

# Vorsorgemittel 2015/2016

Strategievereinbarung zum Thema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“



# Vorsorgemittel 2015/2016

Strategievereinbarung zum Thema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“

**Für den Inhalt verantwortlich:** Fachgruppe Public Health/Gesundheitsförderung

**Redaktionsteam:** Judith delle Grazie, Nadine Peischl, Walpurga Weiss (BMG); Sabine Haas, Stephan Fousek, Charlotte Klein, Peter Nowak (GÖG)

Wien, März 2014



# Executive Summary

Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl I 2008/105, kurz: 15a-Vereinbarung) sieht in Artikel 33 vor, für überregional bedeutsame Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen jährlich Mittel im Ausmaß von 3,5 Millionen Euro für Vorsorgemaßnahmen – sogenannte Vorsorgemittel – zur Verfügung zu stellen. 2010 wurde seitens der BGK die „**Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel**“ beschlossen, die die Rahmenbedingungen für die Verwendung der Mittel regelt. Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit wurde festgelegt, dass sich die Vorsorgemittel darüber hinaus auch an der **Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit** zu orientieren haben.

**Die geplante Verlängerung des Finanzausgleichs und die damit einhergehende Verlängerung der 15a-Vereinbarung bis Ende 2016 bedeutet, dass für den Zeitraum 2015–2016 Vorsorgemittel ausgeschöpft werden können. Im Einklang mit der 2010 beschlossenen „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ ist dafür eine Strategievereinbarung vorzulegen, die insbesondere ein Schwerpunktthema für die Periode festlegt.**

---

## **Strategievereinbarung zum Schwerpunktthema Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen**

---

Angesichts existierender Prioritätensetzungen (insb. Rahmen-Gesundheitsziele) und Vorarbeiten sowie in Abstimmung mit den inhaltlichen Vorgaben der Gesundheitsförderungsstrategie wird als **Schwerpunktthema Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen** ausgewählt. Das Thema hat aktuell hohe gesundheitspolitische Relevanz in Österreich und weist eine hohe Anschlussfähigkeit auf. Die Einbettung in übergeordnete Strategien und Konzepte (insbesondere Rahmen-Gesundheitsziele, Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Regierungsprogramm) ist gegeben. Die Kindheit ist die effektivste und effizienteste Lebensphase, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

**Als konkrete Umsetzungsmaßnahmen werden Frühe Hilfen und Maßnahmen zur Steigerung Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen ausgewählt.** Sowohl Frühe Hilfen als auch Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen sind in der Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit als priorisierte Schwerpunkte festgelegt, für die die Vorsorgemittel verbindlich zu verwenden sind.

---

## **Umsetzungsmaßnahme Frühe Hilfen**

---

Der **Nutzen** im Bereich Frühe Hilfen ist national wie international erkannt worden. Frühe Hilfen können dazu beitragen, die Gesundheitschancen von Kindern zu erhöhen. Interventionsansätze wie Frühe Hilfen, die sich an Familien in belasteten Lebenslagen richten und die frühkindliche Entwicklung unterstützen, werden in vielen aktuellen

internationalen Überblicksarbeiten wie Strategiepapieren als **Maßnahmenbereich mit hohem Verbesserungspotenzial für die Gesundheit und insbesondere auch die gesundheitliche Chancengerechtigkeit** beschrieben. Entsprechende Ansätze leisten einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Lebensqualität und Gesundheit der Kinder und ihrer Familien. Internationale Studien weisen des Weiteren auf ein **deutlich positives Kosten–Nutzen–Verhältnis** von Frühen Hilfen (hoher „return on investment“) hin.

Frühe Hilfen haben eine **hohe Anschlussfähigkeit**, sie sind in Hinblick auf die Rahmen–Gesundheitsziele von Bedeutung, als wichtiger Maßnahmenbereich der Kinder– und Jugendgesundheitsstrategie verankert und im aktuellen Regierungsprogramm angeführt. Es kann bei Frühen Hilfen auf eine Reihe von **relevanten Vorarbeiten** im Rahmen des Grundlagenprojekts Frühe Hilfen (finanziert aus den Vorsorgemitteln der Strategievereinbarung 2011–2014) und dem **Modell guter Praxis** „Frühe Hilfen Vorarlberg (insb. Netzwerk Familie)“ aufbauen.

---

### **Umsetzungsmaßnahme Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen**

---

Die **Gesundheitskompetenz** der österreichischen Bevölkerung ist im Ländervergleich eher gering. Die Zeit des Heranwachsens ist für **Jugendliche** und Pubertierende eine herausfordernde Lebensphase, deshalb ist es gerade in diesem Lebensabschnitt wichtig, dass Jugendliche über eine gute Gesundheitskompetenz verfügen. Gesundheitskompetenz ist ein **wichtiger Einflussfaktor** auf das Gesundheitsverhalten, die Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheiten sowie Gesundheitskosten und kann durch Maßnahmen der Public Health und Gesundheitsförderung gefördert werden.

Auch in Bezug auf Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen gibt es zahlreiche **Anschlüsse**, insbesondere in Hinblick auf die Rahmen–Gesundheitsziele und die Zielsteuerung Gesundheit, aber beispielsweise auch die Kinder– und Jugendgesundheitsstrategie und die österreichische Jugendstrategie. Die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen können auf den **Modellen guter Praxis** „Jugendgesundheitskonferenz“ sowie „Alls im grüana“ („Jugend trifft Gesundheit“) aufbauen, die Gesundheitskompetenz mit auf diese Zielgruppe ausgerichteten, partizipativen Methoden stärken.

# Inhalt

## Teil 1 1

1	Einleitung .....	3
2	Gesundheitsnutzen .....	6
3	Einflussmöglichkeit auf bzw. Verbesserungspotenzial für die Gesundheit .....	11
4	Anschlussfähigkeit des Themas .....	13
5	Bedarfsnachweis .....	17
6	Good-Practice-Modelle .....	19
6.1	Frühe Hilfen .....	19
6.2	Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen .....	22
	Literatur .....	26

## Teil 2 29

1	Verwendung der Vorsorgemittel: Erläuterungen zur Mittelvergabe .....	31
1.1	Inhalte .....	31
1.2	Mittelfluss .....	32
1.3	Die Koordinationsstelle .....	34
1.4	Schematische Darstellung der Verwendung der Vorsorgemittel aus der 15a-Vereinbarung .....	34
2	Vergabe-/Qualitätskriterien .....	36
2.1	Grundsätze der Vergabe .....	36
2.2	Kriterien für die Auswahl von Themen im Rahmen der Strategievereinbarung .....	38
2.3	Qualitätskriterien für (Good-Practice-) Maßnahmen, die durch Vorsorgemittel gefördert werden .....	39



# Teil 1

---

## 2. Strategievereinbarung



# 1 Einleitung

Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl I 2008/105, kurz: 15a-Vereinbarung) sieht in Artikel 33 vor, für überregional bedeutsame Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen jährlich Mittel im Ausmaß von 3,5 Millionen Euro für Vorsorgemaßnahmen – sogenannte Vorsorgemittel – zur Verfügung zu stellen. 2010 wurde seitens der BGK die „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ beschlossen, die die Rahmenbedingungen für die Verwendung der Mittel regelt. Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit wurde festgelegt, dass sich die Vorsorgemittel darüber hinaus auch an der Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit zu orientieren haben.

Die geplante Verlängerung des Finanzausgleichs und die damit einhergehende Verlängerung der 15a-Vereinbarung bis Ende 2016 bedeutet, dass für den Zeitraum 2015–2016 Vorsorgemittel ausgeschöpft werden können. Im Einklang mit der 2010 beschlossenen „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ ist dafür eine Strategievereinbarung vorzulegen, die insbesondere ein Schwerpunktthema für die Periode festlegt. Für 2015 und 2016 stehen grundsätzlich je 3,5 Mio. Euro an Vorsorgemitteln prioritär für die Umsetzungsmaßnahmen gemäß Strategievereinbarung für die Vorsorgemittel 2015/16 zur Verfügung sowie allenfalls für zu ergänzende Themen, wie insbesondere die Mitfinanzierung des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms. Die Mittel werden zu zwei Fünfteln an die Länder, zu zwei Fünfteln an die Sozialversicherung und zu einem Fünftel an den Bund aufgeteilt. Die Aufteilung der Mittel zwischen den Ländern und Gebietskrankenkassen erfolgt gemäß Art 15a B-VG Art 24 Abs 65 (15a-Schlüssel).

## Schwerpunktthema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“

Angesichts existierender Prioritätensetzungen (insb. Rahmen-Gesundheitsziele) und Vorarbeiten sowie in Abstimmung mit den inhaltlichen Vorgaben der Gesundheitsförderungsstrategie wird als Schwerpunkt das Thema Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen ausgewählt.

Als konkrete Umsetzungsmaßnahmen werden Maßnahmen im Bereich der Frühen Hilfen und der Förderung der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen festgelegt.

## Maßnahmenbereich „Frühe Hilfen“

Ausgehend von der in Österreich bisher akkordierten Definition sind Frühe Hilfen ein **Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt)**, die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt sind.

In der praktischen Umsetzung sind Frühe Hilfen auf lokaler und regionaler Ebene etablierte

**multiprofessionelle Unterstützungssysteme mit von einer zentralen Stelle koordinierten Angeboten für Eltern und Kinder in der frühen Kindheit**, wobei der niederschwellige Zugang (insbesondere durch aufsuchende Angebote) von großer Relevanz ist (sogenannte „Frühe Hilfen-Netzwerke“).

**Frühe Hilfen zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern zu verbessern.** Frühe Hilfen wenden sich nicht ausschließlich, aber schwerpunktmäßig an sozial benachteiligte Familien bzw. an Familien mit besonderen Belastungen und leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

Die Maßnahmen im Bereich der Frühen Hilfen können auf den Vorarbeiten im Rahmen des Grundlagenprojekts Frühe Hilfen (durchgeführt im Rahmen der Vorsorgemittel 2011–2014), dem „Modellprojekt Frühe Hilfen“ und dem Modell guter Praxis „Frühe Hilfen Vorarlberg (insb. Netzwerk Familie)“ aufbauen.

### **Maßnahmenbereich „Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen“**

Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Grundlage für das Gesundheitsverhalten und für das Zurechtfinden im Gesundheitssystem und hat damit relevanten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Heute sind viele alltägliche Entscheidungen von Bürgerinnen und Bürger zugleich auch Gesundheitsentscheidungen (Kickbusch 2006). Internationale Studien weisen jedoch darauf hin, dass viele Menschen nicht über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um sich in einer immer komplexer werdenden Welt zurechtzufinden. Mangelnde Gesundheitskompetenz wirkt sich negativ auf die Gesundheit einer Person aus und hat negative Folgen für verschiedene Gesellschaftsbereiche (z. B. höhere Kosten im Gesundheitssystem). Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist in Ziel 3 der Österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele verankert und zählt zu den im ersten Schritt seitens des Plenums priorisierten Zielen.

**Unter Gesundheitskompetenz oder Health Literacy wird die Fähigkeit verstanden, Entscheidungen im Alltag zu treffen, die der Gesundheit förderlich sind bzw. zu mehr Gesundheit beitragen** – zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Schule, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Dafür sind bestimmte individuelle Kompetenzen und unterstützende Rahmenbedingungen erforderlich (Sorensen et al. 2012). Grundsätzlich zielen Maßnahmen zur Steigerung von Gesundheitskompetenz einerseits auf die Stärkung individueller Fähigkeiten, andererseits auf die systembestimmten Rahmenbedingungen und Verhältnisse ab (Fousek et al. 2012).

Die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen im außer-/schulischen Bereich können auf zwei vorgeschlagene Modell guter Praxis „Jugendgesundheitskonferenz“ sowie „Alls im grüana“ („Jugend trifft Gesundheit“) aufbauen.

### **Darstellung nach Kriterien für Themenauswahl**

Basierend auf den Kriterien für die Auswahl von Themen im Rahmen der Strategievereinbarung, werden im Folgenden der Gesundheitsnutzen, die Einflussmöglichkeit auf bzw. das Verbesserungspotenzial für die Gesundheit der Bevölkerung, die Anschlussfähigkeit an übergeordnete

Strategien sowie der Bedarfsnachweis von Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der ausgewählten Maßnahmenbereiche Frühen Hilfen und Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen dargestellt.

