswerber die Projektfinanzierung (Eigenmittel, andere Förderungsgeber) offenzulegen. Die Förderung eines Gesamtprojekts ausschließlich aus Budgetmitteln des BMG war nicht vorgesehen. Durch den verpflichtenden Ausweis anderer Förderungsquellen sollten Doppelförderungen von Projekten vermieden werden.

(3) Über die Gewährung und die Höhe von Förderungen entschied nach einer fachlich/inhaltlichen Beurteilung durch die jeweilige Fachabteilung der Bundesminister für Gesundheit.

(4) Nach Ablauf des Projektzeitraums mussten die Förderungsnehmer dem BMG einen sogenannten „Sachbericht“ über die durchgeführten Maßnahmen und die erbrachten Leistungen sowie einen zahlenmäßigen Nachweis über die Mittelverwendung zu einem im Förderungsvertrag festgelegten Zeitpunkt vorlegen. Der Sachbericht musste u.a. auch erläutern, ob bei der Projektdurchführung die im Förderungsantrag dargelegten genderspezifischen Aspekte berücksichtigt wurden und welche Auswirkungen das Projekt auf Frauen und Männer hatte.

¹¹ BGBl. II Nr. 51/2004 i.d.g.F.

(5) Im Zusammenhang mit der Abrechnung überprüfte das BMG die Sachberichte und zahlenmäßigen Nachweisungen. Bei Nichterfüllung der Förderungsbedingungen verlangte es Nachbesserungen oder setzte Nachfristen bzw. forderte es auch Fördermittel zurück.

Eine Evaluierung hinsichtlich der gesamthaften Wirkung der geförderten Projekte führte das BMG nicht durch.

- 18.2** Der RH hielt kritisch fest, dass das BMG zwar Einzelbeurteilungen aufgrund der Berichte der einzelnen Förderungsnehmer vornahm, jedoch über keine Evaluierung hinsichtlich der gesamthaften Wirkung der geförderten Projekte verfügte.

Er empfahl daher dem BMG, die von ihm geförderten Projekte (z.B. die Frauengesundheitszentren) unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Aspekts einer Evaluierung hinsichtlich der gesamthaften Wirkung zu unterziehen.

- 18.3** *Laut Stellungnahme des BMG würden alle Förderungen mittels Werkvertrag vorbereitet und abgeschlossen. Das BMG verlange den Förderungswerbern Informationen betreffend die zielgerichtete Verwendung der Mittel und den erzielten Erfolg in nachvollziehbarer Form ab.*

- 18.4** Der RH entgegnete, dass das BMG nicht nur die Einhaltung der Förderungsrichtlinien im Einzelfall sicherstellen, sondern darüber hinaus die Förderungsprojekte auch einer Evaluierung hinsichtlich ihrer gesamthaften Wirkung unterziehen sollte.

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

- 19.1** Die GÖG erstellte in Abstimmung mit dem BMG ein jährliches Arbeitsprogramm, das ein gegliedertes Budget mit Investitions-, Personal- und Finanzplan umfasste. Die im Arbeitsprogramm enthaltenen Projekte wiesen die für ein nachvollziehbares Projektmanagement notwendigen Eckpunkte – wie bspw. Verantwortlichkeiten, Zeitrahmen, Inhalte, Leistungen und Kosten – auf. Welche Projekte sich mit dem Genderthema auseinandersetzten, war aus dem Arbeitsprogramm nicht erkennbar. Erst auf Nachfrage konnte die GÖG dem RH eine Liste der Projekte mit Genderbezug übermitteln.

- 19.2** Der RH bemängelte, dass aus dem Arbeitsprogramm nicht eindeutig ersichtlich war, welche Projekte Genderbezug aufwiesen.

Er empfahl daher dem BMG, bei der Erstellung des jährlichen Arbeitsprogramms auf die gesonderte Kennzeichnung der Projekte mit Genderbezug hinzuwirken.

Aufgabenverteilung BMG und GÖG

19.3 *Das BMG sagte die Umsetzung der Empfehlung zu.*

20.1 Gemäß § 14 Abs. 4 GÖG-G war das Arbeitsprogramm der GÖG bis spätestens 15. Oktober jeden Jahres für das folgende Kalenderjahr der Generalversammlung der GÖG zur Genehmigung vorzulegen. Tatsächlich verzögerte sich im überprüften Zeitraum die Vorlage der Arbeitsprogramme um bis zu vier Monate (für das Kalenderjahr 2011).

