

Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern

Praxisleitfaden

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur



Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern – ein Praxisleitfaden

Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie

Autorinnen:

Charlotte Klein
Barbara Fröschl
Rita Kichler
Daniela Pertl
Aida Tanios
Marion Weigl

Fachliche Begleitung:

Judith delle Grazie

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im Jänner 2015

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Zl. 4692

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Hintergrund	4
2.1	Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung	4
2.2	Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern	5
2.3	Akteure im Umfeld von Schwangeren / jungen Eltern	6
2.4	Ernährung in der Schwangerschaft und frühen Kindheit	7
2.5	Maßnahmen im Rahmen der österreichweiten Vorsorgestrategie.....	8
3	Handlungsempfehlungen für Gesundheits-förderung bei Schwangeren und jungen Eltern.....	10
3.1	Empowerment	10
3.2	Zielgruppenorientierung.....	15
3.3	Partizipation der Akteure	28
3.4	Vernetzung und Nachhaltigkeit	31
4	Hindernisse und Tipps	37

1 Einleitung

Die Bundesgesundheitsagentur beauftragte die Gesundheit Österreich GmbH, die Lernerfahrungen zu Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung, die insbesondere bei den aus den Vorsorgemitteln finanzierten Projekten gemacht worden waren, systematisch zu erfassen und aufzuarbeiten.

Die Bundesgesundheitskommission beschloss Mittel (in Folge „Vorsorgemittel“) im Ausmaß von über 11 Millionen Euro für die Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsförderung und Prävention) im Rahmen einer österreichweit abgestimmten Initiative dem Schwerpunktthema Ernährung zu widmen. Dem Beschluss liegt eine Vorsorgestrategie zugrunde, die von der Gesundheit Österreich GmbH und der UAG Public Health¹ erstellt wurde (Wirl et al. 2010). Ziel ist es, Best Practice Modelle österreichweit auszurollen und damit ein qualitätsgesichertes und akkordiertes Vorgehen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu erzielen. Die Bereitstellung dieser Mittel zur Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme basiert auf der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG für die Jahre 2008 bis 2014. Die Mittelempfänger/innen der Initiative, die von der Bundesgesundheitsagentur finanziert und von einer im Bundesministerium für Gesundheit angesiedelten Koordinationsstelle aus koordiniert wird, sind das Bundesministerium für Gesundheit, die Gesundheitsfonds und Landesregierungen und die Gebietskrankenkassen. Die empfohlenen Maßnahmen konzentrieren sich auf die Zielgruppe Schwangere und Kleinkinder sowie das Thema Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten, Schulen und anderen Settings. Als Basis wurden folgende Modellprojekte herangezogen: „Gemeinsam essen“, „Netzwerk Schulverpflegung Vorarlberg“ und „Ernährungsberatung in der Schwangerschaft“ (Wirl et al. 2010).²

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen sollen eine Hilfestellung sein, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Familie vor und nach der Geburt eines Kindes zu berücksichtigen. Damit sollen sie einen Beitrag für die Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in Österreich generell liefern, aber auch bei der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele, der Verwendung der Gesundheitsförderungsmittel nach der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit („Gesundheitsförderungsfonds“), der Projektförderung des FGÖ sowie der Verwendung weiterer Vorsorgemittel herangezogen werden.

1

Die Unterarbeitsgruppe Public Health (UAG PH) war eine Unterarbeitsgruppe der Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen mit dem Schwerpunkt Public Health. Die Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen hatte die Aufgabe, sich mit strukturellen Veränderungen im österreichischen Gesundheitswesen und deren Auswirkungen zu befassen. Die UAG PH wurde im September 2013 als Fachgruppe für Public Health und Gesundheitsförderung von der Arbeitsgruppe Gesundheitssystem neu konstituiert.

2

Mehr Informationen zu den Vorsorgemitteln finden sich unter:

<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/vorsorgestrategie-ernaehrung-einleitung.html>

Die Handlungsempfehlungen richten sich an Praktiker/innen, die Gesundheitsförderungsprojekte für Schwangere und junge Eltern in Österreich planen und/oder umsetzen. Die Handlungsempfehlungen sollen die **Kriterien zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit** verständlich beschreiben und **praxisnahe Anleitungen** liefern. Sie verstehen sich als Ergänzung und Vertiefung zu den bereits bestehenden Qualitätskriterien des Fonds Gesundes Österreich (Fonds Gesundes Österreich 2013) bzw. zu bestehenden Informationsmaterialien über Gesundheitsförderung. Die Handlungsempfehlungen setzen ein Grundverständnis von Gesundheitsförderung und Prävention voraus.

Nach einer Einführung in die Bedeutung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit für Gesundheitsförderung und einer Darstellung aktueller Maßnahmen für Schwangere und junge Eltern werden praxisnahe Handlungsempfehlungen für zielgruppengerechte Gesundheitsförderungsmaßnahmen gegeben. Diese sind analog zu den FGÖ-Kriterien gegliedert. Sie zeigen Erfolge und Herausforderungen der Praxis auf, gehen auf Hindernisse ein und münden in Tipps für die Projektplanung. Konkrete Beispiele veranschaulichen abstrakte Begrifflichkeiten und werden in Bezug zu wissenschaftlichen Erkenntnissen und Praxiswissen von Expertinnen und Experten gesetzt.

Für Personen, die bereits über ein grundlegendes theoretisches Verständnis von Gesundheitsförderung verfügen und/oder Praxiserfahrungen mit der Zielgruppe „Schwangere“ haben, stehen Checklisten mit unterstützenden Reflexionsfragen für Projektplanung und Projektabwicklung zur Verfügung.

Für Leserinnen und Leser, die an vertiefenden Ausführungen zu theoretischen Aspekten der Gesundheitsförderung in Zusammenhang mit Chancengerechtigkeit interessiert sind, stehen im zweiten Teil die „Allgemeine Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung“ zur Verfügung. In diesem Teil werden jene Qualitätskriterien des Fonds Gesundes Österreich, die für das Ziel der Chancengerechtigkeit besonders relevant³ sind, ausführlich und praxisnah erläutert. Dabei wird jeweils der theoretische Hintergrund, die Problemstellung und Ableitung von Erfolgsfaktoren für die Umsetzung des entsprechenden Qualitätskriteriums beschrieben. Zur besseren Veranschaulichung werden immer wieder praktische Beispiele angeführt. Die allgemeinen Empfehlungen verstehen sich als ergänzendes Nachschlagewerk, in dem die einzelnen Kapitel gesondert genutzt werden können. Gleichzeitig sollen die allgemeinen Empfehlungen auch von jenen Personen genutzt werden, die sich für Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung in anderen Settings als Kindergarten oder Gemeinschaftsverpflegung bzw. für eine andere Zielgruppe als Schwangere und junge Eltern interessieren. Redundanzen zwischen den Kapiteln und den Berichtsteilen sind daher erwünscht und sollen die Verwendbarkeit als Nachschlagewerk ermöglichen.

Allgemeine Empfehlungen

3

Ausgewählt wurden jene Qualitätskriterien, die sich in Metaleitlinien zur Chancengerechtigkeit wie z. B. Checkliste zu Bereichen guter Praxis in Angeboten der Gesundheitsförderung wiederfinden.

Die Handlungsempfehlungen bauen wesentlich auf den Lernerfahrungen der Vorsorgemittel-empfänger/innen zum Thema Ernährung auf. Dazu wurden die verpflichtenden Jahresberichte der Mittelempfänger/innen⁴ herangezogen sowie Interviews und Fokusgruppen durchgeführt. Zusätzlich wurden Erfahrungen aus Projekten herangezogen, die vom FGÖ finanziert wurden und sich ebenfalls mit der Zielgruppe Schwangere und junge Eltern beschäftigen. Eine Beschreibung der Methodik befindet sich im zweiten Berichtsteil und eine Liste der Interviewpartner/innen und Fokusgruppenteilnehmer/innen im Anhang.

4

Mittelempfänger/innen sind das Bundesministerium für Gesundheit, die Gesundheitsfonds und Landesregierungen und die Gebietskrankenkassen. Sie übermitteln Jahresberichte über die Mittelverwendung an die Koordinationsstelle.

2 Hintergrund

2.1 Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung

Die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ist in Österreich in den letzten Jahren zunehmend als zentrale gesundheitspolitische Aufgabe erkannt worden. Ziel 2 der Rahmengesundheitsziele sieht vor, für „gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter“ zu sorgen. Die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten ist als gesundheitspolitischer Grundsatz in der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgeschrieben. Auch die Qualitätskriterien des FGÖ betonen die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Bisher fehlt jedoch eine konzertierte Strategie, wie gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich erreicht werden kann und wie sozioökonomisch und gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen effektiv und effizient erreicht werden können.

In der Gesundheitsförderung wurde **gesundheitliche Chancengerechtigkeit** von jeher gefordert, trotzdem erreichen aktuelle Gesundheitsförderungsprojekte tendenziell eher gut ausgebildete, gut informierte und wohlhabende Gruppen statt sozioökonomisch bzw. gesundheitlich Benachteiligte, bei denen Intervention den stärksten Effekt hätten (Ammann/Gross 2011). Oft wird übersehen, dass gesundheitlich Benachteiligte sehr heterogene Gruppen sind und häufig zu den schwer erreichbaren Zielgruppen gehören (Hofmann et al. 2013). Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Maßnahmen, die ausschließlich an bestimmte Gruppen gerichtet sind, Ungleichheit festigen oder sogar verstärken und zu einer Stigmatisierung beitragen können. Beispielsweise benachteiligen Angebote, die ausschließlich an die am stärksten Benachteiligten gerichtet sind, jene, denen es nur geringfügig besser geht. Um dies zu verhindern, sollten einerseits alle Menschen angesprochen werden, andererseits ein an dem Grad der Benachteiligung, der spezifischen Lebenslage sowie den Bedürfnissen orientiertes Angebot geboten werden – dieser Ansatz eines universellen Angebots für alle, dessen konkrete Ausgestaltung bzw. Intensität aber auf eine Verringerung von Ungleichheiten ausgerichtet ist, wird „proportionate universalism“ genannt (Marmot et al. 2010).

Häufig wird der Begriff „gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ gleichgesetzt mit „gesundheitliche Chancengerechtigkeit für schwer erreichbare oder sozioökonomisch benachteiligte oder vulnerable Bevölkerungsgruppen“. Auch die Qualitätskriterien des FGÖ nennen folgende Aspekte zur Berücksichtigung für gesundheitliche Chancengerechtigkeit: Bildung, Einkommen, berufliche Position, soziale Herkunft, Migrationshintergrund, Wohnregion, Lebensalter, Gender, Familienstand (Fonds Gesundes Österreich 2013). Trotz einer starken Überschneidung (statistisch sind

sozioökonomisch Benachteiligte auch in höherem Ausmaß gesundheitlich benachteiligt⁵), sind diese Gruppen nicht immer ident. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit umfasst nicht nur sozioökonomisch Benachteiligte, sondern auch Menschen, die gesundheitlich beeinträchtigt sind (Gold/Lehmann 2012) wie z. B. ältere, nicht mehr mobile Menschen oder chronisch kranke Personen.⁶ Wenn sowohl sozioökonomische als auch gesundheitliche Benachteiligungen bestehen, wirken diese gegenseitig verstärkend (Anzenberger et al. 2014).

Gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen können sehr heterogen sein, gleichzeitig sollten gesundheitsfördernde Maßnahmen an die spezifische Lebenssituation von Zielgruppen bzw. an das jeweilige Setting angepasst werden. Um diese Herausforderung meistern zu können, werden in den vorliegenden Handlungsempfehlungen praxisnahe Tipps gegeben, wie gesundheitlich und insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreicht werden können. Lernerfahrungen und Beispiele aus Projekten werden teilweise verallgemeinert wiedergegeben. Daher sind Formulierungen wie „... bei Personen mit Migrationshintergrund ...“ nicht als Pauschalierung, sondern als Denkanstöße und Hinweise für zielgruppengerechte Gestaltung von Maßnahmen zu interpretieren.

2.2 Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern

Die Lebensphase rund um die Geburt eines Kindes ist für die Familie/Eltern/Mutter geprägt durch einen Wandel der Lebenssituation, der mit großen Erwartungen, aber auch mit Unsicherheiten und Ängsten einhergeht. Der Umgang mit der neuen Situation und dem Kind muss erst erlernt werden. Sozioökonomisch oder gesundheitlich benachteiligte Eltern müssen mit zusätzlichen Belastungen (z. B. fehlender beruflicher Perspektive, nicht ausreichender finanzieller Basis, sozialer Isolation, geringer Anerkennung, mangelnder Unterstützung) zurechtkommen (Gold/Lehmann 2012). Oft kennen sie die bestehenden Unterstützungsangebote nicht oder nehmen sie aufgrund von schlechten Erfahrungen, ungenügenden Deutschkenntnissen, finanziellen Hürden, Angst vor Stigmatisierung oder schlechter Erreichbarkeit etc. nicht in Anspruch.

In Familien mit hohen sozialen und gesundheitlichen Belastungen fehlen daher häufig die Ressourcen, um gesundheitsförderliches Verhalten – z. B. gesunde Ernährung – umzusetzen (Black et al. 2012). Für Familien mit niedrigem Einkommen in Industrieländern sind die höheren Kosten

5

Zwischen gesundheitlicher und sozioökonomischer Benachteiligung besteht eine Wechselwirkung: Gesundheitliche Benachteiligung kann langfristig auch zu sozialer Benachteiligung führen, wenn z. B. Erwerbstätigkeit nicht möglich ist (Haas et al. 2012).

6

Beispiele von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderung finden sich hier:
<http://www.behindertenarbeit.at/bha/27417/fachtagung-fur-menschen-mit-behinderung-ich-kann>
<http://www.heilpaedagogik.de/bhponline.de/down/public/7xxx-service/sus/020724-01.pdf>
<http://www.lebenshilfe-kaernten.at/angebote/zusaetzliche-angebote/gesundheitsfoerderung/>
<http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=main&Slid=32&a=l&ARid=2825>

von gesunden Nahrungsmitteln eine entscheidende Hürde (Black et al. 2012). Fehlendes Wissen zu und mangelnde Möglichkeiten für gesunde Ernährung in jungen Familien wirkt sich in der Folge auch negativ auf den Fötus bzw. die Ernährung der Säuglinge und Kleinkinder und damit auf deren Wohlbefinden und (zukünftigen) Gesundheitsstatus aus (Wirl et al. 2010).

Ein wesentliches Anliegen von gesundheitsfördernden Maßnahmen bei Schwangeren und jungen Eltern ist also die **Verringerung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit**. Alle Schwangeren und jungen Eltern sollen dazu befähigt werden, sich gesundheitsförderlich zu verhalten und sich selbst sowie ihre Kinder gesund zu ernähren. Gleichzeitig sollen Lebensumstände geschaffen werden, die ihnen dies ermöglichen. Auf jeden Fall sind Maßnahmen zu vermeiden, die zu einer zusätzlichen Belastung oder Stigmatisierung von sozial benachteiligten Schwangeren und jungen Eltern führen können. Rein verhaltensorientierte Maßnahmen können die gesundheitliche Ungleichheit sogar erhöhen. Black et al. empfehlen daher eher verhältnisorientierte Maßnahmen wie z. B. Strategien zur Preisgestaltung bei Nahrungsmitteln, die nicht auf individuelles Verhalten ausgerichtet sind (Black et al. 2012).

Speziell für Personen mit Migrationshintergrund sind laut von Unger und Gangarova (Von Unger/Gangarova 2011) Pauschalierungen zu vermeiden, da es sich um eine sehr heterogene Gruppe hinsichtlich Alter, Geschlecht, Herkunftsland/Herkunftskultur, Sprache, Sexualität, Bildung, Beruf, Einkommen, Religion, Aufenthaltsstatus etc. handelt. Diese Vielfalt muss sowohl bei der Planung als auch bei der Umsetzung von Maßnahmen berücksichtigt werden. Dazu sollten Anbieter von Gesundheitsförderung mit jenen zusammenarbeiten, die mit Personen mit Migrationshintergrund in Kontakt sind (Kulturvereine für Personen mit Migrationshintergrund, Beratungsstellen etc.) und bei Bedarf für besonders vulnerable Gruppen mit Migrationshintergrund spezifische Angebote entwickeln. Ein wichtiger Teil einer Maßnahme kann darin bestehen, Personen aus der Zielgruppe zu identifizieren, die eine Vorbildfunktion ausüben und dadurch als Multiplikator/in wirken können.

2.3 Akteure im Umfeld von Schwangeren / jungen Eltern

Hinsichtlich der Gesundheitsförderung bei Schwangeren und jungen Eltern können unterschiedliche Akteure als indirekte Zielgruppe oder Multiplikatorinnen/Multiplikatoren gesehen werden. Dazu gehören u. a.:

- » Gynäkologinnen/Gynäkologen,
- » Hebammen,
- » Kinderärztinnen/-ärzte,
- » Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (inkl. Kinderkrankenpflege),
- » Ernährungswissenschaftler/innen,
- » Stillberater/innen,
- » Diätologinnen/Diätologen,
- » Apotheker/innen,
- » Mitarbeiter/innen von Eltern-Kind-Zentren,
- » Allgemeinmediziner/innen,

- » Tageseltern,
- » Arztassistentinnen/-assistenten,
- » alle weiteren Berufsgruppen oder Mitarbeiter/innen von Einrichtungen, die mit Schwangeren und jungen Eltern in Kontakt kommen.

2.4 Ernährung in der Schwangerschaft und frühen Kindheit

Laut WHO kann aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz davon ausgegangen werden, dass eine **ausgewogene Ernährung der Mutter** die bestmögliche Entwicklung des Fötus begünstigt (WHO 2005). Während der Schwangerschaft ist eine gute und gesunde Ernährung sowohl wichtig für die Entwicklung des Fötus als auch zur Reduktion von Schwangerschaftsbeschwerden und Risiken für die Mutter. Dazu gehören z. B. eine exzessive Gewichtszunahme und die Entwicklung von Schwangerschaftsdiabetes, schwangerschaftsinduziertem Bluthochdruck oder Eisenmangelanämie (Black et al. 2012). Eine adäquate Gewichtszunahme wird als wichtig für die Entwicklung und das Wachstum des Fötus angesehen (AGES/BMG/HVB 2010). Übergewichtige Frauen leiden häufiger an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und haben ein erhöhtes Risiko für Hypertonie, Präeklampsie, äußere Geburtseinleitung etc. Studienergebnisse deuten auch darauf hin, dass die Ernährung während der prä- und postnatalen Entwicklung einen direkten Einfluss auf bestimmte Gene und auf metabolische Parameter und damit auf die spätere Gesundheit haben kann. Für Österreich wurde festgestellt, dass sich zwar während der Schwangerschaft der Energie- und Nährstoffbedarf erhöht, dieser jedoch von Schwangeren nicht oder nicht in der richtigen Form bei allen Nährstoffen abgedeckt wird (Elmadfa 2012).

Weiters können Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung in der Schwangerschaft dazu beitragen, dass Frauen generell ihre Ernährungsgewohnheiten umstellen. Die Schwangerschaft ist ein günstiger Zeitpunkt für Interventionen, da Frauen in dieser Lebensphase für Änderungen stärker motiviert sind. Zudem wirken sich diese Veränderungen meist auch auf die Ernährungsgewohnheiten der gesamten Familie aus. Im Sinne dieser Vorbildwirkung wird das Einnehmen von gemeinsamen Mahlzeiten empfohlen (NICE 2008).

Zu den gesundheitsfördernden Wirkungen des **Stillens** gehören laut Dietscher et al. (Dietscher et al. 2013) eine Stärkung der Mutter-Kind-Bindung, die Unterstützung des Immunsystemaufbaus beim Säugling und der dadurch bedingte Schutz vor Infektionen und Krankheitsrisiken.

Die Einführung der Beikost-Ernährung sollte gemäß der Österreichischen Beikost-Empfehlung je nach Entwicklungsgrad des Kindes um den sechsten Lebensmonat (nicht vor der 17. und nicht nach der 26. Lebenswoche) erfolgen, da dann der Energie- und Nährstoffbedarf des Säuglings nicht mehr ausschließlich durch Muttermilch bzw. Muttermilch-Ersatzprodukte gedeckt werden kann. Ein Weiterstillen während und nach der Einführung der Beikosternährung wird, wenn möglich, empfohlen. Zu Beginn der Beikost-Ernährung werden v. a. eisen- und zinkreiche Lebensmittel empfohlen (z. B. Fleisch oder Getreide). Die Reihenfolge der Beisorteneinführung sollte an die individuellen Bedürfnisse von Kind und Familie angepasst sein und den Energie- und Nährstoffbedarf des Kindes decken (AGES/BMG/HVB 2010).

In den letzten Jahren hat sich verstärkt die Erkenntnis durchgesetzt, dass Projekte, die einzelne Gesundheitsthemen gesondert ansprechen, weniger nachhaltige Effekte erzielen (Richter-Kornweitz/Altgeld 2011) und in Folge wurden verstärkt verschränkte Maßnahmen entwickelt. Ernährung und Bewegung sind jedoch „klassische“ Gesundheitsförderungsthemen und können als Einstieg in das Feld der Gesundheitsförderung dienen. Aufgrund der zahlreichen Erfahrungen aus der ersten Periode der österreichweiten Vorsorgestrategie wird im Folgenden verstärkt auf das Thema Ernährung eingegangen. Es sollte dabei jedoch nicht vergessen werden, dass andere Themen wie psychosoziale Gesundheit und Bewegung in der Gesundheitsförderung ebenfalls einen hohen Stellenwert einnehmen.

2.5 Maßnahmen im Rahmen der österreichweiten Vorsorgestrategie

Um gesunde Ernährung von Schwangeren und jungen Eltern und damit auch von Säuglingen und Kleinkindern zu fördern, wurden in den letzten Jahren die aus den Vorsorgemitteln finanzierten Projekte „Richtig essen von Anfang an“ (REVAN) und das Roll-out der „Baby-friendly Hospital Initiative“ (BFHI) implementiert.

Im Rahmen des **REVAN**-Programms wurden von der AGES Interviews und eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Auf Basis der Ergebnisse wurde ein Maßnahmenkatalog erstellt (AGES/BMG/HVB 2010), der Maßnahmen zu folgenden fünf Handlungsfeldern enthält:

- » Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums in den Zielgruppen Schwangere, Stillende und Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr,
- » Stillförderung,
- » Kinderlebensmittel- und Nahrungsmittelangebot,
- » Early Childhood Interventions sowie
- » Ausbildung und Training von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Seit 2009 werden in der Steiermark und mit Vorsorgemittel-Finanzierung seit 2011 in allen Bundesländern ausgewählte Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung für die Zielgruppe Schwangere und junge Eltern umgesetzt. Diese Maßnahmen basieren auf dem oben erwähnten Maßnahmenkatalog bzw. dem empfohlenen Modell guter Praxis „Erährungsberatung in der Schwangerschaft“ aus der Steiermark und zielen sowohl auf die Lebensphase der Schwangerschaft als auch der frühen Kindheit ab. In den meisten Fällen werden verhaltensorientierte Maßnahmen umgesetzt, d. h. die Schwangeren und jungen Eltern werden beraten, wie sie sich und ihre Säuglinge gesund ernähren können. Die konkreten Ziele sind laut Wirl et al. (Wirl et al. 2010):

- » Steigerung des Wissens über optimale Ernährung in der Bevölkerung,
- » Optimierung des Informationsangebots und Verbreitung qualitätsgesicherter Informationen (d. h. vereinheitlichte Informationen und klare Anlaufstellen, z.B. die Servicestellen der GKKs)
- » Erhöhung der Selbstwirksamkeit der Schwangeren,
- » Verminderung von ernährungsbezogenen Schwangerschaftsbeschwerden,

- » Schulung von Gesundheitsprofessionistinnen/-professionisten sowie jener Berufsgruppen, die mit der Zielgruppe in Kontakt kommen,
- » interdisziplinäre Informationsübermittlung durch verschiedene Gesundheitsprofessionen sowie
- » Wissenssteigerung und “awareness building“ bei Gesundheitspersonal, um größere Kapazitäten für die Erreichbarkeit von Risikopopulationen zu erzielen.

Im Rahmen des Bundesprogrammes REVAN wurde die wissenschaftliche Evidenz zusammengetragen, daraus Empfehlungen für die richtige Ernährung abgeleitet und in verschiedenen Materialien⁷ aufbereitet. Für die Zielgruppe der Schwangeren und jungen Eltern wurden national akkordierte Beikostempfehlungen und Empfehlungen für die Ernährung von 1- bis 3-Jährigen erarbeitet und Broschüren und Workshops dazu entwickelt. Des Weiteren wurden Ernährungsempfehlungen für 1- bis 3-Jährige erstellt. An strukturellen Maßnahmen wurden Vorschläge zur Verbesserung der Tageseltern-Ausbildung in Hinblick auf Ernährung und Verpflegung, eine Evaluierung der Kennzeichnung von Beikost-Produkten sowie Bedarfsanalysen zur Förderung der Baby Friendly Hospital Initiative und zur Einführung einer Stillkordinatorin / eines Stillkoordinators erarbeitet.

Speziell für bildungsferne oder sozioökonomisch benachteiligte Schwangere und junge Eltern sowie jene mit Migrationshintergrund wurde die Verwendung der österreichweit einheitlichen Workshop-Unterlagen als nicht zielführend angesehen. In den Bundesländern wurden daher nicht nur die einzelnen Maßnahmen, sondern auch die Unterlagen je nach regionaler Situation adaptiert bzw. ergänzt. Das Team des Bundesprogrammes REVAN stand jedoch für Qualitätssicherung und Aufbereitung der fachlichen Grundlagen zur Verfügung.

Die „**Baby-friendly Hospital Initiative**“ (BFHI) setzt die von WHO und UNICEF auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen zur gesundheitsfördernden Wirkung des Stillens für Mütter und Babys entwickelte Initiative um (Dietscher et al. 2013). Ziel ist die Verbesserung von Mutter- und Baby-freundlichen Bedingungen in der Geburtshilfe sowie eine Förderung des Stillens. Im Rahmen des Projektes BFHI sollen daher sowohl die Strukturen in den Krankenhäusern als auch die Kompetenzen der Mitarbeiter/innen gefördert werden, um letztendlich die Mütter bei ihrer Entscheidung zum Stillen und bei der Durchführung zu unterstützen. Um die BFHI auf weitere Krankenhäuser auszudehnen, werden daher Maßnahmen zur Sensibilisierung relevanter Stakeholder, zur Steigerung der Anreize für eine Beteiligung an der BFHI, zur Unterstützung interessierter Krankenhäuser bei der Umsetzung sowie zur Qualitätssicherung gesetzt. 2014 sind 15 Krankenhäuser in Österreich BFHI-zertifiziert, Ende 2014 werden rund 20 Prozent der Geburten in zertifizierten Krankenhäusern stattfinden (LBIHPR 17. 2. 2014). In Kärnten wurden mit Vorsorgemittel-Finanzierung im Rahmen von REVAN auch Maßnahmen zur Förderung von BFHI gesetzt und die Zertifizierungsgebühren für zwei Krankenanstalten (LKH Wolfsberg und das KH Spittal an der Drau) übernommen.

7

Die Materialien sind zugänglich unter www.richtigessenvonanfangan.at.

3 Handlungsempfehlungen für Gesundheitsförderung bei Schwangeren und jungen Eltern

3.1 Empowerment

Empowerment nimmt einen hohen Stellenwert in der Gesundheitsförderung bei Schwangeren und jungen Eltern ein, deren Kompetenzen, sich und ihre Kinder in selbständiger Entscheidung gesund ernähren, durch entsprechende Maßnahmen gefördert werden sollen. Wichtig ist aber auch das Empowerment von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit der Zielgruppe in Kontakt sind und auf deren Wissen und Verhalten Einfluss nehmen⁸. Diese Multiplikatorinnen und Multiplikatoren benötigen daher auch jene Kompetenzen, die zur Vermittlung von Wissen, für Motivationsarbeit, aber auch für einen entsprechenden Umgang mit der Zielgruppe notwendig sind.



Zunächst müssen diese Ressourcen und Kompetenzen identifiziert und die Zielgruppe bei der Entdeckung der eigenen Stärken unterstützt werden. Zentral sind dabei die Stärkung des Selbstbewusstseins und „Hilfe zur Selbsthilfe“ für eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Handeln. Die Personen der Zielgruppe sollen als Experten/Expertinnen ihrer eigenen Lebenssituation betrachtet und behandelt und auf ihrem Wissensniveau abgeholt werden (FEM Süd 2009).

Allgemeine Empfehlungen
Kapitel 2.1

Des Weiteren muss Wissen vermittelt werden, wobei die Form der Vermittlung wesentlich ist: Die bloße Verbreitung von schriftlichen Informationen oder das Zeigen von Präventionsfilmen ohne persönliche Gespräche hat sich nicht bewährt (Pfluger et al. 2009).

Gesundheitseinrichtungen stellen strukturelle Ressourcen dar, die zur Bewusstseinsbildung und Verhaltensänderung bei Patientinnen/Patienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern beitragen können (ONGK 2010). Dies wird z. B. von Baby Friendly Hospitals genutzt, um das Stillen zu för-

8

Diese Personen werden oft als indirekte Zielgruppe bezeichnet (vgl. [Kap. 2.3](#)). Im Zusammenhang mit Multiplikatoren/Multiplikatorinnen mit Migrationshintergrund wird teilweise auch von Brückenbauern/-bauerinnen gesprochen. Das sind Personen, die Kontakte zwischen verschiedenen Kulturen herstellen und zum gegenseitigen Verständnis beitragen. Um lediglich den Kontakt zu Personen aus anderen Kulturkreisen oder „communities“ herzustellen, können auch Schlüsselpersonen herangezogen werden, d. h. einflussreiche Personen, die innerhalb des Kulturkreises oder der „community“ Empfehlungen aussprechen und weitervermitteln können.

dern. Auch hier steht das Empowerment der Mütter wie auch das Empowerment der Mitarbeiter/innen der Geburtskliniken im Vordergrund.

Erfolgsfaktoren

Empowerment-Ansätze wirken dann, wenn sie sich an den **Stärken und Ressourcen der Zielgruppe** orientieren und mit diesen respektvoll und professionell umgehen. Das beinhaltet auch, vorhandene Ressourcen (z. B. erweiterte Familiennetze) einzubeziehen und bestehendes Engagement (z. B. von Schlüsselpersonen) zu honorieren (Pfluger et al. 2009). Hierzu können Methoden der **Selbstorganisation** nützlich sein (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.), da diese sich durch besondere Nachhaltigkeit auszeichnen. Dabei wird auf kollektive Prozesse (gemeinschaftliches Lernen) und soziale Verstärkungsmechanismen gesetzt und den Zielgruppen instrumentelle Hilfe zur Erhöhung ihrer Handlungsfähigkeiten zur Verfügung gestellt (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Zur sozialen Verstärkung ist unbedingt das Umfeld einzubinden (z. B. die gesamte Familie). So wurde z. B. in der Steiermark die Erfahrung gemacht, dass bei Schwangeren und Stillenden von türkischen und afrikanischen Familien Strategien zur Einbindung der Ehemänner, Mütter und Großmütter wichtig waren, um einen kollektiven Lernprozess zu erreichen. Erst damit wurden die Frauen in der Umsetzung ihres neuen Wissens unterstützt und potentiellen Schwierigkeiten mit den Angehörigen vorgebeugt (Marczik-Zettinig/Krammer 2013).

Projektbeispiel „BFHI“ („Baby friendly Hospital Initiative“, Ö): Die Schwangeren bzw. Mütter sollen zu einer selbstständigen und informierten Entscheidung bezüglich der Ernährung des Säuglings (Stillen oder Babynahrung) befähigt werden. Dabei soll zwar zum Stillen motiviert werden, wichtig sind jedoch Freiwilligkeit sowie die Berücksichtigung von Lebenssituation, Wünschen und Bedürfnissen der Mütter. Die Mitarbeiter/innen von Geburtskliniken benötigen neben dem fachlichen Wissen insbesondere auch Kommunikationskompetenzen, um einerseits motivierend zu wirken und andererseits die Wahlfreiheit der Mütter ausreichend zu betonen. Besonders wichtig ist die Haltung gegenüber den Müttern und ihren Entscheidungen. (LBIHPR 17. 2. 2014)

Projektbeispiel FEM Süd (W): Parallel zur Arbeit mit sozial benachteiligten Frauen wird über entsprechende Angebote über MEN die Sensibilisierung der Männer gefördert und gegebenenfalls Paarberatung angeboten (Frauenassistenz FEM Süd 10. 2. 2014)

Projektbeispiel „Frühe Hilfen“ (Ö): „Frühe Hilfen“ zielen darauf ab, die Eltern in ihren Gesundheits- und Erziehungskompetenzen – aber auch hinsichtlich ihrer gesundheitlichen und sozialen Lebenssituation – so zu unterstützen, dass „eine verlässliche Versorgung der Kinder und sichere und liebevolle Bindung zwischen Eltern und Kindern als Grundstein für deren gesundes Aufwachsen“ sichergestellt ist (Haas et al. 2013c). Dies erfolgt einerseits über eine Familienbegleitung, andererseits über die Vermittlung passgenauer Unterstützungsangebote bei Bedarf.