## 2 Gesundheitsnutzen

Laut Kriterien ist bei der Festlegung des Schwerpunktthemas (vgl. Teil 2) der potenzielle Gesundheitsnutzen bzw. die epidemiologische und ökonomische Bedeutung von gesundheitlichen Risiken und Erkrankungen zu berücksichtigen. Zum Gesundheitsnutzen von Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen liegen aktuelle Bestandsaufnahmen vor, die im Rahmen der Erarbeitung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011), des Grundlagenprojekts zu Frühen Hilfen (vgl. insbesondere Knaller 2013), dem wissenschaftlichen Bericht zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (Fousek et al 2012) sowie des Projekts „Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung (GÖG, in Arbeit) geleistet wurden. Im Folgenden werden zentrale Erkenntnisse daraus dargestellt:

**In Österreich leben etwa 1,75 Mio. Kinder und Jugendliche (unter 20-Jährige), das entspricht etwa einem Fünftel der Gesamtbevölkerung.** Rund ein Fünftel aller österreichischen Kinder und Jugendlichen lebt in Alleinerzieherhaushalten und rund zehn Prozent in Patchworkfamilien. Um die 15 Prozent aller in Österreich lebenden Kinder weisen einen beidseitigen Migrationshintergrund (beide Elternteile haben eine andere als die österreichische Staatsbürgerschaft) auf.

**Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status (Bildung, Einkommen etc.) und (Kinder-)Gesundheit ist weitreichend belegt.** Nahezu alle Gesundheitsindikatoren und Verhaltensweisen sind bei niedrigem Sozialstatus ungünstiger als bei hohem Sozialstatus. Das Bildungsniveau ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Trotzdem lebte im Jahr 2008 ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in Österreich in einem Haushalt, in dem die Frau nur Pflichtschulabschluss aufwies. Es sind mehr Kinder armutsgefährdet als Erwachsene. Der Anteil armutsgefährdeter Personen beträgt bei den 0- bis 19-Jährigen 15 Prozent im Vergleich zu 12,4 Prozent bei der Gesamtbevölkerung (Statistik Austria 2008). Von Armutsgefährdung sind insbesondere Kinder in Ein-Eltern-Haushalten und in Haushalten mit drei oder mehr Kindern sowie Kinder mit Migrationshintergrund betroffen.

**In den letzten Jahrzehnten veränderten sich die Krankheiten von Kindern weg von akuten hin zu chronischen Erkrankungen.** In entwickelten Ländern ist eine Zunahme von – vor allem im Zusammenhang mit Ernährungs- und Bewegungsverhalten stehenden – **Lebensstilerkrankungen** zu beobachten, die bei Kindern vor allem durch Übergewicht und Adipositas einerseits sowie deutliches Untergewicht andererseits sichtbar werden. Die international zu beobachtende, steigende Relevanz der **modernen Morbidität** – neben Lebensstilerkrankungen umfasst dies auch psychosoziale Integrations- und Regulationsstörungen, chronische Erkrankungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen – gilt auch für Österreich.

Einen Eindruck von **gesundheitsbezogenem Verhalten und Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Österreich** vermitteln einige zentrale Daten:

- » Im Jahr 2007 waren 11 Prozent der 6- bis 15-jährigen Schulkinder in Österreich **übergewichtig** und weitere 8 Prozent adipös; das sind um 50 Prozent mehr als in den 1990er Jahren. (Zwiauer et al. 2007)
- » Bei 20 Prozent der 11- bis 17-Jährigen finden sich Hinweise auf eine **Essstörung**, Tendenz steigend.
- » Im Jahr 2006 wurde rund ein Viertel aller Babys im ersten Lebenshalbjahr voll oder überwiegend **gestillt**. (BMGFJ 2007b)
- » Der Anteil derjenigen, die täglich **Obst essen**, ist seit 1990 tendenziell zurückgegangen; im Jahr 2006 betrug dieser Anteil nur mehr 26 bis 42 Prozent. (BMGFJ 2007a)
- » 2006 waren lediglich rund ein Drittel der Burschen und knapp ein Viertel der Mädchen laut Selbstangaben zumindest eine Stunde täglich **körperlich aktiv**. Drei bis vier Prozent der 11- bis 15-Jährigen waren körperlich gänzlich inaktiv. (BMGFJ 2007a)
- » 2006 gaben rund 20 Prozent der 15-Jährigen SchülerInnen an, täglich zu **rauchen**. Ein Anstieg war im letzten Jahrzehnt vor allem bei den Mädchen zu verzeichnen. (BMGFJ 2007a)
- » 41 Prozent der 15-Jährigen Burschen und ein Drittel der gleichaltrigen Mädchen konsumieren regelmäßig **Alkohol**. Ebenso viele gaben an, zumindest zweimal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein. (BMGFJ 2007a)
- » Zwischen 1980 und 2006 waren rund 15 Prozent aller verletzungsbedingten Todesfälle bei 10- bis 14-Jährigen und 21 Prozent bei 15- bis 19-Jährigen auf **Selbstmord** zurückzuführen, wobei die Anzahl der Selbstmorde in diesem Zeitraum stark abnahm (von 110 im Jahr 1980 auf 41 im Jahr 2009).
- » Die **Sterblichkeit** bei Kindern und Jugendlichen war in Österreich nicht nur sehr langfristig, sondern auch noch in den letzten 30 Jahren rückläufig. Diese Entwicklung ist primär auf den Rückgang der Säuglingssterblichkeit und Todesfälle in der frühen Kindheit zurückzuführen. Haupttodesursachen für Kinder und Jugendliche sind Unfälle und Krankheiten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sowie Fehlbildungen.

**Die Kindheit ist die effektivste und effizienteste Lebensphase, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren** (Stegeman & Costongs 2012). Wissenschaftliche Untersuchungen zur Lebenslaufperspektive (sog. „Life Course Approach“) befassen sich vertiefend mit den Zusammenhängen zwischen der Lebenssituation – insbesondere dem sozioökonomischen Status – im Kindes- und Jugendalter und der Gesundheit als Erwachsene/r. Die Forschungsergebnisse belegen, dass die Lebenssituation im Kindes- und Jugendalter Auswirkungen auf die Gesundheit als Erwachsene/r hat (Lampert & Richter 2009): „Die soziale Herkunft eines Menschen prägt seine Gesundheitschancen in allen Lebensphasen“ (Dragano & Siegrist 2009, 191). Vorläufige Ergebnisse einer Kohortenstudie aus Deutschland zeigen beispielsweise, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und der Krankheitshäufigkeit (speziell von Herz-Kreislauf-Risiken und -Erkrankungen) im Erwachsenenalter gibt (Dragano & Siegrist 2009).

Im Rahmen der Gesundheitsförderung wurde gesundheitliche Chancengerechtigkeit von je her gefordert, trotzdem erreicht die gegenwärtige Gesundheitsförderung tendenziell die oberen oder mittleren Schichten und nicht jene Gruppen, die sie am nötigsten brauchen (Ammann/Gross 2011). Dies liegt unter anderem daran, dass die Angebote einerseits nach wie vor zu stark verhaltensorientiert sind und andererseits zu stark auf Informationsvermittlung aufgebaut sind

(Ammann/Gross 2011). **Zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit haben sich insbesondere aufsuchende Tätigkeiten und partizipative Ansätze als wirksam erwiesen** (Lehmann et al. 2011).

## 1) Frühe Hilfen

**Der Nutzen im Bereich Frühe Hilfen ist national wie international erkannt worden.** Eine Reihe empirisch abgesicherter Untersuchungen belegen „deutliche Effekte der sozialen und ökonomischen Belastungs- bzw. Risikofaktoren in der Kindheit sowohl auf die langfristige kognitive, sozio-emotionale Entwicklung von Kindern als auch auf ihre unmittelbare Gefährdung“ (NICHD 2005, zitiert nach Lengning & Zimmermann 2009, 9).

**Die neurobiologische Forschung bestätigt die zentrale Bedeutung der frühen Kindheit für eine lebenslange Gesundheit und Lebensqualität.** Beispielsweise zeigt sich hinsichtlich Stressreaktion, dass die Anwesenheit und Fürsorge der Mutter oder einer anderen konstanten Bezugsperson das beste „Beruhigungsmittel“ bei Stressbelastungen ist. Eine sichere Mutter-Kind-Bindung hat einen entscheidenden – lebenslangen – Einfluss auf die Stressreaktion des Kindes (Cortisolausschüttung). Auch wird das Risiko, an Depression oder an einer anderen psychischen Krankheit zu erkranken oder ein sucht- oder selbstschädigendes Verhalten zu entwickeln, erhöht, wenn in der Kindheit die Beziehung zu schützenden Personen maßgeblich gefährdet war oder Traumaerfahrungen gesammelt wurden. (Bauer 2004)

**Frühe Hilfen können dazu beitragen, die Gesundheitschancen von Kindern zu erhöhen.** Ausreichend Unterstützung und Förderung in der frühen Kindheit können Lebensqualität, sozioökonomische Lage und Gesundheit bis weit ins Erwachsenenleben positiv beeinflussen (Lengning & Zimmermann 2009, Meier-Gräwe & Wagenknecht 2011). Die Kindheit gilt damit als die effektivste und effizienteste Lebensphase, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren (Stegeman & Costongs 2012).

Der nach wie vor häufig genutzte Ansatz von „Komm-Strukturen“ und Angebote die stark auf Wissensvermittlung abzielen wirken ausgrenzend gegenüber Personen, die z. B. Barrieren zu klassischen Bildungsangeboten haben und erreichen daher vorrangig die Mittelschicht (Ammann/Gross 2011). **Aufsuchende und niederschwellige Tätigkeiten direkt in der vertrauten Lebenswelt (z. B. Frühe Hilfen) erwiesen sich als effektiv zur Erhöhung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit** (Ammann/Gross 2011). Der Einsatz von geschulten „Gesundheitsberatern“ hat sich als besonders effektiv zur Erreichung von sozial Benachteiligten bewährt (Ammann/Gross 2011).

## 2) Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen

**Die Gesundheitskompetenz der österreichische Bevölkerung ist im Ländervergleich eher gering.** Laut der ersten europäischen Studie zu (selbsteingeschätzter) Gesundheitskompetenz „European Health Literacy Survey“ (HLS-EU Studie; vgl. HLS-EU Consortium 2012) verfügen nur rund 10 Prozent der österreichischen Bevölkerung über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, weitere 35 Prozent über eine ausreichende, mehr als die Hälfte über eine problematische (38 %) oder unzureichende (17 %). Österreich schneidet damit im Ländervergleich der Studie schlecht ab (vgl. HLS-EU Consortium 2012). Es gibt nur ein Land, das eine noch geringere selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz aufweist. Bei der österreichischen Bevölkerung schneidet der Bereich Gesundheitskompetenz besonders schlecht ab – nur rund 39 Prozent der Befragten fühlen sich diesbezüglich zumindest ausreichend kompetent. Etwas besser ist die Gesundheitskompetenz für die Bereiche Krankheitsbewältigung und Prävention – hier fühlen sich jeweils rund 52 Prozent kompetent.

**Die Gesundheitskompetenz der jüngsten Altersgruppe (25 und jünger) liegt Österreich überhaupt an letzter Stelle** (im Vergleich von acht Ländern). Eine eigene Gesundheitskompetenz Jugendstudie in Österreich schließt an die HLS-EU Studie an – es wurden Jugendliche im Alter von 15 Jahren untersucht (Röthlin et al. 2013). Mit 58 % weisen Jugendliche etwas öfter als Erwachsene „limitierte“ umfassende Gesundheitskompetenz auf. Die Gruppe mit „inadäquater“ Gesundheitskompetenz ist bei den Jugendlichen mit 11 % etwas kleiner als bei den Erwachsenen (18,2 %).

Laut der Jugendstudie ist die Gesundheitskompetenz der Jugendlichen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention geringer als im Bereich der Krankheitsbewältigung. Im Vergleich zu den Erwachsenen konnten Jugendliche seltener die Fragen zur Gesundheitskompetenz beantworten. Bei den Fragen im Bereich Prävention haben Jugendliche häufiger Schwierigkeiten zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden sollten. Auf der anderen Seite fällt es Jugendlichen leichter, präventive Gesundheitsentscheidungen aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu treffen. Gleich schlecht wie die Erwachsenen schneiden Jugendliche ab, wenn es darum geht, relevante Informationen im Bereich der Gesundheitsförderung zu finden.

**Die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz steht laut der HLS-EU Studie auch in einem Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren und dem Gesundheitszustand:** Je höher der selbstwahrgenommene finanzielle Mangel (u. a. bezogen auf die Leistbarkeit eines Arztbesuchs und von Medikamenten) und je schlechter der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand, desto geringer ist die Gesundheitskompetenz; je höher das Bildungsniveau und der selbsteingeschätzte soziale Status, desto höher ist die Gesundheitskompetenz (HLS-EU Consortium 2012).