20.2 Der RH wies kritisch auf die Nichteinhaltung des gesetzlich festgelegten Zeitpunkts zur Vorlage der Arbeitsprogramme hin.

Er empfahl dem BMG, darauf hinzuwirken, dass die Arbeitsprogramme der GÖG der Generalversammlung zeitgerecht vorgelegt werden, um die Durchführung der Projekte auf Basis eines genehmigten Programms sicherzustellen.

20.3 *Laut Stellungnahme des BMG erfolgten alle Schritte zur Erstellung des Arbeitsprogramms in enger Abstimmung zwischen BMG und der GÖG; die Termine hingen von vielfältigen Abstimmungsschritten ab. Eine Überschreitung der Frist habe es für das Arbeitsprogramm 2011 gegeben, seither seien die Vorlagetermine eingehalten worden.*

20.4 Der RH entgegnete, dass laut den ihm übergebenen Unterlagen die Übermittlung der Arbeitsprogramme für die Jahre 2009 bis 2012 jeweils verspätet erfolgte. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Österreichisches
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen
(ÖBIG)

21.1 Die folgende Tabelle zeigt die Projekte mit Genderbezug, die das ÖBIG im Zeitraum 2009 bis 2013 durchführte:

Tabelle 2: Projekte mit Genderbezug des ÖBIG						
Projekte	2009	2010	2011	2012	2013	Summe 2009 bis 2013
	in Mio. EUR					
Projektvolumen	3,43	3,37	3,30	3,53	2,52	16,15
	Anzahl					
Projekte	20	11	12	22	14	79

Quellen: GÖG; ÖBIG; Darstellung RH

Das ÖBIG wickelte demnach von 2009 bis 2013 insgesamt 79 Projekte mit Genderbezug ab und wendete dafür insgesamt 16,15 Mio. EUR auf. Die Projekte betrafen bspw. Grundlagenarbeiten zur Patientensicherheit, ein nationales Krebsrahmenprogramm, Leitlinien für integrierte Versorgung sowie Disease-Management zu den Themen Schlaganfall bei Frauen, Diabetes, Morbus Parkinson und Demenz.

21.2 Der RH hielt fest, dass das ÖBIG in den vergangenen Jahren zahlreiche Projekte mit Genderbezug durchführte.

Fonds Gesundes
Österreich (FGÖ)

22.1 (1) Neben dem BMG förderte auch der FGÖ Projekte, die Genderaspekte sowie gesundheitliche Chancengerechtigkeit zum Inhalt hatten. Der FGÖ-Projektguide sah die Themen Gender und gesundheitliche Chancengerechtigkeit als von allen Förderungswerbern zu beantwortende Kernfragen vor; der FGÖ beurteilte jeden einzelnen Förderungsantrag auf seinen Genderbezug hin.

Projekte mit Genderbezug waren aus Sicht des FGÖ jene, für die ein spezieller Bedarf für Frauen oder Männer hinsichtlich ihrer Gesundheit unter Berücksichtigung von Bildungsunterschieden, Einkommen oder Migration bestand, wobei der FGÖ den Fokus insbesondere auf den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung legte.

(2) Die Förderungen des FGÖ stellten Kofinanzierungen dar. Im jeweiligen Förderungsantrag hatte der Förderungswerber die Eigenmittel sowie beantragte Förderungen bei anderen Förderungsstellen und sonstige projektbezogene Finanzierungen anzugeben. Doppelförderungen sollten so verhindert werden.

(3) Der FGÖ-Projektguide sah die Evaluierung und die Verbreitung der Projektergebnisse bspw. durch Schulungen oder Präsentationen vor.

Die vom FGÖ mit Genderbezug geförderten Projekte hatten in der Regel einen mehrjährigen Projektzeitraum und zielten nach erfolgreichem Abschluss auf die Übernahme in den Regelbetrieb ab. Die in den Regelbetrieb übernommenen Projekte wurden keiner weiteren Evaluierung hinsichtlich der Wirkung und des Nutzens der geförderten Projekte unterzogen.