Projektbeispiel „MIA“ („Mütter in Aktion“, ST): Regionale Frauengruppen eignen sich dafür, Frauen zu befähigen, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und ihr Lebensumfeld aktiv mitzubestimmen. Sie eignen sich weiters dafür, fachliche Qualifikationen zu vermitteln, inhaltliche Inputs zu geben und Frauen miteinander zu vernetzen (Groth et al. 2010). Sie sind dann erfolgreich, wenn be-

darfsorientiert und flexibel gearbeitet wird und Themen und Termine gemeinsam geplant werden (Steingruber et al. 2010). Eine hohe Fluktuation ist üblich.

Projektbeispiel „Babycouch“ (NÖ): Familien können sich in regelmäßigen Abständen zu diversen Gesundheitsthemen in Kleingruppen informieren und Probleme diskutieren. Gemeinsam mit unterschiedlichen Gesundheitsprofessionisten werden Problemlösungsansätze erarbeitet. Dadurch kann die Kompetenzentwicklung ganzer Familien gestärkt werden; gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten werden unterstützt. Letzteres wird zudem durch die Veranstaltung spezieller Aktionstage (Gesundheitstage) gefördert (ARGEF 2014).

Projektbeispiel „REVAN“ (NÖ): In Niederösterreich wird ein Workshop zum Thema „Essen für die ganze Familie“ angeboten (ARGEF 2014). In der Steiermark wurde auch dazu übergegangen, Väter bei der Anmeldung aktiv mit einzuladen und darauf zu achten, dass in den Broschüren und Foldern auch Bilder von Vätern zu sehen sind (Marczik-Zetting/Krammer 2013).

Ressourcenorientierung setzt voraus, dass Ressourcen vorhanden sind, die gestärkt werden können. Gerade sozioökonomisch benachteiligte Personen zeigen hier jedoch häufig Defizite. Umso wichtiger ist, sie von Anfang an einzubinden (vgl. 3.3) und an ihrer Ausgangssituation anzudocken. Ein zu starker Fokus auf das Negative gehört jedenfalls zu den häufigen Fallstricken in der Gesundheitsförderung und schreckt insbesondere gesundheitliche Benachteiligte ab (Possert 2007).

Allgemeine Empfehlungen
Kapitel 1

Realistische Ziele zu setzen, Phasen des Umlernens zu ermöglichen und die Erwartungen nicht zu hoch ansetzen (d. h. kleine Schritte und langsame Veränderungen zuzulassen und keine Extreme oder Verbote einzusetzen), ist für Personen, die sich aufgrund zeitlicher und finanzieller Barrieren kaum um ihre Gesundheit kümmern können, wichtig (FEM Süd 2009). Aber auch das Bestärken der Teilnehmer/innen in ihrem Tun ist ein wichtiger Aspekt (AGES 2014).

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Ein Beispiel, wie Ressourcen von sozioökonomisch benachteiligten Gruppen durch realistische Ziele gefördert werden können, zeigt die Ausrichtung von REVAN in Niederösterreich und Oberösterreich auf die Bedürfnisse türkischer Migrantinnen: Neue innovative Workshop-Ansätze wurden für und mit der Zielgruppe entwickelt und Unterlagen für eine kultursensible Beratung erstellt. Praxisbezogen wurden dabei Kochworkshops in regelmäßigen Abständen mit eigens dafür geschultem Personal veranstaltet. In den flexiblen und bedarfsangepassten Workshop-Einheiten wurden kulturelle Unterschiede diskutiert, gemeinsam Erfahrungen gesammelt und Kernbotschaften auf einfache und verständliche Weise kommuniziert. Alltags-taugliche, ausgewogene und von Zielgruppenvertretern/-vertreterinnen auf Akzeptanz geprüfte Rezepte wurden eigens dafür konzipiert. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Zielgruppe auch an traditionellen österreichischen Rezepten interessiert ist und sich generell mehr Information zum Thema gesunde Ernährung und Gesundheit wünscht (ARGEF 2014).

Zur Förderung gesunder Ernährung bei Schwangeren und jungen Eltern ist die Verbreitung von Broschüren allein nicht ausreichend, es braucht auch einen **Austausch** darüber (NICE 2008). Dies ist z. B. im Rahmen von Workshops oder Kochkursen möglich. Erfahrungen zeigen, dass bei der Gestaltung solcher Workshops verschiedene Faktoren den Erfolg wesentlich beeinflussen. Ein-

malige Workshops führen zwar zunächst zu einem Wissenszuwachs, dieser nimmt jedoch mit der Zeit wieder ab. Die Evaluation von REVAN zeigt, dass auch die Zuversicht, die Ernährungsempfehlungen umsetzen zu können, durch einen Workshop gesteigert wird, im Laufe von drei Monaten aber wieder abnimmt (AGES 2014).

Um eine nachhaltigere Wirkung zu erzielen, werden z. B. Wiederholungen oder laufende Unterstützung durch Stillberater/innen empfohlen (NICE 2008). Wichtig ist auch, dass die **Vorteile** und der **Nutzen** gesunder Ernährung sich erschließen und praktische, individuell zugeschnittene Anleitungen gegeben werden (NICE 2008). Dazu gehören alltagstaugliche Rezepte, das Vermitteln von Wissen, um billig gesund kochen zu können, die Verwendung von leistbaren Lebensmitteln, aber auch die Berücksichtigung von bestehenden Ernährungsgewohnheiten und Werthaltungen (Fokusgruppe 21.5.2014).

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): In den REVAN-Workshops werden praktische Übungen eingesetzt, Tipps gegeben, Fragen und Interaktion zugelassen. Auch etwaige Hürden in der Umsetzung, z. B. negative Reaktionen von Familienangehörigen, sollen thematisiert werden (AGES 2014). Die tatsächliche Umsetzung hängt jedoch stark von den Durchführenden ab. So zeigte die Evaluation von REVAN, dass einerseits die Praxishöhe der Workshops durchaus positiv beurteilt wurde, während andererseits die Bereitstellung von mehr Rezepten und der verstärkte Einsatz von praktischen Beispielen sowie mehr Zeit für Fragen gefordert wurden (AGES 2014). Um in den Workshops an persönlichen Erfahrungen anknüpfen zu können, werden die Motivation der Teilnehmer/innen und die Gestaltung ihres Essalltages angesprochen (Sonnberger 2013). Es wird mit konkreten alltagstauglichen Beispielen gearbeitet, z. B. werden marktübliche Produkte verglichen. Auch Verkostungen werden eingesetzt. Spezielle Factsheets für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur kultursensiblen Beratung wurden im Rahmen einer Arbeitsgruppe zwischen ARGEF und der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse erstellt sowie eine Checkliste für Beikostprodukte vom Bundesprojekt REVAN (ARGEF 2014). Vom Bundesprojekt REVAN wurde gemeinsam mit der Steiermark ein Beispiel für den Mahlzeitenaufbau entwickelt (Marczik-Zettinig/Krammer 2013).

Projektbeispiel „Babycouch“ (NÖ): Im Rahmen der „mobilen Babycouch“ werden kostenlose Workshops zum Thema „Gesunde Ernährung in der Schwangerschaft bzw. Baby´s erstes Löffelchen“ oder „Gesundes Kochen“ in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe abgehalten. Durch das gemeinsame „Tun“ ergibt sich eine gute Gesprächs- und entwickelt sich eine gute Vertrauensbasis, auf welcher nicht nur Ernährungsinhalte in „lockerer“ Atmosphäre übermitteln werden können, sondern zunehmend auch andere Gesundheitsthemen (z. B. psychische Gesundheit) angesprochen werden können. Durch Einbeziehung einer Psychologin, z. B. im Rahmen der Babycouch für Alleinerzieher/innen, sollen vorhandene Ressourcen identifiziert und gestärkt werden. Das Kennenlernen ähnlicher Gleichgesinnter soll zum Aufbau sozialer Netzwerke beitragen und Mütter aus einer möglichen Isolation holen (ARGEF 2014).

Die **Verknüpfung verschiedener Themen**, die für einen bewussten Umgang mit dem eigenen Körper relevant sind (wie z. B. Ernährung, Bewegung und Stressreduktion) trägt ebenfalls wesentlich zum Empowerment der Zielgruppe bei (Palecek 2007).

Projektbeispiel „Babycouch“ (NÖ): Babycouch-Treffen finden zu verschiedenen Themen rund um die Gesundheit der Familien statt (z. B. Zahngesundheit, psychosoziale Themen, Erste-Hilfe-Vorträge), wobei die Themenwünsche der Zielgruppe in regelmäßigen Abständen abgefragt werden. So ist aus den Evaluationsergebnissen der „Babycouch“ hervorgegangen, dass drei Viertel der Teilnehmer/innen hauptsächlich am Austausch mit anderen Teilnehmer/innen interessiert sind, gefolgt von kinderbezogenen Themenbereichen wie Erziehungsfragen (ARGEF 2014).

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): In den REVAN-Workshops werden neben dem Thema Ernährung auch Informationen über relevante Unterstützungsleistungen wie Wochengeld und Kinderbetreuungsgeld vermittelt (AGES 2014). In der Steiermark zeigte sich, dass diese Informationen Hauptgrund für die Teilnahme an den Workshops sind und ein Wegfallen dieses Teils zu Unmut unter den Teilnehmern/Teilnehmerinnen führte (Marczik-Zettinig/Krammer 2013). Auch die Gehörlosen-Workshops in OÖ wurden so konzipiert, dass Leistungsberater/innen der GKK beteiligt sind und damit ein umfassendes Informationspaket angeboten wird (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014).

Brückenbauer/innen (vgl. Kap. 3.1) aus verschiedenen Kulturkreisen sind ein wichtiges Instrument des Empowerments. Sie können verschiedene Rollen haben, die von der Herstellung von Kontakten zu anderen Kulturkreisen bis zur Durchführung von Informationsabenden und Seminaren – als Multiplikatoren/Multiplikatorinnen (vgl. Kap. 3.2) – reichen. Ehrenamtliche Brückenbauer/innen benötigen aber eine Schulung und Zeit, um genug Selbstvertrauen zu gewinnen und langsam in die Rolle hineinzuwachsen (Frauengesundheitszentrum Ried 11. 4. 2014, NICE (2008). Sehr wichtig ist auch die Haltung der Fachleute bzw. Projektleiter/innen, mit der ihnen begegnet wird.

Checkliste Empowerment

- ✓ Sind die bestehenden strukturellen und sozialen Ressourcen der Zielgruppe (siehe auch 3.2) bekannt? Wenn nicht: Ist eine Analyse der Ressourcen der Zielgruppen geplant (durch Partizipation oder den Austausch mit Expertinnen oder Experten)?
- ✓ Setzt die Maßnahme an den bestehenden Ressourcen der Zielgruppe an?
- ✓ Wenn Methoden der Selbstorganisation geplant sind: Sieht die Maßnahme strukturelle Unterstützung für Selbstorganisation vor?
- ✓ Werden kollektive Prozesse angeregt, in denen auch Maßnahmen zur Sensibilisierung und Information des Umfeldes gesetzt werden (z. B. Einbindung der Väter und/oder Großeltern)?
- ✓ Werden realistische (erreichbare) Ziele für die Teilnehmer/innen gesetzt?
- ✓ Wird der Austausch innerhalb der Zielgruppe gefördert, der Nutzen von gesunder Ernährung kommuniziert sowie praktische Tipps für den Transfer des Erlernten in den Alltag gegeben?
- ✓ Werden die für die Lebensphase Schwangerschaft und Elternschaft relevanten Themen wie Bewegung, psychische Belastungen (z. B. Stressreduktion) und Zahngesundheit ausreichend berücksichtigt?
- ✓ Wurde überprüft, ob die Maßnahmen zu einer finanziellen oder zeitlichen Zusatzbelastung der Zielgruppe führen?

3.2 Zielgruppenorientierung

Gesundheitsfördernde Maßnahmen müssen für verschiedene Zielgruppen unterschiedlich gestaltet sein, was zunächst die Definition der Zielgruppe und etwaiger Subgruppen erfordert. Die **primäre** oder **direkte Zielgruppe** – jene Personen, die direkt von der Maßnahme profitieren sollen – sind in diesem Fall Schwangere und „junge“ Eltern sowie deren Kinder. Besonderes Augenmerk sollte auf sozioökonomisch oder gesundheitlich benachteiligten Gruppen und deren spezifischen Bedürfnisse liegen. Diese „Gruppe“ kann allerdings sehr heterogen sein. Als **indirekte** oder **sekundäre Zielgruppen** bzw. Multiplikatorinnen/Multiplikatoren werden jene Personen bezeichnet, die die Maßnahmen in der Praxis unterstützen und ihre Reichweite erhöhen. Sie leiten beispielsweise Informationen über Angebote oder fachliche Informationen weiter und multiplizieren so die Effekte. Im gegenständlichen Fall kommen Multiplikatoren/Multiplikatorinnen aus verschiedensten Berufsgruppen, die mit Schwangeren und jungen Eltern zu tun haben.

Empowerment

Zielgruppenorientierung

Partizipation

Vernetzung und Nachhaltigkeit

Erfolgsfaktoren für Zielgruppenorientierung

Eine genaue Analyse der Ausgangssituation und **Definition der Zielgruppe** ist bei der Planung eines Angebots wesentlich, um geeignete Zugänge bzw. allfällige Zugangsschwierigkeiten zu identifizieren. Für bestimmte Subgruppen (z. B. türkischsprachige Mütter) müssen zielgruppenspezifische Angebotsformen geplant werden. Die explizite Auswahl einer Zielgruppe (z. B. Übergewichtige) kann jedoch zusätzlich stigmatisieren. Sollen hingegen alle Schwangeren und jungen Eltern erreicht werden, so kann die Nutzung des Angebots als fester Bestandteil dieser Lebensphase etabliert werden (integriert in oder angeschlossen an ein Routineangebot wie z. B. Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen). Das Erreichen von sozial oder gesundheitlich Belasteten ist dann ein Qualitätsmerkmal des Angebots (Gold/Lehmann 2012). Es muss daher eine Balance zwischen integrierten und Spezialangeboten gefunden werden (Diers 2007). Dies kann z. B. dadurch gelingen, dass mehrere Zielgruppen oder breitere Themen zusammen angesprochen werden.

Hinsichtlich der Erreichbarkeit von Personen mit Migrationshintergrund empfehlen Von Unger/Gangarova (2011) die Zusammenarbeit mit „communities“ (das sind Gemeinschaften, die nicht unbedingt aufgrund ethnischer Zugehörigkeit entstehen). Dazu müssen aber erst die bestehenden „communities“, ihre Treffpunkte und Schlüsselpersonen aus den „communities“ (diese nehmen in den „communities“ eine wichtige Funktion ein und können den Kontakt zur „community“ herstellen) identifiziert werden.

Allgemeine Empfehlungen
Kapitel 2.3

Für die Zusammenarbeit mit „communities“ sind folgende Erfolgsfaktoren bekannt (Von Unger/Gangarova 2011):

- » Gleichberechtigung aller Beteiligten,
- » Partizipation von Anfang an,
- » möglichst konkrete Zusammenarbeit (von Fachleuten mit diesen „communities“),
- » ein guter Kontakt zu den Schlüsselpersonen der „communities“.
- » Auch der Aufbau von interkulturellen Kompetenzen bei allen Beteiligten ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Zusammenarbeit.

Fachleute und Vertreter/innen der „communities“ können so gemeinsam klären, welche bestehenden Strukturen und Treffen für Prävention genutzt werden können, welche kreativen Strategien sich anbieten, wer welche Themen ansprechen kann und welche Rolle ev. Stigmatisierungen oder Tabus spielen bzw. wie sie abgebaut werden können bzw. wie damit umgegangen werden kann.

Projektbeispiel „BFHI“ (Ö): Als Zielgruppe werden alle Schwangeren definiert. Nachdem der Großteil der Geburten in Krankenhäusern stattfindet und die Maßnahmen darauf abzielen, die Situation in den Geburtskliniken zu verändern, können damit auch sozial/gesundheitlich benachteiligte Frauen erreicht werden. Zusätzlich wurden aber auch Untergruppen definiert, die eine spezifische Beratung benötigen. Dazu zählen z. B. HIV-positive Mütter, Mütter mit Mehrlingen und Mütter mit bestimmten klinischen Indikationen. Für Mütter mit Migrationshintergrund wird muttersprachliche Beratung und Anleitung angeboten. (LBIHPR, 17. 2. 2014)

Projektbeispiel Frauenassistenz FEM Süd (W): Hier werden als Zielgruppe ausschließlich sozial benachteiligte Frauen definiert und das Angebot an ihre Lebenssituation angepasst, wobei besonders auf einen nicht-stigmatisierenden Zugang geachtet wird. (Frauenassistenz FEM Süd, 10. 2. 2014)

Projektbeispiel „MIA“ (ST): Mit Hilfe einer Erhebung der regional verfügbaren Anbieter/innen und Interviews mit der Zielgruppe zu Beginn des Projektes konnte festgestellt werden, welche Strukturen und Unterstützung Frauen und Mütter in ihrer jeweiligen Gemeinde und Region benötigen (Groth et al. 2010). Das Projekt richtet sich grundsätzlich an alle Schwangeren und Mütter mit Kleinkindern. Um auch bildungsferne sozial benachteiligte Frauen und Mütter zu erreichen, wurde im Rahmen des Projektes ein spezielles Hausbesuch-Angebot entwickelt.

Projektbeispiel „Babycouch“ (NÖ): Zielgruppe sind alle Schwangeren und Familien mit Kleinkindern von 0–3 Jahren; für die Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen wurden Babycouches für Alleinerzieherinnen, für Frühchen sowie die orientalische Babycouch eingerichtet. Um sozial benachteiligte Mütter gezielt anzusprechen, wurde die „aufsuchend“ angelegte „mobile Babycouch“ mit besonders niederschwelligem Angebot initiiert. Sie wird z. B. in Frauenhäusern eingesetzt. Kommunikation auf Augenhöhe sowie die Bereitschaft, sich auf neue Kulturen einzulassen, war unerlässlich bei diesen Projekten. Beim Aufbau geeigneter Strukturen gilt es zu beachten, dass unterschiedliche Herkünfte der Zielgruppe unterschiedliche Bedürfnisse beinhalten (ARGE 2014).

Zugang zur Zielgruppe

Sollen Präventionsprojekte oder deren Inhalte über die Medien transportiert werden, so sind **zielgruppenspezifische Medien** wie z. B. muttersprachliche Zeitungen oder Gratiszeitungen einzubeziehen. Für sozioökonomisch Benachteiligte ohne Migrationshintergrund sind Regionalzeitungen relevant, während für das Erreichen von Personen mit Migrationshintergrund z. B. muttersprachliche Fernsehsendungen das Medium der Wahl sind (Pfluger et al. 2009; Stuker et al. 2008). Das Internet bietet sich als Medium für jüngere Zielgruppen an, wobei auch hier auf jene Seiten zurückgegriffen werden soll, die bereits von der Zielgruppe genutzt werden (Pfluger et al. 2009).

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Die Bewerbung erfolgt – je nach Bundesland – über möglichst vielfältige Medien, wie z. B. Bezirksblätter, eine Homepage, eine Facebook-Seite mit kurzen Informationen in verschiedenen Sprachen oder Radio-Spots (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014, Prantl 2013). Die Erfahrungen mit der Bewerbung von Präventionsangeboten über Medien sind jedoch unterschiedlich: während die Bewerbung der REVAN-Workshops über regionale Medien mancherorts nicht funktioniert hat, konnte damit z. B. in OÖ die Teilnahme von Personen mit niedrigem Bildungsniveau gesteigert werden (Ettmayer 2013). In der Steiermark wurde als Ergänzung der Workshops ein Schwangeren-Blog eingerichtet, der als Nachlese zur Verfügung steht, sowie ein G’sundEssen-Blog, der sich an ein breiteres Publikum richtet (Marczik-Zettinig/Krammer 2013).

Projektbeispiel „BFHI“ (Ö): Um Informationen über die BFHI bei Schwangeren und jungen Eltern zu verbreiten, wird mit den wichtigsten Online-Medien und Magazinen für diese Zielgruppe zusammengearbeitet (Dietscher et al. 2013).

Projektbeispiel „Babycouch“ (NÖ): Die Bewerbung der Babycouch erfolgt über verschiedenste Wege, z. B. deutsch- und türkischsprachigen „Babycouchkarten“ in der Größe des Mutter-Kind-Passes, die von Gynäkologinnen/Gynäkologen und Kindeärztinnen/-ärzten an die Mütter weitergegeben werden, oder Folder, die bei Ärztinnen/Ärzten, Apotheken, Frauenhäusern, Kindergärten, Hebammen etc. aufliegen, aber auch über digitale Medien wie Facebook (ARGEF 2014).

Gerade hinsichtlich der Erreichung von sozial Benachteiligten ist das **persönliche Aufsuchen und Ansprechen** in der jeweiligen Lebenswelt (z. B. Moschee, Kulturverein) am erfolgreichsten (Frauenassistentin FEM Süd 10. 2. 2014, Frauengesundheitszentrum 11. 4. 2014, Ammann/Gross (2011)), wobei die Mitarbeiter/innen viel Zeit und Engagement dafür benötigen. **Mundpropaganda** ist am effizientesten, greift aber erst nach einer gewissen Zeit, wenn erste positive Erfahrung mit dem Angebot gemacht wurde und weitergetragen wird.

Projektbeispiel „Netzwerk Familie“ (V): Haben die Familien positive Erfahrungen mit dem Angebot gemacht, so empfehlen sie es gerne weiter. Netzwerk Familie kann das anhand der zunehmenden Zahl an Selbstmeldern/-melderinnen beobachten. (Netzwerk Familie 29. 4. 2014)

Projektbeispiel „Babycouch“ (NÖ): Die Erfahrungen zeigen, dass Informationen über die Veranstaltungen überwiegend per Mundpropaganda weitergegeben werden. Für persönliches Ansprechen ist eine Kontaktperson nötig, wie zum Beispiel die/der Frauenbeauftragte in der Moschee / im türkischen Verein (ARGEF 2014).

Zum Ansprechen der Zielgruppe sowie zur Vermittlung von Gesundheitsförderungsbotschaften können auch **Schlüsselpersonen** (vgl. Kap. 3.1) oder **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** (haben Kontakt zur Zielgruppe und können dadurch Wissen bzw. Informationen über Angebote vermitteln) hinzugezogen werden. In vielen Fällen stammen die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren direkt aus dem Gesundheitsbereich (z. B. Allgemeinmediziner/innen oder Hebammen), aber auch aus institutionellen oder religiösen Organisationen. Ehrenamtliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind meist Personen direkt aus der Zielgruppe, insbesondere Personen aus demselben Herkunftsland. Deren Einsatz hat sich nicht nur in der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund besonders bewährt, da ihnen Vertrauen entgegengebracht und ihre Kompetenz anerkannt wird (Pfluger et al. 2009). Diese Schlüsselpersonen oder Multiplikatorinnen/Multiplikatoren können ein Projekt wirkungsvoll unterstützen (integriertes Handlungskonzept / Vernetzung), indem sie die Reichweite erhöhen, die Umsetzung beratend unterstützen oder zum Aufbau neuer Strukturen beitragen.

Sollen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Zielgruppe nicht nur ansprechen, sondern auch Inhalte vermitteln und konkrete Unterstützung leisten, so benötigen sie jedenfalls eine Schulung (NICE 2008) (vgl. auch 3.1). Der Einsatz von solcherart geschulten „Gesundheitsberatern“ hat sich zur Erreichung von sozial Benachteiligten besonders bewährt (Ammann/Gross 2011) und wird daher auch als Peer Support explizit für Stillende mit Migrationshintergrund empfohlen. Im Sinne einer wertschätzenden Haltung diesen Unterstützern/Unterstützerinnen gegenüber ist in diesem Fall eine Aufwandsentschädigung angebracht. Wird mit verschiedenen Berufsgruppen gearbeitet, so kann es zu einer Konkurrenzsituation um Aufgabenbereiche kommen (ARGEF 2014). Um diese zu entschärfen hat es sich bewährt, berufsgruppenübergreifende Schulungen durchzuführen. Dadurch wird zusätzlich ein Austausch ermöglicht und werden Kontakte zwischen den Berufsgruppen geknüpft. Um Kooperationen zwischen verschiedenen Berufsgruppen zu fördern, ist es hilfreich, auf gemeinsame Ziele und Strategien hinzuweisen (Ettmayer 2013). Erfahrungen mit einzelnen Berufsgruppen zeigen aber auch, dass die Kooperation sehr zeitaufwändig sein kann und (wiederholte) persönliche Gespräche erfordert (Ettmayer 2013; Marczik-Zettinig/Krammer 2013).

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Ärzte/Ärztinnen werden zur Vermittlung der Workshops motiviert, wobei der persönliche Kontakt mit diesen einen erheblichen Einfluss auf die Anzahl der Vermittlungen hat (Ettmayer 2013). Ein spezieller Ratgeber, der ebenfalls die Bewerbungsfolder enthielt, wird in manchen Bundesländern (OÖ, Salzburg) von den Gynäkologen/Gynäkologinnen allen Schwangeren bei der ersten Mutter-Kind-Pass-Untersuchung überreicht. In Wien und OÖ wurde die Erfahrung gemacht, dass die Bewerbung der Angebote für Personen mit Migrationshintergrund nur über persönliche Kontakte erfolgreich ist (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014). In OÖ wurde unterschieden zwischen jenen Berufsgruppen, die intensive Kontakte mit der Zielgruppe der Schwangeren und jungen Eltern haben, und denen Schulungen zum Projekt angeboten wurden, und jenen, die nur wenig Kontakt zur Zielgruppe haben und daher lediglich sensibilisiert wurden (Ettmayer 2013). In Wien wurde z. B. Bewerbungsmaterial für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in türkischer und bosnisch-serbisch-kroatischer Sprache zur Verfügung gestellt und zusätzlich ein REVAN-Unterstützernetzwerk für die Bewerbung in den jeweiligen „communities“ aufgebaut (Sonnberger 2013). Die REVAN-Unterstützer/innen organisieren und begleiten auch die Workshops, wofür sie ein Honorar (pro Workshop 100,- Euro) erhalten. In der Steiermark wurden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren des Vereins Omega so geschult, dass sie einerseits die Workshops bewerben und andererseits die Durchführung unterstützen können (Marczik-Zettinig/Krammer 2013). Sie erhalten pro Workshop 160,- Euro Aufwandsentschädigung. Als besonders hilfreich erwies sich, dass diese Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bereits Erfahrungen mit dieser Art von Tätigkeit hatten und sehr engagiert waren (brachten z. B. auf eigene Kosten und Initiative eine Jause mit). (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014).

Projektbeispiel Frauengesundheitszentrum Ried (OÖ): Um Frauen aus verschiedenen Kulturkreisen zu erreichen, sollen auch Brückenbauer/innen aus möglichst vielen Kulturkreisen zur eingebunden werden. Sie müssen nicht unbedingt inhaltlich engagiert sein, es reicht, wenn sie Informationen über Angebote weitergeben (Frauengesundheitszentrum Ried 11. 4. 2014).

Projektbeispiel „MammaMia“ (OÖ): Beim Projekt werden Mütter mit unterschiedlichem Migrationshintergrund als Moderatorinnen geschult, die dann Gesprächsrunden mit Müttern aus dem entsprechenden Sprachkreis in der Muttersprache organisieren und moderieren. Die Themen sind meist rund um die Erziehung der Kinder angesiedelt.⁹

Projektbeispiel „Babycouch“ (NÖ): Im Rahmen der klassischen deutschsprachigen Babycouch fungieren hauptsächlich Personen aus dem Gesundheitsbereich (wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärzte und Kinderärztinnen, Hebammen sowie Stillberaterinnen) als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Im Gegensatz dazu werden die orientalischen Babycouches von türkischsprachigen Müttern organisiert und geleitet, die durch die Zusammenarbeit mit den Expertinnen und Experten Wissen hinsichtlich verschiedenster Gesundheitsthemen erwerben sowie ihre interkulturelle Kompetenz erweitern können. Sie stellen das wichtigste Bindeglied zur Zielgruppe dar. Ein Wechsel in der Projektleitung kann daher kritisch sein und dazu führen, dass sich die bishe-

9

Mehr unter <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.18/view.549/level.3/>

rigen Teilnehmerinnen zurückziehen. Dies unterstreicht die wichtige Rolle einer konstanten Babycouch-Leitung (ARGEF 2014).

Projektbeispiel „Frühe Hilfen“: Frühe-Hilfen-Netzwerke arbeiten häufig mit geschulten Personen aus verschiedenen Berufsgruppen (Familienhebammen, Kinderkrankenschwestern etc.), die Familien (meist) nach der Geburt besuchen, um einerseits allgemeine Informationen über diverse Unterstützungsangebote zu vermitteln und andererseits spezifischen Unterstützungsbedarf zu identifizieren und bei Bedarf konkrete Hilfe- oder Förderleistungen zu vermitteln.

Mögliche Zugänge zu schwer erreichbaren Gruppen bieten auch **gemeinsame Interessen** und Orte, wo diese gepflegt werden, wie z. B. Schachspiel oder Backgammon im Park (Ammann/Gross 2011). Relevant können alle **Vereine** oder **Systeme** sein, wo sozial benachteiligte Personen stark vertreten sind, wie z. B. Gewerkschaften oder Sportvereine (Stuker et al. 2008). Zugänge bestehen auch über **lokale Strukturen** wie Stadtplanung, Sozialarbeit, Krankenhäuser, Eltern-Kind-Zentren etc. Personen mit Migrationshintergrund werden meist über **(Kultur)Vereine** angesprochen, die oft eine Frauenbeauftragte haben. Dabei gilt es jedoch oft, Hürden zu bewältigen (ARGEF 2014):

- » Vereine vertreten zum Teil sehr unterschiedliche Anschauungen zu Lebenswelt und Politik,
- » agieren oft eher verschlossen und unabhängig voneinander,
- » die Vorstände gehören häufig der ersten Migrationsgeneration an und haben daher eher eingeschränkte Deutschkenntnisse.

Es kann daher vorteilhaft sein, nach Brückenbauern/-bauerinnen zu diesen Vereinen zu suchen und diese einzubinden.

Projektbeispiel Frauengesundheitszentrum Ried (OÖ): Das niederschwellige Frauencafe ermöglicht es Frauen, zunächst über einen Besuch des Cafes die Einrichtung und die Mitarbeiter/innen kennenzulernen und danach zu entscheiden, ob sie sich für ein Seminar oder einen Beratungstermin anmelden wollen. Der Service „Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen“ wird sogar von anderen Institutionen genutzt, die die Frauen mit den Formularen zum Frauengesundheitszentrum schicken.

Projektbeispiel Frauenassistenz FEM Süd (W): Eine Anlaufstelle in einem Krankenhaus, in das die Frauen ohnehin zu Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gehen, bietet einen nicht stigmatisierenden Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Frauen. Hinsichtlich Frauen mit Migrationshintergrund liegt der Vorteil auch darin, dass Krankenhäuser ein kulturell „erlaubtes“ Terrain sind (Frauenassistenz FEM Süd, 10. 02. 2014).

Für die Bewerbung der Angebote für Schwangere oder Vermittlung von fachlichen Informationen eignet sich auch das Setting **Arbeitsplatz**, wobei hier besonders Firmen ausgewählt werden sollten, in denen sozioökonomisch Benachteiligte vermehrt tätig sind (z. B. Reinigungsfirmen).

Projektbeispiel „REVAN“ (S, V): In Salzburg und Vorarlberg wurden die Workshops auch über die Personalabteilungen von Firmen (mit mehr als 100 Mitarbeitenden) beworben (Prantl 2013).

Ein spezieller Weg, um nicht nur Informationen über ein Angebot, sondern auch Inhalte zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen (auch speziell für Schwangerschaft und Säuglingsalter) an Personen mit Migrationshintergrund zu vermitteln, ist die Aufbereitung in Form von Materialien für **Deutschkurse**.

Projektbeispiel „REVAN“ (S, K, ST): In Salzburg wurden die Themen für die verpflichtenden Deutschkurse aufbereitet und getestet und stehen nun allen Ausbildungsvereinen kostenlos zur Verfügung. In Kärnten wurden die Deutschkurse eher zur Bewerbung des REVAN- Workshops für Migrantinnen genutzt: es gab in der VHS- Programm- Broschüre Hinweise auf das REVAN- Angebot und auch in jenen Kursen, die sich an die Zielgruppe Migrantinnen richteten, wurde darauf hingewiesen. Wegen zu geringer Inanspruchnahme des Migrantinnen-Workshops und der knappen (budgetären) Ressourcen wurden diese im Jahr 2014 in Kärnten vorerst nicht mehr weitergeführt. (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014). Auch in der Steiermark werden die REVAN-Themen im Rahmen von Deutschkursen umgesetzt.