Die demografischen Eigenschaften, die in internationalen Studien immer wieder mit niedriger Gesundheitskompetenz in Verbindung gebracht werden, sind niedrige Bildung, Alter und die Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten (Paasche-Orlow et al. 2005). Auch in Österreich variiert Gesundheitskompetenz mit Geschlecht, Alter, Bildung, selbst-eingeschätztem sozialen

Status und finanzieller Deprivation, d.h. Gesundheitskompetenz ist sozial ungleich verteilt. (HLS-EU Consortium 2012; Pelikan et al. 2013)

**Die Zeit des Heranwachsens ist für Jugendliche und Pubertierende eine herausfordernde Lebensphase, deshalb ist es gerade in diesem Lebensabschnitt wichtig, dass Jugendliche über eine gute Gesundheitskompetenz verfügen.** In diesem Lebensabschnitt, werden wichtige Grundlagen für einen ungesunden Lebensstil (z.B. Rauchen, Alkohol) gelegt. Eine geringe Gesundheitskompetenz von Jugendlichen verschlechtert die Voraussetzungen, als Erwachsene ein Leben in guter Gesundheit führen zu können.

Vor allem sozio-ökonomisch benachteiligte Menschen wie z. B. Personen mit einer geringen Schulbildung, sind von den negativen Auswirkungen geringer Gesundheitskompetenz betroffen. **Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz spielen daher eine wichtige Rolle, um diese gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern** (Fousek et al. 2012).

### 3 Einflussmöglichkeit auf bzw. Verbesserungspotenzial für die Gesundheit

Laut Kriterien für die Themenauswahl im Rahmen der Strategievereinbarung (vgl. Teil 2) bedarf es nicht nur eines Aufzeigens des potenziellen Gesundheitsnutzens, sondern auch eines Nachweises der Verfügbarkeit von evidenzbasierten Interventionen, mit deren Hilfe die Gesundheit bzw. gesundheitliche Chancengerechtigkeit verbessert werden können.

**Die Ungleichheitsforschung zeigt, dass die Kindheit die effektivste und effizienteste Lebensphase ist, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren** (vgl. z. B. Stegeman & Costongs 2012, Lampert & Richter 2009). Aktuelle Arbeiten, die sich mit der Evidenz zur Wirksamkeit von Interventionen in Hinblick auf die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit befassen (z. B. Stegeman & Costongs 2012, Jensen et al. 2013, WHO 2013a), weisen eine Reihe von effektiven Interventionsansätzen bzw. Maßnahmen aus und belegen damit das Verbesserungspotenzial für die Gesundheit.

#### 1) Frühe Hilfen

In der aktuellen Bestandsaufnahme zu effektiven Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit der WHO (Review zu social determinants and health divide, 2013a) werden Investitionen in frühkindliche Entwicklung und Bildung sowohl aus gesundheitlicher als auch ökonomischer Perspektive als höchst relevant beschrieben. Sie bieten die Chance die Fortschreibung von gesundheitlichen Ungleichheiten von einer Generation auf die nächste zu stoppen und die großen Potenziale der frühen Kindheit für lebenslange Gesundheit zu nutzen. **Interventionsansätze wie Frühe Hilfen, die sich an Familien in belasteten Lebenslagen richten und die frühkindliche Entwicklung unterstützen, werden als ein wichtiger Maßnahmenbereich mit hohem Verbesserungspotenzial beschrieben.** Ein (u.a. aufsuchender) Zugang direkt in den Lebenswelten, wie er bei den Frühen Hilfen vorgesehen ist, ist besonders geeignet auch gesundheitlich (insb. sozial) Benachteiligte zu erreichen, ohne sie als solche zu stigmatisieren (Gold/Lehmann 2012).

Auch eine deutsche Überblicksarbeit zu Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen, die im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen durchgeführt wurde, kommt zum Schluss, dass entsprechenden Ansätzen **ein wichtiger Beitrag zur Förderung der Lebensqualität und Gesundheit der Kinder und ihrer Familien** leisten (Lengning & Zimmermann 2009).

**Internationale Studien weisen auf ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis von Frühen Hilfen hin** (Maier-Gräwe & Wagenknecht 2011, 12). Eine prospektive Kosten-Nutzen-Analyse für Deutschland berechnete den ökonomische Nutzen von Frühen Hilfen auf Basis der Gegenüberstellung von fallbezogenen Kosten für Frühe Hilfen und vier verschiedenen Lebenslaufszenerarien von Folgekosten für Kinder in belasteten Situationen, wenn keine Frühe Hilfen geleistet

werden. Die Analyse errechnete, dass mit der Bereitstellung von Frühen Hilfen pro Fall je nach Szenario zwischen rund 400.000 und 1.000.000 Euro an volkswirtschaftlichen Kosten (Jugendwohlfahrt, Arbeitsmarktintegration, Wertschöpfungsverlust, medizinische Behandlung etc.) eingespart werden können, davon allein im Gesundheitssystem (z. B. Behandlungskosten bei Adipositas und Diabetes; Kosten für Psychotherapie; Behandlungskosten bei Depressionen) zwischen 15.000 und 45.000 Euro (Maier-Gräwe & Wagenknecht 2011, 78). Der Ökonom James Heckmann wies in seiner mit dem Nobelpreis ausgezeichneten Arbeit zum Return on Investment von Interventionen je nach Lebensphase nach, dass der ökonomische Nutzen bei Maßnahmen in der frühen Kindheit deutlich am größten ist. Der Effekt zeigt sich besonders deutlich bei Kinder aus sozial benachteiligten Familien (Heckmann 2008).

## 2) Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen

**Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Einflussfaktor auf das Gesundheitsverhalten, die Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheiten sowie Gesundheitskosten und kann durch Maßnahmen der Public Health und Gesundheitsförderung gefördert werden** (Kickbusch 2006, HLS-EU Consortium 2012).

Laut WHO (WHO 2013b) führt eine Stärkung der Gesundheitskompetenz zu einer Verbesserung der Gesundheit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene. Insbesondere auf individueller Ebene kann durch die Einbeziehung von sozialen Ressourcen (z.B. Familie, Schule) die Gesundheitskompetenz gestärkt werden, was in der Folge zu einer Verbesserung des Lebensstils führen kann. Gerade bei Jugendlichen ist der Einfluss von Peers relevant, weswegen besonders in dieser Altersgruppe, partizipative Ansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz geeignet sind. So hat sich beim dänischen Projekt „UngDialog“ die partizipative Einbindung von Peers als effektiv zur Vermittlung von Gesundheitskompetenzen zur Verhütung von Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum erwiesen.

**Ansätze zum Empowerment wie Stärkung der Gesundheitskompetenz wirken dann, wenn sie an den Stärken und Ressourcen der Zielgruppe ansetzen und mit diesen respektvoll und professionell umgehen.** Grundlage hierfür ist es, die Ausgangssituation und Bedürfnisse der Zielgruppe zu kennen (Lehmann et al. 2011). Dazu sollen die vorhandenen Ressourcen (z. B. erweiterte Familiennetze oder Peers) einbezogen werden. Hierzu können Methoden der Selbstorganisation (z.B. Schülerparlament) nützlich sein (Lehmann et al. 2011), da diese nachhaltig zur Verfügung stehen (GÖG, in Arbeit). Die Förderung der Gesundheitskompetenz mit partizipativen Ansätzen in der Lebenswelt Schule hat sich bewährt (z.B. GeKoKidS).

Als Ansatzbereich für Maßnahmen bietet sich auch die außerschulische Jugendarbeit an, um Jugendliche mit geringer Literacy entsprechend zu fördern, insbesondere solche, die vom schulischen System und seinen Strukturen nicht aufgefangen werden können. Die freiwillige Teilnahme an Angeboten der außerschulischen Jugendarbeit ermöglicht zudem ein informelles und non-formales Lernen (Fousek et al. 2012).

## 4 Anschlussfähigkeit des Themas

Laut Kriterien für die Auswahl von Themen im Rahmen der Strategievereinbarung (vgl. Teil 2) ist die Einbettung des gewählten Schwerpunktthemas in vorhandene (bundesweite) Konzepte oder Strategien zu prüfen.

**Das Thema Gesundheitliche Chancengerechtigkeit von Kindern und Jugendlichen hat aktuell hohe Relevanz in Österreich und weist eine hohe Anschlussfähigkeit auf.** Die Einbettung in übergeordnete Strategien und Konzepte (Rahmen-Gesundheitsziele, Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Regierungsprogramm) ist gegeben.

**Gesundheitliche Chancengerechtigkeit war von Beginn an ein Grundprinzip bei der Erarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich.** Sowohl dem Thema Gesundheitliche Chancengerechtigkeit (Ziel 2 Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen) als auch der Zielgruppe Kinder- und Jugendliche (Ziel 6 Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen) sind eigene Rahmen-Gesundheitsziele gewidmet. Sie zählen zu den derzeit priorisierten Zielen und werden/wurden daher auch schon in Arbeitsgruppen vertiefend behandelt.

Chancengerechtigkeit wird in der Präambel zum **Regierungsprogramm 2013 bis 2018** als wichtiges Anliegen der Bundesregierung definiert. Die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ist sowohl ein Ziel als auch eine Querschnittsthematik im Entwurf zur **Gesundheitsförderungsstrategie** im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit. Im **Bundeszielsteuerungsvertrag Zielsteuerung – Gesundheit** ist festgehalten, dass die Gesundheitsförderungsstrategie prioritär Maßnahmen, Projekte und Strategien zur Erreichung benachteiligter Bevölkerungsgruppen vorzusehen hat.

**Die Kinder- und Jugendgesundheit ist seit einigen Jahren ein prioritäres gesundheitspolitisches Thema.** Im Jahr 2011 wurde die **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie** des BMG – die unter breiter Einbindung vieler relevanter Gruppen erarbeitet wurde – veröffentlicht. Eines von fünf Themenfeldern der Strategie widmet sich der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. In Folge veröffentlichte auch die Sozialversicherung eine Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Auch in den **Ländergesundheitszielen** finden sich Kinder und Jugendliche meist als relevante Zielgruppe.

### 1) Frühe Hilfen

**„Frühe Hilfen“ sind in Hinblick auf die Rahmen-Gesundheitsziele von Bedeutung, als wichtiger Maßnahmenbereich der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie verankert und im aktuellen Regierungsprogramm angeführt. Es kann bei Frühen Hilfen auf eine Reihe von relevanten Vorarbeiten aufgebaut werden.**

Sie haben einen unmittelbaren Bezug zu einer Reihe von **Rahmen-Gesundheitszielen**:

- » Frühe Hilfen tragen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelt Familie bei und basieren auf dem Beitrag und dem Zusammenwirken der relevanten Akteurinnen und Akteure über alle Politik- und Gesellschaftsbereiche hinweg. Auf Bundesebene kann die Etablierung von Frühen Hilfen auf Basis einer Kooperation von Gesundheits-, Familien- und Sozialressort erfolgen, die alle sowohl einen jeweils ressortspezifischen Nutzen von Frühen Hilfen als auch einen Mehrwert der ressortübergreifenden Zusammenarbeit sehen. (Ziel 1).
- » Frühe Hilfen dienen der Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen und tragen wesentlich zu fairen Ausgangsbedingungen im Bildungssystem bei. Sie tragen zu einem gleichen, zielgruppengerechten und barrierefreien Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem für alle Bevölkerungsgruppen bei. (Ziel 2)
- » Frühe Hilfen unterstützen, insbesondere bei benachteiligten Gruppen, die Stärkung persönlicher Kompetenzen und erleichtern durch die Vernetzung der Angebote das Zurechtfinden im Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem. (Ziel 3)
- » Frühe Hilfen unterstützen – beginnend in der Schwangerschaft – Eltern und Erziehungsbeauftragte dabei, ihre Kinder gut zu versorgen und eine sichere und positive Bindung zu ihnen aufzubauen. Sie bieten alltagspraktische Unterstützung und fördern die Beziehungs- und Erziehungskompetenz von Eltern. Sie sind als wichtiger Maßnahmenbereich zur Umsetzung des Rahmen-Gesundheitsziels 6 festgelegt. (Ziel 6)
- » Frühe Hilfen fördern die psychosoziale Gesundheit sowohl der Eltern als auch der Kleinkinder und tragen zur Verringerung von psychosozialen Belastungen und Stress bei. Sie sind von großer Relevanz in Hinblick auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und im Bezug auf Gewalt- und Suchtprävention. (Ziel 9)

Die verstärkte Etablierung von „Frühen Hilfen“ in Österreich ist ein wichtiger Maßnahmenbereich der **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie** des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Frühe Hilfen sind die zentrale Strategie zur Erreichung von Ziel 4: In der frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen; sie sind des Weiteren auch von Relevanz in Hinblick auf die Stärkung der Lebenskompetenzen (Ziel 5), die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit für sozial Benachteiligte (Ziel 9) und die Verbesserung der Früherkennung und gezielten Förderung (Ziel 11).