(4) Die nachstehende Tabelle zeigt die in den Jahren 2009 bis 2013 abgeschlossenen Förderungsprojekte des FGÖ mit Genderbezug:

Aufgabenverteilung BMG und GÖG

Tabelle 3: Geförderte Projekte des FGÖ mit Genderbezug						
	2009	2010	2011	2012	2013	Summe 2009 bis 2013
	in EUR					
Förderungsvolumen ¹	95.959	323.681	0	323.639	0	743.279
	Anzahl					
Anzahl ¹	2	2	0	3	0	7

¹ aufgliedert nach Projektende

Quellen: FGÖ; Darstellung RH

Im Zeitraum 2009 bis 2013 wurden sieben Projekte abgeschlossen. Bei Gesamtprojektkosten von 1,65 Mio. EUR förderte der FGÖ mit diesen sieben Projekten rd. 743.000 EUR.

(5) Das vom FGÖ geförderte Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“¹² war in den Förderungsunterlagen als „gender- und kultursensibles Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung“ mit einer zweijährigen Projektlaufzeit ausgewiesen. Fünf Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbands nahmen an diesem Projekt teil. Zielgruppe waren gering qualifizierte Mitarbeiterinnen aus den Bereichen Hausarbeit, Küche und Abteilungshilfe.

Zusätzlich zum Endbericht erstellte ein externes Institut einen Evaluierungsbericht zur Prozess- und Ergebnisevaluation. Demnach wurden die Ziele der Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit des Projekts erreicht. Im Rahmen des Projekts wurden Gesundheitsbeauftragte mit dem Ziel von Gesundheitsmultiplikatorinnen tätig bzw. auch als Vermittlerinnen zwischen den Mitarbeiterinnen des Niedriglohniveaus und der Hierarchie ausgebildet. Nach Projektende fanden regelmäßige Treffen der Gesundheitsbeauftragten zu einem Erfahrungsaustausch in halbjährlichen Intervallen statt.

22.2 (1) Der RH hob positiv hervor, dass der FGÖ in seinem Projektguide die Themen Gender und gesundheitliche Chancengerechtigkeit als bei sämtlichen Projekten vom Förderungswerber zu beantwortende Kernfragen vorsah. Dadurch war ein Mindestmaß widmungsgemäßer Verwendung der Fördermittel grundgelegt.

¹² Zur Zeit der Gebarungüberprüfung lief dieses Projekt im dritten Durchlauf. Das Projekt wurde zuvor schon zweimal durchgeführt (von 2009 bis 2012).

(2) Weiters anerkannte der RH im Sinne der Nachhaltigkeit der Förderungsausgaben, dass der FGÖ grundsätzlich nur solche Projekte förderte, die nach erfolgreichem Projektende auf die Übernahme in den Regelbetrieb abzielten.

(3) Die Kofinanzierung und Bedachtnahme auf Zuwendungen anderer Förderungsstellen erachtete der RH zur Vermeidung von Doppelförderungen als zweckmäßig.

(4) Der RH hielt jedoch kritisch fest, dass zwar Einzelbeurteilungen aufgrund der Evaluierungsberichte vorlagen (z.B. zum Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“), jedoch keine gesamthafte Evaluierung hinsichtlich der Wirkung und des Nutzens der geförderten Projekte im Regelbetrieb.

Der RH empfahl daher dem BMG, in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium des FGÖ auf eine gesamthafte Evaluierung der in den Regelbetrieb übernommenen Projekte hinzuwirken.

22.3 *Laut Stellungnahme des BMG sei Nachhaltigkeit bei der Förderungstätigkeit des FGÖ ein wichtiges Ziel und Qualitätskriterium. So sei Anfang 2014 ein Fragebogen (Evaluierungsbogen) eingeführt worden, der bei allen externen Projekt-Evaluationen als Basis verwendet würde und somit projektübergreifende Auswertungen ermögliche. Beim Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ sei das Nachhaltigkeitsmonitoring über weiterführende Projekte der Projektakteure erfolgt.*

Studien, Publikationen und konkrete Maßnahmen

Herz-Kreislauf-
Erkrankungen und
Diabetes

23.1 (1) Der Frauengesundheitsbericht 2010/2011 enthielt Auswertungen hinsichtlich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen und Männern. Demnach waren Frauen rund zehn Lebensjahre später als Männer von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen. Neben dem Altersfaktor war bei Frauen die spätere Diagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung für ein nachhaltigeres Krankheitsbild mitverantwortlich.