Der eher klassische Weg der Bewerbung und Aufbereitung von fachlichen Informationen erfolgt mittels **Broschüren**, wobei auch hier versucht werden kann, durch gezielte Verbreitung (z. B. Zusendung an alle Versicherten) oder ergänzende Beilagen die Resonanz zu erhöhen. Ausschließliche Verbreitung von Informationen über Broschüren ist allerdings nicht zielführend (vgl.3.1).

Projektbeispiel „REVAN“ (S, OÖ): In Salzburg wurde eine Broschüre rund um das gesamte Thema der Schwangerschaft und Ernährung der Kinder ab dem Beikost-Alter erstellt, in der neben Informationen über die verschiedenen Leistungen der SV auch Hinweise auf die Workshops zu finden sind. Diese Broschüre wird an alle Schwangeren und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren verteilt. In OÖ erfolgte die Bewerbung des Beikost-Workshops auch durch die Zusendung eines Newsletters an alle jungen Eltern drei Monate nach der Geburt sowie im Rahmen der Anmeldung zum ersten Workshop (Ernährung in der Schwangerschaft) (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014).

Zielgruppenspezifische Kommunikations- und Interventionsformen

Bei der Konzeptionierung des Angebots selbst sollte darauf geachtet werden, dieses möglichst **niederschwellig** zu gestalten. Um die Erreichbarkeit sozial oder gesundheitlich Benachteiligter sicherzustellen, empfiehlt sich ein **aufsuchendes** oder **mobiles** Angebot. Dies gilt insbesondere für nicht mobile Personen oder Personen mit Migrationshintergrund, bei denen es aufgrund des kulturellen Hintergrunds kaum üblich ist, zu öffentlichen Informationsveranstaltungen zu gehen. In diesen Fällen kann die Wohnung der Zielpersonen ein passendes Setting sein.

Allgemeine Empfehlungen
Kapitel 2.3.2

Projektbeispiel „Gesundheit kommt nach Hause“ (W, NÖ): Im Programm werden Mütter mit sehr niedrigem sozioökonomischen Status und Migrationshintergrund von geschulten Müttern aus demselben Kultur- und Sprachkreis mit ähnlichem sozioökonomischen Status („Gesundheits-tutorinnen“) im Kindergarten oder auf dem Spielplatz etc. angesprochen und – wenn sie interessiert und einverstanden sind – in der Folge in ihrer Wohnung aufgesucht, wo bei regelmäßigen Treffen die eigentliche Vermittlung von konkretem gesundheitsförderlichen Verhalten erfolgt.¹⁰

Projektbeispiel Frühe Hilfen: Ein wesentlicher Ansatz von Frühen Hilfen ist die Familienbegleitung in Form von Hausbesuchen. Diese Hausbesuche werden sehr gerne angenommen, da die Eltern gerade nach der Geburt bzw. mit Babys froh sind, wenn sie keine zusätzlichen Termine außerhalb wahrnehmen müssen. Hausbesuche bieten zusätzlich den Vorteil, die gesamte Familie einbinden zu können.

Projektbeispiele „MIA“ (ST) und „MammaMia“ (OÖ): Hausbesuche haben sich als die beste Maßnahme erwiesen, um v. a. bildungsferne, sozial benachteiligte Frauen in der Steiermark zu erreichen (Groth et al. 2010; Steingruber et al. 2010). Ein Gesprächsleitfaden ist hilfreich, die persönliche Haltung der Durchführenden ist wesentlich für den Erfolg. Auch bei MammaMia (OÖ) finden die Gesprächsrunden bei einer Gastgeberin zu Hause statt.¹¹

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Workshops in Frauenhäusern anzubieten bietet zwar eine gute Tagesstrukturierung, ist aber aufgrund der vielen anderen Probleme der Frauen nicht einfach (Vernetzungstreffen REVAN, 24. 4. 2014). Darüber hinaus leben in Frauenhäusern meist nur wenige Schwangere, sondern eher Frauen mit älteren Kindern (Vernetzungstreffen REVAN, 24. 4. 2014).

Wenn ein „Komm-Ansatz“ für Angebote gewählt wird, so sollten auch diese niederschwellig gestaltet sein, sodass sie zeitlich und räumlich leicht erreicht werden können (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Zu möglichen Hindernissen zählen Kosten, Wartezeiten, Anfahrtszeiten, Räumlichkeiten und Anmeldeformalitäten (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Günstig ist es auch, Orte zu wählen, an denen sich die Zielgruppe ohnehin aufhält, z. B. um Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen wahrzunehmen. Eventuell können anonyme Angebote sinnvoll sein. Jedenfalls sollte bezüglich der Anmeldeformalitäten geklärt werden, welche persönlichen Daten wirklich notwendig sind und welche abschreckend wirken können. Auch die gezielte Ansiedlung von Angeboten in jenen Gebieten, wo ein höherer Anteil sozial Benachteiligter wohnt, trägt dazu bei, den Zugang zu erleichtern (Gold/Lehmann 2012). Werden Angebote in entlegenen Regionen umgesetzt, so ist u. U. mit einer geringen Teilnehmerzahl zu rechnen. Dann ist ggf. zu prüfen, ob mehrere spezifische Zielgruppen zu einer akzeptablen Gruppengröße zusammengeführt werden können. Niederschwelligkeit kann aber auch Barrierefreiheit bedeuten, um z. B. Frauen mit Behinderungen den Zugang zu ermöglichen.

10

Mehr unter <http://www.gekona.at/>

11

Mehr unter <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.18/view.549/level.3/>

Projektbeispiel „Stillförderungsprogramm für sozial Benachteiligte“ (Deutschland): Das Programm (Brandenburg) ist direkt in einem Wohngebiet angesiedelt, wo ein hoher Anteil an sozial Benachteiligten lebt.

Projektbeispiel Frauenassistenz FEM Süd: Die Beratungsstelle ist barrierefrei gestaltet, um Frauen mit Behinderungen den Zugang zu ermöglichen (Frauenassistenz FEM Süd 10. 2. 2014).

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Um Workshops möglichst wohnortnah oder „vor Ort“ anbieten zu können, wurden in den Bundesländern verschiedene Strategien verfolgt. So wurden z. B. Kontakte zu Kulturvereinen geknüpft (Wien, NÖ) und Workshops in Volksschulen (Wien), Krankenhäusern mit Geburtshilfe-Abteilungen (OÖ) und Eltern-Kind-Zentren (OÖ) durchgeführt (Ettmayer 2013; Sonnberger 2013), (Vernetzungstreffen REVAN, 24. 4. 2014). In Kärnten wurde das „Mobile Beratungsteam“ (MBT) gegründet, das aus einer Ärztin, einer Hebamme und einer Diätologin besteht und für erweiterte Mütterberatung mit Einzelgespräch und sogar einzelnen Untersuchungen in den Regionen angeboten wurde (Vernetzungstreffen REVAN, 24. 4. 2014). Aber auch damit konnten vor allem gut gebildete Frauen erreicht werden.

Projektbeispiel „MIA“ (ST): Regelmäßig regional organisierte, niederschwellige und moderierte Müttercafés wurden sehr gut angenommen und führten mit der Zeit zu einer guten Vertrauensbasis (Steingruber et al. 2010). Dadurch konnten auch sehr persönliche Angelegenheiten besprochen werden. Als hilfreich haben sich ein geregelter Ablauf der Müttercafés und Gesprächsregeln erwiesen, die jeweils zu Beginn in Erinnerung gerufen wurden.

Die **zeitliche Gestaltung** sollte der Zielgruppe angemessen sein: Angebote für berufstätige Frauen sollten abends oder wenn möglich direkt am Arbeitsplatz stattfinden, für arbeitslose Frauen am Vormittag. Alleinerzieherinnen sollte am besten über die passende Zeit selbst befragt werden z. B. in Mutter-Kind-Zentren oder Supermärkten (FEM Süd, 10. 02. 2014). Die Erfahrungen in der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund zeigen auch, dass häufig anders mit Zeit und Terminen umgegangen wird, was bei der Planung und Gestaltung zu berücksichtigen ist (Frauengesundheitszentrum Ried 11. 4. 2014). Auch die Dauer von Workshops ist ein Thema: Während einerseits Teilnehmer/innen von REVAN-Workshops die lange Dauer von 3,5 Stunden kritisierten (Sonnberger 2013), sind andererseits extra organisierte Kurzworkshops nicht angenommen worden (Sonnberger 2013).

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Bezüglich optimaler Zeitpunkte hat sich herausgestellt, dass Vormittagstermine erst nach der Geburt günstig, dann aber besser geeignet sind als Nachmittagsstermine (Ettmayer 2013; Prantl 2013). Andere Erfahrungen sprechen jedoch für einen Beikost-Workshop von 15–17:30 Uhr (Vernetzungstreffen REVAN, 24. 4. 2014). Während der Schwangerschaft berücksichtigen Termine ab 17:00, 18:00 oder 19:00 Uhr die Berufstätigkeit (ARGEF 2014), (Vernetzungstreffen REVAN, 24. 4. 2014), auch wenn die Teilnehmer/innen dann teilweise bereits recht müde und nicht mehr aufnahmefähig sind. In Wien werden die Workshops sowohl vormittags als auch nachmittags angeboten, eine zeitliche Anpassung ist bei Bedarf möglich. In NÖ hat sich gezeigt, dass die Kochworkshops für Personen mit Migrationshintergrund bevorzugt am Wochenende angenommen werden, wobei sie nicht langfristig geplant und angekündigt werden sollen – eine kurzfristige Ankündigung z. B. für das kommende Wochenende

funktioniert besser (ARGEF 2014). Dies gilt auch für die Planung von Kochworkshops in Frauenhäusern, da sich die Frauen dort oft nur sehr kurzfristig aufhalten.

Projektbeispiel Frauenassistenz FEM Süd: Für berufstätige Frauen finden Angebote am Abend statt, für arbeitslose Frauen am Vormittag. (Frauenassistenz FEM Süd 10. 2. 2014)

Projektbeispiel „Netzwerk Familie“ (V): Der Zeitpunkt der Mütterhocks (Mütterunden mit fachlichem Input durch eine Expertin oder einen Experten) wird auf die Bedürfnisse von Eltern mit Babys abgestimmt und daher für den späteren Nachmittag, d. h. nach dem Mittagsschlaf und vor dem Abendessen organisiert (Netzwerk Familie 29. 4. 2014).

Projektbeispiel „BFHI“ (OÖ): Die Beratung soll auf die Bedürfnisse der Mütter abgestimmt werden, dies ist jedoch im Routinebetrieb der KHs manchmal schwierig. Beispielsweise braucht es in der zweiten Nacht nach der Geburt oft besondere Motivationsarbeit und Unterstützung, wenn Mütter bereits sehr müde sind und die Milch noch nicht fließt (Dietscher et al. 2013).

Weitere Möglichkeiten, die Inanspruchnahme von Angeboten wie z. B. Workshops zu steigern, sind: ein kostenloses Angebot, ein möglichst unkompliziertes Anmeldeverfahren, eine vorherige Erinnerung, die Zusendung eines Anfahrtsplans.

Projektbeispiel „MIA“ (ST): Für die Teilnahme an den Müttercafés ist keine Anmeldung erforderlich (Steingruber et al. 2010).

Projektbeispiel „REVAN“ (ST): Eine Erinnerung per SMS oder Anruf hat sich in der Steiermark bewährt (Vernetzungstreffen REVAN, 24. 4. 2014)

Zur Erreichung der Zielgruppen ist ein jeweils **zielgruppensensibler Ansatz** zu wählen. Im Fall von Schwangeren und jungen Eltern ist vor allem auf geschlechts- und kultursensible Aspekte zu achten. Dazu gehören das Verständnis für Barrieren der Zielgruppe und kultursensitive Inhalte, aber auch die Rücksichtnahme auf kulturelle und religiöse Normen (NICE National Institute for Health and Clinical Excellence 2012).

Projektbeispiel REVAN (Ö): Im Rahmen der Kochworkshops für türkische Migrantinnen (NÖ) wird nicht teilnehmerzahlenangepasst gekocht, sondern so, dass auch Portionen zum Mitnehmen für die Familie einkalkuliert werden. Dies stellt für Frauen oft ein ausschlaggebendes Kriterium für die Teilnahme an dem Workshop dar, da es ihnen ermöglicht, der Versorgung der gesamten Familie gerecht zu werden (ARGEF 2014).

Wichtig ist, dass die Beratungspersonen Kompetenz zur **Offenheit gegenüber anderen Lebenswelten** sowie Respekt und Wertschätzung haben bzw. diesbezüglich geschult werden. Zu vermeiden sind paternalistisches Verhalten oder „victim blaming“ (d. h. dem Gegenüber Schuld an der eigenen Lage zu vermitteln) (Possert 2007). Eine wichtige Voraussetzung für Akzeptanz ist das Vorhandensein von **Vertrauen**, das auch gepflegt und erhalten werden muss (Gold/Lehmann 2012). Dieses Vertrauen kann durch die oben genannte Haltung in Verbindung mit gemeinsamen Aktivitäten wie gemeinsames Kochen und Essen einfach und schnell hergestellt werden. Aber

auch der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der Zielgruppe kann dazu wesentlich beitragen. In Wien hat sich z. B. herausgestellt, dass Personen mit Migrationshintergrund auf die Institution WGKK sehr reserviert reagieren, erst durch muttersprachliche Kontaktpersonen konnte Vertrauen aufgebaut werden (Sonnberger 2013). Für die Arbeit mit Frauen in schwierigen Lebenslagen gilt generell, dass viel Geduld, Offenheit und Vertrauen notwendig sind und das Vertrauen erst langsam aufgebaut werden muss (Frauengesundheitszentrum Ried 11. 4. 2014).

Projektbeispiel „BFHI“ (Ö): Es müssen alle Mitarbeiter/innen in Geburtshilfe geschult werden, damit sie nicht unterschiedliche Botschaften vermitteln und unterschiedlich handeln (z. B. hinsichtlich der Gewichtsentwicklung des Neugeborenen). Dies trägt sonst zu einer Verunsicherung der Mütter bei. (LBIHPR 17. 2. 2014)

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Eine wertschätzende Haltung kann auch in der Gestaltung der Workshops zum Ausdruck kommen. So werden z. B. Getränke oder kleine Verpflegung zur Verfügung gestellt, was bei der Zielgruppe sehr gut ankommt (AGES 2014).

Kleingruppen bieten ein effektiveres und effizienteres Setting zur Förderung von gesundheitsförderlichem Verhalten bei schwer erreichbaren Zielgruppen als großflächige Präventionsarbeit (Ammann/Gross 2011). Nur in kleinen Gruppen kann auf individuelle Fragen und Bedürfnisse eingegangen und intensiv diskutiert werden (ARGEF 2014; Sonnberger 2013). Bei Workshops für junge Mütter kommt dazu, dass die Säuglinge üblicherweise mitgebracht werden und eine zu große Anzahl an Babys (mehr als 5) zu viel Unruhe erzeugt. Auf eine entsprechende räumliche Ausstattung ist zu achten. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die Organisation von **Kinderbetreuung** sehr hilfreich ist (ARGEF 2014). Alternativ kann auch angeboten werden, dass Begleitpersonen mitbracht werden können. Projekterfahrungen zeigen, dass Frauen (insbesondere jene mit Migrationshintergrund) häufig ihre Kinder mitnehmen (Vernetzungstreffen REVAN, 24. 4. 2014). Zusätzlich kommen oft auch Freundinnen mit größeren Kindern mit. Diese Frauen können aber wiederum als Multiplikatorinnen dienen.

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Als ideale Gruppengröße für die Workshops hat sich die Anzahl von 5–7 Personen herauskristallisiert, v. a. wenn auch Kinder dabei sind. Die Kochworkshops in NÖ werden mit max. 10 Personen durchgeführt (ARGEF 2014). In Wien werden die Workshops mit max. 15 Teilnehmern/Teilnehmerinnen durchgeführt (Sonnberger 2013). Kinderbetreuung wird teilweise bereitgestellt.

Projektbeispiel „Netzwerk Familie“ (V): Während der Mütterhocks wird Kinderbetreuung in einem extra Raum geboten.

Projektbeispiel „MIA“ (ST): Professionelle Kinderbetreuung während der Müttercafés hat sich bewährt und auch zu positiven Effekten bei der Entwicklung der Kinder geführt. Dabei ist genug Zeit einzuplanen, damit die Mütter die Kinder zur Kinderbetreuung begleiten und sich nachher auch mit der betreuenden Person austauschen können (Groth et al. 2010).

Viele Maßnahmen in der Gesundheitsförderung stellen den Aspekt der Wissensvermittlung in den Vordergrund und vernachlässigen die Dimension der Verhaltensänderung (Ammann/Gross 2011). Die Maßnahmen sollten aber so gestaltet werden, dass ein Lernprozess in Gang gesetzt wird (vgl. Empowerment 3.1). **Inhalte und Form** müssen an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden (NICE National Institute for Health and Clinical Excellence 2007; Pfluger et al. 2009), wobei auch hier Partizipation (vgl. Partizipation) ein Schlüssel ist, damit dies gelingen kann (Lehmann et al. 2011).

Nicht nur das Format und die Inhalte eines Angebots sind wesentlich, es ist auch zu berücksichtigen, dass die **Sprache** oder die **Form der Informationsaufbereitung** Barrieren darstellen können (Stuker et al. 2008). Eine zielgruppenspezifische Aufbereitung der Informationen geht über die Übersetzung in die **Muttersprachen** hinaus und muss auf die **Alltagssprache** der Zielgruppe ausgerichtet sein (Stuker et al. 2008). Die Sprache soll leicht verständlich ohne Fremdwörter und „modernen Trendbegriffe“ sein (Lis et al. 2011). Einerseits hat sich der ausschließliche Einsatz von Dolmetschern in der Beratung nicht bewährt, da die Vertrauensbildung unter diesen Voraussetzungen schwieriger ist (FEM Süd; 10. 02. 2014). Andererseits hilft bei schlechten Deutschkenntnissen das Einbeziehen von geschulten und sensibilisierten Dolmetschern/Dolmetscherinnen aber, Missverständnisse zu vermeiden (Netzwerk Familie 29. 4. 2014). Muttersprachliche Gruppen/Workshops haben den Vorteil, dass leichter Vertrauen hergestellt und besser auf die kulturspezifischen Besonderheiten eingegangen werden kann, andererseits sollten mehrsprachigen Personen wählen können, ob sie an einer deutschsprachigen oder anderssprachigen Gruppe teilnehmen wollen (FEM Süd 2009). Hinsichtlich gesundheitlich Benachteiligter ist z. B. zu berücksichtigen, dass Deutsch für Gehörlose eine Fremdsprache darstellt und Dolmetscher/innen nur maximal 1,5 Stunden übersetzen dürfen.

Projektbeispiel „Donna Mobile“ (Deutschland): Mitarbeiter/innen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund ermöglichen es in diesem Münchner Projekt, auf die Anforderungen bezüglich Sprache sowie die Notwendigkeit kultureller Anpassungen sehr flexibel reagieren zu können (Palecek 2007).

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): In vielen Bundesländern wurde das Workshop-Material in verschiedene Sprachen übersetzt und auf einfache und verständliche Sprache geachtet. Die Workshops werden oft von geschulten muttersprachlichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchgeführt. In Wien wurden die Workshops für Personen mit Migrationshintergrund von muttersprachlichen Trainerinnen und Trainern in türkischer und bosnisch-serbisch-kroatischer Sprache durchgeführt (Sonnberger 2013). Die österreichischen Beikost-Empfehlungen wurden in türkische oder bosnisch-serbisch-kroatische Sprache übersetzt, der Folder zur Ernährungspyramide für Schwangere ist auch auf Türkisch erhältlich. In Niederösterreich und Oberösterreich wurde für die Kochworkshops zur Informationsweitervermittlung eine Rezeptbroschüre inklusive wichtiger Kernbotschaften in türkischer und deutscher Ausführung erstellt (ARGEF 2014). Die österreichweite Evaluation der Workshops ergab allerdings, dass die Inhalte nicht immer verständlich und unkompliziert erklärt waren (AGES 2014). Es wird daher vorgeschlagen, dies im Laufe eines Workshops immer wieder zu überprüfen. In OÖ wurden spezielle Workshops für Gehörlose konzipiert, bei denen zwei Dolmetscher/innen eingesetzt werden.

Projektbeispiel „MIA“ (ST): Um Mütter mit geringen Deutschkenntnissen zu erreichen, können interkulturelle Müttercafés mit muttersprachlichen Dolmetschern/Dolmetscherinnen oder Unterstützung durch andere Teilnehmer/innen hilfreich sein (Groth et al. 2010). Eine Übersetzung bei Hausbesuchen kann diesen einen offiziellen Anstrich geben und dazu führen, dass die Ehemänner oder andere männliche Familienmitglieder anwesend sind und in der Folge über sehr persönliche Themen nicht gesprochen werden kann. Reine Frauengruppen mit Übersetzung können von Vorteil sein.

Projektbeispiel „Babycouch“ (NÖ): Um Personen zu erreichen, die nicht an der „Babycouch“ teilnehmen, werden 35 deutsch- sowie türkischsprachige IPTV-Clips auf der Homepage bereitgestellt. Diese beinhalten wichtige Informationen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Stillzeit sowie Interviews mit namhaften österreichischen Kompetenzträgern (ARGEF 2014).

Neben der Sprache ist auf eine zielgruppenspezifische Symbolik/**Ästhetik** der Workshop- oder Informationsmaterialien Wert zu legen (Stuker et al. 2008). Materialien sind auch in Bezug auf ihre migrationsspezifische Gendertauglichkeit kritisch daraufhin zu hinterfragen, ob die vermittelten Bilder der jeweiligen Lebenswelt der Zielgruppe entsprechen (Stuker et al. 2008). Insgesamt sind Bilder, Musik oder Filme etc. Kommunikationsmaterialien hilfreicher und effektiver als schriftliche Informationsmaterialien (Pfluger et al. 2009).

Projektbeispiel „Gesundheit kommt nach Hause“ (W, NÖ): Ein eigener Gesundheitskoffer wurde entwickelt, der die sachlichen Informationen in Form von Geschichten und Informationsblättern aufbereitet. Die Geschichten richten sich eigentlich an die Kinder, werden diesen aber von den Eltern vorgelesen. Die Informationsblätter enthalten Vertiefungen zu den in den Geschichten angesprochenen Themen.

Projektbeispiel REVAN (NÖ, W): In etlichen Bundesländern wurden die verwendeten Materialien auch auf ethische und kulturelle Spezifika hin überprüft und überarbeitet (viele Bilder, Berücksichtigung der jeweiligen Esskultur und des Ernährungsverhaltens). In NÖ werden die Broschüren für die Kochworkshops mit Piktogrammen versehen (ARGEF 2014). In Wien kümmert sich eine eigene Integrationsförderin der WGKK darum, dass die Wünsche der Zielgruppe berücksichtigt werden. Die Gestaltung des Workshops als Frage-Antwort-Spiel hat sich ebenfalls bewährt (Vernetzungstreffen REVAN, 24. 4. 2014).

Projektbeispiel „BFHI“ (Ö): Die Stillanleitung für Mütter basiert auf Bildern, um die Informationen möglichst anschaulich zu vermitteln (Dietscher et al. 2013).

Die Berücksichtigung von **Jahreszeiten** und **religiösen** Festen kann zu einer besseren Erreichbarkeit der Zielgruppen führen. Angebote während der Schulferien können z. B. von Müttern aufgrund ihrer Betreuungsverpflichtungen nur bedingt genutzt werden. Zusätzlich nützen Menschen mit Migrationshintergrund die Sommerferien häufig für Besuche in den Herkunftsländern (Lis et al. 2011). Als günstige Zeitpunkte bieten sich z. B. Fastemonate an, bestimmte Festtage dagegen (z. B. Weihnachten und Fasching sowie das Zucker- und Opferfest) sind weniger geeignet (Lis et al. 2011).

Checkliste Zielgruppenorientierung

- ✓ Ging der Maßnahmenumsetzung eine Definition, Analyse und Auswahl der Zielgruppe(n) nach Aspekten der Chancengerechtigkeit voraus?
- ✓ Liegen ausreichend Informationen über ihre Lebenssituation und Lebenswelten (inklusive Ressourcen, Belastungen, Herausforderungen) vor?
- ✓ Sieht die Maßnahme einen niederschweligen (oder aufsuchenden) Zugang zur Zielgruppe vor und werden Hürden wie Kostenbeiträge sowie unpassende Zeiten und Orte vermieden?
- ✓ Sieht die Maßnahme die Einbindung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren (insbesondere direkt aus der Zielgruppe) vor?
- ✓ Haben die Mitarbeiter/innen und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren ausreichend Offenheit und interkulturelle Kompetenzen bzw. eine wertschätzende Haltung der Zielgruppe gegenüber? Wenn nicht: Ist ein Training dazu geplant?
- ✓ Sind die Maßnahmen auf die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt (z. B. Verwendung von Alltagssprache, Berücksichtigung von Ernährungsgewohnheiten und spezifischen Themen)?
- ✓ Wird die Effektivität der Maßnahmen bei den Zielgruppen gesondert nach Aspekten der Chancengerechtigkeit evaluiert (z. B. wirkt die Maßnahmen bei Schwangeren und jungen Eltern mit Migrationshintergrund)?

3.3 Partizipation der Akteure

Partizipation bedeutet nicht nur Teilnahme, sondern aktive **gleichberechtigte** Teilhabe (Entscheidungskompetenz) bei allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung (Lis et al. 2011). In der Gesundheitsförderung soll die Zielgruppe ihre eigenen Bedürfnisse formulieren und Wünsche, Ideen und Vorstellungen bei der Planung, Umsetzung und Durchführung gesundheitsfördernder Aktivitäten einbringen. Partizipation ist ein Entwicklungsprozess, bei dem die Zielgruppe zunehmend Kompetenzen gewinnt, um aktiv Einfluss auf Entscheidungen nehmen zu können.



Der Partizipationsprozess kann sehr zeit- und ressourcenintensiv sein, weswegen häufig nur unverbindliche Teilnahme ermöglicht wird. Diese rein formale Form der Partizipation ist keine Mitbestimmung und kann die Ziele Ressourcenstärkung und Empowerment konterkarieren. Gut implementierte Partizipation kann hingegen dazu führen, dass durch positive Erfahrungen und soziale Kontakte das Selbstbewusstsein gestärkt wird. Dies kann gesundheitsfördernd wirken.

Partizipation gewährleistet auch, dass Gesundheitsförderungsaktivitäten gut auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt sind. In den verschiedenen Phasen eines Projektes sind viele unter-

schiedliche Formen von Partizipation sinnvoll und möglich und bereits in der Projektplanung zu berücksichtigen (Fonds Gesundes Österreich 2005). Im Zusammenhang mit Maßnahmen für Schwangere und jungen Eltern bedeutet Partizipation, die (werdenden) Mütter und jungen Eltern aus verschiedenen Subgruppen bereits bei der Planung einzubeziehen.

Hinsichtlich der Partizipation von Personen mit Migrationshintergrund in der Prävention werden von Unger und Gangarova (Von Unger/Gangarova 2011) folgende Empfehlungen formuliert: Kulturelle Vielfalt muss wertgeschätzt werden und Ressourcen für Partizipation müssen zur Verfügung stehen. Eine interkulturelle Öffnung der Anbieter ist nötig. Das bedeutet, Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund zu beschäftigen und interkulturelle Kompetenz aufzubauen. Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen sollten auch finanziell teilhaben können (Honorare, Aufwandsentschädigungen). Die Zusammenarbeit mit Vereinen und Organisationen der „communities“, aber auch die Vernetzung innerhalb der „communities“ sollte gefördert werden. Für die praktische Arbeit in Projekten heißt dies, als Gruppe zu reflektieren, wer auf welcher Stufe der Partizipation an Prävention beteiligt ist, auf welcher Stufe Personen mit Migrationshintergrund beteiligt sind, ob diese Stufe angemessen ist und was konkret für mehr Partizipation getan werden kann. Wichtig ist, Scheinpartizipation zu vermeiden und eine reflektierte und produktive Zusammenarbeit zu gestalten.

Erfolgsfaktoren

Partizipation sollte in **allen Projektphasen** stattfinden (Stuker et al. 2008), d. h. bereits in der **Planung und in der Materialerstellung**. Partizipation in allen Projektphasen (Planung, Durchführung, Leitung und Evaluation) hat den positiven Nebeneffekt, dass Zugangsbarrieren abgebaut werden oder gar nicht erst entstehen (Pfluger et al. 2009). Eine Teilnahme ausschließlich im Rahmen der Evaluation (z. B. über Feedbackbögen) ist keine Partizipation. Die Evaluation von REVAN ergab, dass die Zielgruppe sozioökonomisch Benachteiligter schlecht erreicht wurde, was unter anderem auf die mangelnde Partizipation zurückgeführt werden kann.

Projektbeispiel Frauenassistenz FEM Süd (W): Beim Ernährungsprojekt wurde mit muttersprachlichen Betreuern/Betreuerinnen gearbeitet, um besser einschätzen zu können, welche Lebensmittel in der jeweiligen Kultur regelmäßig konsumiert werden. Darauf aufbauend wurde eine eigene Ernährungspyramide erstellt. (Frauenassistenz FEM Süd 10. 2. 2014)

Projektbeispiel „MIA“ (ST): Die Zielgruppe wurde von Anfang an eingebunden, sowohl in die Erhebung der Ausgangssituation (wo darauf geachtet wurde, besonders benachteiligte Frauen zu interviewen) als auch in die Planung und Umsetzung verschiedener Projektangebote (Steingruber et al. 2010).

Als **bewährte Methoden zur Ermöglichung von Partizipation** werden – je nach Partizipationsstufe – teilnehmende Beobachtungen, systematisches Erfassen von Anliegen der Zielgruppe, Blitzbefragungen, Fokusgruppen, angeleitete Arbeitsgruppen, Open Space und ähnliche Techniken

(World Cafe, Zukunftswerkstatt)¹² sowie Nutzerbeiräte genannt. Wesentlich für eine erfolgreiche Partizipation ist der wertschätzende Umgang mit den Meinungen und Anliegen der Betroffenen.

Projektbeispiel „BFHI“ (Ö): Mütter wurden bei der Erstellung der Stillanleitung in Form einer Fokusgruppe eingebunden. Auch Mitarbeiter/innen von Krankenhäusern wurden nach ihrer Meinung zu Qualität und Brauchbarkeit der an sie gerichteten Informationsmaterialien gefragt, um die Materialien anzupassen (Dietscher et al. 2013).

Projektbeispiel Frauenassistenz FEM Süd (W): Zu Beginn jedes Projektes wird mit Frauen aus der Zielgruppe Kontakt aufgenommen und nach ihren Wünschen und Vorstellungen gefragt – in Befragungen und Fokusgruppen. Dies ist auch als vertrauensbildende Maßnahme wichtig (Frauenassistenz FEM Süd 10.2.2014).

Projektbeispiel „MIA“ (ST): Die Frauen der Projektgemeinden wurden dabei unterstützt, eigene Ideen für eine Mitgestaltung der Gemeindestrukturen zu entwickeln und als Kleinprojekte für eine finanzielle Förderung aus einem speziell dafür eingerichteten Fördertopf einzureichen. Die ausgewählten Projekte wurden von den Frauen dann selbstständig umgesetzt (Steingruber et al. 2010).

Checkliste Partizipation

- ✓ Ist Partizipation in allen Projektphasen (insbesondere auch der Planungsphase) vorgesehen?
- ✓ Findet die Zielgruppe die Methode der Partizipation angemessen?
- ✓ Ist eine aktive gleichberechtigte Teilhabe mit Entscheidungskompetenz vorgesehen? Wenn nicht, in welcher Form wird Partizipation ermöglicht?
- ✓ Sind die Rollen und Entscheidungskompetenzen in den partizipativen Prozessen klar definiert? (Vermeidung von enttäuschten Erwartungen)
- ✓ Ist Partizipation ein Teil von bereits bestehenden Abläufen wie z. B. als Team-Jour-Fixe?
- ✓ Sind die Akteure in den Evaluationsprozess partizipativ eingebunden?

12

Eine genauere Beschreibung der Methoden findet sich unter <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/leitfaden-fur-gesundheitsforderung-in-gemeinden-stadtteilen-und-regionen/2014-06-06.4749017749>

3.4 Vernetzung und Nachhaltigkeit

Vernetzung muss bereits in der Planungsphase eines neuen Projekts/Programms mitgedacht werden, um sowohl breite Unterstützung durch höhere Akzeptanz als auch eine ganzheitliche Herangehensweise durch Berücksichtigung vieler Einflussfaktoren sicherzustellen (Gold/Lehmann 2012). Dies ist gerade bei der Identifizierung von potentiellen Hindernissen und Erfolgsfaktoren hilfreich.