Frühe Hilfen finden sich auch im aktuellen **Regierungsprogramm** sowohl im Kapitel Familienpolitik (Ziel: Weiterentwicklung des Schutzes und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen; Maßnahmen: u. a. "Frühe Hilfen") als auch im Kapitel Soziales (Armutsbekämpfung, insbesondere auch bei Kindern, soll durch den Ausbau von Sachleistungen zu mehr Treffsicherheit führen. Einzelne Best Practice-Ansätze in den Bereichen Lernhilfe, frühe Hilfen und Schuldnerberatung sollen bundesweit verstärkt werden).

Es gibt zu Frühen Hilfen des Weiteren eine Reihe von relevanten **Vorarbeiten**. Im Rahmen der Vorsorgemittel 2011 bis 2014 wurden bzw. werden die fachlichen Grundlagen für die Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich erarbeitet. In Vorarlberg existiert seit einigen Jahren ein flächendeckendes Frühe Hilfen-System (vgl. 6.1). Ausgehend von den erarbeiteten fachlichen Grundlagen sowie den Vorarlberger Praxiserfahrungen wird derzeit in fünf Bundesländern ein

Modellprojekt Frühe Hilfen in Kooperation von 5 Sozialversicherungsträgern (WGKK, NÖGKK, OÖGKK, STGKK und KGKK) und der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit umgesetzt.

## 2) Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen

**Auch in Hinblick auf Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen gibt es zahlreiche Anschlüsse, insbesondere in Hinblick auf die Rahmen-Gesundheitsziele und die Zielsteuerung Gesundheit, aber beispielsweise auch die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie und die österreichische Jugendstrategie.**

Die internationale, europäische (z.B. Health 2020 der WHO) und österreichische Politik hat das Handlungsfeld Gesundheitskompetenz als vorrangig und wesentlich erkannt – konkrete Umsetzungsmaßnahmen wurden in Angriff genommen.

„Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ ist im **Rahmen-Gesundheitsziel 3** mit folgender Absicht verankert: „Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit der Bevölkerung. Sie soll Menschen dabei unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern. Dazu gilt es unter anderem, bei allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei benachteiligten Gruppen, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu stärken, den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern. Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patient/inn/en bzw. Nutzer/innen und damit auch die Patientensouveränität gestärkt werden. Für die Menschen soll es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche Partner/in im System wahrzunehmen.“ (BMG 2012, S. 21).

In Hinblick auf die **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie** des BMG gibt es vor allem einen Bezug zum Themenfeld 3 („Gesunde Entwicklung“) ein Ziel: „Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen stärken“. Relevanz kommt der Gesundheitskompetenz auch in Hinblick auf den Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) und den Nationalen Aktionsplan Bewegung (NAP.b) zu. Für Letzteres ist ein Arbeitsgruppen-übergreifendes Ziel im Ziel 1 Folgendes festgehalten: „Die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Vermittlung von zielgruppenspezifischem alltagstauglichem Wissen über bewegungsrelevante Zusammenhänge sind aktuelle Herausforderungen für unterschiedliche Integrations-, Bildungs-, Senioren-, Sport- und Sozial- bzw. Gesundheitseinrichtungen.“ (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport/BMG 2013, S. 21).

Der vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung der herausgegebene „**Masterplan Gesundheit**“ verweist bei der Kernforderungen „Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung“, in der auf die Bedeutung der Gesundheitskompetenz hingewiesen.

Anschlüsse finden sich auch in anderen Politikfeldern. Der **Nationaler Aktionsplan für Integration** zielt u. a. auch auf eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Migrant/innen ([www.integration.at](http://www.integration.at) ) ab und in der **Jugendstrategie des Bundesministeriums für Familien und Jugend** findet sich ein Handlungsfeld Gesundheit und Wohlbefinden und der hohe Stellenwert von Partizipation wird betont (BMWfJ 2012). Auch im aktuellen **Regierungsprogramm** ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verankert.

## 5 Bedarfsnachweis

In Österreich werden zahlreiche Einzelinitiativen und –maßnahmen zum Thema Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen gesetzt (vgl. Projektförderdatenbank des FGÖ/GÖG), es fehlt derzeit aber an einer breit abgestimmten Umsetzung von evidenzbasierten wirksamen Maßnahmen. **Chancengerechtigkeit ist vielen Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung und Public Health ein wichtiges Anliegen, die praktische Umsetzung gelingt bisher aber häufig noch unzureichend.**

### 1) Frühe Hilfen

In Österreich gibt es bereits viel Erfahrung mit settingorientierter Gesundheitsförderung. Diese bezieht sich aber vorrangig auf die institutionalisierten Settings, wie Betrieb, Schule und zunehmend auch Kinderkrippen und Kindergärten, sowie das kommunale Setting. Vergleichsweise wenig Programme und Maßnahmen beziehen sich auf das Setting Familie; **es mangelt insbesondere an Interventionen für Familien in belasteten Lebenssituationen sowie an Gesundheitsförderungsaktivitäten, die spezifisch die frühe Kindheit adressieren.**

In vielen Ländern Europas (z. B. UK, Niederlande, Skandinavien, einige südeuropäische Länder) gibt es inzwischen breite und oft flächendeckende Programme und Maßnahmen im Bereich „early childhood interventions“ (dt. Frühe Hilfen). In Deutschland werden Frühe Hilfen seit einigen Jahren intensiv gefördert und ausgebaut und sind inzwischen in fast allen Kommunen verfügbar. In Österreich gibt es bisher nur in Vorarlberg ein flächendeckendes Angebot und punktuelle Maßnahmen in einigen Bundesländern. Das Modellprojekt Frühe Hilfen (siehe Abschnitt 6.1), das derzeit in Umsetzung befindlich ist, pilotiert Frühe Hilfen-Netzwerke in räumlich begrenzten Modellregionen in fünf Bundesländern. Der Bedarf an entsprechenden Maßnahmen ist damit bei weitem noch nicht gedeckt.

### 2) Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen

Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenzen bei Jugendlichen gibt es in Österreich bisher nur selten. Die Gesundheitsförderung bei Jugendlichen ist häufig im schulischen Bereich angesiedelt, jedoch selten im außerschulischen Bereich. Daher besteht neben Maßnahmen im Setting Schule auch **Bedarf an der Förderung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen** im außerschulischen Bereich.

Gesundheitskompetenz ist wichtig, um schriftliche und mündliche gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu verarbeiten, kritisch zu hinterfragen und schlussendlich im täglichen Leben anzuwenden. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass eine bessere Gesundheitskompetenz dazu beiträgt, den eigenen Körper zu verstehen, gesundheitli-

che Belange zu managen und gesundheitlich relevante Entscheidungen treffen zu können. **Gesundheitskompetenz ist bei Jugendlichen besonders wichtig, da in dieser Lebensphase die Grundlagen für die zukünftige Gesundheit gelegt werden (insbesondere im Bereich des Lebensstils).** Effektiv sind Maßnahmen im außer-/schulischen Bereich, die die Jugendlichen persönlich ansprechen, auf ihre Bedürfnisse eingehen, sie einbeziehen und Interaktivität berücksichtigen. Daher müssen insbesondere partizipative Zugänge zu den Jugendlichen gesucht werden.

## 6 Good-Practice-Modelle

Die Vorsorgemittel der 15a-Vereinbarung sollen zur breiteren Ausrollung qualifizierter Maßnahmen herangezogen werden. Um einen möglichst komprimierten und zielgerichteten Mitteleinsatz sicherzustellen, hat sich die FG PH/GF entschieden, in der Strategievereinbarung nicht nur das Schwerpunktthema Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen sowie die Maßnahmenbereiche „Frühe Hilfen“ sowie „Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen“ vorzugeben, sondern auch ausgewählte Good-Practice-Modelle zur Umsetzung zu definieren: „Frühe Hilfen Vorarlberg“, „Jugendgesundheitskonferenz“ und „Alls im grüana“. Eine Ausrichtung an diesen Maßnahmen reduziert den Aufwand hinsichtlich der – auf Basis der Vergabe- bzw. Qualitätskriterien notwendigen – Recherche bzw. Begründung bezüglich guter Praxis und leistet damit auch einen Beitrag zur effizienten Verwendung der Mittel.

Bei der Konzeption der ausgewählten Good-Practice-Modelle wurde bereits die vorhandene (internationale oder nationale) wissenschaftliche Evidenz einbezogen bzw. beruhen die Modelle auf Maßnahmen, die breite Akzeptanz und Erfolge vorweisen können. **Eine österreichweite Umsetzung der empfohlenen Modelle guter Praxis soll sicherstellen, dass nachhaltige und breite Erfolge erzielt werden können und Kooperationen sich dauerhaft etablieren können.** Die hier dargestellten Modellmaßnahmen dienen als Orientierungshilfe bzw. Grundlage, auf die (je nach regionalen Bedürfnissen) aufgebaut werden kann.

Die Darstellung der Maßnahmen beruht vorrangig auf den Selbstbeschreibungen der jeweiligen Projekte. Ausführlichere Projektbeschreibungen finden sich auf den jeweils angeführten Websites und sind auf Anfrage verfügbar.

Eine genaue Darstellung der Good-Practice Modelle ist im Rahmen eines Vernetzungstreffen für Antragsteller/innen geplant. Es werden zur Unterstützung bei der Antragstellung des Weiteren den Mittelempfängern noch detailliertere Informationen zur Verfügung gestellt werden.

### 6.1 Frühe Hilfen

#### Eckpunkte eines österreichischen Modells von Frühen Hilfen

In den Jahren 2011 bis 2014 wird im Rahmen der Vorsorgemittel ein Grundlagenprojekt zu Frühe Hilfen durchgeführt. Ausgehend von internationalen Erfahrungen (vor allem Deutschland) und den Praxiserfahrungen in Vorarlberg sowie den Ergebnissen der Feldanalyse wurde in diesem Grundlagenprojekt für Österreich ein **einheitliches Grundmodell von Frühen Hilfen erarbeitet, das im Einklang mit dem regionalen Rahmenbedingungen jeweils adaptiert und unterschiedlich ausgestaltet werden kann.** Dieses Grundmodell (oder „Idealmodell“) sieht die Kombination von Basisangeboten für alle Familien mit regionalen Frühe Hilfen-Netzwerken, die vertiefende Unterstützung für Familien in belasteten Situationen sicherstellen, vor:

- 1) **Basisangebot für alle „Familien“:** Im Sinne der Gesundheitsförderung als beschränkte Unterstützung für alle „Familien“. Idealerweise Erstkontakt in der Schwangerschaft und mehrere Hausbesuche (z. B. von Hebammen oder mobilen Kinderkrankenschwestern) bei den jungen Familien nach Geburt in den ersten Lebensmonaten zu definierten Zeitpunkten (*aktueller Stand der Überlegungen*: mindestens drei Termine nach Geburt – innerhalb von 2 Wochen nach Geburt, um die achte Lebenswoche und etwa um den 1. Geburtstag des Kindes).

Ziele bzw. Hauptauftrag:

- » Erreichen aller Familien mit Basisangebot
- » Gesundheitsförderung (Pflege des Säuglings etc. auch Themen wie Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, häusliche Sicherheit)
- » Information über Unterstützungsangebote, finanzielle Leistungen, Mutter–Kind/Eltern–Kind–Angebote etc.
- » Vernetzung in Richtung weiterführender Angebote (inkl. Frühe Hilfen–Netzwerk)
- » Identifikation und Weitervermittlung belasteter Familien

Langfristiges strategisches Ziel: Einbettung in eine neue Form der Eltern–Kind–Vorsorge, die medizinische Vorsorge und psychosoziale Unterstützung sowie Gesundheitsförderungsaktivitäten integriert

Bei Familien in belasteten Situationen soll möglichst früh eine Einbindung des regionalen Frühe Hilfen–Netzwerks sichergestellt werden. Wichtig ist es dabei, dass der Übergang in das regionale Frühe Hilfen–Netzwerk gut begleitet wird – z. B. durch zwei gemeinsame Termine bei bzw. mit der Familie.

- 2) **Regionale Hilfen–Netzwerke:** Bedarfsgerechte Unterstützung für Familien in belasteten Situationen durch ein regionales Netzwerk, das als multiprofessionelles Unterstützungssystem mit – von einer zentralen Stelle – koordinierten vielfältigen Angeboten für Eltern und Kinder in der Lebensphase der frühen Kindheit fungiert. Identifikation der Familien durch Basisangebot bzw. Sensibilisierung der relevanten Berufsgruppen/Institutionen, die in Kontakt mit Familien sind. Maßnahmen zur Vernetzung von Angeboten, die Sicherung eines niederschweligen Zugangs (vor allem durch aufsuchende Angebote) sowie die Stärkung der Familien („Empowerment“ im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe) kommen dabei zentrale Bedeutung zu.