Im Arbeitsprogramm 2013 der GÖG war die krankheitsbezogene epidemiologische Berichterstattung – unter Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte – zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Prävention bis Mitte 2014 vereinbart; die Berichtserstellung hatte zur Zeit der Gebarungüberprüfung bereits begonnen. Der Bericht sollte das Versorgungsangebot, die Versorgungsprozesse, die Ergebnisqualität und die Patientenperspektive behandeln.

(2) Zum Krankheitsbild Diabetes erstellte die GÖG den Diabetesbericht 2013; allerdings konnte die Aktualisierung des vorangegangenen Berichts (Diabetesbericht 2004) aus budgetären Gründen nicht in vollem Umfang erfolgen. Der Diabetesbericht 2013 enthielt ein eigenes Kapitel „Genderaspekt“, das den Einfluss von Diabetes auf das Leben von Frauen und Männern sowie Unterschiede (z.B. höheres Risiko bei übergewichtigen Frauen) und Gemeinsamkeiten (z.B. gute Blutzuckereinstellung) bei den Geschlechtern darstellte.

(3) Laut dem Diabetesbericht 2013 waren bis zu 9 % der Bevölkerung – davon 57 % Männer und 43 % Frauen – an Diabetes erkrankt. Die Gesamtausgaben für Diabetes-Patienten lagen im Jahr 2010 bei rd. 2,8 Mrd. EUR, wobei die Ausgabendarstellung überwiegend auf Schätzungen beruhte. Eine geschlechterspezifische Differenzierung der Ausgaben fehlte.

(4) Die Gesundheitsausgaben reduzierten sich lt. Diabetesbericht 2013 durch die Teilnahme von Diabetikern am Disease-Management-Programm¹³ „Therapie Aktiv“ von rd. 3.900 EUR auf rd. 3.200 EUR. Rund 30.000 Betroffene, das waren rd. 7 % der österreichweit diagnostizierten Diabetiker, nahmen daran teil; daraus ergab sich ein Einsparungspotenzial von insgesamt rd. 24 Mio. EUR jährlich. Eine genderspezifische Erhebung und die Darstellung der Wirkungen des Programms unterblieben.

23.2 (1) Der RH hielt fest, dass der Frauengesundheitsbericht 2010/2011 Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufzeigte und die GÖG eine weitergehende Berichterstattung vorsah. Er empfahl dem BMG, die Ergebnisse des Berichts der GÖG als Entscheidungsgrundlage für weitere gesundheitspolitische Maßnahmen zu berücksichtigen.

(2) Der RH stellte fest, dass mit dem Diabetesbericht 2013 eine aktuelle Übersicht zu Diabetes in Österreich vorlag, die auch den Genderaspekt berücksichtigte. Er kritisierte jedoch die nur eingeschränkte Vergleichbarkeit der Diabetesberichte 2004 und 2013. Er empfahl dem BMG, regelmäßig genderbezogene Auswertungen und vergleichbare

¹³ Ziel eines Disease Management Programms ist die systematische, integrierte, multiprofessionelle und patientenorientierte Versorgung chronisch Kranker. Die Teilnahme am Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ sollte zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität der Diabetiker, zur Risikominimierung für Folgeerkrankungen und zur Vermeidung frühzeitiger Todesfälle beitragen. Eckpunkte des Programms waren die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Verfahren der Einschreibung, Schulung der Leistungserbringer und der Versicherten, Dokumentation und Evaluierung.

Berichte zu Diabetes zu erstellen, um so den Erfolg der getroffenen Maßnahmen feststellen zu können.

(3) Der RH bemängelte, dass die im Diabetesbericht 2013 erfolgte Gesamtdarstellung der Ausgaben überwiegend auf Schätzungen beruhte. Er empfahl dem BMG, die tatsächlichen Ausgaben für Diabetes zu erheben, zu analysieren und genderbezogen darzustellen.