Nachhaltigkeit: Ein Kernziel gesundheitsfördernder Maßnahmen ist die nachhaltige Sicherstellung, Verbreitung sowie ggf. die notwendige Anpassung von Strukturen, Prozessen und Verhaltensweisen über die Projektdauer hinaus.

Erfolgsfaktoren

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor gesundheitsfördernder Projekte für die Zielgruppe der Schwangeren und jungen Eltern ist die Vernetzung zwischen Projektmitarbeitenden, den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, anderen Gesundheitsförderungsprojekten, Entscheidungsträger/innen sowie Partnern aus anderen Sektoren und Politikbereichen außerhalb des Gesundheitsbereichs¹³ (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014, NICE (2008)).

Der systematische Austausch von Erfahrungen, die optimale Nutzung von Synergien und Ressourcen sowie die Generierung von Wissen durch Zusammenarbeit von und Vermittlung zwischen allen Beteiligten und relevanten Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen erhöht die Effizienz und die Reichweite der Maßnahmen für Schwangere und junge Eltern.

Allgemeine Empfehlungen
Kapitel 2.5

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Die Erfahrungen des gesamten REVAN-Projektes zeigen, dass eine systematische Vernetzung zwischen den Beteiligten in den Bundesländern sowie die kontinuierliche Unterstützung durch das Bundesprogramm wichtig sind, um Erfahrungen auszutauschen und das Angebot laufend weiterentwickeln zu können. Durch die Vernetzung auf nationaler Ebene wird auch sichergestellt, dass einheitliche und qualitätsgesicherte Materialien verwendet werden und Doppelgleisigkeiten verhindert werden (AGES 2014).

¹³

Je nach Handlungsebene ist die Vernetzung mit anderen Sektoren und Politikbereichen außerhalb des Gesundheitsbereichs regional, Bundeslandweit, österreichweit und/oder international anzustreben.

Aufgrund der komplexen Lebenssituationen sozioökonomisch oder gesundheitlich benachteiligter Familien kann eine Vernetzung mit anderen Angeboten und Projekten von Vorteil sein, um z. B. zusätzliche Perspektiven zu ermöglichen, die sich wiederum positiv auf die gesamte Lebenssituation auswirken können.

Sektorenübergreifende Vernetzung und Zusammenarbeit ermöglichen oft erst den Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Familien (Gold/Lehmann 2012) und helfen bei der zielgerichteten Bewerbung der Maßnahmen. Um speziell sozioökonomisch Benachteiligte zu erreichen, ist die Vernetzung mit sozialen Einrichtungen (z. B. Familienberatungsstellen, Eltern-Kind-Zentren, Selbsthilfegruppen, psychosozialer Dienst, Schuldnerberatung, etc.) wichtig (ARGEF (2014); FH Burgenland 11. 4. 2014).

Projektbeispiel „Schutzengel e. V. etc“ (Deutschland): Mit Hilfe von multidisziplinären Teams (bestehend aus Vertretern von Familienhilfe, Hebammen und Ärzteschaft, Lehrerschaft, Wissenschaft, Politik, Unternehmertum etc.) und guter Vernetzung (z. B. mit Akteuren/Akteurinnen aus Staat und Gesellschaft, Wirtschaft und Politik) wird den komplexen Lebenssituationen der Familien gut begegnet und eine abgestimmte Zusammenarbeit sowie bedarfsgerechte, schnelle und unbürokratische Unterstützung gewährleistet (Gold/Lehmann 2012).

Projektbeispiel Frauenassistenz FEM Süd (W): Die Vernetzung erfolgt v. a. mit jenen Einrichtungen und Orten, an denen sich die Zielgruppe aufhält. Bei chronisch kranken Frauen sind dies z. B. Selbsthilfegruppen und Ambulanzen. (Frauenassistenz FEM Süd 10. 2. 2014)

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Erfahrungen aus den Bundesländern zeigen, dass sich die Einbindung strategisch wichtiger Partner/innen, wie z. B. Krankenanstalten, Stillberatung, Caritas, Hilfswerk, Eltern-Kind-Zentren, Ärztekammer, Apothekerkammer, Arbeitsmediziner/innen, Landes- und Stadträte, etc. auf den Erfolg eines Projektes positiv auswirkt. Durch die Kooperationen konnten wichtige Berufsgruppen „ins Boot geholt“ und damit die Bewerbung der Maßnahmen forciert werden. Vernetzung und Kooperation mit anderen Programmen (z. B. Gesunde Gemeinde, GF-Projekte von Styria vitalis, MiMi – Mit Migranten für Migranten) konnten den Zugang zur Zielgruppe Schwangere und junge Eltern verbessern. In Kärnten erwiesen sich das Gesundheitsland und die Gesunden Gemeinden als wichtige Netzwerkpartner für REVAN (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014).

Projektbeispiel „Babycouch“ (NÖ): Mit Hilfe von Vernetzungstätigkeiten, wie z. B. das Abhalten von Stakeholderkonferenzen, konnten – besonders im Zuge der Etablierung des Integrationsmodells – Kontakte zu wichtigen Entscheidungsträgern/-trägerinnen (auch im Integrationsbereich) etabliert werden. Eine wertschätzende Einbindung wichtiger Institutionen wie Krankenhäuser, Caritas, Hilfswerk und Stakeholder wie der Ärzteschaft ermöglicht einen Erfahrungsaustausch und den Abbau von Vorbehalten und Konkurrenzdenken (ARGEF 2014).

Zur Analyse des Projektumfeldes und Abstimmung der Vernetzung ist eine Umfeldanalyse (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014, (NICE 2008) zu Projektbeginn hilfreich. Dadurch können Personen, Personengruppen, Einrichtungen, Organisationen, Sektoren und Politikbereiche, die auf unterschiedliche Art und Weise Einfluss auf das Projekt nehmen könnten, identifiziert wer-

den. Das Projektumfeld sollte in regelmäßigen Abständen überprüft und die Umfeldanalyse gegebenenfalls aktualisiert werden.

Projektbeispiel „MIA“ (ST): Um einen Überblick über regionale Angebote zu geben, wurde zu Beginn des Projektes eine Topographie der Anbieter/innen erhoben, die Auskunft über Angebote der Schwangerenbetreuung, Geburtsvorbereitung und Geburt sowie direkte und indirekte Angebote für schwangere Frauen und Mütter wie Mütterberatungen, allgemeine Beratungsstellen, Treffpunkte für Frauen, Vereine und informelle Strukturen umfasste. Zusätzlich wurde diese Topografie zum Aufbau von Kooperationen mit relevanten Akteuren/Akteurinnen herangezogen und während des Projektes zu einer elektronischen Landkarte erweitert (Groth et al. 2010).

Projektbeispiel „Frühe Hilfen“ (Ö): Zu Beginn des Grundlagenprojektes Frühe Hilfen der GÖG wurde eine Feldanalyse vorgenommen, bei der die Vielfalt der bestehenden Angebote sowie das vorherrschende Verständnis von Frühen Hilfen und die regionale Ausgangssituation erhoben wurden (Haas et al. 2013b).

Die Einbindung der identifizierten Kooperationspartner aus Politik, Verwaltung und Praxis sollte in allen Projektschritten erfolgen – bei der Planung, Umsetzung und gegebenenfalls Überarbeitung (Lehmann et al. 2011) –, wobei die Vorteile sowohl der Maßnahme als auch der Kooperation für alle Beteiligten klar ersichtlich sein sollten. Der Kontakt zu den Vernetzungs- und Kooperationspartnern sollte kontinuierlich gepflegt werden, um nicht in Vergessenheit zu geraten (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014). Die Einbindung kann durch regelmäßige persönliche Kontaktaufnahme, Vernetzungstreffen, durch Veranstaltung von Fachtagungen, Gesundheitskonferenzen oder Stadtteil-Konferenzen etc. erfolgen. (Lehmann et al. 2011). Ein respektvoller und wertschätzender Umgang mit den eingebundenen Akteuren sollte sichergestellt werden (Groth et al. 2010).

Projektbeispiel „Lenzgesund“ (Deutschland): Zur Vernetzung der mitwirkenden Akteure sowie zum Austausch mit der Bewohnerschaft der Lenzsiedlung im Stadtteil Lokstedt (Hamburg-Eimsbüttel; hoher Anteil an jungen Menschen, Menschen mit Inanspruchnahme von Sozialleistungen wie Hartz IV und Personen mit Migrationshintergrund) findet drei- bis viermal jährlich der Runde Tisch „Lenzgesund“ statt. Teilnehmer/innen sind Bewohner/innen der Siedlung, Ärzte/innen, Familienhebammen, Vertreter/innen des Stadtteilbüros, der Kinder- und Jugendhilfe, von Kindertagesstätten sowie aus dem schulischen Bereich. Ziele sind u. a. die Organisation und Koordinierung vernetzter Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre, Vermittlung von Informationen und Wissen sowie Aktivierung der Bewohnerschaft (Gold/Lehmann 2012).

Projektbeispiel „MIA“ (ST): Im Rahmen von Runden Tischen wurden unterschiedliche Interessengruppen innerhalb der Gemeinde (z. B. Mütter, Schwangere und deren Partner/innen, politische Vertreter/innen, regionale Anbieter/innen, wie Kindergärtner/innen, Tagesmütter, Hebammen sowie regionale Akteure, wie Referenten des Gesunden Gemeinde-Netzwerks) an einen gemeinsamen Tisch geholt, um sich auszutauschen, zu diskutieren und gemeinsam und lokal Lösungen zu entwickeln. Themen umfassten beispielsweise Kinderbetreuung, interkulturelles Zusammenleben in der Gemeinde, Kinder- und Familienfreundlichkeit in der Gemeinde, etc. (Groth et al. 2010).

Nachhaltigkeit

Ein Kernziel gesundheitsfördernder Maßnahmen für die Zielgruppe der Schwangeren und jungen Eltern ist die nachhaltige Sicherstellung, Verbreitung sowie ggf. notwendige Anpassung der optimierten Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen über die Projektdauer hinaus. Einzelaktionen und „Strohfeuer-Projekte“ verunsichern alle Beteiligte (insbesondere auch Stakeholder und Ehrenamtliche) und sollen daher vermieden werden (Possert 2007).

Wesentlich für die Nachhaltigkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen für Schwangere und junge Eltern ist, dass die Anschlussfähigkeit der gesetzten Maßnahmen an die Lebenswelt der Zielgruppe sichergestellt wird. Überlegungen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit und Anschlussfähigkeit sollten bereits zu Projektbeginn über den Zeithorizont des Projektes hinaus geplant werden.

Erfolgsfaktoren

Eine Form der Nachhaltigkeit ist die gesetzliche Verankerung bzw. Übernahme und Integration gesundheitsfördernder Maßnahmen für Schwangere und junge Eltern in den Aufgabenbereich von beispielsweise Bund, Ländern, Gemeinden, Sozialversicherungsträgern oder anderen Einrichtungen im Gesundheitsbereich.

Projektbeispiel „REVAN“ (ST, K, OÖ, W, S, NÖ): Nach Projektende sollen in einigen Bundesländern die Angebote und gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Regelbetrieb der jeweiligen Gebietskrankenkasse übernommen werden, um eine Weiterführung zu gewährleisten (ST, K, OÖ, W, S, NÖ). Über das Bundesprogramm REVAN werden auch nach Ablauf des Projektes die Empfehlungen anhand von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen laufend aktualisiert und zur Verfügung gestellt (AGES 2014). Vorschläge für Anpassungen von Gesetzen und Förderungen, aber auch zur nachhaltigen Verankerung der Ernährungsworkshops, wurden vom Projektteam in der Steiermark erarbeitet und der Landesrätin für Gesundheit übergeben (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014).

Eine weitere Möglichkeit zur nachhaltigen Verankerung der gesundheitsfördernden Maßnahmen für Schwangere und junge Eltern ist die Integration von Gesundheitsförderung in die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Diätologen/Diätologinnen, Hebammen oder Tageseltern. Durch organisationsübergreifende Aktivitäten mit externen Kooperationspartnern kann die Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen ebenfalls erhöht werden (Richter-Kornweitz/Altgeld 2011), z. B. auf Projektebene durch die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen und Einrichtungen, zielgruppenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit und Materialien.

Projektbeispiel „REVAN“ (Ö): Die Nachhaltigkeit der Workshops soll durch verstärkte Integration der Inhalte in Deutschkurse (OÖ, Salzburg), Einbindung von Fachkräften aus den Krankenanstalten (OÖ), Integration in das Aufgabenprofil für Diätologen/Diätologinnen in Krankenanstalten (Steiermark, Kärnten), Integration in die Ausbildung relevanter Berufsgruppen wie z. B. Hebammen, Diätologie und Tageseltern (Steiermark) oder Integration in Workshops des Frauengesund-

heitszentrums zum Thema Schwangerschaft für Schwangere und Paare (Stmk) gesichert werden (Vernetzungstreffen REVAN 24. 4. 2014). Gleichzeitig wurde z. B. in NÖ darauf geachtet, möglichst viele verschiedene Berufsgruppen zu schulen (z. B. in Landeskliniken, von Tageseltern oder Leiter/innen von Eltern-Kind-Zentren) (ARGEF 2014).

Projektbeispiel FEM, FEM Süd MEN (W): Das Institut für Frauen- und Männergesundheit (FEM, FEM Süd und MEN) legte von Anfang an Wert auf die Schulung von Multiplikatoren/innen und schulte z. B. in den Spitälern einzelne Hausarbeiterinnen als Gesundheitsmultiplikatorinnen. Dies führte zu einem nachhaltigen Kontakt und Austausch. (FEM-Süd, 10. 02. 2014)

Projektbeispiel „Babycouch“ (NÖ): Im Rahmen der Babycouch werden für die Teilnehmer/innen nachhaltige soziale Netzwerke geschaffen, gleichzeitig wird die Babycouch als vertrauenswürdige Anlaufstelle bei gesundheitlichen Fragestellungen etabliert (ARGEF 2014).

Eine Projekt-Evaluierung kann ebenso wie eine Evaluierung der gesetzten Maßnahmen dazu beitragen, Erfolge und Verbesserungsmöglichkeiten sichtbar zu machen und zu gewährleisten, dass auch nach Projektende gesundheitsfördernde Effekte und die geschaffenen Strukturen erhalten bleiben (NICE 2008). Eine Checkliste mit einer Auflistung von Faktoren, die die Nachhaltigkeit fördern können findet sich im FGÖ-Projektguide¹⁴.

Checkliste Vernetzung und Nachhaltigkeit

- ✓ Ist bereits zu Projektbeginn bzw. in der Projektplanung eine Abstimmung mit allen relevanten Akteuren auch aus anderen Sektoren und Politikbereichen vorgesehen?
- ✓ Wurde geprüft, inwiefern jene Akteure, die für eine dauerhafte Verankerung Verantwortung übernehmen könnten, in das Projekt eingebunden werden können (z. B. Steuerungsgruppe)?
- ✓ Werden mögliche externe Kooperationspartner identifiziert und eingebunden (z. B. Krankenanstalten, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte, Stillberater/innen, Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen, etc.)? Sind die Vorteile der Maßnahme und einer Kooperation für alle Beteiligten klar ersichtlich?
- ✓ Werden bereits bestehende Ressourcen in dem Bereich genutzt (z. B. bestehende Projekte und Maßnahmen)?
- ✓ Wird darauf geachtet, einen respektvollen und wertschätzenden Umgang mit allen relevanten Akteuren zu erreichen? Wird darauf geachtet, Akteure und Gruppen mit unterschiedlichen Interessen (z. B. politischen Hintergründen) möglichst früh einzubinden und potentielle Konflikte abzufangen?
- ✓ Sieht die Maßnahme eine strukturelle Verankerung z. B. in Curricula oder verpflichtenden Qualitätskriterien vor?

14

http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/hilfestellungsdownloads/Checkliste_Nachhaltigkeit.pdf

- ✓ Wird gewährleistet, dass die geschaffenen Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen über die Maßnahmendauer hinaus Bestand haben (in dem Finanzierungsmöglichkeiten identifiziert und in die Wege geleitet wurden)?
- ✓ Ist ein Wissenstransfer (z. B. zu allen Kooperationspartnern bzw. in relevante Fachwelten) geplant?

4 Hindernisse und Tipps

Durch gesundheitsfördernde Strukturen und Rahmenbedingungen soll ein Umfeld geschaffen werden, in dem gesundheitsförderndes Verhalten leichter fällt. Ein Hindernis bei der Durchführung gesundheitsfördernder Interventionen ist die Erwartungshaltung der Akteure. Auch die ausgeklügeltsten Maßnahmen können den Erfolg eines Vorhabens nicht garantieren. Die Perspektive auf den gesundheitsfördernden Prozess als einen Lernprozess für alle Beteiligten kann dabei helfen, etwaige Enttäuschungen gelassener zu akzeptieren und trotzdem die gesteckten Ziele weiterzuverfolgen. Von Vorteil ist die Bewältigung von Problemen im Team, auch wenn Projekt-schritte von einzelnen Personen durchgeführt werden.

Allgemeine Empfehlungen
Kapitel 3

So kann z. B. nicht als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt werden, dass Frauen sich weiterbilden, vernetzen und im Rahmen von Projekten längerfristig freiwillig (unentgeltlich) engagieren (wollen). Häufig mangelt es an entsprechendem Selbstbewusstsein und an Erfahrungen mit einer Beteiligung an Prozessen. Gerade sozial benachteiligte Frauen sind es oft wenig gewöhnt, nach ihren Bedürfnissen gefragt zu werden und diese zu reflektieren. In der Arbeit mit sozial benachteiligten Frauen braucht es daher ausreichend Zeit für vertrauensbildende Maßnahmen und das Weitertragen von positiven Erfahrungen (Mundpropaganda) sowie das Reifenlassen von Wünschen, z. B. auch nach Mitgestaltung und Weiterbildung.

Dennoch ist die Einbindung von Personen aus diesen Zielgruppen von Anfang an von Vorteil. Dies gilt insbesondere auch für das Erreichen jener Personen mit Migrationshintergrund, die z. B. aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes und der damit verbundenen Lebenssituation oder mangelnder Sprachkenntnisse nicht mit den bestehenden Angeboten für Schwangere oder junge Eltern erreicht werden können.

Bei der Planung von entsprechenden Maßnahmen ist daher darauf zu achten, dass ausreichend Ressourcen und Zeit für die Vorbereitungsphase (d. h. für die Durchführung einer Umfeldanalyse sowie das Erarbeiten geeigneter Methoden und Materialien) zur Verfügung stehen. Zu berücksichtigen ist auch, dass aufsuchende Angebote, die sich hinsichtlich der Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen besonders bewährt haben, sehr zeitintensiv sind. Bei Angeboten im ländlichen Raum stellt die mangelnde Mobilität der Zielgruppe ein Hindernis dar, zudem sind lange Wegstrecken für die Umsetzer/innen zu berücksichtigen. Auch Schwierigkeiten beim Auffinden der Frauen im ländlichen Raum (Hausnamen versus Nachnamen, unklare Adressen und Karten) können auftreten.

Tipps und nützliche Tools zu Projektumsetzung, Methoden der Partizipation und der Überprüfung der Nachhaltigkeit von Projekten finden sich in der Publikation „Gesundheitsförderung in Gemeinden Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung“ (Auer et al. 2014). Vertiefende Informationen finden sich ebenfalls in den folgenden allgemeinen Empfehlungen sowie unter <http://www.partizipation.at/methoden.html>.

Allgemeine Empfehlungen

Tabelle 4.1:
Weiterführende Materialien und Unterlagen

Organisation / Land	Web-Link	Anmerkung
BMG	http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/7/4/CH1452/CMS1382013027178/ratgeberppd.pdf	Broschüre „... eigentlich sollte ich glücklich sein ...“ – Psychische und soziale Belastungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt (Deutsch)
FEM Süd	http://www.fem.at/FEM_Sued/femsued.htm	Broschüren und Informationen in Bosnisch, Kroatisch und Serbisch, Türkisch, Englisch, Arabisch, Französisch und Deutsch
MIA	http://www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/bilder/projekte/mia_2010/mia_handbuchpluscover_okt_2010.pdf	Handbuch – Projekterfahrungen mit der Gesundheitsförderung von schwangeren Frauen und Müttern von Babys in den steirischen Bezirken Liezen und Leibnitz 2007–2010
ONGKG	http://www.ongkg.at/baby-friendly/zertifizierung.html	Unterlagen zur Zertifizierung als Baby Friendly Hospital
ONGKG	http://www.ongkg.at/baby-friendly/bfh-in-oesterreich.html	Auflistung der Baby Friendly Hospitals in Österreich
ONGKG	http://www.ongkg.at/baby-friendly/eltern.html http://www.ongkg.at/baby-friendly/downloads.html	Informationsmaterialien für Eltern zu Baby Friendly Hospitals
OÖGKK	http://www.oeogkk.at/portal27/portal/oeogkkportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.705055#m139520_6 http://www.oeogkk.at/portal27/portal/oeogkkportal/content/contentWindow?&contentid=10008.575359&action=b&cacheability=PAGE	Broschüren und Poster zu den Themen: – Alles für Mutter und Kind – Babys erstes Löffelchen – Mein Tagebuch von Anfang an – Jausenpause für Schwangere. 255 Kalorien mehr für's Baby – Gesund Essen von Anfang an – Nachlese zum Ernährungsworkshop. Gesund Essen von Anfang an – Gesunde Zähne von Anfang an – Hebammen – Rauchfrei von Anfang an
REVAN	http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/3176/17902/file/Beikostempfehlungen_Expertenversion_24-04-2013.pdf	Österreichische Beikost-Empfehlungen – Expert/innen-Version
REVAN	http://www.richtigessenvonanfangan.at/Aktuelles/Checkliste-Informationen-zu-Beikostprodukten	Checkliste und Informationen zu Beikost-Produkten für Eltern und Angehörige
REVAN	http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/4983/28808/file/Informationen%20zu%20Beikostprodukten_A5_2014.pdf	Informationen zu Beikost-Produkten, Tipps und Hinweise zur richtigen Auswahl und Verwendung von Beikost-Produkten
REVAN	http://www.richtigessenvonanfangan.at/Aktuelles/NEU-Reifetabelle-in-Bosnisch-Kroatisch-Serbisch-Tuerkisch http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/531/2861/file/Reifetabelle.pdf	Reifetabelle Baby auf Deutsch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch und Türkisch

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 4.1

Organisation / Land	Web-Link	Anmerkung
REVAN	http://www.richtigessenvonanfangan.at/Aktuelles/Aktualisierte-Version-der-Broschuere-Richtig-essen-von-Anfang-an!-Babys-erstes-Loeffelchen-verfuegbar http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/4902/28394/file/Beikostbroschue_bks_de_Juni%202014.pdf http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/4903/28397/file/Beikostbroschue_tr-de_Juni%202014.pdf	Broschüre Richtig essen von Anfang an! - Babys erstes Löffelchen (in Deutsch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Türkisch)
REVAN	http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/608/3247/file/Infofolder_Schwangere_deutsch_FINAL.pdf http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/583/3165/file/Ernaehrungspyramide_Schwangere_FINAL.pdf http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/3/3/CH1047/CMS1306248382036/infofolder-schwangere_tuerkisch_final.pdf	Ernährungspyramide für Schwangere (Folder bzw. Plakat in Deutsch und Türkisch)
REVAN	http://www.richtigessenvonanfangan.at/Aktuelles/Informationsgrafik-Ernaehrung-des-Saeuglings-im-ersten-Lebensjahr http://www.richtigessenvonanfangan.at/Aktuelles/Informationsgrafik-Ernaehrung-des-Saeuglings-im-ersten-Lebensjahr-Tuerkisch http://www.richtigessenvonanfangan.at/Aktuelles/Informationsgrafik-Ernaehrung-des-Saeuglings-im-ersten-Lebensjahr-Bosnisch-Kroatisch-Serbisch	Informationsgrafik zur Ernährung des Säuglings im ersten Lebensjahr (Deutsch, Türkisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch)
REVAN	http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/330/1779/file/Broschuere_Richtige_Ernaehrung_von_Anfang_an_Schwangerschaft_Stillzeit.pdf	Rezeptbroschüre Richtig Essen von Anfang an - Schwangerschaft und Stillzeit
REVAN	http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/5214/30088/file/Stillen%20-%20ein%20guter%20Beginn.pdf	Informationsbroschüre für Mütter und Väter zu Stillen (auch in Türkisch und Bosnisch/Kroatisch/Serbisch)
REVAN	http://www.richtigessenvonanfangan.at/content/download/2402/13406/file/AGES_Schwangerschaft_Folder_2012.pdf	Folder zu Infektionen durch Nahrungsmittel in der Schwangerschaft (auch in Türkisch und Bosnisch/Kroatisch/Serbisch)
SGKK	johanna.ziegler@sgkk.at	Baby isst mit. Materialien zu Ernährung für Deutschlernende (können über die angegebene E-Mail-Adresse angefordert werden)
SGKK	http://baby-isst-mit.at/de/rezepte/yusufs-rezepte/yusufs-rezepte.html	Rezepte für Schwangere in unterschiedlichen Sprachen
Frühe Hilfe Modellprojekt Deutschland	http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/materialien/publikationen/nest-material/filtermodul/	Aufbereitete Materialien (Arbeitsblätter), die sich an Eltern richten und u. a. auf die Ernährung abzielen

Quelle: GÖG-ÖBIG eigene Darstellung

Teil 2: Allgemeine Empfehlungen zur Umsetzung von Chancen- gerechtigkeit in der Gesundheits- förderung

Inhalt

1	Sozioökonomische Merkmale und Gesundheit.....	45
2	Allgemeine Empfehlungen zur Umsetzung	47
2.1	Ressourcenorientierung und Empowerment	48
2.2	Setting- und Determinantenorientierung	49
2.3	Zielgruppenorientierung.....	52
2.3.1	Zugang zur Zielgruppe.....	54
2.3.2	Zielgruppenspezifische Kommunikationsmethoden und Interventionsformen.....	57
2.4	Partizipation der Akteure des Settings.....	60
2.5	Vernetzung	63
2.6	Nachhaltigkeit der Veränderungen	64
3	Hindernisse und Tipps	66
3.1	Projektplanung.....	66
3.2	Gesundheitsbedarf und Bedürfnisse der Zielgruppe	66
3.3	Vertrauensbildende Schritte	67
3.4	Evaluation und Dokumentation	67
4	Methodik und Suchstrategie.....	69
5	Literatur	73
	ANHANG.....	79

1 Sozioökonomische Merkmale und Gesundheit

Gesundheit wird durch eine Vielfalt von individuellen, sozialen, sozioökonomischen und gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst: den sogenannten **Gesundheitsdeterminanten**. Dazu gehören allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt, Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale und kommunale Netzwerke, Faktoren individueller Lebensweisen, Alter, Geschlecht und Erbanlagen (Fonds Gesundes Österreich 2005).

Sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Einkommen und Beschäftigungsstatus sind im Zusammenhang mit gesundheitlicher Chancengerechtigkeit von besonderer Bedeutung (Anzenberger et al. 2014). Der Begriff „Gesundheitsdeterminanten“ drückt aus, dass die Verhältnisse, in denen wir leben und arbeiten, unsere Gesundheit stark bestimmen, während durch das eigene Verhalten nur ein kleiner Teil der Gesundheit beeinflusst werden kann. Dem Beitrag, den andere (Politik-)Bereiche zur Gesundheit leisten, wird mit dem gesundheitspolitischen Ansatz „**Health in All Policies**“ (Gesundheit in allen Politikfeldern) Rechnung getragen. Gemäß diesem Konzept wird der Einfluss analysiert, den andere Sektoren mit ihren jeweiligen Zielen und Prioritäten auf die Gesundheit ausüben, um eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik gestalten zu können (Haas et al. 2012).

Ein Bericht der Statistik Austria und des Bundesministeriums für Gesundheit, in dem Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 analysiert werden, zeigt den Einfluss sozioökonomischer Merkmale (Einkommen, Bildung, Tätigkeit, Migrationshintergrund) auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten (Habl 2014; Klimont et al. 2008). Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Merkmalen und Gesundheit zeigt sich auch in internationalen Studien (Anzenberger et al. 2014; WHO Regional Office for Europe 2014).

Insgesamt zeigen die Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 den großen Einfluss sozioökonomischer Faktoren sowohl auf den Gesundheitszustand als auch das Gesundheitsverhalten:

So beurteilen **Personen mit Armutsrisiko** (mit weniger als 60 % des Medianeinkommens) ihren Gesundheitszustand seltener mit gut oder sehr gut (70 %) als Personen in der einkommensstärksten Gruppe (mit mehr als 150 % des Medianeinkommens: 84 %). Personen in der Armutsrisikogruppe haben außerdem ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen wie z. B. Angstzuständen und Depressionen, Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus und Migräne. In Bezug auf das Gesundheitsverhalten zeigen die Daten, dass Männer der Armutsrisikogruppe ein 1,5-fach erhöhtes Adipositas-Risiko im Vergleich zu Männern der höchsten Einkommensgruppe haben. Auch steigt sowohl die Impfbereitschaft als auch die Bereitschaft zur Teilnahme an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Gesundheitsuntersuchung, PAP-Abstrich) mit der Höhe des Äquivalenz-Einkommens (Klimont et al. 2008).

Bei **Arbeitslosen** zeigt sich ein ähnliches Bild, insbesondere bei Frauen: Nur 57 Prozent der arbeitslosen Frauen beschreiben ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, bei erwerbstätigen Frauen sind es 86 Prozent. Bei Arbeitslosen ist zudem die Prävalenz von Depressionen bei Männern 7,6-fach und bei Frauen 4,4-fach erhöht. Signifikante Unterschiede zwischen

Erwerbstätigen und Arbeitslosen in der Häufigkeit von Adipositas sind nur bei Frauen zu erkennen (22 % bei arbeitslosen Frauen vs. 9 % bei erwerbstätigen Frauen). (Klimont et al. 2008)

Auch das **Bildungsniveau** korreliert stark mit dem Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten: So haben Männer mit Pflichtschulabschluss im Vergleich zu höher gebildeten ein 1,5-fach erhöhtes Risiko, an Wirbelsäulenbeschwerden zu leiden, und ein 2,7-fach erhöhtes Risiko für Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus. Frauen mit Pflichtschulabschluss haben ein dreifach erhöhtes Risiko, an Diabetes zu erkranken, gegenüber Frauen mit höherer Schulbildung. Auch beim Gesundheitsverhalten zeigen sich deutliche Bildungsdifferenzen. Die Häufigkeit von Adipositas ist bei niedrigem Bildungsniveau deutlich erhöht: Frauen mit Pflichtschulbildung haben im Vergleich zu jenen mit höherer Ausbildung ein 2,8-faches Risiko, adipös zu sein, Männer ein 1,7-faches Risiko. Zudem ist mit steigendem Bildungsniveau eine steigende Impfbereitschaft assoziiert, bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich ein ähnliches Bild (Klimont et al. 2008).

Personen mit Migrationshintergrund fühlen sich gesundheitlich seltener gut oder sehr gut als Personen ohne Migrationshintergrund: Bei Männern ohne Migrationshintergrund besteht eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, sich gesundheitlich gut oder sehr gut zu fühlen, wie bei Migranten aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei. Dementsprechend berichtet diese Gruppe häufiger über chronische Erkrankungen. Für Frauen mit Migrationshintergrund ist im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund die Wahrscheinlichkeit beinahe dreimal so hoch. Männer mit Migrationshintergrund haben ein 1,8-fach erhöhtes Risiko, adipös zu sein, bei Frauen ist es mehr als doppelt so hoch. Bei Männern aus Ex-Jugoslawien und der Türkei besteht ein doppelt so hohes Risiko für tägliches Rauchen als bei jenen ohne Migrationshintergrund. (Klimont et al. 2008)

2 Allgemeine Empfehlungen zur Umsetzung

„Chancengerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit bedeutet einen gerechten und fairen Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit, damit alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung und Erhaltung ihrer Gesundheit haben“ (Fonds Gesundes Österreich 2005). Hier wird auf einem positiven Gesundheitsbegriff aufgebaut: „Gesundheit ist nicht in erster Linie die bloße Abwesenheit von Krankheit. Im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation WHO hat sich ein Verständnis durchgesetzt, wonach Gesundheit positiv definiert wird: Gesundheit als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ (Fonds Gesundes Österreich 2005).

Für Österreich hat der FGÖ **Qualitätskriterien** für Gesundheitsförderungsprojekte definiert, in denen die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung mit Indikatoren unterlegt werden (siehe Anhang). Weitere wichtige Grundlagen für Gesundheitsförderungsaktivitäten sind die Schweizer Qualitätskriterien¹⁵, die Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung¹⁶ und die Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbunds gesundheitliche Chancengleichheit (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Letztere Good-Practice-Kriterien für Gesundheitsförderung bei sozioökonomisch Benachteiligten sind: (vgl. auch Anhang) Konzeption, Selbstverständnis, Zielgruppe, Innovation und Nachhaltigkeit, wirksames Multiplikatorenkonzept, niederschwellige Arbeitsweise, Partizipation der Zielgruppe, Empowerment, Settingsansatz, integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung, Dokumentation/Evaluation und günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Eine Liste mit Leitlinien und Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung findet sich in Tabelle 5.1 im Anhang.