Bezüglich der funktionierende Vernetzung braucht es die Rolle des Netzwerk–Managements, die Verantwortung für den Aufbau der Kooperationen sowie die kontinuierliche Pflege und falls notwendig Erweiterung des Netzwerks übernimmt. Kern der vertiefenden Unterstützung ist eine Familienbegleitung (die zumindest teilweise aufsuchend – d.h. in Form von Hausbesuchen – geleistet wird) über einen längeren Zeitraum, darüber hinaus sollte eine Vielfalt von vernetzten Angeboten zur Verfügung stehen, die bedarfsorientiert eingesetzt werden. Das Spektrum kann dabei von existenzsichernden Maßnahmen (Vermittlung der bedarfsorientierten Mindestsicherung oder einer Wohnung, Schuldnerberatung etc.) über familienunterstützende Interventionen

(Familienhilfe, Erziehungsberatung, Elternbildung etc.) bis zu therapeutischen Maßnahmen (Psycho-, Physio-, Ergotherapie etc.) reichen. Ergänzend kommt auch der sozialen Vernetzung – z. B. über Eltern-Kind-Zentren, Mutter-Kind-Gruppen, Nachbarschaftszentren – der betreuten Familien ein großer Stellenwert zu.

Im Rahmen der Vorsorgemittel könnten Mittel beispielsweise für die vertiefende Unterstützung – d.h. Frühe Hilfen im engeren Sinn – verwendet werden, insbesondere für

- » Strukturaufbau für die regionalen Netzwerke (Identifizierung der relevanten Partner, Auswahl/Festlegung der Stelle für Netzwerkmanagement und der Stelle für Familienbegleitung, Auftaktkonferenzen, Vereinbarung der Kooperationsformen, etc.)
- » Schulung der Familienbegleiter/innen (inkl. Schwerpunkt auf Gesundheitskompetenz)
- » Start der Betreuung der Familien inkl. Reflexion der Erfahrungen und allenfalls Nachjustierung des Konzepts der regionalen Umsetzung

Im Rahmen des Grundlagenprojekts wird 2014 in Kooperation mit dem Netzwerk Familie und dem SV-Liga-Pilotprojekt ein Leitfaden erarbeitet, der Unterstützung beim regionalen Strukturaufbau leisten soll.

Information: <http://www.fruehehilfen.at>

**An konkreten Praxiserfahrungen gibt es in Österreich seit einigen Jahren ein inzwischen flächendeckendes Frühe Hilfen-Netzwerk in Vorarlberg und ein derzeit in Umsetzung befindliches Modellprojekt mit Modellregionen in fünf Bundesländern.** Beide stehen konzeptionell im Einklang mit dem im Rahmen des Grundlagenprojekts erarbeiteten Grundmodell für Frühe Hilfen in Österreich.

### **Good-Practice-Modell: „Frühe Hilfen“ Vorarlberg**

In Vorarlberg wurde 2009/10 drei Pilotprojekte zu Frühen Hilfen durchgeführt und evaluiert: die Projekte „Babyfon“ (Bludenz), „Eine Chance für Kinder“ (Bregenz) und „Netzwerk Familie“ (Dornbirn und Feldkirch) (Evaluation und Co 2010). Auf Basis der Evaluation wurde entschieden, das Projekt Netzwerk Familie ab Anfang 2011 flächendeckend im ganzen Bundesland auszurollen und in den Regelbetrieb überzuführen.

Ziel des Vorarlberger Modells Frühe Hilfen ist, den Blick auf werdende Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belastenden Lebenssituationen zu schärfen und **diesen Familien frühzeitig passende regionale Unterstützung anzubieten**. Damit soll allen Kindern ein guter Start ins Leben ermöglicht werden. Das Vorarlberger Modell baut auf drei Schwerpunkten auf:

- » systematisches und frühzeitiges Erkennen von Familien in belastenden Lebenslagen über das Gesundheitssystem,
- » Abklärung und Vermittlung passgenauer Hilfen an unterstützungsbedürftige Familien über eine zentrale Stelle (sog. „Netzwerk Familie“) im Sinne eines Case-Managements,
- » Unterstützung von Familien in belastenden Lebenslagen durch zielgruppenorientierte Angebote.

Fachpersonal im Gesundheits- und Sozialsystem wird regelmäßig für das Thema sensibilisiert bzw. durch Fortbildungen geschult und ist aktiv miteinander vernetzt.

Eine zentrale Rolle kommt dem „**Netzwerk Familie**“ zu, **das die Familien über die ersten zwei Jahre aufsuchend durch Sozialarbeiterinnen begleitet und durch die Rolle der Fallbegleitung sicherstellt, dass bei auftretendem Hilfebedarf rasch die passende Unterstützung durch die verfügbaren Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vermittelt und geleistet werden kann.** Die Zuweisung der Familien erfolgte zu Beginn vor allem durch Gesundheitsdienstleister (vor allem Geburtskliniken), die diesbezüglich intensiv sensibilisiert und vorbereitet wurden. Inzwischen gibt es einen Anteil von „Selbstzuweisern“ (Familien, die sich selbst beim Netzwerk melden) von ca. einem Drittel.

Netzwerk Familie ist ein freiwilliges Angebot und steht Familien zur Unterstützung und Begleitung bis zu zwei Jahren zur Verfügung. Die Umsetzung des Frühe-Hilfen-Modells wurde 2011 von Mitteln aus dem Sozialfonds mit 620.000 Euro unterstützt..

Die Ergebnisse des Projektes zeigen, dass die Hilfen zur Zufriedenheit der Eltern passgenau vermittelt werden konnten, das Gesundheitswesen entlastet werden konnte und durch eine strukturierte und systematisierte Kooperation des Gesundheitssystems mit den Sozialdiensten und der Jugendwohlfahrt sowohl familiäre als auch institutionelle Ressourcen frühzeitig genutzt werden konnten.

Information: <http://www.netzwerk-familie.at/>

## 6.2 Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen

Die vorgeschlagenen Good Practice Modelle beruhen auf Maßnahmen, die breite Akzeptanz und Erfolg bei der angesprochenen Zielgruppe vorweisen können.

Beide Modelle sehen als Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung im Zentrum eine weitgehende Partizipation der Zielgruppe Jugendliche, bieten aber zwei unterschiedliche Partizipationsmethoden, die entsprechend den lokalen Rahmenbedingungen jeweils besser anwendbar sein können.

### **Good-Practice-Modell: Jugendgesundheitskonferenz**

Im Wiener Gemeindebezirk Margareten wurde nach einem mehrmonatigen partizipativen Prozess die 1. Wiener Jugendgesundheitskonferenz umgesetzt, durchgeführt von Mädchen und Burschen des offenen und schulischen Jugendbereichs für die Zielgruppe Erwachsener und anderer Jugendlicher. Das Projekt „Jugendgesundheitskonferenz“ wurde vom Frauengesundheitszentrum FEM und dem Männergesundheitszentrum MEN in Kooperation mit der Wiener Gesundheitsförderung umgesetzt.

Die Jugendgesundheitskonferenz ist als stark partizipativ angelegter, umfassender Prozess zu verstehen, der schlussendlich in das angeleitete selbständige Organisieren der Veranstaltung „Jugendgesundheitskonferenz“ mündet.

#### **Ziele und Vorgehensweise:**

- » Mädchen und Burschen werden für unterschiedliche Gesundheitsthemen sensibilisiert.
- » In Jugendeinrichtungen werden im Rahmen der Vorbereitung einer gemeinsamen Jugendgesundheitskonferenz je nach Größe von Gemeinde/Ortschaft/Bezirk oder Anzahl interessierter Einrichtungen nachhaltige gesundheitsförderliche, über ca. 5 Monate dauernde Prozesse initiiert, die im Rahmen des Projekts „Jugendgesundheitskonferenz“ im Vordergrund stehen.
- » Die in diesen Prozessen bearbeiteten Gesundheitsthemen, sowie die Methodik werden partizipativ mit den Jugendlichen erarbeitet.
- » Mädchen und Burschen werden im Rahmen dieser Prozesse dazu ermutigt und unterstützt, ihre eigenen Ausdrucksformen für Gesundheitsthemen zu finden und diese Erwachsenen zu präsentieren.
- » Im Rahmen einer gemeinsamen Publikumsveranstaltung oder „Konferenz“ werden die Ergebnisse der Prozesse der Jugendlichen von diesen für Erwachsene –MultiplikatorInnen, Jugendbetreuerinnen – präsentiert. Es kann sich dabei um konkrete Produkte (z.B.: Bücher, Filme, Songs,...), aber auch andere Darstellungsformen (Gruppendiskussionen, Präsentationen von Workshops...) handeln.
- » Mitarbeiter/innen des schulischen und offenen Jugendbereichs werden mit dem Ziel der Chancengleichheit von sozial benachteiligten Mädchen und Burschen zu einer nachhaltigen Zusammenarbeit und Vernetzung angeregt.
- » Die Jugendlichen geben direkte Inputs in die Entwicklung von angemessenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen für ihre Zielgruppe auf Gemeinde- und Bezirksebene.

#### **Zielgruppe:**

- » Jugendliche, Mitarbeiter/innen der außer-/schulischen Jugendarbeit

#### **Umsetzung – Bausteine:**

- » Kontaktieren aller relevanten Einrichtungen im/in der jeweiligen Gemeinde/Ortschaft/Bezirk, sowie Vorstellung des partizipativen Konzepts der Jugendgesundheitskonferenz.
- » Installieren einer Steuerungsgruppe bestehend aus Mitarbeiter/innen des außer-/schulischen Jugendbereichs, die wiederum die gesundheitsfördernden Prozesse in ihren Einrichtungen anregen
- » Inhaltliche Startworkshops in den Jugendeinrichtungen auf Wunsch
- » Regelmäßige Begleitung der Prozesse in den Einrichtungen durch Paten oder Patinnen aus dem Projektteam
- » Vorbereitung und Organisation der „Konferenz“ gemeinsam mit der Steuerungsgruppe und den Jugendlichen
- » Gestaltung eines Nachhaltigkeitsworkshops mit der Steuerungsgruppe zur Sicherung der Ergebnisse

Mit diesen Maßnahmen wurden äußerst erfolgreich sozial benachteiligte Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund erreicht, diese aktiv an den Gestaltungsprozessen beteiligt und auch nachhaltig eine Strukturänderung bewirkt. Das Projekt „Jugendgesundheitskonferenz“ war eingebettet in das Programm „Gesunde Bezirke“ in Wien und wurde im Rahmen des Programms evaluiert.

**Information:**

- » Frauengesundheitszentrum FEM, [www.fem.at](http://www.fem.at)
- » Wiener Gesundheitsförderung [www.wig.or.at](http://www.wig.or.at)

**Good-Practice-Modell: Alls im grüana („Jugend trifft Gesundheit“)**

Das Projekt „Jugend trifft Gesundheit“ wurde in Vorarlberg umgesetzt. Der Titel „Alls im grüana“ wurde bereits von Jugendlichen im Zuge eines partizipativen Prozesses gewählt und bedeutet „alles im grünen Bereich“.

Die Ausgangssituation dieses partizipativ angelegten Prozesses war, dass es in Vorarlberg zwar eine ganze Reihe von Gesundheitsangeboten für Jugendliche gibt, diese jedoch von der Zielgruppe nur wenig in Anspruch genommen werden.

**Ziel:**

- » Die Akzeptanz von Gesundheitsangeboten bei Jugendlichen in Vorarlberg erhöhen.

**Zielgruppe:**

- » Jugendliche, MitarbeiterInnen der außer-/schulischen Jugendarbeit, AnbieterInnen von Gesundheitsangeboten für Jugendliche

**Vorgehensweise:**

- » Erforschung der Bedürfnisse von Jugendlichen in Bezug auf ihre Gesundheit und deren Gesundheitsverhalten durch die Jugendlichen selbst mittels Photo-Voice-Methode: Jugendliche fotografierten ihre alltägliche Lebenswelt und kommentierten diese Bilder im darauffolgenden Interview
- » Ergebnisaufbereitung: Über 1000 Fotos und 20 Stunden Transkriptionsmaterial geben Einblicke in die Lebenswelten der Jugendlichen, wie sie vorhandene Gesundheitsangebote wahrnehmen und was sie selbst als Gesundheitsangebote identifizieren.
- » Fachtagung zum fachlichen Austausch sowie für erste regionale Zusammenarbeit. In Dialogrunden konkrete Gesundheitsangebote identifizieren und Optimierungsmöglichkeiten diskutieren
- » „Jugendliche suchen die besten Angebote“: Bewertung der Einrichtungen durch eine regionale Jury, bestehend aus Jugendlichen und FachexpertInnen.
- » Rückkoppelung der Erkenntnisse und Erfahrungen an die AnbieterInnen von Gesundheitsangeboten
- » Jugendliche „Wohlfühlexperten/Wohlfühlexpertinnen“ sorgen für Erfahrungs-

/Wissenstransfer in die Praxis: Im Rahmen von Workshops erarbeiten Jugendliche zielgruppengerechte Methoden zum Thema „Gesundheit und Wohlbefinden“, geben dies auf Events weiter, machen „Wohlfühlen“ erlebbar.