(4) Der RH erachtete die Einrichtung des Disease-Management-Programms „Therapie Aktiv“ für Diabetiker grundsätzlich als zweckmäßig. Allerdings wies er auf die geringe Teilnehmerate von nur rd. 7 % der diagnostizierten Diabetiker hin. Auch vermisste der RH eine genderspezifische Erhebung und Darstellung der Wirkungen dieses Programms.

Er empfahl dem BMG im Hinblick auf die damit verbundenen Kostensenkungspotenziale, das Programm österreichweit zu implementieren und seine Wirkungen in regelmäßigen Abständen unter Berücksichtigung des Genderaspekts zu evaluieren.

23.3 *Laut Stellungnahme des BMG solle der Bericht „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ Basis für die gesundheitspolitische Planung und weitere Maßnahmen sein. Durch die gesonderte Behandlung des Genderaspekts im Hinblick auf Diagnostik und Therapie solle bei Ärzten ein Bewusstsein geschaffen und sollten Fort- und Weiterbildungen angeregt werden.*

Die Erstellung regelmäßiger Diabetesberichte mit genderspezifischen Auswertungen sei, wie auch die Erhebung der tatsächlichen Ausgaben für Diabetes, vorgesehen.

Betreffend das Programm „Therapie Aktiv“ teilte das BMG mit, dass die Anzahl der teilnehmenden Ärzte und Patienten nach Bundesland stark variere. Die Akzeptanz sei seitens der Ärzte nicht sehr hoch und von den Patienten würde viel Commitment abverlangt. Daher könnten aufgrund der geringen Teilnehmerate die Effekte nicht gut nachgewiesen werden.

23.4 Der RH verwies auf die im Rahmen der Gesundheitsreform in den Vordergrund gestellte Eigenverantwortlichkeit des Patienten für seine Gesundheit und die Möglichkeit des BMG, auf die Erhöhung der Akzeptanz des Disease-Management-Programms sowohl bei den Ärzten als auch bei den Patienten hinwirken zu können. Er hielt seine Empfehlung, die Wirkungen des Programms in regelmäßigen Abständen unter Berücksichtigung des Genderaspekts zu evaluieren, unverändert aufrecht.

Studien, Publikationen und konkrete Maßnahmen

Suchterkrankungen

Nationale Suchtpräventionsstrategie

- 24.1** Für den Themenbereich Suchterkrankungen beauftragte und veröffentlichte das BMG im Jahr 2013 eine Studie zur Vorbereitung einer „Nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“, die sämtliche Abhängigkeitserkrankungen behandelte. Die Studie befasste sich inhaltlich vor allem mit der illegalen Drogensucht. Der Genderaspekt war in der Studie kaum berücksichtigt.
- 24.2** Der RH stellte kritisch fest, dass das BMG in der genannten Studie dem Genderaspekt nur geringe Bedeutung beimaß. Damit fehlten für Suchterkrankungen genderspezifische Daten, um fundierte Entscheidungsgrundlagen für die in Aussicht genommene Nationale Suchtpräventionsstrategie liefern zu können.

Er empfahl dem BMG daher, bei der Erarbeitung der Nationalen Suchtpräventionsstrategie den Genderaspekt entsprechend zu berücksichtigen.

- 24.3** *Laut Stellungnahme des BMG sei das Ziel der Studie die Erarbeitung jener Grundlagen gewesen, die in einer künftigen Suchtpräventionsstrategie – unter Beachtung des Genderaspekts – berücksichtigt werden sollten. Die Berücksichtigung des Genderaspekts bei der Erarbeitung der Nationalen Suchtpräventionsstrategie stehe nicht in Frage.*

Alkoholsucht

- 25.1** (1) Laut der 2007 veröffentlichten Informationsbroschüre des BMG „Der ganz normale Alkoholkonsum“ galten rd. 5 % der österreichischen Bevölkerung über 16 Jahre als Alkoholiker. Der Anteil der alkoholkranken Männer lag bei 7,5 %, jener der Frauen bei 2,5 % der Bevölkerung.