Der Aufbau des folgenden Kapitels orientiert sich an den Qualitätskriterien des Fonds Gesundes Österreich als zentrale Stelle für Gesundheitsförderung in Österreich (vgl. auch Anhang). Ergänzend wurden Leitlinien und Empfehlungen aus Deutschland, der Schweiz und Großbritannien herangezogen (vgl. Kapitel 4). In diesem Kapitel werden die Qualitätskriterien vertiefend mit Erläuterungen und Anwendungsbeispielen zum Schwerpunkt gesundheitliche Chancengerechtigkeit dargestellt.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist eine Querschnittsmaterie, die sich in unterschiedlichen Ausprägungen in allen Qualitätskriterien wiederfindet. Im Folgenden werden jene Aspekte genauer beleuchtet, die für das **Ziel „gesundheitliche Chancengerechtigkeit“** von besonderer Relevanz sind. Die Zuordnung von Praxisbeispielen (gelb unterlegt) zu den Qualitätskriterien basiert auf den Indikatoren des FGÖ und der Checkliste zu Beispielen guter Praxis in Angeboten der Gesundheitsförderung (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Überschneidungen sind unumgänglich und spiegeln wieder, dass sich Chancengerechtigkeit wie ein roter Faden durch die ge-

15

<http://www.quint-essenz.ch/de> Zugriff 17.12.2013

16

<http://www.leitbegriffe.bzga.de/> Zugriff 17.12.2013

samte Gesundheitsförderung zieht. Die Berücksichtigung von Chancengerechtigkeit ist daher essentiell für ein Gesundheitsförderungsprojekt und von Anfang an einzuplanen (bei Zielsetzung, Auswahl der Zielgruppen, Auswahl des Setting, Auswahl der Aktivitäten).

Die folgenden Unterkapitel bieten für je ein Qualitätskriterium eine Begriffsdefinition (Hintergrund), die Anforderungen an Gesundheitsförderungsprojekte zur Erreichung des Kriteriums (Ausgangslage) sowie Beispiele und praktische Tipps (Erfolgsfaktoren).

2.1 Ressourcenorientierung und Empowerment

Hintergrund

Ein zentraler Aspekt der Gesundheitsförderung ist, persönliche, soziale und strukturelle Ressourcen zu stärken (Fonds Gesundes Österreich 2013) und durch die Entwicklung von individuellen und gemeinsamen Handlungsstrategien zu Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit insbesondere in Bezug auf Gesundheit zu befähigen (Lis et al. 2011). Empowerment ist ein wichtiger Schritt, um Chancengerechtigkeit zu erreichen (Pfluger et al. 2009). Ziel dieses Prozesses ist es, die Stärken und Ressourcen der Zielgruppe(n) weiterzuentwickeln, u. a. damit Gefühle von „Machtlosigkeit“ überwunden werden können (Pfluger et al. 2009).

Ausgangslage

Der Empowerment-Ansatz soll Menschen dazu befähigen, gesundheitliche Kompetenzen und Handlungsspielräume zu entwickeln. Dies gelingt nur, wenn Gefühle der Gleichgültigkeit oder Machtlosigkeit überwunden werden und Selbstbewusstsein und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wachsen (Gold/Lehmann 2012).

Dafür müssen vorhandene Ressourcen genützt werden: strukturelle Ressourcen für die Gesundheitsförderung wie Institutionen und Qualifizierungen (z. B. veränderte Kommunikationsmethoden bei Lehrerinnen und Lehrern), soziale Ressourcen wie Netzwerke und soziale Bindungen, persönliche Ressourcen wie Gesundheitskompetenz oder persönliche Erfahrungen (Fonds Gesundes Österreich 2013).

Häufig wird zwischen individuellem und gemeinschaftsbezogenem Empowerment unterschieden. Individuelles Empowerment meint die Fähigkeit einer einzelnen Person, Entscheidungen zu treffen und Kontrolle über das eigene Leben zu haben. Gemeinschaftsbezogenes Empowerment meint die Fähigkeit von Individuen, an Einfluss und Kontrolle zu gewinnen über jene gesellschaftlichen Bedingungen, die über verschiedene Settings (z. B. Arbeitswelt, Konsum- und Freizeitwelten) Gesundheit beeinflussen, und mehr Einfluss auf die Lebensqualität in ihrer Gemeinschaft ausüben zu können (Fonds Gesundes Österreich 2005).

Empowerment ist ein wesentlicher Bestandteil der Settingorientierung (siehe Kapitel 2.2) und der Zielgruppenorientierung (siehe Kapitel 2.3).

Erfolgsfaktoren

Empowerment-Ansätze wirken dann, wenn sie an den **Stärken und Ressourcen der Zielgruppe** ansetzen und mit diesen respektvoll und professionell umgehen. Dazu sollen die vorhandenen Ressourcen (z. B. erweiterte Familiennetze) einbezogen werden und das bestehende Engagement der Zielgruppe (z. B. von Schlüsselpersonen) honoriert werden (Pfluger et al. 2009). Hierzu empfehlen sich – in Sinne der Nachhaltigkeit – Methoden der **Selbstorganisation** (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Wichtig ist es hier auf **kollektive Prozesse** abzu zielen, indem Zielgruppen instrumentelle Hilfen zur Stärkung ihrer Handlungsfähigkeiten (z. B. Räume) zur Verfügung gestellt werden (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.).

Die Partizipation der Zielgruppe (vgl. [Kapitel 2.4](#)) bereits in der Planung von Maßnahmen hilft, Stärken und Ressourcen vorab zu identifizieren und in der weiteren Planung zu beachten. Um die Ressourcen der Zielgruppe nutzen zu können, ist es wichtig, ihre gesundheitsbezogenen **Wünsche und Bedürfnisse** zu berücksichtigen (Lis et al. 2011).

Ressourcenorientierung bei der Betreuung von Kindern setzt voraus, dass Ressourcen vorhanden sind, die gestärkt werden können. Gerade sozioökonomisch benachteiligte Kinder weisen hier häufig Defizite auf, denen idealerweise bereits im frühesten Alter – etwa entlang dem Konzept der Frühen Hilfen – begegnet werden sollte.

Eine zentrale Ressource ist **Resilienz**: Resilienz bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit, die Menschen in belastenden Umständen/Situationen schützt. Menschen mit hoher Resilienz wissen um wirksame Strategien, um mit Krisen fertig zu werden. Umfassende resilienzfördernde Maßnahmen, die sogenannte Schutzfaktoren herausbilden bzw. stärken sollen, setzen auf drei Ebenen an und sprechen die gesamte Lebens- und Erfahrungswelt von Kindern an: Neben den personalen und familiären Schutzfaktoren scheinen für die Gesundheitsförderung im Kindergarten vor allem die sozialen Schutzfaktoren bedeutend, die vom erweiterten Umfeld der Kinder außerhalb der unmittelbaren familiären Lebenswelt beeinflusst werden (Lyssenko et al. 2010).

Projektbeispiel „Frühe Hilfen“: Sie zielen darauf ab, die Eltern in ihren Gesundheits- und Erziehungskompetenzen – aber auch hinsichtlich ihrer gesundheitlichen und sozialen Lebenssituation – so zu unterstützen, dass „[...] eine verlässliche Versorgung der Kinder und sichere und liebevolle Bindung zwischen Eltern und Kindern als Grundstein für deren gesundes Aufwachsen [...]“ sichergestellt ist (Haas et al. 2013c).

2.2 Setting- und Determinantenorientierung

Hintergrund

Gesundheitsförderung laut Ottawa Charta zielt darauf ab, die Lebenswelten (Settings) der Zielgruppen gesundheitsfördernd zu gestalten, d. h. die Verhältnisse (wie z. B. das Arbeitsumfeld) und nicht nur das Verhalten eines Einzelnen positiv zu beeinflussen / zu verändern (Pfluger et al.

2009). Eine positive Veränderung der Lebenswelten hat unter anderem das Ziel, gesünderes Verhalten der Betroffenen zu erleichtern.

In der Gesundheitsförderung hat sich der Setting- oder Lebenswelt-Ansatz bewährt. Dieser Ansatz hat zum Ziel, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil unter Berücksichtigung ungleicher verhältnisbedingter Gesundheitschancen zu fördern. Beim Setting-Ansatz wird Gesundheit primär durch die Entwicklung „gesunder Lebenswelten“ unterstützt, die Gesundheitsförderung gilt also nicht dem Einzelnen, sondern der Gemeinschaft (Gold/Lehmann 2012). Ziel ist es, jeweils in einem Setting (z. B. Schule, Kindergarten, Stadtteil) die **Strukturen** und den **Alltag „gesünder“** zu gestalten. Gleichzeitig soll die Zielgruppen die Erfahrung machen, dass sie die Gestaltung ihrer Umwelt positiv beeinflussen kann (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Dies soll dazu führen, dass Strukturen nachhaltig verbessert werden und über den Abschluss eines Projektes hinaus erhalten bleiben.

Ausgangslage

Laut Qualitätskriterien des FGÖ ist die nachhaltige gesundheitsfördernde Veränderung von Strukturen und Prozessen im Setting wesentlich für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung, weil so die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der ausgewählten Zielgruppe nachhaltig verbessert werden (Fonds Gesundes Österreich 2013; Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Wesentlich dafür ist, die Zielgruppe klar zu definieren und das Setting so zu wählen, dass die definierte Zielgruppe (insbesondere gesundheitlich benachteiligte Menschen) erreicht wird (Fonds Gesundes Österreich 2013).

Die Qualitätskriterien des FGÖ empfehlen, dass eine Gesundheitsförderungsmaßnahme immer eine oder mehrere Gesundheitsdeterminanten (positiv) beeinflussen soll. Die Angebote sollen sich an jene Orte und sozialen Zusammenhänge richten, an denen die Zielgruppe alltäglich lebt, lernt und arbeitet (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.).

Nicht jede im Setting durchgeführte Maßnahme verwirklicht automatisch den Setting-Ansatz. Dient das Setting lediglich als Zugang zur Zielgruppe und zielt nur auf Veränderung des individuellen Verhaltens (z. B. Informationsveranstaltungen in Schulen), kann dies sogar zur Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheit führen (Gold/Lehmann 2012). Häufig fühlen sich gesundheitlich (und insb. sozioökonomisch) benachteiligte Gruppen und Individuen durch verhaltensbezogene Gesundheitsbotschaften nur noch stärker belastet, wenn sie diese aufgrund ihrer Lebensverhältnisse nicht umsetzen können. Deshalb sollten Maßnahmen/Angebote, mit denen eine Zielgruppe erreicht werden soll, nicht vorrangig auf individuelles Verhalten, sondern auf kollektive Verhältnisse und die gemeinschaftliche Gestaltung von Lebenswelten abzielen (Gold/Lehmann 2012).

Da Angebote und Projekte nach dem Setting-Ansatz einen hohen organisatorischen Aufwand erfordern, besteht in der Praxis die Gefahr, den Setting-Ansatz zugunsten individueller Prävention bzw. verhaltensorientierter Maßnahmen zu vernachlässigen (Gold/Lehmann 2012).

Erfolgsfaktoren für die Umsetzung

Für einen erfolgreichen Setting-Ansatz sind unter anderem folgende weitere Qualitätskriterien zu berücksichtigen (siehe dazu auch FGÖ-Projektguide und Abbildung 1 im Anhang):

- » aktive Einbeziehung aller Akteure im Setting (vgl. [Partizipation 2.4](#)) und
- » Kompetenzstärkung (Empowerment) aller Beteiligten (vgl. [Empowerment 2.1](#)) (Gold/Lehmann 2012).

Ein Zugang zu Zielgruppen über die Lebenswelten ist besonders dafür geeignet, auch gesundheitlich (insb. sozioökonomisch) Benachteiligte zu erreichen, ohne sie als solche zu stigmatisieren, da nicht beim einzelnen Individuum angesetzt wird (Gold/Lehmann 2012). Zugang ist jedoch nur der erste Schritt des Setting-Ansatzes und die **gesundheitsfördernde Gestaltung der Lebenswelt** steht im Mittelpunkt.

Projektbeispiel „Gemeinsam Gehen“: Im steirischen Netzwerk der „gesunden Gemeinden“ folgt die Umsetzung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung einem Neun-Punkte-Programm, das einen systematischen Prozess zur Veränderung der Strukturen sicherstellt¹⁷. Im steirischen Projekt „Gemeinsam Gehen“ wurde zum Beispiel mit der Zielgruppe der über 65-Jährigen eine Sozialraumanalyse (inklusive Sozialraumbegehung) durchgeführt. Dabei wurde darauf geachtet, wie fußgängerfreundlich die Gehwege zu den wichtigen Orten (z. B. Gemeindeamt, Bank, Arzt, soziale Treffpunkte) sind und wie die Infrastruktur dieser Orte ausgestattet ist (z. B. Beleuchtung, Toiletten, bauliche Barrieren) sind. Ziel ist, durch eine fußgängerfreundliche Gestaltung der Sozialräume langfristig mehr körperliche Aktivität zu erreichen. Darüber hinaus wurden ehrenamtliche, soziale Begleitdienste eingerichtet, die ältere Menschen bei ihren täglichen Besorgungen begleiten (Styria vitalis 2001).

Um ein Setting gesundheitsfördernd zu gestalten, kann es sinnvoll sein, die bestehenden **Kommunikationsstrukturen und Entscheidungsprozesse** zu analysieren und zu verbessern (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Dazu können Methoden der Organisationsentwicklung (wie Arbeitsgruppen oder aktivierende Befragung) verwendet werden (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Wichtig ist hier jedenfalls eine frühe Einbindung der Zielgruppe (weitere Methoden zur Partizipation [siehe Kapitel 2.4](#)).

Projektbeispiel: Im Leitfaden „Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Schule“ (Dietscher 2001) wird als erster Schritt empfohlen, eine Entscheidung der Schulgemeinschaft für das Konzept bzw. für gesundheitsförderliche Veränderungen zu erzielen, damit von Anfang an Unterstützung von der Schulleitung bzw. von möglichst vielen Personen gegeben ist.

Hilfreich kann es ebenfalls sein, vorab eine **Stakeholder-Analyse** durchzuführen und die relevanten Stakeholder des Settings (insbesondere die Führungsebene) früh einzubinden

17

Mehr Informationen unter http://www.styriavitalis.at/cms/Gesunde_Gemeinde/Gesunde_Gemeinde/3,1,0,0.html

(Gold/Lehmann 2012). Dies ist besonders bei Gesundheitsförderung im kommunalen Bereich wichtig und herausfordernd, da in diesem komplexen Setting keine klaren bzw. keine umfassenden Organisationsstrukturen bestehen, weil unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche (z. B. Verkehr, Parkanlagen etc.) vorliegen (Gold/Lehmann 2012).

Weitere Tipps und nützliche Tools dazu finden sich in der Publikation „Gesundheitsförderung in Gemeinden Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung“ (Auer et al. 2014).

Projektbeispiel „Wir setzen Zeichen“ (OÖ): Das Programm zur kommunalen Suchtprävention und Gesundheitsförderung orientiert sich an den lokalen Gegebenheiten, indem nach dem Beschluss des Gemeinderats – mit Hilfe von lokalen Recherchen, Gesprächsrunden und Interviews – ein Präventionsprofil erarbeitet und darauf aufbauend ein Maßnahmenplan erstellt wird.¹⁸

Projektbeispiel „Baby Friendly Hospital Initiative“: Ein wichtiger Erfolgsfaktor dieser Initiative ist die Einbindung und Schulung des gesamten Personals, da das Projekt auf einer Änderung der Praxis und Kultur in der Geburtshilfe abzielt.

Jedes Setting kann gesundheitsförderlicher gestaltet werden; bei der Auswahl des Settings ist auf den Aspekt der Chancengerechtigkeit zu achten, d. h. es sollten jene Settings bevorzugt werden, in denen sozioökonomisch Benachteiligte besonders gut erreicht werden können. Als gesundheitsfördernde Settings kommen unter anderem in Betracht: Gemeinden oder Stadtteile, Kindergärten, Kultureinrichtungen, Kinder- und Jugendhäuser, religiöse Gemeinschaften (Kirchen, Moscheen), Bürgerzentren, Schulen, Betriebe, Einrichtungen des Gesundheitswesens oder der Altenpflege (Vienken 2010).

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung erzielen jene Maßnahmen den höchsten Effekt, die direkt bei stark (gesundheitlich oder sozioökonomisch) belasteten Beschäftigungsgruppen ansetzen (Gold/Lehmann 2012).

2.3 Zielgruppenorientierung

Hintergrund

„Durch den ‚Zielgruppenansatz‘ unterstreicht die Gesundheitsförderung die Notwendigkeit der Anpassung ihrer Methoden und Maßnahmen an die Bedürfnisse und Ausgangsbedingungen der jeweiligen Zielgruppen. Das heißt, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen unterschiedlich gestaltet sein müssen. Grundlage dafür sind zunächst umfassende Analysen hinsichtlich der Frage, bei welchen Zielgruppen durch empirische Daten ein besonderer

18

Mehr unter

http://www.praevention.at/upload/products/WSZ_Broschuere_print.pdf?PHPSESSID=63befb6dd714b468324fe1118a1fd70e

Bedarf für gesundheitsfördernde Maßnahmen belegt ist. Von diesen Analysen leitet sich ab, welche Zielgruppen erreicht werden soll(en), sowie fundiertes Wissen über diese Zielgruppen und deren Lebenswelt. Partizipative Aspekte, also die Beteiligung der Zielgruppe an der Planung und Durchführung aller Maßnahmen, beginnend bei der Bedarfserhebung, können bei diesen Überlegungen eine wichtige Rolle spielen.“ (Fonds Gesundes Österreich 2005)

Für eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung ist es also notwendig, die Bedarfslagen und Ressourcen der Zielgruppe(n) zu kennen, damit Aktivitäten und Methoden auf ihre Ressourcen, Werte, Interessen und Bedarfe ausgerichtet werden können (Fonds Gesundes Österreich 2013; Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.).

Eine Herausforderung in der Gesundheitsförderung ist, die Zielgruppen über bestehende Projekte zu informieren bzw. ihnen die Projekte zugänglich zu machen. Die Lebensbedingungen von gesundheitlich benachteiligten Gruppen erschweren nicht nur ihre Alltagsbewältigung, sondern oft auch die zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten, an Maßnahmen wie z. B. Workshops teilzunehmen.

In der Arbeit mit **Personen mit Migrationshintergrund** ist zu berücksichtigen, dass sich diese in sehr unterschiedlichen Lebenssituationen befinden können und häufig, aber nicht zwangsläufig einer benachteiligten Bevölkerungsgruppe angehören. Oft ist ihre Situation durch mangelnde Deutschkenntnisse, Berufe in gesundheitsbelastender Umgebung und fehlende schulische Bildung geprägt, es gibt aber durchaus auch jene, die im Herkunftsland eine gute Ausbildung abgeschlossen haben und nun keinen beruflichen Anschluss finden können (Anzenberger et al. 2014). Zudem muss berücksichtigt werden, dass es in vielen Kulturkreisen nicht üblich ist, über bestimmte Themen in gemischten Gruppen zu sprechen (Palecek 2007).

Eine Analyse zu ausgrenzungsgefährdeten Migrantinnen zeigt wiederum, dass isoliert lebende Frauen nicht nur wenige Berührungspunkte zum öffentlichen Leben haben, sondern auch Beratungsangebote wenig oder gar nicht in Anspruch nehmen (Knipper/Bilgin 2009). Die Gründe können fehlende Kenntnis über Angebote, schlechte Deutschkenntnisse und eingeschränkte Mobilität sein. Frauen haben besonders häufig im ländlichen Raum ein Mobilitätsproblem, wo öffentlicher Verkehr nur eingeschränkt angeboten wird oder zu teuer ist (Frauengesundheitszentrum Frieda Ried 24. 4. 2014).

Als besonders schwer zu erreichende Zielgruppen werden **Alleinerzieher/innen, chronisch kranke Frauen und Frauen mit Behinderungen, sozioökonomisch benachteiligte Österreicher/innen sowie Jugendliche mit Migrationshintergrund genannt** (Frauenassistenz FEM Süd 10. 2. 2014, Frauengesundheitszentrum Frieda Ried 24. 4. 2014).

Zielgruppen für zielgruppensensible Maßnahmen können aber auch nach anderen Kriterien definiert werden: z. B. bereits erkrankte Personen, Raucher/innen oder übergewichtige Menschen. Zu bedenken ist dabei, dass **gesundheitlich benachteiligte Gruppen** sehr heterogen sein können (Ammann/Gross 2011).

Es gilt daher, diese vielfältigen Unterschiede bei der Bewerbung und Gestaltung eines Angebots (bei der Wahl von Sprache, Ort, Erreichbarkeit, Zeit, Kostenbeiträgen etc.) zu berücksichtigen. „Dabei kann unterschieden werden in primäre/direkte Zielgruppen, das sind jene, die von den Maßnahmen profitieren sollen (z. B. Schüler/innen, Mitarbeiter/innen, Bürger/innen) als auch indirekte Zielgruppen bzw. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (oder auch Brückenbauer/innen); letztere sind Personen oder Institutionen, die eine Transferfunktion im Umsetzungsprozess haben. Sie unterstützen die Etablierung der Maßnahmen in der Praxis und erhöhen deren Reichweite. Sie leiten beispielsweise Informationen an mehrere Personen weiter und multiplizieren sie dadurch (z. B. Lehrer/innen, Betriebsrätinnen und Betriebsräte, Gemeinderätinnen und Gemeinderäte).“ (Fonds Gesundes Österreich 2005).

Bei Zielgruppenorientierung geht es einerseits darum, Zugänge zu den relevanten Zielgruppen (z. B. über Schlüsselpersonen) zu erreichen (siehe 2.3.1) und andererseits das Angebot lebensweltbezogen und damit zielgruppenorientiert zu gestalten (siehe 2.3.2) (Ammann/Gross 2011).

2.3.1 Zugang zur Zielgruppe

Ausgangslage

Eine Herausforderung in der Gesundheitsförderung ist es, die relevanten Zielgruppen über bestehende Projekte zu informieren bzw. ihnen diese zugänglich zu machen. Der nach wie vor häufig genutzte Ansatz von „Komm-Strukturen“ und Angebote, die auf Wissensvermittlung abzielen, sind stark mittelschichtorientiert und wirken ausgrenzend gegenüber Personen, die z. B. Barrieren zu klassischen Bildungsangeboten haben (Ammann/Gross 2011). Diese Barrieren können Sprachbarrieren, aber auch fehlende „Bildungsgewohnheiten“ oder negative Erfahrungen mit der eigenen Schulzeit sein (Ammann/Gross 2011).

Erfolgsfaktoren für die Umsetzung

Zugangswege und Kommunikationsmethoden unterscheiden sich je nach Zielgruppe, d. h. es kann im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojektes notwendig sein, die ausgewählten Zielgruppen in Subgruppen zu unterteilen und für diese zielgerichtete (z. B. geschlechtsspezifische) Methoden zu entwickeln.

Die explizite Eingrenzung auf eine Zielgruppe (z. B. Übergewichtige) kann zusätzlich stigmatisieren. Daher ist ein Setting-Zugang zu präferieren. Gegebenenfalls können mehrere Zielgruppen gemeinsam oder breitere Themen angesprochen werden.

Projektbeispiel „Donna Ma Donna“: Ziel war, ältere Frauen mit riskantem Medikamentenkonsum zu erreichen, dazu wurden allgemein ältere Frauen zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden angesprochen (Ammann/Gross 2011).

Wesentlich bei der Erreichung von gesundheitlich Benachteiligten ist ein persönlicher, **aufsuchender und niederschwelliger Charakter** des Angebots direkt in der vertrauten Lebenswelt (z. B. Moschee, Schule) der jeweiligen Zielgruppe (Ammann/Gross 2011).

Projektbeispiel FEM: Das Institut für Frauen- und Männergesundheit, bestehend aus den Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd und dem Männergesundheitszentrum MEN spricht Frauen und Männer persönlich an, um seine Vorträge und Beratungsgespräche zu bewerben. Orte, an denen persönlich über die Angebote informiert wird, sind z. B. Schwimmbäder, Moscheen, Kulturvereine, Gebietskrankenkasse, Märkte, Straßen, Sozialhilfezentren, Friseurläden oder Supermärkte. Nach zwei bis drei Jahren aufsuchender Arbeit hat sich die Beratungsstelle etabliert, nun gibt es bereits eine wirkungsvolle Mundpropaganda (FEM Süd, 10. 02. 2014).

Zum Erreichen von Migrantinnen, unter denen es aufgrund des kulturellen Hintergrunds nicht oder wenig üblich ist, zu öffentlichen Informationsveranstaltungen zu gehen, kann deren Wohnung ein passendes Setting sein.

Projektbeispiel „Gesundheit kommt nach Hause“: In diesem Programm (in Wien und Niederösterreich) werden Mütter mit Migrationshintergrund und sehr niedrigem sozioökonomischen Status von geschulten Müttern aus demselben Kultur- und Sprachkreis im Kindergarten oder auf dem Spielplatz etc. angesprochen und – wenn sie interessiert sind und einwilligen – in Folge in ihrer Wohnung aufgesucht, wo bei regelmäßigen Treffen eine Vermittlung gesundheitsförderlicher Inhalte und Empfehlungen zu deren Umsetzung erfolgt.¹⁹

Zum Ansprechen der Zielgruppe können als vermittelnde Instanzen Schlüsselpersonen oder Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren hinzugezogen werden.

Schlüsselpersonen kommen häufig direkt aus dem Gesundheitsbereich (z. B. Allgemeinmediziner/innen oder Hebammen), aber auch aus öffentlichen oder religiösen Organisationen. Beispiele für freiwillige Schlüsselpersonen sind Pensionistinnen oder Pensionisten mit einschlägigen Berufserfahrungen aus dem sozialen oder pflegerischen Bereich wie Pfleger, Krankenschwester oder auch Köchin (Ammann/Gross 2011).

Der Einsatz von **Multiplikatorinnen/Multiplikatoren** direkt aus der Zielgruppe (insbesondere bei Personen aus demselben Herkunftsland) hat sich als effektiv erwiesen (Pfluger et al. 2009). Ihnen wird einerseits Vertrauen entgegengebracht, andererseits wird ihre Kompetenz anerkannt (Pfluger et al. 2009). Diese Personen, Gruppen und/oder Institutionen können ein Projekt wirkungsvoll unterstützen (integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung), indem sie die Reichweite erhöhen, die Umsetzung unterstützen oder zum Aufbau neuer Strukturen beitragen.

Projektbeispiel „MiMi“ (Mit Migranten für Migranten, Deutschland): Gut integrierte Migrantinnen und Migranten aus 15 Sprachgruppen wurden in diesem Projekt von Fachleuten des Gesund-

19

Mehr unter <http://www.gekona.at/>

heitswesens geschult, um muttersprachliche Informationen (z. B. über das deutsche Gesundheitssystem und öffentliche Präventions- und Vorsorgeangebote) unter ihren Landsleuten zu verbreiten. Die Informationsveranstaltungen fanden z. B. in Moscheen, Schulen und Freizeit-Heimen statt.

Projektbeispiel „MammaMia“ (OÖ): Bei diesem Projekt werden Mütter mit unterschiedlichem Migrationshintergrund als Moderatorinnen geschult, damit sie Gesprächsrunden mit Müttern aus jeweils ihrem Sprachkreis in der Muttersprache organisieren und moderieren können.²⁰

Projektbeispiel „Gemeinsam gesund in Oberwart“: In das vom FGÖ beauftragte Modellprojekt wurden auch die Kindergärten der teilnehmenden Gemeinden mit einbezogen. Ziel war es, einkommensschwache und bildungsferne Bevölkerungsgruppen im Rahmen des Schwerpunktes Herz-Kreislauf-Gesundheit zu erreichen. Als besonders erfolgreich für das Erreichen der Zielgruppen stellte sich der Multiplikatorenansatz heraus. Multiplikatorinnen/Multiplikatoren kommen aus dem Umfeld der Zielgruppen, kennen die Probleme und Ressourcen und haben in der Regel einen erleichterten Zugang zu den Zielgruppen. Grundsätzlich scheint ein Mix aus Multiplikatorinnen/Multiplikatoren und Expertinnen/Experten für die Durchführung der Interventionen sinnvoll (FH Burgenland, 11. 04. 2014).

Mögliche Zugänge zu schwer erreichbaren Gruppen bieten auch **gemeinsame Interessen** und die Orte, wo diese gepflegt werden, wie z. B. Schachspiel oder Backgammon im Park (Ammann/Gross 2011). Relevant können alle **Vereine oder Systeme** sein, wo sozioökonomisch benachteiligte Personen stark vertreten sind, wie z. B. Gewerkschaften oder Sportvereine (Stuker et al. 2008). Zugänge zu den Zielgruppen können auch **lokale Strukturen** wie Stadtplanung (z. B. Grätzel-Initiativen) oder Sozialarbeit bieten.

Wenn Medien über Präventionsprojekte informieren sollen, dann sind **zielgruppenspezifische Medien** wie z. B. muttersprachliche Zeitungen oder Gratiszeitungen einzubeziehen. Insbesondere muttersprachliche Fernsehsendungen haben häufig große Reichweiten (Pfluger et al. 2009; Stuker et al. 2008). Als Medium für jüngere Zielgruppen bietet sich das Internet an, wobei auch hier auf jene Seiten zurückgegriffen werden sollte, die bereits von der Zielgruppe genutzt werden (Pfluger et al. 2009). Insgesamt gilt aber „Mundpropaganda ist viel wichtiger als der perfekte Flyer“ (Lis et al. 2011, 15).

Projektbeispiel „Gemeinsam gesund in Oberwart“ (B): Im Modellprojekt wurden regionale Medien wie Radiosendungen und Zeitungen in die Öffentlichkeitsarbeit eingebunden. Wichtig ist hier eine regelmäßige Kooperation zwischen der Projektleitung und den Medien (FH Burgenland, 11. 04. 2014).

Wenn ein „Komm-Ansatz“ für Angebote gewählt wird, sollte er **niederschwellig** – d. h. zeitlich und räumlich offen – gestaltet sein, sodass die Angebote leichter erreicht werden können

20

Mehr unter <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.18/view.549/level.3/>

(Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Zugangsschwierigkeiten der Zielgruppe sollten berücksichtigt und Barrieren möglichst gering gehalten werden. Zu möglichen Hindernissen zählen Kosten, Wartezeiten, Anfahrtszeiten, Räumlichkeiten und Anmeldeformalitäten (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Eventuell kann es sinnvoll sein, wenn Angebote anonym in Anspruch genommen werden können; zumindest sollte genau überlegt werden, welche persönlichen Daten für die Anmeldeformalitäten wirklich notwendig sind und was abschreckend wirken könnte. Die zeitliche Gestaltung sollte der Zielgruppe angemessen sein: Angebote für berufstätige Frauen sollten abends oder, wenn möglich, direkt am Arbeitsplatz stattfinden, für arbeitslose Frauen am Vormittag. Alleinerzieherinnen sollte am besten über die passende Zeit selbst befragt werden, z. B. in Mutter-Kind-Zentren oder Supermärkten (FEM Süd, 10. 02. 2014).

Die Berücksichtigung von **Jahreszeiten und religiösen** Festen kann die Erreichbarkeit von Zielgruppen verbessern. Angebote während der Schulferien können z. B. von Müttern nur bedingt genutzt werden, die Sommerferien werden von Menschen mit Migrationshintergrund häufig dafür genutzt, in die Herkunftsländer zu reisen (Lis et al. 2011). Als Ausgangspunkte bieten sich z. B. Fastenmonate an, andererseits sind bestimmte Festtage (z. B. Weihnachten und Fasching sowie das Zucker- und Opferfest) weniger geeignet (Lis et al. 2011).

Projektbeispiel „Healthy Ramadan“ (Großbritannien): Präventionsprojekte des NHS nutzen den Ramadan als Chance, Rauchstopp-Angebote für Muslime zu bewerben, und bieten zahlreiche Tipps, den Ramadan gesundheitsförderlich zu gestalten und als Startpunkt für eine Lebensstil-anpassung zu nutzen (NHS Livewell 2012).

2.3.2 Zielgruppenspezifische Kommunikationsmethoden und Interventionsformen

Ausgangslage

Neben den Zugangswegen (siehe Kapitel 2.3.1) sind auch **Inhalt und Form** an die Bedürfnisse der Zielgruppe anzupassen (NICE National Institute for Health and Clinical Excellence 2007; Pfluger et al. 2009). Die bloße Verbreitung von schriftlichen Informationen bei heterogenem Zielpublikum (Sprache, Bildungsgrad), das Abhalten von Informationsveranstaltungen oder Zeigen von Präventionsfilmen ohne persönliche Gespräche haben sich nicht bewährt (Pfluger et al. 2009).

Erfolgsfaktoren

Partizipation (siehe Kapitel 2.4) ist ein Schlüssel, um Inhalte und Form von Präventionsmaßnahmen gemäß den Bedürfnissen der Zielgruppen zu gestalten (Lehmann et al. 2011).