Der Gesundheitsbegriff trifft bei Jugendlichen erfahrungsgemäß auf wenig positive Resonanz. Im Zuge des Projekts „alls im grüana“ wurde allerdings gezeigt, dass Jugendliche sehr wohl erreichbar sind, wenn ein Projekt partizipativ angelegt ist, wenn die Maßnahmen an ihre jugendlichen Lebenswelten anschließen, mit peer-to-peer-Ansätzen gearbeitet wird, alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt werden und an den Begriff des „Wohlfühlens“ anschließen.

„Jugend trifft Gesundheit“ („alls im grüana“) war ein Projekt unter der Trägerschaft der JugendkoordinatorInnen von Bregenz, Dornbirn, Lustenau, Hohenems und Bludenz .

**Information:** [www.allsimgrueana.at](http://www.allsimgrueana.at)

# Literatur

Altgeld, Thomas; Bilger, Jürgen; Bruns-Phillipps, Elke; Heitmann, Kirstin; Hofmeister, Hans-Georg; Kalbreier, Susanne; Kirsch, Carola; Lange, Ursula; Loos, Karin; Niebler, Birgit; Richter, Antje; Vetterlein-Janschek, Sabine (2008): Strategie gegen Kinderarmut. Impulse für die Praxis. Hannover; [http://www.gesundheit-nds.de/downloads/broschuere.strategien\\_kinderarmut.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/downloads/broschuere.strategien_kinderarmut.pdf) (31. 3. 2013)

Ammann, Eva; Gross, Corina (2011): Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Institut für Sucht- und Gesundheitsförderung

Bauer, Joachim (2004): Das Gedächtnis des Körpers. München

BMGFJ (2007a): Säuglingsernährung Heute 2006 (Kurzfassung). Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

BMGFJ (2007b): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011): Kindergesundheitsstrategie. Wien

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Relevanz. Handlungsoptionen. Anschlüsse. Wien

Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport; Bundesministerium für Gesundheit (2012): Nationaler Aktionsplan Bewegung. Konsultationsentwurf. Wien

Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181-194

Fousek, S.; Domittner, B.; Nowak, P. (2012): Health Literacy - „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Im Auftrag des BMG.

GÖG (in Arbeit): Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung

Gold, Carola; Lehmann, Frank (2012): Gesundes Aufwachsen für alle!

Heckman, James J. (2008): The Case for Investing in Disadvantaged Young Children. In: Big Ideas: Investing in our Nation's Future. First Focus, Washington

HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. The international Consortium of the HLS-EU Project

Jensen, Bjarne Bruun; Currie, Candace; Dyson, Alan (2013): Early years, family and education task group: report. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. World Health Organisation, Copenhagen

Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg

Knaller, Christine (2013): Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Lampert, Thomas; Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 209–230

Lehmann, Frank; Köster, Monika; Brandes, Sven; Bräunling, Stefan; Geene, Raimund; Kaba-Schönstein, Lotte; Kilian, Holger; Linden, Susanne; Wehen, Mira; Reker, Natascha (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Information. Gesundheitsförderung konkret, Bd. 5. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, 5. Aufl., Köln

Lengning, Anke; Zimmermann, Peter (2009): Materialien zu Frühen Hilfen. Expertise. Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen. Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Niestetal

Meier-Gräwe, Uta; Wagenknecht, Inga (2011): Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen 4. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, Köln

Paasche-Orlow, Michael; Parker, Ruth; Gazmararian, Julie; Nielsen-Bohlman, Lynn; Rudd, Rima (2005): The prevalence of limited health literacy. In: Journal of General Internal Medicine 20/2, 175–184

Pelikan, Jürgen; Ganahl, Kristin; Röthlin, Florian (2013): Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung.

Röthlin, Florian; Pelikan, Jürgen; Ganahl Kristin (2013): Die Gesundheitskompetenz von 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)

Sörensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Geraldine; Pelikan, Jürgen M.; Slonska, Zofia; Brand, Helmut; European Health Literacy Project (HLS-EU) Consortium (2012): Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12/80, –Spycher, Stefan (2006): Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Konzeptpapier. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern

Statistik Austria (2008): Sozialpolitische Studienreihe. Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008. Eingliederungsindikatoren. Bd. 2, 1. Aufl., Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

Stegeman, Ingrid; Costongs, Caroline (2012): The Right Start to a Healthy Life Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union – What Works?. EuroHealthNet. Brüssel

WHO (2013a): Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: final report. World Health Organisation, Copenhagen

WHO (2013b): Health literacy: The solid facts. World Health Organisation, Copenhagen

Zwiauer, Karl; Burger, Petra; Hammer, Johann; Hauer, Almuth ; Lehner, Andrea ; Lehner, Petra; Mutz, Ingomar; Rust, Petra (2007): Österreichweite Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern. Wien: Österreichisches Grünes Kreuz

# Teil 2

---

## Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel

(2010 von der BGK beschlossen)



# 1 Verwendung der Vorsorgemittel: Erläuterungen zur Mittelvergabe

Die Vergabe der Vorsorgemittel auf dem klassischen Weg der Beauftragung von eingereichten Projekten hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass die gewidmeten Mittel für unterschiedlichste Einzelthemen und zum Teil nicht für Vorsorgeprojekte im eigentlichen Sinn ausgeschöpft wurden, obwohl der Bedarf an Vorsorgemaßnahmen unstrittig ist und zunehmend auch medial diskutiert wird.

Zentrales Ziel der Strategie zur Mittelvergabe ist es, sicherzustellen, dass mit den Vorsorgemitteln inhaltlich abgestimmte Maßnahmen in allen Regionen Österreichs umgesetzt werden. Als zentrale Weichenstellung hinsichtlich des Vergabeprozesses wurde daher vereinbart, dass von einer Mittelvergabe auf dem klassischen Wege der Beauftragung Abstand genommen wird, stattdessen findet ein Verteilungsschlüssel unter Einbeziehung von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern Anwendung. Dies soll gewährleisten, dass die Vorsorgemittel auch jenen Regionen und Bereichen zugute kommen, die bisher auf dem Weg der klassischen Beauftragung im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge zu kurz gekommen sind.

Im Folgenden wird der Ablauf der Mittelvergabe beschrieben und grafisch dargestellt. Behandelt werden die Aufgaben der Bundgesundheitskommission (BGK) als Beschlussgremium, des Projektbeirats als inhaltliches Beratungsgremium, der Koordinationsstelle als vorbereitende und begleitende Stelle sowie die Rolle der Projektträger als durchführende Stellen der Vorsorgemaßnahmen (siehe hierzu auch Kapitel 5).

## 1.1 Inhalte

Die inhaltliche Ausrichtung („Schwerpunktthema/Schwerpunktthemen“) der Verwendung der Vorsorgemittel soll vom Projektbeirat für die Dauer der 15a-Vereinbarung in einer Strategievereinbarung festgelegt werden. Den Entscheidungen des Projektbeirates muss ein Beschluss der BGK folgen.

Zur Akkordierung der Eckpunkte der **Strategievereinbarung der Mittelvergabe** (inhaltliche Schwerpunktsetzung, Vorgabe oder Empfehlung von Good-Practice-Maßnahmen bzw. von ergänzenden themenspezifischen Qualitätskriterien) wird ein Projektbeirat eingesetzt. Dieser setzt sich aus der UAG Public Health<sup>1</sup> zusammen; für die methodische bzw. inhaltliche Expertise können einschlägige Expertinnen und Experten hinzugezogen werden. Der Projektbeirat trifft die Vorentscheidungen zur Strategievereinbarung. Sie haben den Status von Empfehlungen an die

---

1

Die UAG Public Health wurde im Herbst 2013 durch die nunmehrige Fachgruppe Public Health/Gesundheitsförderung abgelöst, die auch alle Aufgaben der UAG Public Health in Bezug auf die Vorsorgemittel übernommen hat.

Bundesgesundheitskommission, die für die Entscheidung über die Vergabe der Mittel zuständig ist. Die Mittelausschüttung an Bund, Länder und Sozialversicherung erfolgt nach Information an die BGA über die im jeweiligen Bereich geplanten Maßnahmen. Anträge zur Strategievereinbarung, die nicht an empfohlene Good-Practice-Modelle anschließen, werden durch die UAG PH in ihrer Funktion als Projektbeirat für die BGK bewertet.

Geeignete **Projektträger** müssen von Bund, Ländern und SV mit der Umsetzung der im jeweiligen Bereich geplanten Maßnahmen (zum vorgegebenen Schwerpunktthema bzw. zu den -themen bzw. zu den Good-Practice-Modellen) beauftragt werden. Die Abwicklung der Maßnahmen soll nach Möglichkeit über etablierte Strukturen erfolgen. Die Projektträger müssen, wie in solchen Fällen üblich, mittels einheitlicher Anträge ein detailliertes Umsetzungskonzept und ihre Expertise nachweisen sowie im Falle einer Beauftragung Zwischen- und Endberichte vorlegen (siehe Kapitel 5.3). Es wird empfohlen, dass Anträge, Zwischen- und Endberichte direkt an die Koordinationsstelle (siehe Abschnitt 4.3) übermittelt werden, damit diese die Funktion als Vernetzungseinheit wahrnehmen kann. Es liegt in der Verantwortung des Bundes, der Länder und der SV, eine den gängigen Standards entsprechende **einheitliche Dokumentation**<sup>2</sup> der geförderten Maßnahmen von den Projektträgern einzufordern (vertragliche Verpflichtung). Sinnvoll erscheint eine einheitliche Vorgabe bezüglich Mindeststandards der Dokumentation bei Anträgen, Zwischenbericht und Endbericht, wobei hier auf die FGÖ-Projektdatenbank als Basis zurückgegriffen werden kann (siehe Koordinationsstelle).

Die Verantwortung für die zweckmäßige und ordnungsgemäße Verwendung der Vorsorgemittel liegt bei Bund, Ländern und SV. Um die **Transparenz der Mittelverwendung** zu gewährleisten, soll neben einem verpflichtenden Bericht an die BGK ein regelmäßiger Bericht über die Mittelverwendung in vorhandenen Gremien oder Strukturen (z. B. Gesundheitsplattform) erfolgen. Eine solche Berichterstattung würde auch gewährleisten, dass die Erfahrungen und erzielten Erfolge aus den Vorsorgemitteln sichtbar werden.

## 1.2 Mittelfluss

Nach einem **Beschluss der BGK** und dem Einreichen von Anträgen verteilt die BGA die Mittel zu zwei Fünfteln an die Länder, zu zwei Fünfteln an die Sozialversicherung und zu einem Fünftel an den Bund. Der Hauptverband teilt die Mittel an die neun Gebietskrankenkassen nach dem aktuellen Einwohnerschlüssel (pro BL) auf. Das Umsetzen der Maßnahmen hat unter Einbeziehung der Sondersicherungsträger zu erfolgen. Die Mittelvergabe an die Länder erfolgt anhand des 15a-Schlüssels (vgl. Tabelle 1.1).

---

2

Die Standards in Hinblick auf Berichtslegung und Rechnungslegung werden vonseiten der GÖG in Kooperation mit der UAG PH erarbeitet.

Tabelle 1.1:

Berechnetes Modell für die Verteilung der Mittel gemäß Art 15a B-VG Art 24 Abs 6<sup>3</sup>.  
auf Basis eines Referenzwertes von 1 Million Euro

Bundesland	Anteile	Ausgeschüttete Mittel gesamt in Euro
Österreich	1	1.000.000,00
Burgenland	0,034	33.821,04
Kärnten	0,068	67.585,81
Niederösterreich	0,192	191.715,31
Oberösterreich	0,170	169.509,96
Salzburg	0,063	63.499,61
Steiermark	0,145	145.271,48
Tirol	0,084	84.050,74
Vorarlberg	0,044	43.948,68
Wien	0,201	200.597,37

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Wie beschrieben ist der Beschluss der Strategievereinbarung durch die BGK verbindliche Grundlage für die Mittelausschüttung an Bund, Länder und SV. Vor Ausschüttung der Mittel müssen den Qualitätskriterien entsprechende Maßnahmen inklusive Budget an die BGA gemeldet werden. Die **Mittelvergabe und Projektannahme** (inklusive Überprüfung der ordnungsgemäßen Mittelverwendung) erfolgt auf Ebene von Bund, Ländern und SV. Bund, Länder und SV müssen einen Abrechnungsbericht (Finanzbericht) über die aufgewendeten Mittel an die BGA abliefern. Die Abwicklung der Maßnahmen soll über bereits bestehende Strukturen erfolgen und bereits bestehende Kooperationen nutzen.

