

# Vorsorgemittel 2024–2028

Strategievereinbarung zu den Themen „Psychosoziale Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ und „(Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren“

---



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

**Redaktionsteam:** Nadine Zillmann (GÖG), Judith delle Grazie (BMSGPK)

unter Mitarbeit der Fachgruppe Public Health und

Brigitte Laaber

Gerlinde Rohrauer-Näf

Daniela Rojatz

Irina Vana

Wien, November 2023



# Executive Summary

Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl I 2008/105, kurz: 15a-Vereinbarung) sieht in Artikel 37 vor, für überregional bedeutsame Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen jährlich Mittel im Ausmaß von maximal 3,5 Millionen Euro für Vorsorgemaßnahmen – sogenannte Vorsorgemittel – zur Verfügung zu stellen. 2010 wurde seitens der Bundesgesundheitskommission die „**Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel**“ beschlossen, die die Rahmenbedingungen für die Verwendung der Mittel regelt. Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit wurde festgelegt, dass sich die Vorsorgemittel darüber hinaus auch an der **Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit** zu orientieren haben. In der Gesundheitsförderungsstrategie wurden Schwerpunkte festgelegt, für die die Vorsorgemittel verbindlich zu verwenden sind.

Für die Vorsorgemittelperiode 2024–2028 wurden daher zwei Schwerpunktthemen vereinbart, die anhand aktueller Prioritätensetzungen und Vorarbeiten ausgewählt wurden: „Psychosoziale Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ und „(Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren“. Einhergehend mit der inhaltlichen Fokussierung dieser Schwerpunktthemen werden auch Maßnahmen zur Beteiligung in den Blick genommen und die Good Practice Maßnahmen in den Bereichen gesundes Altern und psychosoziale Gesundheit von jungen Menschen unterstützt.

Das erste **Schwerpunktthema Psychosoziale Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche** hat hohe gesundheitspolitische Relevanz in Österreich und weist eine hohe Anschlussfähigkeit auf. Die Einbettung in übergeordnete Strategien und Konzepte ist gegeben. Die Kindheit und Jugend ist die effektivste und effizienteste Lebensphase, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Als Best Practice Modell werden Jugendgesundheitskonferenzen vorgestellt.

Das zweite **Schwerpunktthema (Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren** ist ebenfalls ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema für Österreich mit hoher Anschlussfähigkeit. Hier steht die Gruppe der Älteren ab 60 Jahre im Fokus. Entsprechende übergeordnete Strategien und Konzepte stellen die Anschlussfähigkeit sicher. Der demographische Wandel bringt besondere Herausforderungen der (kommunalen) Gesundheitsförderung, der sozialen Teilhabe und der Gesunderhaltung älterer Menschen mit sich. Als Best Practice Modell wird ein Modell zur Sturzprävention vorgeschlagen.