(2) Im September 2007 wurde im BMG das sogenannte „Alkoholforum“, ein nationales Beratungs- und Empfehlungsgremium betreffend Alkohol, gegründet. Ziel des Forums war es, unter Vorsitz des BMG den Handlungs- und Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Problematik Alkohol aus Sicht von Fachleuten zu identifizieren und praxisnahe Empfehlungen abzugeben. Bis 2009 hatte das Forum 37 Empfehlungen – wovon fünf Empfehlungen zur Zeit der Gebarungüberprüfung umgesetzt waren – erarbeitet. Einen konkreten Genderbezug wiesen die Empfehlungen nicht auf. Die weiteren Empfehlungen blieben vom BMG bislang unberücksichtigt.

- 25.2** Der RH kritisierte den fehlenden Genderbezug und die unzureichende Realisierung der Vorschläge des Alkoholforums. Er empfahl dem BMG, bei der Entwicklung einer umfassenden Suchtstrategie der Alkoholsucht einen angemessenen Stellenwert einzuräumen und auch regelmäßige Evaluierungen der getroffenen Maßnahmen durchzuführen. Insbesondere sollte dabei der Genderbezug berücksichtigt werden.
- 25.3** *Laut Stellungnahme des BMG könnte nunmehr auch die Umsetzung der restlichen Empfehlungen des Alkoholforums realisiert werden. Die Verzögerung sei auch auf die sich erst seit 2013 abzeichnenden alkoholpolitischen Fragestellungen im Rahmen der ab diesem Zeitpunkt verstärkt diskutierten und künftigen EU-Alkoholstrategie zurückzuführen gewesen, die auch die nationalen Gegebenheiten und darauf bezugnehmende Erfordernisse ebenso wie den Genderaspekt berücksichtigen müssten.*

Nikotinsucht

- 26.1** (1) Laut einer 2008 veröffentlichten Studie der WHO¹⁴ wies Österreich eine Raucherprävalenz (d.h., dass zumindest gelegentlich Tabak konsumiert wurde) von rd. 40 % der Bevölkerung auf. Nach Geschlechtern getrennt hatte sich der Tabakkonsum von Männern und Frauen unterschiedlich entwickelt. Laut der Gesundheitsbefragung 2006/2007 sank – gegenüber einer Befragung aus den 1970er Jahren – der Anteil an männlichen täglichen Rauchern von 39 % auf 27 %, während jener der Raucherinnen von 10 % auf 19 % anstieg.
- (2) Das BMG beauftragte von 2009 bis 2013 Inserate und Kampagnen zum Thema Nikotinsucht im Betrag von 1,23 Mio. EUR. Daneben förderte es in diesem Zeitraum zwei gemeinnützige Organisationen mit insgesamt 12.000 EUR. Die eingesetzten finanziellen Mittel wiesen nur in Einzelfällen einen Genderbezug auf. So beinhaltete etwa das Rauchertelefon – eine telefon- und internetgestützte Einrichtung zur Raucherentwöhnung, die das BMG mit 25.000 EUR jährlich förderte – eine speziell an Mädchen gerichtete Kampagne. Mit weiteren 5.000 EUR förderte das BMG Inserate in einer Mädchenzeitschrift.
- 26.2** Der RH kritisierte in Anbetracht des gestiegenen Anteils Tabak konsumierender Frauen, dass der Genderbezug in den diesbezüglichen Maßnahmen des BMG unterrepräsentiert war. Er empfahl dem BMG, in diesem Bereich verstärkt gendergerechte Maßnahmen zu setzen.

¹⁴ WHO 2008: WHO Report on the global Tobacco Epidemic

Studien, Publikationen und konkrete Maßnahmen

- 26.3** *Laut Stellungnahme des BMG seien sowohl die Alkohol- als auch die Tabakprävalenz bei mehreren nationalen Erhebungen stets genderspezifisch erhoben worden.*
- 26.4** Der RH entgegnete, dass die Erhebung von genderspezifischen Daten alleine nicht ausreicht, sondern dass diese auch bei der künftigen Förderungspolitik des BMG berücksichtigt werden sollten. Er hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

Schlussempfehlungen

27 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen an das BMG hervor:

(1) Auf eine Konzentration der Gesamtverantwortung für die Gendergesundheit im BMG sollte hingewirkt werden, um Synergieeffekte sowohl in inhaltlicher als auch in budgetärer Hinsicht nutzen zu können. (TZ 3)

(2) Auf eine rasche Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele wäre hinzuwirken, bspw. durch klare Vorgaben an die dafür eingerichteten Arbeitsgruppen betreffend Ziele, Themenbereiche, Zeitrahmen und Meilensteine sowie Informations-, Berichts- und Dokumentationspflichten. (TZ 6)