Bund, Länder und Sozialversicherung beauftragen geeignete Projektträger, wobei auf die Einhaltung der Strategievereinbarung und der Qualitätskriterien zu achten ist. Ein Auftrag wird somit zwischen Projektträger und Bund, Ländern und SV abgeschlossen. Zwischen- und Endabrechnung bzw. **Überprüfung der vertraglichen Vereinbarungen** erfolgen ebenfalls auf diesem Weg. Die Mittelvergabestellen sind für die Übermittlung der verpflichtenden Dokumentation an die Koordinationsstelle nach dem festgelegten Mindeststandard verantwortlich. Die gesammelten Dokumentationen bilden die Grundlage für den von der Koordinationsstelle erarbeiteten jährlichen Bericht an die BGA über die Verwendung der Vorsorgemittel in Österreich, und auf diese Weise wird die erforderliche Transparenz über die eingesetzten Mittel gewährleistet.

3

STATISTIK AUSTRIA, Volkszählung 2001, Probezählung 2006 (Gebietsstand 2006). Erstellt am: 04.12.2008

## 1.3 Die Koordinationsstelle

Die Aufgabe der Koordinationsstelle umfasst vorrangig vorbereitende und begleitende Arbeiten sowie die systematische Dokumentation der gesamten Maßnahmen. Hauptaufgabe sind die inhaltlichen Vorarbeiten zur Strategievereinbarung. Anhand der Grundsätze der Vergabe (siehe Kapitel 5) und der Kriterien zur Auswahl von Themen im Rahmen der Strategievereinbarung werden in Abstimmung mit dem Projektbeirat **Themenvorschläge** erarbeitet. Die Koordinationsstelle ist außerdem für die Vorbereitung und Organisation der Sitzungen des **Projektbeirats** sowie für die kontinuierliche Abstimmung der Arbeiten mit diesem zuständig.

Bei der Themenauswahl ist insbesondere auf den Gesundheitsnutzen, auf die Einflussmöglichkeit auf bzw. auf das Verbesserungspotenzial für die Gesundheit, auf die Einbettung in übergeordnete Strategien (z. B. nationale Aktionspläne oder Gesundheitsziele) und auf den Bedarfsnachweis Bezug zu nehmen (siehe Kapitel 5). Gegebenenfalls bereitet die Koordinationsstelle in Abstimmung mit dem Projektbeirat einzelne Good-Practice-Modelle vor.

Die Koordinationsstelle ist überdies für das Führen der **Projektdatenbank** anhand der Anträge, Zwischen- und Endberichte der Projektträger und für die Organisation von Vernetzungsveranstaltungen zuständig, um den Austausch der Erfahrungen der unterschiedlichen Projektträger zu gewährleisten. Die bereits etablierte Projektdatenbank des FGÖ soll als Grundlage dienen.

Jährlich soll ein **Bericht über die Verwendung der Vorsorgemittel** für den Projektbeirat erstellt werden. Dieser Bericht ergeht an den Projektbeirat und in der Folge auch an die BGA. Der Bericht hat die Verwendung der Mittel und auch die Erfolge der Interventionen transparent und vergleichbar in Gesamtschau darzustellen. Er beruht auf den verpflichtenden Dokumentationen an die Koordinationsstelle (Anträge, Zwischen- und Endbericht) z. B. via Projektdatenbank.

Das Budget für die oben beschriebenen Aufgaben der Koordinationsstelle soll vier Prozent der zur Verfügung stehenden Mittel nicht überschreiten.

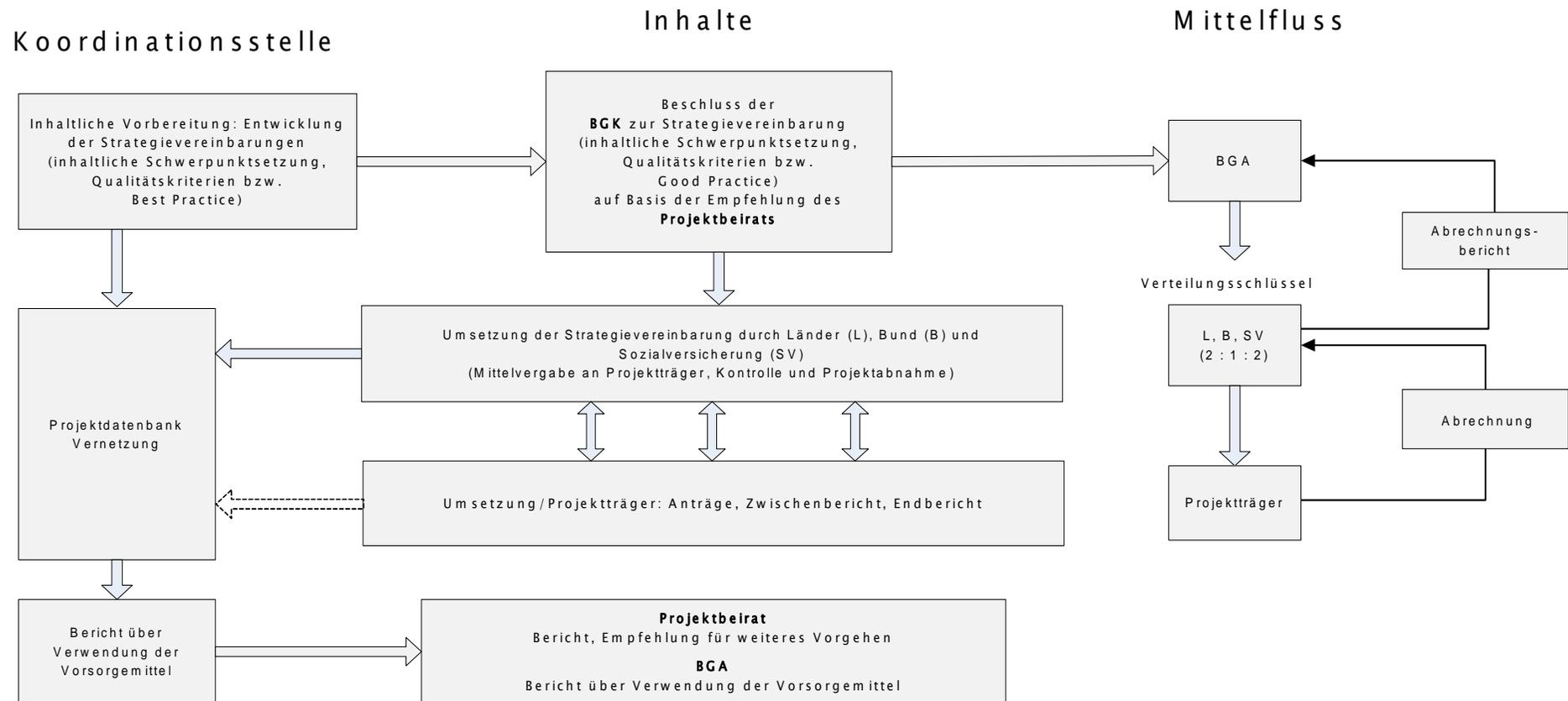
## 1.4 Schematische Darstellung der Verwendung der Vorsorgemittel aus der 15a-Vereinbarung

Die schematische Darstellung gibt die drei Funktionssysteme wieder, und zwar:

- » die Aufgaben der Koordinationsstelle,
- » die inhaltliche Abstimmung, die sich daraus ergebende Strategievereinbarung an Bund, Länder und Sozialversicherungen,
- » den Mittelfluss, beginnend mit einem Beschluss der BGK.

Abbildung 1.1:  
Verwendung der Vorsorgemittel aus der 15a-Vereinbarung

## Verwendung der Vorsorgemittel aus der 15a-Vereinbarung



## 2 Vergabe-/Qualitätskriterien

Die Strategie zur Vergabe der Vorsorgemittel der 15a-Vereinbarung baut grundsätzlich auf dem im Juni 2006 von der BGK beschlossenen Konzept für überregional bedeutsame Vorsorgemaßnahmen (ÖBIG 2006) auf, das bereits Kriterien der Vergabe beinhaltet (allgemeine Kriterien für Vorsorgemaßnahmen und spezifische Auswahlkriterien für zu finanzierende Maßnahmen). In Hinblick auf die nunmehr angedachte Verbreiterung des möglichen Maßnahmenspektrums (Einbeziehung von Gesundheitsförderung und Primärprävention) und die Konkretisierung der Vergabemodalitäten ist es sinnvoll, in der Strategie Vergabe- bzw. Qualitätskriterien auf drei Ebenen zu präzisieren: 1. Grundsätze der Vergabe, 2. Kriterien für die Auswahl von Themen im Rahmen der Strategievereinbarung und 3. Qualitätskriterien für Maßnahmen und Modelle guter Praxis, die durch Vorsorgemittel gefördert werden.

Die definierten (Qualitäts-)Kriterien orientieren sich an den Vergabekriterien des Vorsorgekonzepts von 2006 sowie an den etablierten Qualitäts- und Vergabekriterien im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (insbesondere Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung des FGÖ; vgl. <http://projektguide.fgoe.org>; Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten; vgl. [http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot\\_toolbox5.4.html](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot_toolbox5.4.html)).

### 2.1 Grundsätze der Vergabe

Die nachfolgenden Kriterien legen die grundsätzliche strategische Orientierung hinsichtlich der Art von Maßnahmen fest, die für eine Finanzierung im Rahmen der Vorsorgemittel der 15a-Vereinbarung in Frage kommen. Sie gelten damit vorrangig für die Mittelempfänger (Bund, Länder, SV), aber auch für die auf zentraler Ebene mit der Ausarbeitung bzw. dem Beschluss der Strategievereinbarung befassten Institutionen (Koordinationsstelle, Projektbeirat, BGK).

#### 2.1.1 Rollout von Modellen guter Praxis statt von Pilotprojekten

In Abgrenzung und als sinnvolle Ergänzung zu den Aktivitäten des FGÖ sollen die anspruchsberechtigten Institutionen (Bund, Länder, SV) die Mittel nicht für Pilotprojekte nutzen, sondern für das breitere Ausrollen von Maßnahmen, die als Modelle guter Praxis angesehen werden. Das erklärte Ziel muss dabei das mittelfristige Überführen der Maßnahmen in die Regelfinanzierung sein. Der Bund kann seinen Mittelanteil zusätzlich zu Maßnahmen auch für die Entwicklung von Grundlagen oder Standards (z. B. Leitlinien, Tools) hinsichtlich Maßnahmen zum vereinbarten Thema verwenden, die in der Folge in unmittelbar bevölkerungswirksame Maßnahmen einfließen bzw. deren Umsetzung unterstützen (z. B. NAP.e, Kindergesundheitsdialog).

## 2.1.2 Konzentration auf wenige, größere Maßnahmen über einen längeren Zeitraum

Im Sinne einer effektiven Verwendung der verfügbaren Mittel soll eine Konzentration auf wenige, dafür größere und in möglichst vielen Regionen über einen längeren Zeitraum umgesetzte Maßnahmen erfolgen. Die Mittelempfänger (Bund, Länder, SV) haben daher bei der Mittelvergabe dafür Sorge zu tragen, dass die Mittel für eine begrenzte Zahl von Maßnahmen eingesetzt werden (keine Vielzahl kleiner Aktivitäten, sondern ein oder zwei Maßnahmen pro Bundesland, SV-Träger etc.). Empfohlen wird in diesem Zusammenhang auch die Abstimmung von Landesverwaltung und SV-Träger auf Bundesländerebene, um – wo immer möglich – die Umsetzung von gemeinsam getragenen Maßnahmen zu gewährleisten (vgl. auch Abschnitt 11.1).

## 2.1.3 Qualitätssicherung

Es ist ein hoher Qualitätsstandard bei der Implementierung der Maßnahmen sicherzustellen. Die Mittelempfänger (Bund, Länder, SV) haben daher bei der Mittelvergabe darauf zu achten, dass die Umsetzung der Maßnahmen durch Projektträger erfolgt, die dafür ausreichend qualifiziert sind und mit den etablierten Qualitätsstandards von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention bzw. Vorsorge bestens vertraut sind und diese anwenden.

## 2.1.4 Überregionalität

Gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission sollen die Maßnahmen nicht nur für einzelne Regionen von Interesse sein, sondern österreichweit bzw. zumindest in mehreren Bundesländern umgesetzt werden. Dies kann entweder erfolgen durch Eingrenzung auf einige wenige Modelle guter Praxis im Rahmen der Strategievereinbarung oder durch Abstimmung zwischen den Mittelempfängern hinsichtlich der Konkretisierung der Maßnahmen zum vereinbarten Schwerpunktthema. Ausdrücklich empfohlen wird in diesem Zusammenhang die Kooperation von mehreren Bundesländern bzw. Regionen bei der Umsetzung von Maßnahmen (vgl. auch Abschnitt 11.1). Dies gewährleistet auch einen effizienten Mitteleinsatz durch Reduktion des Kostenanteils für Projektplanung und -management.