Zu Erreichung der Zielgruppen ist ein jeweils **zielgruppensensibler Ansatz** zu wählen. Dieser kann beispielsweise geschlechts- oder kultursensibel sein. Bei einem kultursensiblen Zugang ist auf folgende Aspekte zu achten: Nutzung vorhandener Ressourcen der Gemeinschaft, Verständ-

nis der Zielgruppe, Barrieren der Zielgruppe, kultursensitive Informationen, Rücksichtnahme auf kulturelle und religiöse Normen (NICE National Institute for Health and Clinical Excellence 2012).

Projektbeispiel „rundumsund“ (W): Das Bekochen von Familienmitgliedern stellt bei Frauen mit Migrationshintergrund häufig die Hauptquelle für Anerkennung dar; Verhaltensänderungen müssen diesen sozialen Kontext mitberücksichtigen. (F.E.M Institut für Frauen- und Männergesundheit o.J.)

In vielen Projekten hat sich ein **aufsuchender Zugang** als effektiv bei schwer erreichbaren Zielgruppen herausgestellt. Wichtig ist es, dass die Beratungspersonen Kompetenz und Offenheit gegenüber anderen Lebenswelten haben, **Respekt und Wertschätzung** aufbringen bzw. entsprechend geschult werden. Zu vermeiden ist ein paternalistisches Verhalten oder „victim blaming“ (d. h. dem Gegenüber die Schuld an der eigenen Lage zuzuschreiben) (Possert 2007). Hier kann es helfen, wenn die Beratungspersonen selbst aus der relevanten Zielgruppe rekrutiert werden. Unrealistische Ziele und ein zu starker Fokus auf das Negative sind häufige Fallstricke in der Gesundheitsförderung, die insbesondere gesundheitlich Benachteiligte abschrecken (Possert 2007).

Der Einsatz von geschulten „Gesundheitsberatern“ hat sich zur Erreichung von sozioökonomisch Benachteiligten bewährt (Ammann/Gross 2011).

Projektbeispiel Frühe-Hilfen-Netzwerke (Ö): Diese arbeiten mit geschulten Personen aus verschiedenen Berufsgruppen (Familienhebammen, aber auch Kinderkrankenschwestern etc.), die die Familien (meist) nach der Geburt besuchen, um einerseits allgemeine Informationen über diverse Unterstützungsangebote zu vermitteln und andererseits spezifischen Unterstützungsbedarf zu identifizieren und bei Bedarf konkrete Hilfe- oder Förderleistungen zu vermitteln. Diese Hausbesuche werden sehr gerne angenommen, da die Eltern gerade nach der Geburt eines Babys froh sind, wenn sie keine zusätzlichen Termine außerhalb wahrnehmen müssen. Hausbesuche bieten zusätzlich den Vorteil, die gesamte Familie einbinden zu können.

Projektbeispiel: Gesundheit kommt nach Hause – [siehe 2.3.1](#)

Projektbeispiel: Mamma Mia – [siehe 2.3.1](#)

Viele Maßnahmen in der Gesundheitsförderung stellen den Aspekt der Wissensvermittlung in den Vordergrund und vernachlässigen die Dimension der Verhaltensänderung (Ammann/Gross 2011). Hier können Phasen des Umlernens und kleine mittelfristige Ziele helfen (F.E.M Institut für Frauen- und Männergesundheit o.J.). **Praktische Aspekte**, z. B. lernen, wie gesunde Ernährung in den (sozialen) Alltag integriert werden kann, können ebenso erfolgsentscheidend sein wie **soziale Verstärkungsmechanismen**.

Projektbeispiel „rundumsund“: In tabellarischer Form werden fettärmere Alternativen zu beliebten Nahrungsmitteln gegeben wie z. B. Grillhuhn statt Backhuhn oder Wassereis statt Cremeeis (F.E.M Institut für Frauen- und Männergesundheit o.J.).

Informeller Austausch oder Aktivitäten **in Kleingruppen** haben sich als effektivere und effizientere Methode zur Förderung von gesundheitsförderlichen Verhaltensänderungen bei schwer erreichbaren Zielgruppen herausgestellt als großflächige Präventionsarbeit (Ammann/Gross 2011).

Projektbeispiel „Femmes Tische“ (Schweiz): Das Projekt sieht Tischgespräche zu Hause bei einer Gastgeberin mit Migrationshintergrund und mit einer muttersprachlich und themenspezifisch geschulten Moderation vor. Neben der interaktiven Bearbeitung von (teilweise tabuisierten) gesundheitsrelevanten Themen und entsprechendem Erfahrungsaustausch besteht auch das Ziel, lose Netzwerkbeziehungen (z. B. Nachbarschaft, Bekanntschaften) zu stärken und die Netzwerke der teilnehmenden Frauen zu erweitern (Ammann/Gross 2011).

Projektbeispiel „FamilienBande – Was geht ab?!“ (S): In diesem Projekt zeigte sich ebenfalls, dass die Herkunft des Moderators / der Moderatorin eines „ElternTisches“ eine Schlüsselfunktion für die Erreichbarkeit von Eltern mit niedrigem Sozialstatus hat. (Kral et al. 2011)²¹

Nicht nur das Format, sondern auch die Sprache und die Form der Informationsaufbereitung können häufig Barrieren darstellen (Stuker et al. 2008). Der ausschließliche Einsatz von Dolmetschern hat sich nicht bewährt (FEM Süd; 10. 02. 2014). Eine zielgruppenspezifische Aufbereitung der Informationen geht über die Übersetzung in die Muttersprachen hinaus und muss auf die **Alltagssprache** mit Alltagsbeispielen der Zielgruppe ausgerichtet sein (Stuker et al. 2008). So soll die Sprache leicht verständlich und ohne Fremdwörter oder „moderne Trendbegriffe“ sein (Lis et al. 2011). Ein sensibler Umgang mit der Themenwahl und der gewählten Terminologie ist essenziell (Possert 2007).

Projektbeispiel „rundumsund“ (W): Da stark übergewichtige Personen häufig den Begriff „Sport“ negativ assoziieren, ist es ratsam, statt dessen den Begriff „Bewegung“ zu verwenden (F.E.M Institut für Frauen- und Männergesundheit o.J.)

Ferner ist auf eine zielgruppenspezifische Symbolik/**Ästhetik** der Informationsmaterialien Wert zu legen (Stuker et al. 2008). Hier sind Materialien auch in Bezug auf ihre migrationsspezifische Gender-Tauglichkeit (entsprechen die vermittelten Bilder der jeweiligen Lebenswelt der Männer bzw. Frauen in der Zielgruppe) kritisch zu hinterfragen (Stuker et al. 2008). Insgesamt sind andere Formen der Kommunikation als schriftliche Informationsmaterialien wie Bilder, Musik oder Filme hilfreich und effektiv (Pfluger et al. 2009).

Projektbeispiel „Donna Nonna Ma Donna“ (Schweiz): Im Projekt wurde mit der Zielgruppe eine Zeitschrift im Boulevardstil (inklusive Interviews mit einer Schlagersängerin und Kreuzworträtsel) entwickelt, die der Ästhetik und Lebenswelt der Zielgruppe (ältere Damen) entsprach. ²²

21

Weitere Information auch unter <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>

22

http://www.bernergesundheits.ch/download/belladonna_1.pdf Zugriff 17.12.2013

Werden **Inhalt, Sprache und Ästhetik** nicht den Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst, kann dies zu Stigmatisierung, Tabuisierung oder Frustration führen.

Projektbeispiel „Ernährung, die bewegt – für Mutter und Kind“ (W): Im Projekt des Frauengesundheitszentrum wird darauf geachtet, in Ästhetik und Beispielen die Zielgruppe anzusprechen. So wird in den Broschüren der Kalorienverbrauch für langsames Gehen bei einer Person mit 100kg (und nicht mit „Normalgewicht“) angegeben (Arbeitsgemeinschaft Gesundheitserziehung o.J.). In dem Projekt wird auch ein geschlechtssensibler Umgang mit Bewegung gepflogen, z. B. indem darauf hingewiesen wird, dass Mädchen durch den Leistungsvergleich in Sportstunden den Spaß an der Bewegung verlieren können und daher weniger kompetitive Sportarten besser geeignet sein können.

Projektbeispiel „rundumsund“ (W): Die Projektumsetzer empfehlen bei der Planung von Bewegungsprojekten, sich in die Zielgruppe (Übergewichtige) zu versetzen, indem die Projektdurchführenden die geplanten Übungen vorab selbst mit einem schweren Rucksack ausführen (F.E.M Institut für Frauen- und Männergesundheit o.J.).

Projektbeispiel Netzwerk Familie (V): Das Projekt organisiert regelmäßig ein Treffen für begleitete Eltern (Mütterhock). Dabei geben Fachleute einen fachlichen Input, der in der Sprache und Aufbereitung an die Zielgruppe angepasst ist; der Zeitpunkt wird auf die Bedürfnisse von Eltern mit Babys abgestimmt (später Nachmittag, d. h. nach Mittagsschlaf und vor dem Abendessen); Kinderbetreuung wird organisiert.

Es kann auch nützlich sein, **kleine Schritte** der Verhaltensänderung zu propagieren und bereits kleine Schritte als Erfolg zu werten. Es geht also um eine flexible „Sowohl- als-auch-Haltung“.

Projektbeispiel „rundumsund“ (W): Im Wiener Projekt wurde eine Methodensammlung zu Gesundheitsförderung bei Übergewicht und Adipositas erstellt, in der darauf verwiesen wird, dass bereits eine Umstellung von einem 10-prozentigen Joghurt auf ein 3,5-prozentiges Joghurt im Sinne einer schrittweisen Veränderung als Erfolg zu werten ist (F.E.M Institut für Frauen- und Männergesundheit o.J.).

2.4 Partizipation der Akteure des Settings

Hintergrund

Der partizipative Ansatz beruht darauf, dass „Wohlbefinden und somit auch Gesundheit nur subjektiv definiert werden können“ und die Vermittlung von Information durch Fachleute vor allem zu einer Befähigung der Zielgruppe beitragen soll, „selbstbewusst über ihr Gesundheitsverhalten zu bestimmen und aktiv gegen die sozialen und politischen Faktoren vorzugehen, die ihre Gesundheitschancen beeinträchtigen“ (Wright et al. 2010). Partizipation gewährleistet, dass Gesundheitsförderungsaktivitäten gut auf Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt sind. Partizipa-

tion ist auch eine Voraussetzung für die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderungsprojekten (Fonds Gesundes Österreich 2005).

Wright et al. unterscheiden verschiedene Stufen der Partizipation: als Vorstufen der Partizipation werden die reine **Information** der Zielgruppe, die **Anhörung** der Zielgruppe und die **Einbeziehung** einzelner ausgewählter Personen aus der Zielgruppe zur unverbindlichen Beratung gesehen (Wright et al. 2010). Die formale und verbindliche Einbeziehung, also tatsächliche Partizipation, erfolgt als Mitbestimmung bei der Abstimmung von verschiedenen Aspekten von Maßnahmen mit teilweise übertragener Entscheidungskompetenz oder in Form einer gleichberechtigten Partnerschaft mit Entscheidungsmacht. In verschiedenen Phasen eines Projekts sind unterschiedliche Formen von Partizipation sinnvoll und möglich. (Fonds Gesundes Österreich 2005)

Ausgangslage

Partizipation der Zielgruppe bedeutet nicht nur Teilnahme, sondern auch aktive **gleichberechtigte** Teilhabe (Entscheidungskompetenz) bei allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung (Lis et al. 2011). Die Zielgruppe soll befähigt werden, ihre eigenen Bedürfnisse zu formulieren und Wünsche, Ideen und Vorstellungen bei der Planung, Umsetzung und Durchführung gesundheitsfördernder Aktivitäten einzubringen. Partizipation ist ein Entwicklungsprozess, bei dem die Zielgruppe zunehmend Kompetenzen gewinnt, um aktiv Einfluss auf Entscheidungen nehmen zu können. Dieser Prozess kann sehr zeit- und ressourcenintensiv sein, weswegen häufig nur eine unverbindliche „Schein-Partizipation“ zugelassen wird. Solche rein formale Mitbestimmung kann das Ziel der Stärkung der Ressourcen und Empowerment konterkarieren. Eine gut geplante und durchgeführte Partizipation kann hingegen dazu führen, dass durch positive Erfahrungen und soziale Kontakte (die in partizipativen Prozessen erworben werden) das Selbstbewusstsein gestärkt wird – und dies gesundheitsfördernd wirkt.

Erfolgsfaktoren

Partizipation sollte in **allen Projektphasen** erfolgen (Stuker et al. 2008), d. h. bereits in der **Planung** und in der Materialerstellung.

Projektbeispiel „Healthy & Vital“ (Niederlande): Ein Projekt in den Niederlanden adaptierte ein bestehendes evidenzbasiertes Kursangebot, um Personen mit türkischem Migrationshintergrund zu erreichen. Dazu wurden mit Hilfe von Fokusgruppengesprächen die Materialien adaptiert: z. B. die Ernährungsempfehlungen und die empfohlenen Bewegungsarten (Volkstanz statt Radfahren). Außerdem wurde aufgrund der Ergebnisse eines Pilotprojektes und einer Fokusgruppe von Expertinnen/Experten aus dem Wohlfahrts- und Sozialbereich (die bereits jahrelang mit der Zielgruppe arbeiteten) das Kursangebot überarbeitet: den Großeltern wurde eine wichtige Rolle zugeteilt und auf eine verstärkte persönliche Kontaktaufnahme umgestellt – anstatt bisher üblicher Werbung über Zeitungsinserate. (Ammann/Gross 2011)

Partizipation in allen Projektphasen (Planung, Durchführung, Leitung und Evaluation) hat den positiven Nebeneffekt, dass Zugangsbarrieren abgebaut bzw. gar verhindert werden können (Pfluger et al. 2009).

Projektbeispiel „Gesund leben und älter werden in Eving“ (Deutschland): Um vor Projektbeginn Barrieren und Hindernisse für ältere Menschen zu identifizieren, wurde eine Befragung der Zielgruppe durchgeführt. Basierend drauf wurden Angebote entwickelt, die den Kriterien der Zielgruppe entsprachen: Die angebotenen Kurse wurden rechtzeitig vor der Dunkelheit abgeschlossen, damit der Heimweg bei Tageslicht möglich war; die Angebote waren gut erreichbar und barrierefrei zugänglich; es wurden gleichgeschlechtliche Übungsleiter eingesetzt und die Kurse wurden in Deutsch und Türkisch angeboten (Lis et al. 2011).

Als bewährte **Methoden** der Partizipation werden – je nach Partizipationsstufe – teilnehmende Beobachtungen, systematisches Erfassen von Anliegen der Zielgruppe, Blitzbefragungen, Fokusgruppen, angeleitete Arbeitsgruppen, Open Space und ähnliche Techniken (World Cafe, Zukunftswerkstatt) sowie Nutzerbeiräte genannt. Die Umsetzung von Partizipation trifft auf verschiedenste Hürden; sie lassen sich in persönliche und professionelle Grenzen der Projektmitarbeiter/innen, Grenzen der Projektorganisationsform, institutionelle Grenzen, Grenzen der Zielpersonen und politische Grenzen gruppieren (Wright et al. 2010). Tipps und nützliche Tools zu Projektumsetzung, Methoden der Partizipation und der Überprüfung der Nachhaltigkeit von Projekten finden sich in der Publikation „Gesundheitsförderung in Gemeinden Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung“ (Auer et al. 2014) sowie unter <http://www.partizipation.at/methoden.html>.

Projektbeispiel „Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Schule“: Im Leitfaden wird zur systematischen Erfassung von Schwachstellen bzw. jenen Themen, bei denen Handlungsbedarf gegeben ist, eine Ist-Analyse empfohlen. So sollen Lehrer/innen, Schüler/innen und Eltern zusammenarbeiten und die unterschiedlichen Sichtweisen einfließen (Dietscher 2001).

Projekteispiel „Alls im Grüana“ (Vbg): Beim Modellprojekt wurden Jugendliche von Anfang an eingebunden, von der Entwicklung des Projektnamens und Logos (2 Workshops) über die Erfassung der Bedürfnisse von Jugendlichen mittels Photo-Voice-Methode, die Beurteilung bestehender Angebote von Gesundheitsdienstleistungen durch eine Jury aus Jugendlichen und Fachleuten bis zur Entwicklung von „Produkten“ (Workshops für die Ausbildung von Peers und von diesen umgesetzte Workshops für Jugendliche). Durch die Partizipation der Jugendlichen und eine breite institutionelle Zusammenarbeit wird eine größere Ideenvielfalt erreicht, ein gemeinsames Lernen ermöglicht (das sich im Sinne einer Reflexion unmittelbar auswirken und zu Verbesserungen der bestehenden Angebote führen kann) und eine hohe Akzeptanz erreicht. Um Partizipation besonders erfolgreich umsetzen zu können, ist jedoch ein Spielraum im Konzept notwendig, der eine rasche Umsetzung neuer Ideen ermöglicht (Marent 2013).

2.5 Vernetzung

Hintergrund

„Dieser heute in vielen Bereichen populäre Begriff beschreibt auch eine wesentliche Strategie der Gesundheitsförderung. Einerseits spricht er das Verhältnis von AkteurInnen der Gesundheitsförderung zueinander an: Vernetzen bedeutet unter anderem, systematisch Erfahrungen auszutauschen, gemeinsam zu lernen, Synergien und Ressourcen optimal zu nutzen und durch die Zusammenarbeit neues Wissen zu schaffen. Es geht aber auch um die Vermittlung zwischen und Vernetzung der unterschiedlichen Politikbereiche, um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu erreichen.“ (Fonds Gesundes Österreich 2005)

Ausgangslage

Da Gesundheitsförderung stets auch die Verhältnisse der Betroffenen einbeziehen soll, ist eine Kooperation zu Partnerinnen und Partnern aus anderen Sektoren/Politikbereichen außerhalb des Gesundheitsbereichs unumgänglich, um die Effizienz und die Reichweite der Maßnahmen zu erhöhen (Ammann/Gross 2011; Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.; Pfluger et al. 2009). Auch die Einbindung von zivilgesellschaftlichen Institutionen ist meist sinnvoll.

Erfolgsfaktoren

Intersektorale Kooperation kann durch ein **Projektteam mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen** erleichtert werden (Lis et al. 2011). Um Gesundheitsförderung sektoren- und ressortübergreifend zu thematisieren und zu verankern, können Gesundheitskonferenzen, Stadtteilkonferenzen und Fachtagungen veranstaltet werden (Lehmann et al. 2011). Die Einbindung von Kooperationspartnern aus Politik, Verwaltung und Praxis sollte in allen Projektschritten (bei Planung, Umsetzung und gegebenenfalls Überarbeitung) gegeben sein (Lehmann et al. 2011).

Projektbeispiel Netzwerk Familie (Vorarlberg): Die Erfahrungen zeigen, dass Vernetzung einen wesentlichen Erfolgsfaktor darstellt (um die Zielgruppe zu erreichen) und dass an dieser laufend gearbeitet werden muss. Dies gelingt durch persönliche Kontaktaufnahme (die gerade in Bereichen mit hoher Personalfuktuation immer wieder notwendig ist), die Organisation von Fachveranstaltungen (z. B. als Kombination von Abend- und Vormittagstermin und die Anerkennung als Fortbildung inklusive entsprechender Fortbildungspunkte) sowie durch die Verbreitung von Informationsmaterial (z. B. Give-aways für Dienstleister/innen zur Erinnerung an Netzwerk Familie). Besonders wichtig ist es auch, von Anfang an zu vermitteln, dass eine Kooperation wichtig und notwendig ist, und das potentielle Netzwerk bereits in die Konzeption einzubinden.

2.6 Nachhaltigkeit der Veränderungen

Ausgangslage

„Der Begriff der Nachhaltigkeit wird von der WHO erstmals im Dokument „Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept ‘Gesundheit für alle, für die Europäische Region der WHO‘ aufgegriffen. Mit diesem Titel wird starke Nähe zum Weltprogramm der Nachhaltigen Entwicklung, Agenda 21, ausgedrückt. In Anlehnung an deren Leitspruch „global denken – lokal handeln“ kann man auch in der Gesundheitsförderung zwischen Nachhaltigkeit auf gesellschaftlicher Ebene (= Makro-Ebene) und auf Projektebene (= Mikro-Ebene) unterscheiden.

Nachhaltigkeit auf der gesellschaftlichen Ebene bezieht sich demnach auf das Ausmaß, in dem eine politische Strategie oder ein nationales Programm eine optimale Ausbalancierung wirtschaftlicher, ökologischer, sozialer und gesundheitlicher Ziele erreicht.

Nachhaltigkeit auf der Projektebene beinhaltet zunächst die Frage, ob die optimierten Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen über die Projektdauer hinaus Bestand haben (statische Nachhaltigkeit). Wichtig für die Aufrechterhaltung von Veränderungen ist, dass Vorkehrungen getroffen werden, dass die Innovationen auch an sich ändernden Bedingungen angepasst werden (dynamische Nachhaltigkeit).

Nachhaltigkeitsplanung auf Projektebene bedeutet, dass bereits zu Projektbeginn über den Zeithorizont des Projektes hinaus geplant werden muss. Nachhaltigkeit wird aber auch dadurch gesichert, dass Methoden, Wissen und Erfahrungen des Projektes so gestaltet und aufbereitet werden, dass diese auch für andere Organisationen und Zielgruppen anwendbar sind und so Transferierbarkeit (Verbreitung) eingeplant wird.“ (Fonds Gesundes Österreich 2005)

Hintergrund

Nachhaltigkeit als Merkmal von Maßnahmen bezieht sich auf deren Zukunftsfähigkeit. Dies beinhaltet zunächst die Frage, ob die erwünschten Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen über die Maßnahmendauer hinaus Bestand haben (statische Nachhaltigkeit). Des Weiteren meint Nachhaltigkeit auch die Transferierbarkeit (Verbreitung) und den Nutzen des Projektes für andere Organisationen und Zielgruppen.

Erfolgsfaktoren

Konkrete Nachhaltigkeitsstrategien sollten bereits zu Projektbeginn berücksichtigt werden. Es ist daher wesentlich, von Anfang an Überlegungen zur Nachhaltigkeit ausreichend zu operationalisieren. Besondere Bedeutung kommt dabei den Aspekten der Langzeitwirkung und Fortsetzungsfähigkeit zu. Einzelaktionen und „Strohfeuer-Projekte“ verunsichern alle Beteiligten (insbesondere auch Stakeholder und Ehrenamtliche) und sollen daher generell vermieden werden

(Possert 2007). Eine Checkliste mit einer Auflistung von Faktoren, die die Nachhaltigkeit fördern können findet sich im FGÖ-Projektguide²³.

Folgende Fragen zur Nachhaltigkeit sollten sich Projektplaner stellen:

- » Welche Schritte habe ich in Bezug auf Nachhaltigkeit gesetzt / welche plane ich? Wo soll die Maßnahme am Projektende stehen?
- » Wie soll es nach Projektende weitergehen? Wodurch wird gewährleistet, dass die geschaffenen Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen über die Maßnahmendauer hinaus Bestand haben?
- » Wie stelle ich sicher, dass die durch Ihre Maßnahme eingeführten Innovationen, Tools, Strukturen, Aktivitäten etc. dynamisch weiterentwickelt und an veränderte Bedingungen angepasst werden? Wodurch werden Impulse für die eigenständige Weiterentwicklung gesetzt?
- » Welchen Nutzen können andere Organisationen und Zielgruppen aus der Maßnahme ziehen, und wie können sie daraus lernen?

Projektbeispiel FEM (W): Das Institut für Frauen- und Männergesundheit (FEM, FEM Süd und MEN) legte von Anfang an Wert auf die Schulung von Multiplikatorinnen und Mutiplikatoren und schulte z. B. in den Spitälern einzelne Hausarbeiterinnen als Gesundheitsmultiplikatorinnen. Dies führt zu einem nachhaltigen Kontakt und Austausch. (FEM-Süd, 10. 02. 2014)

23

http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/hilfestellungsdownloads/Checkliste_Nachhaltigkeit.pdf

3 Hindernisse und Tipps

3.1 Projektplanung

Eine Projektplanung sollte stets mit einer Ist-Analyse/Bedarfsanalyse beginnen. Hier sind insbesondere die Bedürfnisse der Zielgruppe zu erheben und welche Institutionen oder Gruppierungen bereits Zugänge zu den relevanten Gruppen haben.

In einem ersten Schritt wird analysiert welche **Akteure** bereits im gewählten Setting aktiv sind oder Zugang haben. Diese Akteure sollten von Anfang an eingebunden werden (z. B. über eine Steuerungsgruppe), da sie bereits über Erfahrungen mit den Zielgruppen verfügen (Lis et al. 2011). Die Bestandsanalyse soll ebenfalls erfassen, **welche Angebote und Zugangswege** bereits existieren, um an diesen anzuknüpfen und keine parallelen Strukturen zu schaffen (Lis et al. 2011). Vor Projektbeginn sollte an sich bereits klar sein, welche Schwierigkeiten bei der Erreichung der Zielgruppe auftreten können.

Bei der Projektplanung ist zu berücksichtigen, dass der Zugang zu schwer erreichbaren Gruppen **zeit- und ressourcenintensiv** ist, d. h. bei der Planung sollten dem Auftraggeber nicht in den ersten paar Monaten bereits erste Umsetzungsergebnisse, sondern eher Zwischenergebnisse zur Erreichung der Zielgruppe versprochen werden. Außerdem ist eine angemessene Entlohnung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren oder Schlüsselpersonen einzuplanen (Pfluger et al. 2009).

Die Einbindung der Zielgruppe bzw. von Personen mit bereits bestehendem Zugang zur Zielgruppe (z. B. aus dem Sozialbereich oder Vereinen) sollte bereits in der Planungsphase insbesondere bei der Erstellung der Materialien erfolgen. (So sollten z. B. Ernährungsempfehlungen mit Hilfe der Zielgruppe auf die Essgewohnheiten der Zielgruppe abgestimmt werden.) Die entwickelten Materialien und die geplanten Zugänge sollen in einer Pilotphase getestet und eine Adaptierungsphase eingeplant werden.

Gesundheitsförderung soll stets die Verhältnisse und Gesundheitsdeterminanten berücksichtigen, stößt hier aber leider auch oft an ihre Grenzen. Viele Einflussfaktoren auf die Gesundheit wie z. B. Lehrpläne können nicht im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojektes erreicht werden, sondern benötigen größere strategische Ansätze wie Health in All Policies. Eine **realistische Projektplanung** ist daher – insbesondere für die Gesundheit der Teammitglieder – wichtig.

3.2 Gesundheitsbedarf und Bedürfnisse der Zielgruppe

Partizipation ist ein zentrales Instrument, um die Gesundheitsbedürfnisse der Zielgruppe zu erfassen. Es ist jedoch ebenfalls nützlich und zielführend, vor Projektbeginn die Ausgangslage der Zielgruppe über öffentlich zugängliche Statistiken abzubilden. So kann aus Sozialberichten, Ge-

sundheitsberichten²⁴, wissenschaftlicher Literatur etc. die Ausgangslage der Zielgruppe erfasst werden.

Projektbeispiel FEM/MEN (W): Das Institut für Frauen- und Männergesundheit (FEM, FEM Süd und MEN) erhebt zu Beginn jedes Projektes die Wünsche und Vorstellungen ihrer Zielgruppe mit Hilfe von Befragungen oder Fokusgruppen. Selbst wenn ein bereits etabliertes Projekt in einem neuen Setting durchgeführt wird, wird dieser Schritt wiederholt, da er eine wichtige vertrauensbildende Maßnahme darstellt. Der hohe Zeitaufwand dafür trifft bei den Projektfinanzierenden häufig auf Unverständnis, dennoch lohnt sich der Schritt durch das entstehende Vertrauen und den Zugang zur Zielgruppe. (FEM Süd, 10.02.2014)

3.3 Vertrauensbildende Schritte

Beim Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen ist es sehr wichtig, von Anfang an vertrauensbildende Aktivitäten zu setzen. Dazu zählen ein wertschätzender Umgang mit Personen, aber auch ein sensibler Umgang mit Daten und das Bewusstsein, dass Datenschutz aufgrund von eventuellen negativen Obrigkeitserfahrungen ein wichtiges und sensibles Thema ist. Dies ist insbesondere bei Evaluationen zu bedenken, wenn eine Verknüpfung von Evaluationsergebnissen vorgesehen ist.

Zur Vertrauensbildung trägt außerdem personelle Kontinuität bei (Lis et al. 2011; Pfluger et al. 2009).

Wenn Gesundheitsförderungsexpertinnen/-experten die Wohnungen der Zielpersonen aufsuchen, sollte im Vorfeld eine schriftliche Ankündigung mit einem Foto erfolgen (Ammann/Gross 2011).

3.4 Evaluation und Dokumentation

„Evaluation und Dokumentation werden zur Qualitätsentwicklung im Angebot umgesetzt. Sie dienen dazu, die Arbeitsabläufe zu strukturieren und zu unterstützen und die formulierten Ziele im Projektverlauf zu überprüfen. Die *Dokumentation* bildet die Inhalte und Ergebnisse der Arbeitsprozesse ab (z. B. durch Besprechungsprotokolle, Veranstaltungsdokumentationen oder die Sammlung erstellter Materialien) und macht sie auch nach längerer Zeit oder für Außenstehende transparent. Die *Evaluation* nutzt die dokumentierten Informationen, analysiert und bewertet diese vor dem Hintergrund der gesetzten Ziele“ (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.).

Angebote der Gesundheitsförderung sollten vor allem gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreichen, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern. Bereits in der

24

<http://www.goeg.at/de/Bereich/GB-Archiv.html>

Planung sollte daran gedacht werden, dass die Nachvollziehbarkeit des gesamten Projektverlaufs gewährleistet ist. Sämtliche Daten und Belege sind zu sammeln, um den Projektverlauf und die Erfolge hinsichtlich der Erreichung gesundheitlich benachteiligter Bevölkerungsgruppen für Außenstehende nachvollziehbar zu machen (Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.).

Evaluation und Dokumentation sind ein wichtiger Aspekt in der Gesundheitsförderung und vertiefende Informationen dazu finden sich z.B. in einer Einführung von der Weltgesundheitsorganisation (Rootman et al. 2001). Der FGÖ bietet im Rahmen des Seminarprogramms „Gesundheitsförderung Bildungsnetzwerk“ regelmäßig Fortbildungen zu Evaluation in der Gesundheitsförderung an²⁵.

25

<https://weiterbildungsdatenbank.fgoe.org/>

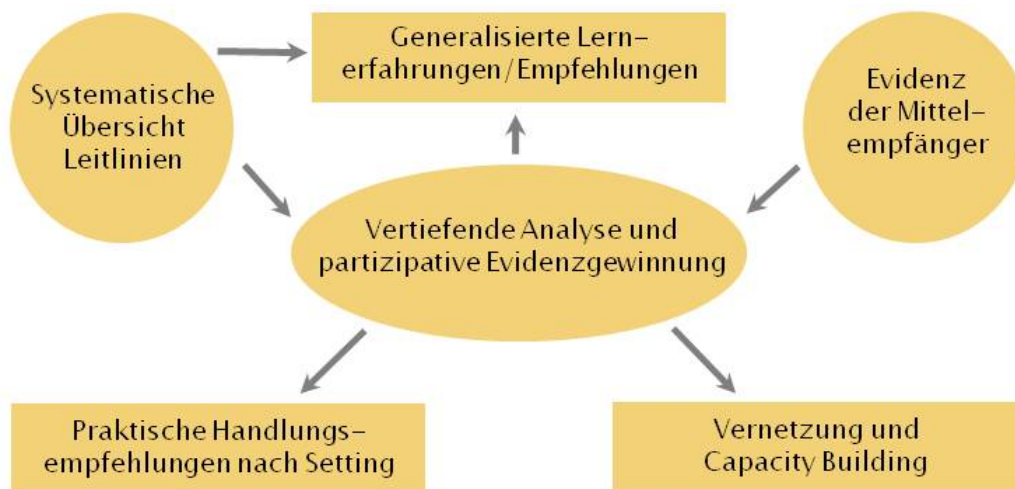
4 Methodik und Suchstrategie

Vorliegende Empfehlungen wurden über die sogenannten „Vorsorgemittel“ der Bundesgesundheitsagentur finanziert. Ziel war es, die bei den Mittelempfängern der Vorsorgestrategie zum Thema Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung aufgebaute Expertise systematisch zu erfassen, um das Wissen und die Evidenz langfristig zu sichern und für andere Maßnahmen nutzen zu können. Aufgrund der Schwerpunktthemas „Ernährung“ in der ersten Periode der Vorsorgestrategie wurde diesem Aspekt besondere Beachtung gewidmet. Dafür wurden die Lernerfahrungen in Bezug zu wissenschaftlich aufbereiteten Erkenntnissen gesetzt und daraus Empfehlungen für zukünftige Gesundheitsförderungsinterventionen mit Schwerpunkt auf gesundheitlicher Chancengerechtigkeit abgeleitet.