(3) Wirkungsindikatoren, die eine zahlenbasierte Veränderung zum Inhalt haben, wären mit absoluten Zahlen (z.B. der Ausgangsbasis) so festzulegen, dass eine Überprüfung im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs möglich ist. (TZ 10)

(4) Vor der Aufnahme von Wirkungszielen in das BFG sollte ihre Überprüfbarkeit anhand geeigneter Indikatoren und unterjähriger Steuerungsmechanismen zur Erreichung des Zielwertes sichergestellt werden. (TZ 11)

(5) Der Umsetzungsgrad der Wirkungsziele sollte gemäß den gesetzlichen Vorgaben in regelmäßigen Abständen beobachtet und evaluiert werden, um erforderlichenfalls rechtzeitig steuernd eingreifen zu können. (TZ 12)

(6) Die Kosten- und Leistungsrechnung im BMG wäre dahingehend zu adaptieren, dass auch die Kosten im Zusammenhang mit den Wirkungszielen darin abgebildet werden können. (TZ 13)

(7) In Anlehnung etwa an den Schweizer Gendergesundheitsbericht sollte auch in Österreich ein beide Geschlechter umfassender gesamthafter Gesundheitsbericht erstellt werden. (TZ 14)

(8) Die Koordinierungsstelle im BMG sollte über den Status-quo aller Projekte aus den Arbeitsprogrammen der GÖG informiert werden. (TZ 16)

Schlussempfehlungen

(9) Auch im Hinblick auf das im Rahmen des BFG 2013 formulierte Gleichstellungsziel sollte der Förderungsschwerpunkt genderspezifische Gesundheitsförderung bei der Zuteilung der Fördermittel verstärkt beachtet werden. (TZ 17)

(10) Die vom BMG geförderten Projekte sollten unter Berücksichtigung des Kosten–Nutzen–Aspekts einer Evaluierung hinsichtlich der gesamthaften Wirkung (z.B. der Frauengesundheitszentren) unterzogen werden. (TZ 18)

(11) Es sollte hingewirkt werden

a) bei der Erstellung des jährlichen Arbeitsprogramms der GÖG auf die gesonderte Kennzeichnung der Projekte mit Genderbezug; (TZ 19)

b) auf eine zeitgerechte Vorlage der Arbeitsprogramme der GÖG an die Generalversammlung; (TZ 20)

c) auf eine gesamthafte Evaluierung der in den Regelbetrieb übernommenen Projekte des FGÖ. (TZ 22)

(12) Die Ergebnisse des zu erstellenden Berichts der GÖG zu Herz–Kreislauf–Erkrankungen sollten als Entscheidungsgrundlage für weitere gesundheitspolitische Maßnahmen berücksichtigt werden. (TZ 23)

(13) Es sollten regelmäßig genderbezogene Auswertungen und vergleichbare Berichte zu Diabetes erstellt werden, um so den Erfolg der getroffenen Maßnahmen feststellen zu können. (TZ 23)

(14) Die tatsächlichen Ausgaben für Diabetes wären zu erheben, zu analysieren und genderbezogen darzustellen. (TZ 23)

(15) Das Disease–Management–Programm „Therapie Aktiv“ für Diabetiker sollte im Hinblick auf die damit verbundenen Kostensenkungspotenziale österreichweit implementiert und seine Wirkungen sollten in regelmäßigen Abständen unter Berücksichtigung des Genderaspekts evaluiert werden. (TZ 23)

(16) Bei der Erarbeitung der Nationalen Suchtpräventionsstrategie wäre der Genderaspekt entsprechend zu berücksichtigen. (TZ 24)

(17) Bei der Entwicklung einer umfassenden Suchtstrategie wäre der Alkoholsucht ein angemessener Stellenwert einzuräumen. (TZ 25)

(18) Die gegen Alkoholsucht getroffenen Maßnahmen wären unter Berücksichtigung des Genderbezugs regelmäßig zu evaluieren. (TZ 25)

(19) Auch im Bereich der Nikotinsucht sollten verstärkt gendergerechte Maßnahmen gesetzt werden. (TZ 26)