## 2.1.5 Ausschlusskriterien

Im Rahmen der Vorsorgemittel nach der 15a-Vereinbarung können keine Maßnahmen finanziert werden, für die bereits Finanzierungsverpflichtungen bzw. generelle Finanzierungsregelungen im Gesundheitswesen bestehen (Sozialversicherungsleistungen, Krankenanstalten etc.). Finanzierungswürdig sind weiters nur Maßnahmen, die unmittelbar bevölkerungswirksam werden, und damit keine rein wissenschaftlichen Arbeiten (mit der Ausnahme, dass der Bund,

wie unter 5.1.1 angeführt, seinen Mittelanteil auch für im Zusammenhang mit dem gewählten Themenschwerpunkt stehende Grundlagenarbeiten verwenden kann).

## 2.2 Kriterien für die Auswahl von Themen im Rahmen der Strategievereinbarung

Die nachfolgenden Kriterien sind heranzuziehen, wenn die inhaltliche Ausrichtung der Vergabe der Vorsorgemittel nach der 15a-Vereinbarung für deren jeweilige Geltungsdauer festgelegt wird. Sie gelten für die Institutionen, die auf zentraler Ebene mit der Auswahl bzw. dem Beschluss des Themas / der Themen befasst sind (Koordinationsstelle, Projektbeirat, BGK). In Hinblick auf die gewünschte strategische Ausrichtung der Vorsorgemittel wird empfohlen, dass für die jeweilige Geltungsdauer lediglich ein Schwerpunktthema festgelegt wird; keinesfalls sollten mehr als drei Schwerpunktthemen ausgewählt werden.

### 2.2.1 Gesundheitsnutzen

Bei der Auswahl eines Schwerpunktthemas sind der potenzielle Gesundheitsnutzen bzw. die epidemiologische und ökonomische Bedeutung von gesundheitlichen Risiken und Erkrankungen (Krankheitslast, Schweregrad und gesundheitliche Folgen sowie Häufigkeit und Verbreitung) zu berücksichtigen. Es sollen insbesondere thematische Bereiche gewählt werden, die einen hohen Gesundheitsnutzen, d. h. positive Auswirkungen auf die Gesundheit versprechen.

### 2.2.2 Einflussmöglichkeit auf bzw. Verbesserungspotenzial für die Gesundheit

Themenspezifische Interventionen, Verfahren und/oder Instrumente zur Verbesserung der Gesundheit und/oder Verhinderung des gesundheitlichen Problems müssen bereits etabliert sein. Die Wirksamkeit dieser gesundheitsfördernden und/oder präventiven Interventionen muss wissenschaftlich erwiesen sein (evidenzbasiert). Der Nutzen der Intervention soll nachhaltig sein.

Sollte zukünftig ein Thema ins Auge gefasst werden, das vorrangig in Hinblick auf Früherkennung von Relevanz ist, so sind drei Prämissen zu beachten: (1) Die verfügbaren Instrumente zur Frühdiagnose müssen wissenschaftlich anerkannt sein; (2) bei diagnostiziertem Risiko oder festgestellter Erkrankung gibt es zuverlässige Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten; (3) Früherkennung sollte Vorteile gegenüber einer späteren Diagnose mit sich bringen. Bei

Screeningmaßnahmen sind jedenfalls die Screeningkriterien von Wilson und Jungner<sup>4</sup> und der Kriterien des UK National Screening Committee<sup>5</sup> anzuwenden.

### 2.2.3 Einbettung in übergeordnete Strategien

Es soll ein Thema gewählt werden, das an vorhandene (bundesweite) Konzepte oder Strategien anknüpft (z. B. Gesundheitsziele; Public-Health-Strategie; nationale Aktionspläne wie Ernährung, Bewegung, Kindergesundheitsdialog, Diabetes).

### 2.2.4 Bedarfsnachweis

Der Bedarf für Maßnahmen zum vorgeschlagenen Thema muss auf Basis von theoretischen und/oder empirischen Grundlagen schlüssig begründet sein. Weiters muss die Komplementarität von themenspezifischen Interventionen zu bestehenden Maßnahmen oder Angeboten bzw. eine schlüssige Begründung des zusätzlichen Bedarfs gegeben sein.

## 2.3 Qualitätskriterien für (Good-Practice-) Maßnahmen, die durch Vorsorgemittel gefördert werden

Die nachfolgenden Qualitätskriterien definieren die fachlichen Anforderungen an Maßnahmen, die aus den Vorsorgemitteln entsprechend der 15a-Vereinbarung gefördert werden. Sie sind sowohl hinsichtlich der Konzeptionierung als auch der praktischen Umsetzung der Maßnahmen von Relevanz und betreffen damit verschiedene Ebenen:

Zentrale Ebene: In der Strategievereinbarung können Modelle guter Praxis genannt werden. In diesem Fall haben Koordinationsstelle und Projektbeirat bei der Auswahl der Good-Practice-Maßnahmen die Qualitätskriterien heranzuziehen.

Ebene der Mittelempfänger (Bund, Länder, SV): Erfolgt eine Auswahl der Modelle guter Praxis auf Basis der in der Strategievereinbarung vorgegebenen Themen und (Qualitäts-)Kriterien auf Ebene der Mittelempfänger, so haben diese die Qualitätskriterien bei der Festlegung der Maßnahmen anzuwenden.

---

<sup>4</sup>  
Wilson, J. M. G.; Jungner, G. (1968).

<sup>5</sup>  
National Screening Committee (2009).

Ebene der Projektträger: In jedem Fall haben sich die Projektträger bei der konkreten Planung und Umsetzung der Maßnahmen und Modelle guter Praxis an den fachlichen Qualitätskriterien zu orientieren und diese anzuwenden.

### 2.3.1 Gesundheitsbezug und gesellschaftliche Akzeptanz

Es muss ein Konzept vorliegen, aus dem ein klarer Zusammenhang zwischen Maßnahme und Gesundheitsförderung, Prävention und/oder Vorsorge hervorgeht. Diese Maßnahme hat allgemeinen ethischen Grundsätzen und Kriterien zu entsprechen. Bei der Konzeptionierung und Umsetzung ist darauf zu achten, dass durch die Maßnahme keine (zusätzlichen) Probleme oder Risiken (z. B. Stigmatisierung von Zielgruppen oder erhöhter sozialer Druck auf einzelne Gruppen) geschaffen werden.

### 2.3.2 Setting- und Determinantenorientierung, Verhaltens- und Verhältnisprävention

Die Maßnahme soll die vielfältigen Determinanten (Einflussfaktoren) der Gesundheit berücksichtigen und auf die Beeinflussung ausgewählter Determinanten abzielen. Das Setting / die Settings bzw. die Strukturen/Politikfelder, in dem / in denen interveniert werden soll, müssen klar definiert und beschrieben sein.

Es muss dargelegt und begründet werden, auf welchen Handlungsebenen – Individuum, Gruppe, Organisation, Lebenswelt und Politik/Gesellschaft – Wirkungen erzeugt werden sollen. Die Maßnahme darf nicht (nur) auf eine reine Verhaltensänderung ausgerichtet sein, sondern muss insbesondere (auch) auf die Veränderung der Verhältnisse im Sinne einer gesundheitsfördernden Gestaltung der politischen, gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen abzielen.

### 2.3.3 Zielgruppen- und Bedürfnisorientierung

Die Zielgruppen der Maßnahme müssen präzise eingegrenzt und die Inhalte und Methodik der Intervention speziell auf die Zielgruppe(n) abgestellt sein. Die Bedürfnisse und Interessen der Zielgruppe(n) der Intervention und anderer Anspruchsgruppen (Stakeholder) des Settings müssen angemessen berücksichtigt werden.

In Bezug auf zielgruppenspezifische Aspekte sind insbesondere das Geschlecht, das Alter, spezifische Lebenszyklusphasen (z. B. Schwangerschaft) und sozioökonomische Charakteristika (Bildung, Einkommen etc.) zu berücksichtigen.

Ein wichtiger Aspekt der Zielgruppenorientierung ist die Sicherstellung der Erreichbarkeit und des Zugangs aller relevanten Gruppen zu einer Maßnahme. Zugangshürden bei der Nutzung des Angebots müssen vermieden werden, z. B. durch aufsuchende, begleitende und/oder nachgehende Arbeit und kostenlose Angebote (niedrigschwellige Arbeitsweise).

### 2.3.4 Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten

Die Wahl der Zielgruppe(n) und Methoden der Maßnahme hat auf die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ausgerichtet zu sein. Die Maßnahmen haben einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten zu leisten. Sozial benachteiligten Gruppen muss besonderes Augenmerk gewidmet werden. Keinesfalls dürfen durch die Maßnahme soziale und/oder gesundheitliche Ungleichheiten weiter verstärkt werden.

### 2.3.5 Ressourcenorientierung, Partizipation und Empowerment

Die Maßnahme muss auf die Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen ausgerichtet sein. Die Zielgruppen müssen systematisch in Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung und/oder Bewertung des Angebots einbezogen werden. Die Zielgruppen sind zu einer eigenständigen und selbstbestimmten Lebensweise und zur Übernahme von Verantwortung für ihre Gesundheit und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu befähigen, es wird auf ihren Stärken und Ressourcen aufgebaut. Die Maßnahme hat das Augenmerk auf eine systemische statt individualisierende Perspektive zu legen und berücksichtigt daher auch die relevanten Lebenszusammenhänge (z. B. Familie, soziale Netzwerke, Arbeit) der Zielgruppen.

### 2.3.6 Vernetzung

Bei der Umsetzung der Maßnahme ist im Sinne der Ressourcenbündelung und fachübergreifenden Zusammenarbeit auf Vernetzung mit den anderen relevanten Akteurinnen und Akteuren im Umfeld zu achten.

### 2.3.7 Nachhaltigkeit der Veränderungen

Die Maßnahme muss auf nachhaltige Veränderungen ausgerichtet sein. Die geplanten Interventionen haben Entwicklungsprozesse zu initiieren und zu fördern und beeinflussen damit Strukturen und Prozesse (in den Settings) über den Projektzeitraum hinaus. Die Nutzung von bestehenden Strukturen für die Umsetzung der Maßnahme hat Vorrang vor der Schaffung von neuen Strukturen. Es müssen Überlegungen bestehen, wie die Maßnahme in eine Regelfinanzie-

rung übergehen kann. Im Rahmen des Projekts sollen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren systematisch eingebunden und qualifiziert werden.

### 2.3.8 Klare und operationalisierbare Ziele

Die Ziele der Maßnahme müssen aus der Projektbegründung abgeleitet, wirkungsorientiert, operationalisierbar und überprüfbar sein. Die Ziele müssen s.m.a.r.t. (d. h. spezifisch, mess-/überprüfbar, akzeptabel/attraktiv, realistisch, terminiert) sein.

Es muss überprüft worden sein, ob Frauen/Mädchen und Männer/Buben eine unterschiedliche Ausgangslage bezüglich der Projektziele haben. Wenn ja, muss eine geschlechterspezifische Definition der Projektziele vorliegen.

Es muss überprüft worden sein, ob verschiedene Zielgruppen, insbesondere sozial benachteiligte Gruppen, eine unterschiedliche Ausgangslage bezüglich der Projektziele haben. Wenn ja, müssen diese Unterschiede bei der Definition der Projektziele berücksichtigt worden sein.

### 2.3.9 Leistbarkeit und Kosten–Nutzen–Verhältnis

Die Maßnahme muss für den Einzelnen (auch in Hinblick auf zusätzliche Kosten wie z. B. Reisekosten) und für das Gesamtbudget leistbar sein. Die Kosten der Maßnahme müssen in einem angemessenen Verhältnis zum erzielten Nutzen stehen.

### 2.3.10 Qualitätsentwicklung

Das Angebot muss Qualitätsmanagement bzw. Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses beinhalten, das heißt, Qualität wird nicht als einmal geschaffener Wert betrachtet, sondern sie wird in allen Bereichen immer wieder überprüft, verbessert und entwickelt.

### 2.3.11 Dokumentation und Evaluation

Das Angebot muss Konzepte und Instrumente zur Dokumentation und Evaluation der eigenen Arbeit nutzen. Alle wichtigen Aspekte der Maßnahme müssen in nachvollziehbarer und angemessener Weise dokumentiert werden. Die Maßnahme muss auf Übertragbarkeit angelegt sein. Die Zielerreichung muss überprüft und dokumentiert werden. Die Evaluation hat eine Beurteilung der Projektumsetzung (Prozessevaluation) sowie der Projektergebnisse und der

Zielerreichung (Ergebnisevaluation) zu ermöglichen. Die Evaluation hat einen Beitrag zur optimalen Qualität und Steuerung der Maßnahme (projektbegleitende Evaluation) zu leisten.