Das Projekt basiert auf einem iterativen Prozess der Evidenzgewinnung aus Literatur und Erfahrungswissen. Erfahrungen wurden sowohl von den Gesundheitsförderungsexpertinnen/-experten der Bundesländer als auch von den (derzeitigen wie zukünftigen) Umsetzern/Umsetzerinnen der Maßnahmen im Rahmen der Vorsorgemittel eingeholt. Dieser Ansatz wurde gewählt, damit die Lernerfahrungen aus den vorsorgemittelfinanzierten Projekten nachhaltig zur Verfügung stehen. Außerdem stehen Erfahrungen aus der Gesundheitsförderung kaum in medizinisch orientierten Literaturdatenbanken zur Verfügung (Haas et al. 2013a).

Das Projekt sah eine Partizipation der Gesundheitsförderungsexpertinnen und Gesundheitsförderungsexperten der Bundesländer im Allgemeinen und der (derzeitigen wie zukünftigen) Umsetzer/innen der Maßnahmen im Rahmen der Vorsorgemittel im Spezifischen vor. Das Projekt gliederte sich in vier Arbeitsschritte, wobei zuerst nach bestehenden Leitlinien und Empfehlungen zur Förderung von Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung gesucht wurde und daraus wurden allgemeine Empfehlungen erarbeitet, um auf zukünftige Projekte in der Gesundheitsförderung und Prävention zu Chancengerechtigkeit in anderen Settings bzw. bei anderen Zielgruppen angewendet werden zu können (Arbeitsschritt 1 und 4). Im Mittelpunkt stand die Förderung der Chancengerechtigkeit zum Thema Ernährung in den Settings Kindergarten und Gemeinschaftsverpflegung sowie für die Zielgruppe Schwangere (Arbeitsschritt 2 und 3). Diese Settings bzw. Zielgruppe wurden schwerpunktmäßig im Rahmen der ersten Vorsorgemittelperiode adressiert.

Ablauf der Arbeitsschritte



1. Systematische Übersicht über (Meta-)Leitlinien und Empfehlungen zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit in Gesundheitsförderung und Prävention

Es wurde eine systematische Literaturrecherche und eine Handsuche auf relevanten Seiten und bei ausgewählten Institutionen²⁶ zu evidenzbasierten Leitlinien und Empfehlungen zur Einbindung sozial benachteiligter Gruppen in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen nach Settings, zum Thema Ernährung und auf Metaebene (z. B. „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ des BZgA) durchgeführt (siehe auch Suchstrategie).

2. Aufbereitung der Evidenz aus den verpflichtenden Jahresberichten 2011 bis 2013 der Mittelempfänger zu Prozess- und Ergebnisevaluation sowie Lernerfahrungen der Mittelempfänger

In einem zweiten Schritt wurden die dargestellten Lernerfahrungen und Ergebnisse aus den Zwischenberichten systematisch herausgearbeitet und auch den Empfehlungen aus Schritt 1 gegenüber gestellt werden. Hierzu wurden insbesondere die aktuellsten Jahresberichte und die darin enthaltenen Beschreibungen der Lernerfahrung in den relevanten Kapiteln herangezogen. Darüber hinaus wird mit jeder Projektleitung der Vorsorgemaßnahmen ein qualitatives Interview (größtenteils persönlich) über Lernerfahrungen (erfolgreiche wie gescheiterte Strategien, Herausforderungen, Chancen, Hürden etc.) bei der Maßnahmenumsetzung in Bezug auf Zielgruppenerreichung und Chancengerechtigkeit durchgeführt.

26

www.gesundheitliche-chancengerechtigkeit.de, www.fgoe.org, <http://thecommunityguide.org>

3. Vertiefende Analyse und partizipative Evidenzgewinnung nach Setting

Fokusgruppen zu den jeweiligen Settings wurden eingerichtet, in denen alle Maßnahmenumsetzer des jeweiligen Settings vertreten waren. In diesen Fokusgruppen leiteten die Projektumsetzer auf Basis des Austauschs ihrer Lernerfahrungen und der Reflexion der Lernerfahrungen und der aufbereiteten Ergebnisse aus Arbeitsschritt 1 und 2 Rückschlüsse und Empfehlungen ab. Fokusgruppen fanden zu den Settings Kindergarten und Gemeinschaftsverpflegung sowie für die Zielgruppe Schwangere statt.

Abschließend erfolgte in diesem Arbeitsschritt die Zusammenführung der Lernerfahrungen zum Thema Förderung der Chancengerechtigkeit in den einzelnen Settings durch die GÖG.

4. Generalisierung der Lernerfahrung und Empfehlungen: „Empfehlungen Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung“

Die erste Version der allgemeinen Empfehlungen wurde mit den Fokusgruppenleiterinnen/-leitern diskutiert und in Folge überarbeitet (vgl. [Anhang](#)). Im Abschluss wurden die allgemeinen Empfehlungen mit allen Projektumsetzern diskutiert bei einem Vernetzungstreffen am 10.09.2014 (vgl. [Anhang](#)) und in eine Letztfassung übergeführt werden.

Suchstrategie

Die systematische Literatursuche wurde im Dezember 2013 und Jänner 2014 durchgeführt. Folgende Suchstrategien wurden für die systematische Literatursuche in den Referenz-Datenbanken PubMed, Cochrane, CRD, PsycInfo und Eric zum Thema Schwangere und Gemeinschaftsverpflegung verwendet:

Zielgruppe Schwangere

Suchstrategie 1

```
Search (((((((((((("Health Status Disparities"[Mesh] OR "Poverty"[Mesh]) OR "Social Class"[Mesh]) OR "Socioeconomic Factors"[Mesh]) OR "Social Environment"[Mesh]) OR "Unemployment"[Mesh]) OR "Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "Social Problems"[Mesh]) OR "Social Justice"[Mesh]) OR "Healthcare Disparities"[Mesh]) OR "Health Services Accessibility"[Mesh]) OR "Health Services Needs and Demand"[Mesh]) OR "Social Conditions"[Mesh]) OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) AND (((((((("Program Development"[Mesh] OR "Program Evaluation"[Mesh]) OR "Public Policy"[Mesh]) OR "Health Policy"[Mesh]) OR "Policy Making"[Mesh]) OR ("Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh])) OR "Health Planning Guidelines"[Mesh]) OR "Health Promotion"[Mesh]) OR ("Public Health"[Mesh] OR "Public Health Surveillance"[Mesh] OR "Public Health Practice"[Mesh]))) AND (((("Prenatal Nutritional Physiological Phenomena"[Mesh]) OR "Maternal Nutritional Physiological Phenomena"[Mesh])
```

Suchstrategie 2

Search (((("Pregnancy"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh])) AND (((((((((((("Health Status Disparities"[Mesh] OR "Poverty"[Mesh] OR "Social Class"[Mesh] OR "Socioeconomic Factors"[Mesh] OR "Social Environment"[Mesh] OR "Unemployment"[Mesh] OR "Social Determinants of Health"[Mesh] OR "Social Problems"[Mesh] OR "Social Justice"[Mesh] OR "Healthcare Disparities"[Mesh] OR "Health Services Accessibility"[Mesh] OR "Health Services Needs and Demand"[Mesh] OR "Social Conditions"[Mesh] OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) AND (((("Program Development"[Mesh] OR "Program Evaluation"[Mesh] OR "Public Policy"[Mesh] OR "Health Policy"[Mesh] OR "Policy Making"[Mesh] OR ("Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh])) OR "Health Planning Guidelines"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh] OR ("Public Health"[Mesh] OR "Public Health Surveillance"[Mesh] OR "Public Health Practice"[Mesh]))) AND ((("Diet"[Mesh] OR ("Nutritional Sciences"[Mesh] OR "Nutritional Status"[Mesh] OR "Nutrition Policy"[Mesh]))

Setting Gemeinschaftsverpflegung

Search (((((((((((("Program Development"[Mesh] OR "Program Evaluation"[Mesh] OR "Public Policy"[Mesh] OR "Health Policy"[Mesh] OR "Policy Making"[Mesh] OR ("Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh])) OR "Health Planning Guidelines"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh] OR ("Public Health"[Mesh] OR "Public Health Surveillance"[Mesh] OR "Public Health Practice"[Mesh]))) AND ("Health Status Disparities"[Mesh] OR "Poverty"[Mesh] OR "Social Class"[Mesh] OR "Socioeconomic Factors"[Mesh] OR "Social Environment"[Mesh] OR "Unemployment"[Mesh] OR "Social Determinants of Health"[Mesh] OR "Social Problems"[Mesh] OR "Social Justice"[Mesh] OR "Healthcare Disparities"[Mesh] OR "Health Services Accessibility"[Mesh] OR "Health Services Needs and Demand"[Mesh] OR "Social Conditions"[Mesh] OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) AND ("Food Services"[Mesh] OR "Food Service, Hospital"[Mesh])

5 Literatur

- AGES (2014): Richtig essen von Anfang an! Evaluationsbericht gesamt 2013
- AGES/BMG/HVB (2010): Österreichische Beikostempfehlungen. Wien
- Ammann, Eva; Gross, Corina (2011): Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Institut für Sucht- und Gesundheitsförderung
- Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2014): Migration und Gesundheit. ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Bundesministerium für Gesundheit, Arbeiterkammer Wien, Wien
- Arbeitsgemeinschaft Gesundheitserziehung (o.J.): Ernährung, die bewegt – für Mutter und Kind. Wegweiser zum gesunden Lebensstil. Broschüre, Institut für Frauen- und Männergesundheit, Frauengesundheitszentrum F.E.M., Wien
- ARGE, Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung GmbH (2014): "Richtig essen von Anfang an" – Ernährungsworkshops in Niederösterreich, 3. Jahresbericht 2013. St. Pölten, Wiener Neustadt
- Auer, Maria; Bäck, Margaretha; Hofer, Kathrin; Neuhold, Bianca; Gangl, Daniela; Amort, Frank M.; Fonds Gesundes Österreich (2014): Gesundheitsförderung in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung. Reihe WISSEN Bd. 11. Fonds Gesundes Österreich / Gesundheit Österreich GmbH
- Black, Andrew; Brimblecombe, Julie; Eyles, Helen; Morris, Peter; Vally, Hassan; O'dea, Kerin (2012): Food subsidy programs an the health and nutritional status of disadvantaged families in high income countries: a systematic review. In: BMC Public Health 12/1099
- Diers, M. (2007): Das Frauen- und Familienzentrum in der AIDS-Hilfe Köln e.V. In: Gesundheit und Integration – Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Hg. v. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin
- Dietscher, C.; Loidolt, A.; Schantl, B. (2013): Wissenschaftliche Beratung und Begleitung, Evaluation und Projektmanagement für ein Maßnahmen-Roll-Out "Baby-friendly Hospital Initiative" (BFHI): Jahresbericht 2013. Wien
- Dietscher, Christina (2001): Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Schule – Ein Leitfaden für LehrerInnen und SchulleiterInnen. Hg. v. Generationen, Bundesministerium für soziale Sicherheit und, Wien
- Elmadfa, Ibrahim et. al. (Hg.) (2012): Österreichischer Ernährungsbericht 2012. Hg. v. (AGES), Institut für Ernährungswissenschaften und Österreichischer Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ettmayer, M. (2013): "Gesund essen von Anfang an" 2013, Oberösterreich, Jahresbericht 2013. Oberösterreich

- F.E.M Institut für Frauen- und Männergesundheit (o.J.): Methodensammlung zu Gesundheitsförderung bei Übergewicht und Adipositas Institut für Frauen- und Männergesundheit F.E.M., Wien
- FEM Süd, Institut für Frauen- und Männergesundheit (2009): Interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen. Manual.
- Fonds Gesundes Österreich (2005): Glossar [Online]. Gesundheit Österreich GmbH / FGÖ. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar> [Zugriff am 02.01.2014]
- Fonds Gesundes Österreich (2013): Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung des Fonds Gesundes Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Gesundheitliche Chancengleichheit (o.J.): Checkliste zu Bereichen guter Praxis in Angeboten der Gesundheitsförderung/ Prävention bei sozial Benachteiligten. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-5-erfahrungen-nutzen/qualitaetskriterien-der-gesundheitsfoerderung-bei-sozial-benachteiligten/>
- Gold, Carola; Lehmann, Frank (Hg.) (2012): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gesundheitsförderung Konkret 17/2012. Köln
- Groth, Sylvia; Rappauer, Anita; Stadler-Vida, Michael; Steingruber, Brigitte (2010): MIA Mütter in Aktion. Projekterfahrungen mit der Gesundheitsförderung von schwangeren Frauen und Müttern von Babys in den steirischen Bezirken Liezen und Leibnitz 2007–2010. Frauengesundheitszentrum, Graz
- Haas, Sabine; Breyer, Elisabeth ; Knaller, Christine ; Weigl, Marion (2013a): Evidenzaufbereitung in der Gesundheitsförderung. Anleitung. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Haas, Sabine; Busch, Martin; Kerschbaum, Johann; Türscherl, Elisabeth; Weigl, Marion (2012): Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit (Wissen 9). GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich/Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Haas, Sabine; Pammer, Christoph; Weigl, Marion; Winkler, Petra (2013b): Ausgangslage für Frühe Hilfen in Österreich. Ergebnisse der Feldanalyse und der Stakeholder-Workshops. Wien
- Haas, Sabine; Pammer, Christoph; Weigl, Marion; Winkler, Petra; Brix, Martina; Knaller, Christine (2013c): Ausgangslage für Frühe Hilfen in Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Habl, Claudia (2014): Armut und Gesundheit. In: Handbuch Armut in Österreich. Hg. v. Dimmel, Nikolaus;Schenk, Martin;Stelzer-Orthofer, Christine, StudienVerlag, Innsbruck – Wien – Bozen: 240–267

- Hofmann, Felix ; Flaschberger, Edith ; Felder-Puig, Rosemarie (2013): Wirkungen schulischer Gesundheitsförderung auf soziale Ungleichheit bei Schüler/inne/n. LBIHPR Forschungsbericht. Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH, Wien
- Klimont, Jeannette; Ihle, Petra; Baldaszi, Erika; Kytir, Joseph (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Knipper, Michael; Bilgin, Yasar (2009): Migration und Gesundheit. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin
- 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
- Lis, Katharina; Olbermann, Elke; von Koenen, Cordula; Wisniewski, Gabriele (2011): Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk. Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen. Institut für Gerontologie, Dortmund
- Lyssenko, Lisa; Franzkowiak, Peter; Bengel, Jürgen; (2010): Resilienz und Schutzfaktoren [Online]. BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <http://www.leitbegriffe.bzga.de> [Zugriff am 06.05.2014]
- Marczik-Zettinig, S.; Krammer, V. (2013): Gesunde Ernährung in der Steiermark: "GEMEINSAM G'SUND GENIESSEN – Die Steiermark im Gleichgewicht", Jahresbericht 2013 über die Verwendung der Vorsorgemittel. Graz
- Marent, Karl-Heinz (2013): Jugend trifft Gesundheit. Endbericht.
- Marmot, Michael; Atkinson, Tony; Bell, John; Black, Carol; Broadfoot, Patricia; Cumberlege, Julia; Diamond, Ian; Gilmore, Ian; Ham, Chris; Meacher, Moller; Mulgan, Geoff (2010): Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010.
- NHS Livewell (2012): NHS [Online]. <http://www.nhs.uk/Livewell/Healthylamadan/Pages/quitsmoking.aspx> [Zugriff am 17.12.2013]
- NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2008): Maternal and child nutrition. NICE public health guidance, Bd. 11. Hg. v. National Institute for Health and Clinical Excellence, London
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2007): Behaviour change. Quick reference guide. NICE public health guidance 6. National Institute for Health and Clinical Excellence, London

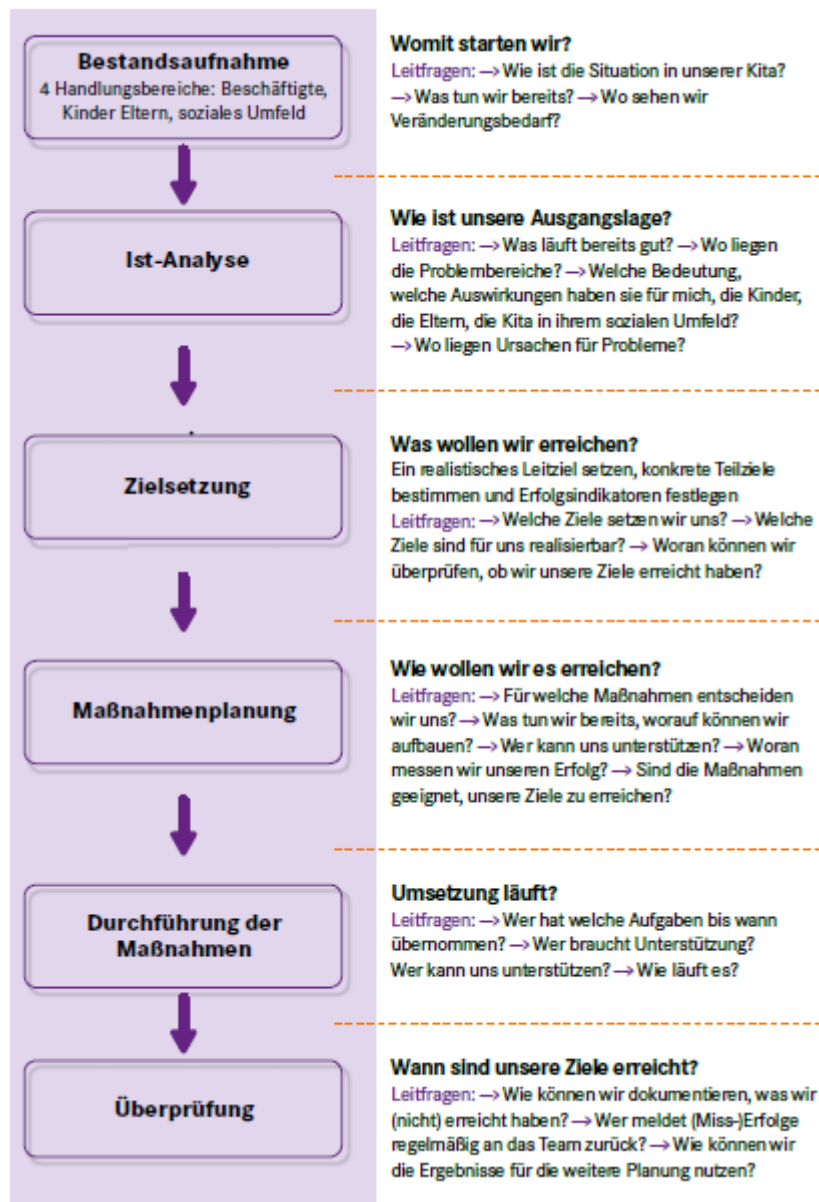
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2012): Obesity: working with local communities. National Institute for Health and Clinical Excellence, London
- ONGK, Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (2010): Gesundheitsfördernde Ernährung in Gesundheitseinrichtungen unterstützen. Positionspapier des ONGKG.
- Palecek, Feyza (2007): Donna Mobile. In: Gesundheit und Integration – Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Hg. v. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. 2. Aufl., Berlin: 159–162
- Pfluger, Thomas; Biedermann, Andreas; Gross, Corina (2009): Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz.
- Possert, Rainer (2007): Wohnen am Grünanger – eine erfolgreiche soziale Intervention für eine "vulnerable" Gruppe. In: Soziale Ungleichheit und Gesundheit Tagungsband der 9 Österreichischen Präventionstagung. Hg. v. Österreich, Fonds Gesundes, Wien: 27–30
- Prantl, K. (2013): "Richtig essen von Anfang an" – Vorarlberg, Jahresbericht 2013. Vorarlberg
- Richter-Kornweitz, Antje; Altgeld, Thomas (2011): Gesunde KITA für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte. 2. Auflage. Aufl., Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover
- Rootman, Irving; Goodstadt, Michael; Hyndman, Brian; McQueen, David V.; Potvin, Louise; Springett, Jane; Ziglio, Erio (2001): Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications European Series, Bd. 92, World Health Organization
- Sonnberger, J. (2013): Richtig essen von Anfang an! – Wien, "Erährungsberatung in der Schwangerschaft – Gesund ins Leben starten!", Jahresbericht 2013. Wien
- Steingruber, B.; Adamiczek, A.; Skoff-Papst, G.; Obergeschwandner, R.; Groth, S. (2010): Endbericht MIA – Mütter in Aktion. Frauengesundheitszentrum
- Stuker, Rahel; Salis Gross, Corina; Schnoz, Domenic; Kayser, Anke (2008): Umfrage bei ausgewählten ExponentInnen der Migrationsbevölkerung und Fachpersonen mit Migrationshintergrund zu den Bereichen Tabak und Alkohol. Schweizerisches Rotes Kreuz, Bern
- Styria vitalis (2001): Gemeinsam Gehen [Online]. Styrial Vitalis. http://www.styriavitalis.at/cms/Aktuell/Aktuelle_Projekte/Gemeinsam_Gehen/1,10,1,0.html [Zugriff am 15.01.2014]
- Vienken, Elke (2010): Sozillagenbezogene Gesundheitsförderung. Erfolgsversprechende Zugangswege zu Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart

- Von Unger, Hella; Gangarova, Tanja (2011): PaKoMi Handbuch. HIV-Prävention für & mit Migrant/inn/en. Berlin
- WHO, Regional Office for Europe (2005): The European Health Report 2005. Public Health Action for healthier Children and Populations. Kopenhagen
- WHO Regional Office for Europe (2014): Review of social determinants and the health divide in the European Region: executive summary. WHO, Kopenhagen
- Wirl, Charlotte; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Unger, Theresia (2010): Strategie der Verwendung der Vorsorgemittel. Bd. Zl. II/4619. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Wright, Michael T.; Von Unger, Hella; Block, Martina (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg. v. Wright, Michael T., Hans Huber Verlag, Bern: 35-52

ANHANG

Checkliste „Qualität“ für eine setting-orientierte Gesundheitsförderung

Abbildung 1:
Checkliste für eine settingorientierte Gesundheitsförderung



Quelle: Richter-Kornweitz/Altgeld (2011)

Weiterführende Links

Tabelle 5.1:
Links zu Leitlinien und Empfehlungen

Organisation / Land	Link	Anmerkung
Fonds Gesundes Österreich / Österreich	www.fgoe.org	Glossar und Projektguide zu Gesundheitsförderung
Public health services / Schweiz	www.transpraev.ch	Migrationssensitive und transkulturell kompetente Prävention und Gesundheitsförderung
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit / Deutschland	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/	Modelle guter Praxis zu Chancengerechtigkeit und Good-Practice-Kriterien
Bundeszentralstelle für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) / Deutschland	http://www.leitbegriffe.bzga.de/	Leitbegriffe der Gesundheitsförderung
Gesundheitsförderung Schweiz (quint-essenz) / Schweiz	http://www.quint-essenz.ch/de/	Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention
Institut für Frauen- und Männergesundheit / Österreich	http://www.rundum-gesund.at/pdf/Methodenhandbuch.pdf	Methodensammlung zu Gesundheitsförderung bei Übergewicht und Adipositas

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 5.2:
Links zu Tools/Methoden

Organisation / Land	Link	Anmerkung
Wiener Gesundheitsförderung (WIG)	http://www.wig.or.at/Gender-Che.889.0.html	Gendercheck: Gendergerechtigkeit und Gendersensibilität von Maßnahmen, Projekten und Aktivitäten
Wiener Gesundheitsförderung (WIG)	http://www.wig.or.at/Downloads.72.0.html	Broschüre „Gesunde Ernährung schmeckt“, downloadbar in Deutsch, Türkisch, Bosnisch/Serbisch/Kroatisch
Wiener Gesundheitsförderung (WIG)	http://www.wig.or.at/Downloads.72.0.html	Broschüre „Bewegung im Alltag wirkt“, downloadbar in Deutsch, Türkisch, bosnisch/serbisch/kroatisch
Wiener Gesundheitsförderung (WIG)	http://www.wig.or.at/Downloads.72.0.html	Broschüre „Seelische Gesundheit macht stark“, downloadbar in Deutsch, Türkisch, Bosnisch/Serbisch/Kroatisch
Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)	http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/hilfestellungsdownloads/Checkliste_Dokumentation.pdf	Checkliste für eine systematische und übersichtliche Projektdokumentation
Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)	http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/hilfestellungsdownloads/Checkliste_Nachhaltigkeit.pdf	Checkliste mit einer Auflistung von Faktoren, die die Nachhaltigkeit fördern können.
Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)	http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/hilfestellungsdownloads/Download_Basiswissen_Ziele.pdf	Beschreibung für die Festlegung von Projektzielen
Österreichische Gesellschaft für Umwelt und Technik (ÖGUT)	http://www.partizipation.at/methoden.html	Beschreibung von Methoden der Partizipation

Quelle und Darstellung: GÖG

Kriterien guter Praxis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung²⁷

Kriterien guter Praxis für Programme

Die folgenden Kriterien sind der Checkliste des Good Practice-Auswahlprozesses für gesundheitsfördernde Programme entnommen. Wie auch bei der Auswahl der guten Praxisbeispiele müssen nicht sämtliche Kriterien vollständig erfüllt sein, sondern gute Praxis soll sich anhand einzelner Kriterien erweisen. Dabei muss jedes ausgewählte Programm zwingend den drei Einschluss- oder Muss-Kriterien entsprechen:

Einschlusskriterien

- **Konzeption, Selbstverständnis**

Das Programm basiert auf einer Konzeption, aus der ein klarer Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung oder Prävention hervorgeht.

Wenn nein: Aus dem Programmkonzept geht der klare Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung und Prävention nicht hervor, er lässt sich jedoch über die konkreten Arbeitsinhalte herstellen.

- **Zielsetzung und Zielebenen**

Im Rahmen des Programmkonzeptes werden Ziele zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit formuliert.

Das Programm trägt durch den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit bei.

Das Programm trägt durch die Stärkung individueller Kompetenzen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit bei.

27

Hier handelt es sich um den Vollabdruck eines von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Österreich herausgegebenen Dokuments. Es steht im Internet unter folgender Adresse kostenfrei zur Verfügung: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/kriterien-fuer-good-practice-programme/>

- **Zielgruppenbezug**

Das Programm ist ausdrücklich auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet oder bezieht Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ein, die mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen arbeiten.

Wenn nein: Das Programm ist nicht ausdrücklich auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet oder bezieht Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen arbeiten, nicht ein. Diese Gruppen werden aber ebenfalls vom Programm angesprochen.

Auf der Umsetzungsebene des Programms werden überwiegend sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreicht.

Es gibt nachvollziehbare Daten oder andere Belege wie z.B. Sozialraumanalysen und interne Dokumentationen, anhand derer für Außenstehende nachvollziehbar ist, in welchem Umfang und mit welchem Erfolg sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreicht werden können.

Das Programmkonzept berücksichtigt die besonderen geschlechtsspezifischen Bedarfe und Interessen von sozial benachteiligten Frauen und/ oder Männern bzw. Mädchen und/ oder Jungen.

Auswahlkriterien

- ✓ **Nachhaltigkeit**

Das Programm ist auf eine längerfristige Umsetzungsdauer von mindestens fünf Jahren ausgerichtet.

Die Umsetzung des Programms ist vollständig gesichert.

Wenn nein: Die Finanzierung der Programmumsetzung ist nicht vollständig gesichert, das Programmkonzept formuliert jedoch Mindeststandards für die Ressourcenausstattung.

Das Programm gibt vor, dass zur Umsetzung externe Ressourcen genutzt werden. Dazu zählen zum Beispiel der Aufbau von Kooperationen und Kofinanzierungen.

Es ist Ziel des Programms, Wirkungen zu erzeugen, die über die Dauer der Programmlaufzeit hinaus bestehen.

Es ist Ziel des Programms, den Fortbestand der durch das Programm initiierten Angebote oder Strukturen langfristig zu sichern.

✓ Partizipation

Partizipation der Zielgruppen

Die Zielgruppe wird bereits in der Planungsphase des Programms aktiv in die Gestaltung eingebunden.

Das Programm gibt Methoden sowie Zeitpunkte der Methodenanwendung in der Umsetzungsphase vor, welche die Zielgruppe aktiv in Willensbildungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einbindet. Beispiele dafür sind Szenariowerkstätten, Bürgergutachten und Zukunftswerkstätten. Die Partizipation der Zielgruppe ist erklärtes Ziel des Programms.

Partizipation der Anwenderinnen und Anwender des Programms

Anwenderinnen und Anwender des Programms, z.B. auf der Leitungsebene in Kindertagesstätten, werden bereits in der Planungsphase des Programms aktiv in die Gestaltung eingebunden.

Es ist Ziel des Programms, den Anwenderinnen und Anwendern des Konzepts langfristig eine institutionalisierte Mitbestimmung bei der Programmgestaltung zu ermöglichen, z.B. über Beiräte.

✓ Abstimmung mit relevanten Systemen und Strukturen

Die Ziele und Vorgehensweisen des Programms wurden bereits in der Planungsphase mit relevanten Akteurinnen und Akteuren aus Politik, kommunaler oder sektoraler Verwaltung und Praxis abgestimmt und optimiert.

Das Programmkonzept sieht vor, dass auf Umsetzungsebene externe Ressourcen erschlossen werden.

In der Durchführungsphase des Programms wird die Abstimmung mit der Umsetzungsebene, z.B. über Beiräte, kontinuierlich fortgesetzt.

Das Programmkonzept sieht Kooperationen mit Partnerinnen und Partnern vor.

Durch das Programmkonzept werden proaktiv gesetzliche Regelungen unterstützt oder angestrebt.

✓ Qualitätsentwicklung

Das Programmkonzept formuliert Indikatoren zur Beurteilung seiner Qualität.

Das Programmkonzept formuliert Methoden zur Sicherung und Entwicklung der Qualität auf Umsetzungsebene.

Im Programmkonzept wird die angestrebte Wirksamkeit hergeleitet oder über vorliegende Evidenzen begründet („Promising“).

Das Programmkonzept sieht vor, dass jeweils eine verantwortliche Person zur Qualitätsentwicklung auf der Umsetzungsebene festgelegt wird.

Im Programmkonzept werden Indikatoren zur systematischen und kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung der Strukturqualität (Finanzmittel, Räume, Personal und anderes) auf Umsetzungsebene formuliert.

Im Programmkonzept werden Indikatoren zur systematischen und kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung der Prozessqualität, also der Art der Leistungserbringung auf Umsetzungsebene formuliert.

Im Programmkonzept werden Indikatoren zur systematischen und kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung der Ergebnisqualität, also der letztlich erreichten Effekte auf Umsetzungsebene formuliert.

✓ **Evaluation**

Es erfolgt eine Bewertung des Programmerfolges durch Gegenüberstellung von Zielen und Wirkungen des Programms. Dazu zählt zum Beispiel die vorgesehene und tatsächliche Reichweite des Programms.

Im Programmkonzept ist eine Änderung von Wissen, Einstellungen und Verhalten und der gesundheitsgerechteren Gestaltung der Verhältnisse, Alltagsabläufe und Lebensbedingungen vorgesehen.

Bei der Bewertung des Programmerfolgs steht die Überprüfung des Ziels "Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit" im Vordergrund.

Bei der Bewertung des Programmerfolgs werden sowohl beabsichtigte als auch nicht beabsichtigte Wirkungen berücksichtigt.

Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse werden Abläufe und Ziele des Programms regelmäßig angepasst.

Die Evaluationsergebnisse werden öffentlich zugänglich gemacht.

✓ **Anwenderfreundlichkeit**

Das Antragsverfahren auf Umsetzung des Programms ist einfach gehalten und leicht zugänglich.

Die Anwenderinnen und Anwender des Programms werden während der Implementierung und Umsetzung von kompetenten Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartnern unterstützt.

Die Umsetzung des Programms wird durch ein Manual strukturiert.

✓ Übertragbarkeit

Bei der Planung des Programmkonzepts dienten bewährte Ansätze als Vorbild und Orientierung.

Das Programm enthält nachahmenswerte Bereiche, die sich auf andere Anwendungsfelder sowie deren Praxis ausweiten oder übertragen lassen.

Die im Rahmen des Programms gesammelten Erfahrungen, also die „Lessons Learned“, insbesondere Hürden und Stolpersteine, sind nachvollziehbar aufbereitet und werden öffentlich kommuniziert.

Teilnehmerlisten für Interviews und Fokusgruppen

Tabelle 3:
Liste der interviewten Personen

Organisation	Name	Datum
Frauenassistentz FEM Süd	Mag. Haider	10. 2. 2014
LBIHPR	Dr. Mag. Dietscher	17. 2. 2014
Avomed	Hanna Hörtnagl, Bsc.	21. 3. 2014
FH Burgenland	Prof. Dr. Mag. Erwin Gollner, MPH	11. 4. 2014
Amt der OÖ Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit	Mag. Claudia Barth	11. 4. 2014
Frauengesundheitszentrum Frieda Ried	Mag. Karin Kreil	11. 4. 2014
Bgld. Landesregierung	Karina Wapp, MA	17. 4. 2014
Styria vitalis	Mag. Sabine Wallner, Mag. Katharina Schradt	23. 4. 2014
Vernetzungstreffen REVAN (Gruppeninterview)	Sarah Glatz, Verena Krammer, Katrin Krüger, Christine Scherer, Maria-Luise Ettmayer, Tina Ganser, Aygül Tankaz, Johanna Ziegler, Birgit Dieminger, Bernadette Bürger, Waltraud Eisner, Karin Grimschitz	24. 4. 2014
Netzwerk Familie ²⁸	Mag. Christine Rinner	28. 4. 2014
	Mag. Alexandra Wucher	30. 4. 2014
AGES	Mag. Christine Gelbmann	23. 5. 2014

Tabelle 4:
Fokusgruppe Chancengerechtigkeit / Schwerpunkt Kindergarten (Externe Teilnehmerinnen, 21. 5. 2014)

Organisation	Name
ARGEF	Petra Ruso
WIG	Margit Pachschwöll
OÖGKK	Maria Luise Ettmayer
Stöckler-Consulting	Angelika Stöckler
Gesundheitsfonds Steiermark	Sandra Marczik-Zettinig

28

Diese Interviews wurden im Zusammenhang mit einem anderen Projekt geführt, die Erfahrungen von Netzwerk Familie sollten jedoch auch hier einfließen.

Tabelle 5:

Vernetzungstreffen Vorsorgemittel / Schwerpunkt Chancengerechtigkeit in der Gemeinschaftverpflegung und bei Schwangeren (Externe Teilnehmer/innen, 10. 9. 2014)

Organisation	Name
Land Oberösterreich	Mag. Claudia Barth
Gesundes Niederösterreich	Mag. Petra Braun, MA
Gesundes Niederösterreich	Mag. Irene Öllinger
AGES	Mag. Bernadette Bürger
BMG	Mag. Judith delle Grazie
AGES	Dr. Birgit Dieminger
LBI	Mag. Dr. Christina Dietscher
GKK Kärnten	Ing. Waltraud Eisner
GKK Oberösterreich	Mag. Maria Luise Ettmayer
AGES	Sonja Greisinger, MSc
GKK Burgenland	Nadine Gutleben, MA
REVAN NÖ	Mag. Ariane Hitthaller, MSc
AGES	Mag. Sophie Langer
GKK Tirol	Mag. Gunda-Maria Nestler
WIG	Margit Pachschwöll, MA
REVAN NÖ	Mag. Petra Ruso
GKK Wien	Mag. Jana Sonnberger
GKK Wien	Ayguel Tankaz
Gesundheitsfonds Steiermark	Mag. Martina Karla Steiner
Land Burgenland	Karina Wapp, MA
GKK Salzburg	Johanna Ziegler, MSc
Avomed	Friedrich Lackner

Tabelle 6:

Fokusgruppe Handlungsempfehlungen zu Gemeinschaftsverpflegung (Externe Teilnehmer/innen, 10. 9. 2014)

Organisation	Name
Gesundes Niederösterreich	Mag. Petra Braun, MA
Gesundes Niederösterreich	Mag. Irene Öllinger
AGES	Sonja Greisinger, MSc
AGES	Mag. Sophie Langer
GKK Tirol	Mag. Gunda-Maria Nestler
Gesundheitsfonds Steiermark	Mag. Martina Karla Steiner
Land Burgenland	Karina Wapp, MA

Qualitätskriterien zur Planung und Bewertung von Projekten der Gesundheitsförderung²⁹

Gesundheitsförderung hat sich in den letzten Jahren in Österreich stetig weiterentwickelt und etabliert.

Damit einher geht auch eine steigende Professionalisierung: Umsetzer/innen und Auftraggeber/innen sind daran interessiert, Projekte erfolgreich umzusetzen, die Qualität und Wirksamkeit Ihrer Projekte und Programme aufzuzeigen und zu steigern.

Seit Beginn der 90er Jahre wurde in der WHO und auch in vielen Europäischen Ländern im Sinne der Qualitätssicherung an spezifischen Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung gearbeitet.

DIE ORIENTIERUNG AN DEN QUALITÄTSKRITERIEN...

- » hilft wirksame Strategien aufzuzeigen und zu fördern
- » stärkt Evidenz-geleitete Gesundheitsförderung
- » unterstützt einen gezielteren Einsatz begrenzter Ressourcen
- » und hilft, besser auf den Bedarf der Zielgruppen einzugehen und sie besser zu erreichen.
- » hilft unwirksame Strategien zu vermeiden

Der FGÖ hat bei der Entwicklung seiner Qualitätskriterien Know How von bereits existierenden und gut erprobten Qualitätssicherungsinstrumenten (z. B. „quint-essenz“³⁰, „European Quality Instrument for Health Promotion“³¹) aufgegriffen und diese in Kooperation mit dem LBI für Gesundheitsförderungsforschung weiterentwickelt.

29

Hier handelt es sich um des Vollabdruck eines im Jahr 2013 vom Fonds Gesundes Österreich herausgegebenen Dokuments (Fonds Gesundes Österreich 2013). Es steht im Internet unter folgender Adresse kostenfrei zur Verfügung:
<http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/fact-sheet-201equalitatskriterien-zur-planung-und-bewertung-von-projekten-der-gesundheitsforderung201c-erschiene>

30

Gesundheitsförderung Schweiz (2007). Qualitätskriterien für Projekte. Qualitätskriterien. Quintessenz – Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Version: 5.0 / 30. 11. 2007 / <http://www.quint-essenz.ch>. (Stand 26. 02.2013)

31

European Project GettingEvidenceintoPractice, NIGZ, VIG (2005). European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP). URL: <http://www.nigz.nl/gettingevidence> (Stand 26. 02.2013)

ANWENDUNGSBEREICHE:

Die Qualitätskriterien können von sowohl von Auftraggeber/innen als auch von Umsetzer/innen und Evaluator/innen von Gesundheitsförderungsprojekten verwendet werden, um...

- » Gesundheitsförderungsprojekte systematisch zu planen
- » sich an „good practice“ zu orientieren
- » Gesundheitsförderungsprojekte in verschiedenen Phasen systematisch zu reflektieren
- » Konzepte und Berichte von Gesundheitsförderungsprojekten einzuschätzen und zu bewerten
- » Stärken und Verbesserungspotenziale von Projekten zu identifizieren.

Der Fonds Gesundes Österreich bewertet Förderanträge auf Basis dieser Qualitätskriterien. Sie sind auch Grundlage für die Evaluation der geförderten Projekte.

Auf den folgenden Seiten sind die Qualitätskriterien des Fonds Gesundes Österreich für Projekte der Gesundheitsförderung im Detail dargestellt.

Zu Beginn finden Sie jene Qualitätskriterien, die sich auf die „Prinzipien der Gesundheitsförderung“ beziehen, den zweiten Teil bilden die „Qualitätskriterien zum Projektkonzept“. Schließlich werden „Voraussetzungen für die antragstellende Organisation“ dargestellt.

Die Qualitätskriterien sind auch im FGÖ-Projektguide (Fördermanagement-Tool des FGÖ) angeführt und spiegeln sich in dessen Fragestellungen wieder.

Die bei den Qualitätskriterien angegebenen Indikatoren dienen als Anhaltspunkte zur Überprüfung, ob ein Qualitätskriterium erfüllt ist.

1. Qualitätskriterien zu Grundprinzipien der Gesundheitsförderung

Die folgenden Qualitätskriterien beziehen sich auf die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, die bereits in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung definiert wurden und auch in der aktuellen Gesundheitsförderungstheorie und -praxis angewendet und weiterentwickelt werden:

Die Grundprinzipien spielen eine übergeordnete Rolle, sollen im gesamten Projektverlauf angewendet werden und fließen daher auch in das Kapitel „2.1 Qualitätskriterien zum Projektkonzept“ ein.

Um einen Überblick über die gesamten Grundprinzipien und deren zugeordneten Qualitätskriterien und Indikatoren zu bieten, sind sie im folgenden Kapitel aber vorab komplett dargestellt.

1.1 Positiver, umfassender und dynamischer Gesundheitsbegriff

- » Das Projekt basiert auf einem positiven, umfassenden und dynamischen Gesundheitsbegriff.

Indikatoren

- » Gesundheit wird im Rahmen des Projekts als umfassendes körperliches, geistig-seelisches und soziales Wohlbefinden berücksichtigt.
- » Gesundheit wird im Rahmen des Projekts als dynamischer Prozess und als ein immer wieder herzustellendes Gleichgewicht verstanden, nicht als Zustand.
- » Das Projekt ist am Konzept der Salutogenese orientiert.

1.2 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

- » Im gesamten Projektverlauf wird auf die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit geachtet. Folgende Aspekte sollen berücksichtigt werden:
 - Bildung, Einkommen, berufliche Position, soziale Herkunft
 - Migrationshintergrund, Wohnregion
 - Lebensalter, Gender, Familienstand
- » Die Maßnahmen sind für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen leicht zugänglich (niederschwellig).

Indikatoren

- » Es liegt eine Frage- bzw. Problemstellung vor, die die gesundheitliche Chancengerechtigkeit explizit und systematisch behandelt.
- » Das Setting ist geeignet, gesundheitlich benachteiligte Menschen zu erreichen.
- » Die Wahl der Zielgruppe/n des Projekts ist auf die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ausgerichtet.
- » Die Zielsetzungen des Projekts streben die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit explizit an.
- » Bei der Planung und Umsetzung der Aktivitäten und Methoden werden Aspekte gesundheitlicher Chancengerechtigkeit berücksichtigt.

1.3 Ressourcenorientierung und Empowerment

- » Das Projekt berücksichtigt bestehende
 - strukturelle Ressourcen für Gesundheitsförderung, wie Einrichtungen, Institutionen und Vereine, Strategien und Programme, Leitbilder, Finanzierungsquellen, Qualifikationen
 - soziale Ressourcen, wie Netzwerke, soziale Bindungen

- persönliche Ressourcen, wie Gesundheitskompetenz, Engagement und Erfahrung
- » Das Projekt zielt auf die Stärkung sozialer und persönlicher Ressourcen (Empowerment) ab.

Indikatoren

Ressourcenorientierung

- » Die strukturellen Ressourcen (wie Einrichtungen, Institutionen und Vereine, Strategien und Programme, Leitbilder, Finanzierungsquellen, Qualifikationen), sozialen Ressourcen (wie Netzwerke, soziale Bindungen) und personellen Ressourcen (wie Gesundheitskompetenz, Engagement, Erfahrung) des Settings werden beschrieben oder im Zuge des Projekts erhoben.
- » Bei der Planung und Umsetzung der Aktivitäten und Methoden werden die strukturellen, sozialen und persönlichen Ressourcen der Zielgruppe/n und des Settings berücksichtigt.
- » Es ist dargestellt, wie die im Setting vorhandenen strukturellen, sozialen und persönlichen Ressourcen nach Projektende zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Aktivitäten genutzt werden.

Empowerment

- » Das Projekt zielt auf die Stärkung sozialer und persönlicher Ressourcen (Empowerment) ab.
- » Die Aktivitäten und Methoden sind auf die Stärkung von sozialen und persönlichen Ressourcen ausgerichtet.

1.4 Setting- und Determinantenorientierung

- » Das Projekt zielt auf die nachhaltige gesundheitsfördernde Veränderung von Strukturen und Prozessen im Setting ab (siehe auch Kapitel 3.1.8 „Nachhaltigkeit“).
- » Die Projektziele sind auf die Veränderung einer oder mehrerer Gesundheitsdeterminante/n ausgerichtet.
- » Die Aktivitäten und Methoden sind auf die Veränderung der im Projektziel festgelegten Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet.

Indikatoren

Settingorientierung

- » Das Projekt ist auf die nachhaltige gesundheitsfördernde Veränderung von Strukturen und Prozessen im Setting ausgerichtet.
- » Das Setting, in dem das Projekt stattfindet, ist klar definiert und beschrieben.
- » Das Setting ist geeignet, gesundheitlich benachteiligte Menschen zu erreichen.
- » Das Setting ist geeignet, die definierte/n Zielgruppe/n zu erreichen.

Determinantenorientierung

- » In der Frage- und Problemstellung ist beschrieben und begründet, welche Gesundheitsdeterminanten im Projekt berücksichtigt werden.

- » Die Projektziele sind auf die Veränderung einer oder mehrerer Gesundheitsdeterminante/n ausgerichtet.
- » Die Aktivitäten und Methoden sind auf die Veränderung der im Projektziel festgelegten Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet.

1.5 Zielgruppenorientierung

- » Das Projekt richtet sich an ausgewählte und zur Zielerreichung relevante Zielgruppen.
- » Die Zielgruppe/n ist/sind klar definiert und beschrieben. Folgende Aspekte sollen berücksichtigt werden:
 - » Bildung, Einkommen, berufliche Position, soziale Herkunft
 - » Migrationshintergrund, Wohnregion
 - » Lebensalter, Gender, Familienstand
- » Die Ressourcen, Werte, Interessen und Bedarfe der Zielgruppe/n sind beschrieben oder werden angemessen berücksichtigt.
- » Im Projektkonzept werden weitere Anspruchsgruppen (Stakeholder) definiert und beschrieben.

Indikatoren

- » Die Auswahl der Zielgruppe/n ist schlüssig begründet.
- » Die Ressourcen, Werte, Interessen und Bedarfe der Zielgruppe/n sind beschrieben oder werden im Zuge des Projekts erhoben.
- » Es ist klar beschrieben, wie die Zielgruppe/n erreicht werden soll/en und mit welchen Schwierigkeiten dabei zu rechnen ist.
- » Im Projektkonzept sind die Möglichkeiten der Partizipation der Zielgruppe/n dargestellt.
- » Die Aktivitäten und Methoden sind an die Ressourcen, Werte, Interessen und Bedarfe der Zielgruppe/n angepasst.
 - » Weitere Anspruchsgruppen (Stakeholder) sind angeführt.
 - » Ergebnisse und Erfahrungen des Projekts werden für die Zielgruppe/n und andere Akteur/innen adäquat und verständlich (in Kommunikationsstil und Medien) aufbereitet und nutzbar gemacht.

1.6 Partizipation der Akteure/Akteurinnen des Settings

- » Im Projektkonzept ist dargestellt, wie und auf welche Weise die Zielgruppe/n, Entscheidungsträger/innen und andere Akteur/innen des Settings in den verschiedenen Projektphasen beteiligt werden (Partizipation).

Indikatoren

- » Es sind für die Zielgruppe/n und weitere Anspruchsgruppen (Stakeholder) Möglichkeiten vorgesehen, sich in Entscheidungsprozesse einzubringen (Themen, Meinungen, Bedarfe).
- » Es sind für die Zielgruppe/n und weitere Anspruchsgruppen (Stakeholder) Möglichkeiten vorgesehen, wesentliche Projektschritte mitzuentcheiden.

- » Es sind für die Zielgruppe/n und weitere Anspruchsgruppen (Stakeholder) Möglichkeiten vorgesehen, sich aktiv an der Projektplanung und -umsetzung zu beteiligen.

1.7 Vernetzung

- » Das Projekt kooperiert mit relevanten Partnern/Partnerinnen.
- » Das Projekt ist im Hinblick auf die Zielsetzungen optimal vernetzt.
- » Entscheidungsträger/innen werden aktiv angesprochen und einbezogen.
- » Es findet Ressourcenbündelung/fachübergreifende Zusammenarbeit statt.
- » Das Projekt ist in ein übergeordnetes Programm, Netzwerk oder eine Public Health Policy eingebettet (z. B. Nationaler Aktionsplan Ernährung, Kindergesundheitsstrategie, Gesundheitsziele).

1.8 Nachhaltigkeit der Veränderungen

- » Im Projektkonzept ist vorgesehen, dass die Aktivitäten, Strukturveränderungen und Wirkungen auch nach Projektende fortbestehen (statische Nachhaltigkeit).
- » Im Projektkonzept sind Maßnahmen vorgesehen, die eine Anpassung der Aktivitäten an sich ändernde Rahmenbedingungen ermöglichen, ohne den Gesundheitsförderungs-Fokus zu verlieren (dynamische Nachhaltigkeit).
- » Es gibt konkrete Überlegungen, wie andere Zielgruppen oder Settings die Aktivitäten dauerhaft übernehmen können (Transferierbarkeit).
- » Das Projekt führt zu einer strukturellen Veränderung im jeweiligen System (z. B. Gesundheits-, Bildungs-, Wirtschaftssystem).
- » Im Projektkonzept sind Überlegungen angestellt, wie die Weiterfinanzierung der Projektaktivitäten nach Projektende sichergestellt werden kann.

Indikatoren

- » Im Projektkonzept sind Überlegungen angestellt, wie die Maßnahmen und Aktivitäten auch nach Projektende weiter geführt werden.
- » Im Projektkonzept sind Überlegungen angestellt, wie die Weiterfinanzierung der Projektaktivitäten nach Projektende sichergestellt werden kann.
- » Im Projektkonzept sind Überlegungen angestellt, wie Wirkungen und Ergebnisse auch nach Projektende fortbestehen.
- » Im Projektkonzept sind konkrete Überlegungen angestellt, wie andere Zielgruppen, Settings die Aktivitäten dauerhaft übernehmen können (Transferierbarkeit).
- » Die Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden im gesamten Projektverlauf reflektiert und evaluiert.

Hilfestellungen zur Planung und Evaluation von Nachhaltigkeit entnehmen Sie bitte der nachstehenden „Checkliste Nachhaltigkeit“.

CHECKLISTE NACHHALTIGKEIT

In der folgenden Checkliste finden Sie eine Auflistung von Faktoren, welche die Nachhaltigkeit fördern können. Beachten Sie, dass abhängig von den Zielen und Ressourcen eines Projekts nicht immer alle Faktoren zutreffen müssen.

Auf struktureller Ebene

- » Unterstützung des Projektes durch die Leitung bzw. Entscheidungsträger/innen
- » Integration von Gesundheitsförderung in Regelungen, Leitbilder, Managementsysteme
- » Sicherung einer Weiter- bzw. Regelfinanzierung
- » Verantwortliche Organisationseinheiten, Teams, Personen im Setting, die für das Fortbestehen sorgen
- » Integration von Gesundheitsförderung in Qualitätsmanagementmaßnahmen;
- » Einbettung in bestehende Programme oder Netzwerke
- » Hinzuziehen von externen Expert/innen für die Prozessbegleitung, wenn erforderlich
- » Externe Projektressourcen (z. B. Expert/innen, Prozessbegleitung) allmählich im Projektverlauf durch interne Ressourcen ersetzen

Auf Zielgruppenebene

- » Aufzeigen des Projektnutzens für Entscheidungsträger/innen und Zielgruppe/n
- » Motivatoren für ein Engagement verschiedener Personen/gruppen auch nach Projektende (z. B. Wertschätzung, Sichtbarkeit, Erfahrungen, Auszeichnungen,...)
- » Strategien, um Inanspruchnahme des durch das Projekt geschaffenen Angebotes attraktiv zu erhalten
- » Qualifizierung und Einsatz von geeigneten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- » Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen durch Fort- und Weiterbildung
- » Fähigkeit zur eigenständigen Weiterentwicklung von Aktivitäten
- » Selbständige Initiierung/Umsetzung von Aktivitäten nach Projektende
- » Regelmäßige Bedarfsanalysen mit den Zielgruppe/n und fortlaufende Evaluation der Aktivitäten auch nach Projektende

Für Transferierbarkeit und Roll out

- » Bereitstellung von Projekterfahrungen und Projektergebnissen für andere Zielgruppe/n und Settings
- » Einbeziehen von anderen potentiellen Nutzer/innen schon während des Projektes
- » Aktives Ansprechen und Einbeziehen von Entscheidungsträger/innen
- » Einbringen von Anliegen in relevante Entscheidungsgremien, Einführung von Policies oder Beeinflussung von politischen Entscheidungen

2. Qualitätskriterien zum Projektkonzept

Im folgenden Kapitel finden Sie alle Qualitätskriterien und Indikatoren zum Projektkonzept. Sie leiten durch die Projektplanung, von der Konzeption bis zur Verbreitung der Projektergebnisse. Die im Kapitel 1.1. dargestellten Qualitätskriterien und Indikatoren zu den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung finden sich in den folgenden Subkapiteln wieder.

2.1 Projektbegründung

2.1.1 Bedarfsnachweis

- » Der Bedarf für das Projekt ist schlüssig begründet.

Indikatoren

- » Die Fachliteratur und andere mögliche Quellen für die fachliche Begründung sind recherchiert.
- » Der Bedarf für die geplanten Veränderungen ist erwiesen und dokumentiert (theoretisch/empirisch).
- » Die Komplementarität des Projekts zu bestehenden Projekten oder Angeboten bzw. eine schlüssige Begründung des zusätzlichen Bedarfs ist gegeben.

2.1.2 Beschreibung und Analyse der Problemstellung/Fragestellung

- » Das Projekt basiert auf einer systematischen Beschreibung und Analyse der angesprochenen Fragestellung/Problemstellung.
- » Die Ausgangslage des Projekts im gewählten Setting ist beschrieben.
- » Es liegt eine Frage- bzw. Problemstellung vor, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit explizit und systematisch behandelt.
- » In der Frage- und Problemstellung ist beschrieben und begründet, welche Gesundheitsdeterminanten im Projekt berücksichtigt werden.

2.1.3 Lernen aus anderen Projekten

- » Erfahrungen aus anderen Projekten sind reflektiert und werden genutzt. Als Unterstützung finden Sie bei diesem Punkt im FGÖ-Projektguide die „Hilfestellung zur Recherche und Aufbereitung von Good Practice in der Gesundheitsförderung“.

Indikatoren

- » Es wurde recherchiert, ob es bereits (nationale und/oder internationale) Projekte mit ähnlichem Inhalt oder ähnlicher Vorgehensweise gegeben hat.
- » Die Stärken und Schwächen dieser Projekte sind identifiziert und werden bei der Projektplanung berücksichtigt.

- » Ergebnisse und Erfahrungen aus anderen Projekten sind bei der Projektsteuerung und –evaluation berücksichtigt.

2.2 Inhaltliche Projektplanung

2.2.1 Festlegung und Beschreibung des/der Settings

- » Das Setting, in dem das Projekt stattfindet, ist klar definiert und beschrieben.
- » Das Setting ist geeignet, gesundheitlich benachteiligte Menschen zu erreichen.
- » Die
 - strukturellen Ressourcen (wie Einrichtungen, Institutionen und Vereine, Strategien und Programme, Leitbilder, Finanzierungsquellen, Qualifikationen)
 - sozialen Ressourcen (wie Netzwerke, soziale Bindungen) und
 - persönlichen Ressourcen (wie Gesundheitskompetenz, Engagement, Erfahrung) des Settings werden beschrieben oder im Zuge des Projekts erhoben.
- » Das Projekt ist auf die nachhaltige gesundheitsfördernde Veränderung von Strukturen und Prozessen im Setting ausgerichtet.
- » Das Setting ist geeignet, die definierte/n Zielgruppe/n zu erreichen.

2.2.2 Festlegung und Beschreibung der Zielgruppe/n

- » Das Projekt richtet sich an ausgewählte und zur Zielerreichung relevante Zielgruppen.
- » Die Auswahl der Zielgruppe/n ist schlüssig begründet.
- » Die Zielgruppe/n ist/sind klar definiert und beschrieben. Folgende Aspekte sollen berücksichtigt werden:
 - Bildung, Einkommen, berufliche Position, soziale Herkunft
 - Migrationshintergrund, Wohnregion
 - Lebensalter, Gender, Familienstand
- » Die Wahl der Zielgruppe/n des Projekts ist auf die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ausgerichtet.
- » Die Ressourcen, Werte, Interessen und Bedarfe der Zielgruppe/n sind beschrieben oder werden im Zuge des Projekts erhoben und angemessen berücksichtigt.
- » Es ist klar beschrieben, wie die Zielgruppe/n erreicht werden soll/en und mit welchen Schwierigkeiten dabei zu rechnen ist. Im Projektkonzept werden weitere Anspruchsgruppen (Stakeholder) definiert und beschrieben.

2.2.3 Zielsetzung des Projekts

- » Die Projektziele sind wirkungsorientiert und s.m.a.r.t: d. h. spezifisch, mess-/überprüfbar, akzeptabel/attraktiv, realistisch, terminiert.
- » Die Ziele sind aus der Projektbegründung abgeleitet.

- » Die Zielsetzungen werden im Projektverlauf überarbeitet und präzisiert.
- » Die Zielsetzungen des Projekts streben die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit explizit an.
- » Die Projektziele sind auf die Veränderung einer oder mehrerer Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet.
- » Das Projekt ist auf die nachhaltige gesundheitsfördernde Veränderung von Strukturen und Prozessen im Setting ausgerichtet.
- » Das Projekt zielt auf die Stärkung sozialer und persönlicher Ressourcen (Empowerment) ab.

2.2.4 Festlegung und Begründung der Aktivitäten und Methoden

- » Die Aktivitäten und Methoden für eine effektive Intervention sind klar beschrieben und begründet.
- » Das Projekt ist auf die nachhaltige gesundheitsfördernde Veränderung von Strukturen und Prozessen im Setting ausgerichtet.
- » Die gewählten Aktivitäten und Methoden sind aus der Projektbegründung und den Projektzielen abgeleitet.
- » Bei der Planung und Umsetzung der Aktivitäten und Methoden werden Aspekte gesundheitlicher Chancengerechtigkeit berücksichtigt.
- » Die Maßnahmen sind für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen leicht zugänglich (niederschwellig).
- » Bei der Planung und Umsetzung der Aktivitäten und Methoden werden die strukturellen, sozialen und persönlichen Ressourcen der Zielgruppe/n und des Settings berücksichtigt.
- » Die Aktivitäten und Methoden sind auf die Stärkung von sozialen und persönlichen Ressourcen ausgerichtet.
- » Die Aktivitäten und Methoden sind auf die Veränderung der im Projektziel festgelegten Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet.
- » Im Projektkonzept ist dargestellt, wie und auf welche Weise die Zielgruppe/n, Entscheidungsträger/innen und andere Akteur/innen des Settings in den verschiedenen Projektphasen beteiligt werden (Partizipation).
 - Es sind für die relevanten Personengruppen Möglichkeiten vorgesehen, sich in Entscheidungsprozesse einzubringen (Themen, Meinungen, Bedarfe).
 - Es sind für die relevanten Personengruppen Möglichkeiten vorgesehen, wesentliche Projektschritte mitzuzentscheiden.
 - Es sind für die relevanten Personengruppen Möglichkeiten vorgesehen, sich aktiv an der Projektplanung und -umsetzung zu beteiligen.

2.3 Organisation und Steuerung des Projekts

2.3.1 Projektablauf und zeitliche Gliederung

- » Der Arbeitsplan des Projekts ist klar festgelegt und realistisch.
- » Das Projekt ist mittels Meilensteinen in mehrere Etappen gegliedert.

2.3.3 Projektaufbau und Rollen

- » Die Vorlage „Projekttrollenliste“ für den Projekttrollenplan ist verpflichtend zu verwenden. Die handelnden Personen, Gruppen und Gremien des Projekts sind identifiziert und dargestellt.
- » Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten aller Projektakteure/–akteurinnen sind klar und werden verbindlich geregelt.
- » Aspekte der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit wurden bei der Zusammensetzung des Projektteams reflektiert und berücksichtigt.

2.3.3 Anforderungen und Qualifikationen

- » Der/die Projektleiter/in ist für seine/ihre Aufgaben ausreichend qualifiziert.
- » Die Mitarbeitenden im Projektteam sind für ihre spezifischen Aufgaben ausreichend qualifiziert.
- » Sofern vorhanden: Die externen Berater/innen sind für die vorgesehene Aufgabe ausreichend qualifiziert.

2.3.4 Partnerschaften, Kooperationen und Vernetzung

- » Das Projekt kooperiert mit relevanten Partnern/Partnerinnen.
- » Das Projekt ist im Hinblick auf die Zielsetzungen optimal vernetzt.
- » Entscheidungsträger/innen werden aktiv angesprochen und einbezogen.
- » Es findet Ressourcenbündelung/fachübergreifende Zusammenarbeit statt.
- » Das Projekt ist in ein übergeordnetes Programm, Netzwerk oder eine Public Health Policy eingebettet (z. B. Nationaler Aktionsplan Ernährung, Kindergesundheitsstrategie, Gesundheitsziele).

2.3.5 Kommunikation, Information und Verbreitung

- » Es ist festgelegt, wann und auf welche Weise die Zielgruppe/n und andere Akteur/innen über das Projekt informiert werden.
- » Ergebnisse und Erfahrungen des Projekts werden für die Zielgruppe/n und andere Akteur/innen adäquat und verständlich (in Kommunikationsstil und Medien) aufbereitet und nutzbar gemacht.
- » Potenzielle Nutzer/innen der Ergebnisse werden schon während des Projektes einbezogen.

2.4 Dokumentation und Evaluation

2.4.1 Dokumentation des Projektes

- » Es gibt ein Dokumentationskonzept das festlegt, was von wem auf welche Weise dokumentiert wird.
- » Alle wichtigen Aspekte des Projektes sind in nachvollziehbarer und angemessener Weise dokumentiert.
- » Die Zielerreichung wird überprüft und dokumentiert.
- » Sowohl positive und als auch negative Erfahrungen werden dokumentiert.
- » Das Projekt wird so dokumentiert, dass ein Transfer von Erfahrung und Wissen an andere Projekte möglich ist (Transferierbarkeit).

2.4.2 Evaluation des Projektes

Die folgenden Qualitätskriterien und Indikatoren gelten für externe Evaluation und Selbstevaluation, allerdings jeweils abgestimmt auf Volumen und Komplexität des Projekts. Bitte beachten Sie die formalen Anforderungen zur Evaluation.

- » Es gibt ein klares und nachvollziehbares Evaluationskonzept.
- » Es liegt ein Evaluationsdesign für die Beurteilung der Projektprozesse und -umsetzung (Prozessevaluation) sowie der Projektergebnisse und -wirkungen inklusive Zielerreichung (Ergebnisevaluation) vor.
- » Die Zielgruppenerreichung, insbesondere die Erreichung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen wird laufend evaluiert und die Aktivitäten/Maßnahmen gegebenenfalls angepasst.
- » Es liegt eine abschließende Evaluation der Projektprozesse und -umsetzung sowie der Projektergebnisse und -wirkungen inklusive der Überprüfung der Zielerreichung auf der Grundlage geeigneter Indikatoren, Erhebungs- und Auswertungsmethoden vor, um einen Transfer erfolgreicher Prozesse und Ergebnisse zu gewährleisten.

2.5 Projektbudget

2.5.1 Sicherung der Ressourcen

- » Die für das Projekt notwendigen fachlichen, personellen und finanziellen Ressourcen sind in der Planung berücksichtigt/sichergestellt.

Indikatoren

- » Sämtliche für die Durchführung und Evaluation des Projekts notwendigen Ressourcen sind budgetiert.
- » Der Umfang der verfügbaren finanziellen und personellen Eigenmittel ist geklärt.
- » Die erforderlichen finanziellen Drittmittel sind sicher gestellt.

- » Das Budget ist realistisch.

2.5.2 Verhältnismäßigkeit

- » Die Relation der Kosten zu den geplanten Aktivitäten ist angemessen. Die Kosten des Projekts (oder Teile des Projekts) sind mit jenen von ähnlichen Projekten vergleichbar.

2.5.3 Projektcontrolling

- » Das Projekt wird auf Grundlage von periodischen Soll-Ist-Vergleichen gesteuert.
 - Die Zielerreichung wird systematisch evaluiert und dokumentiert.
 - Es wird regelmäßig überprüft, ob die Einnahmen und Ausgaben den Budgetvorgaben entsprechen

3. Voraussetzungen der antragstellenden Organisation

Im Folgenden sind Kriterien aufgelistet, die für Organisationen Voraussetzungen sind, um ein qualitätsvolles Gesundheitsförderungsprojekt umzusetzen zu können.

- » Die Hauptaufgaben und Tätigkeiten der antragstellenden Organisation sind beschrieben.
- » Die antragstellende Organisation ist das Setting oder hat Zugang zu der/den definierten Zielgruppe/n und kann das Setting/die Zielgruppe/n gut vertreten.
- » Die antragstellende Organisation hat Zugang zu gesundheitlich benachteiligten Menschen.
- » Die Organisation besitzt Kapazitäten für Gesundheitsförderung im Sinn von:
 - Personen mit Wissen und Erfahrung
 - Kontakten (Vernetzung und Netzwerke)
 - Stabilität (Dauer des Bestandes, Arbeitsstrukturen, Finanzierung, Größe)

Indikatoren

- » Aus der Beschreibung der Aufgaben, Tätigkeiten und Kapazitäten geht klar hervor, dass die antragstellende Organisation geeignet ist, das Setting bzw. die Zielgruppe zu vertreten.