# Inhalt

Teil 1 – Strategievereinbarung .....	1
1 Einleitung .....	3
2 Gesundheitsnutzen und Einflussmöglichkeit auf bzw. Verbesserungspotenzial für die Gesundheit .....	12
2.1 Psychosoziale Gesundheit mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche .....	12
2.2 (Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren .....	17
3 Anschlussfähigkeit des Themas .....	20
3.1 Anschlussfähigkeit der Maßnahmen für Jugendgesundheitskonferenzen .....	22
3.2 Anschlussfähigkeit der Maßnahmen zur Sturzprophylaxe .....	23
4 Bedarfsnachweis .....	24
4.1 Psychosoziale Gesundheit mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche .....	24
4.2 (Kommunale) Gesundheitsförderung von älteren Personen ab 60 Jahren .....	25
5 Good-Practice-Modelle .....	26
5.1 Psychosoziale Gesundheit mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche .....	26
5.2 (Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren .....	30
Literatur .....	35
Teil 2 – Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel .....	38
1 Verwendung der Vorsorgemittel: Erläuterungen zur Mittelvergabe .....	39
1.1 Inhalte .....	39
1.2 Mittelfluss .....	40
1.3 Die Koordinationsstelle .....	42
1.4 Schematische Darstellung der Verwendung der Vorsorgemittel aus der 15a- Vereinbarung .....	42
2 Vergabe-/Qualitätskriterien .....	44
2.1 Grundsätze der Vergabe .....	44
2.1.1 Rollout von Modellen guter Praxis statt von Pilotprojekten .....	44
2.1.2 Konzentration auf wenige, größere Maßnahmen über einen längeren Zeitraum .....	45
2.1.3 Qualitätssicherung .....	45
2.1.4 Überregionalität .....	45
2.1.5 Ausschlusskriterien .....	46
2.2 Kriterien für die Auswahl von Themen im Rahmen der Strategievereinbarung .....	46
2.2.1 Gesundheitsnutzen .....	46
2.2.2 Einflussmöglichkeit auf bzw. Verbesserungspotenzial für die Gesundheit .....	46
2.2.3 Einbettung in übergeordnete Strategien .....	47
2.2.4 Bedarfsnachweis .....	47
2.3 Qualitätskriterien für (Good-Practice-) Maßnahmen, die durch Vorsorgemittel gefördert werden .....	47
2.3.1 Gesundheitsbezug und gesellschaftliche Akzeptanz .....	48
2.3.2 Setting- und Determinantenorientierung, Verhaltens- und Verhältnisprävention .....	48
2.3.3 Zielgruppen- und Bedürfnisorientierung .....	49
2.3.4 Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten .....	49
2.3.5 Ressourcenorientierung, Partizipation und Empowerment .....	49
2.3.6 Vernetzung .....	50
2.3.7 Nachhaltigkeit der Veränderungen .....	50
2.3.8 Klare und operationalisierbare Ziele .....	50
2.3.9 Leistbarkeit und Kosten-Nutzen-Verhältnis .....	50
2.3.10 Qualitätsentwicklung .....	51
2.3.11 Dokumentation und Evaluation .....	51



# Teil 1 – Strategievereinbarung

---



# 1 Einleitung

Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl I 2008/105, kurz: 15a-Vereinbarung) sieht in Artikel 37 vor, für überregional bedeutsame Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen jährlich Mittel im Ausmaß von maximal 3,5 Millionen Euro für Vorsorgemaßnahmen – sogenannte Vorsorgemittel – zur Verfügung zu stellen. 2010 wurde seitens der Bundesgesundheitskommission (BGK) die „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ beschlossen (vgl. Teil 2, S. 39ff.), die die Rahmenbedingungen für die Verwendung der Mittel regelt. Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit (ZS-G) wurde festgelegt, dass sich die Vorsorgemittel darüber hinaus auch an der Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der ZS-G zu orientieren haben.

Im Einklang mit der oben erwähnten 2010 beschlossenen „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ (vgl. Teil 2, S. 39ff.) ist auch für die neue Vorsorgemittel-Periode ab 2024 eine Strategievereinbarung vorzulegen, welche die Schwerpunktthemen für die kommende Periode von 2024–2028 festlegt. Für die Jahre ab 2024 stehen maximal 3,5 Millionen Euro pro Jahr an Vorsorgemitteln für die Umsetzungsmaßnahmen gemäß dieser „Strategievereinbarung Vorsorgemittel 2024–2028“ zur Verfügung. Die verbleibenden Mittel werden allenfalls zu ergänzenden Themen entsprechend Artikel 37 (Art. 15a B-VG) gewidmet. Die zur Verfügung stehenden Mittel werden je zu zwei Fünfteln an Länder und Sozialversicherung und zu einem Fünftel an den Bund aufgeteilt. Die Aufteilung der Mittel zwischen den Ländern und der Sozialversicherung erfolgt gemäß Art 15a B-VG (15a-Schlüssel).

Für die Vorsorgemittelperiode 2024–2028 wurden zwei Schwerpunktthemen vereinbart, die anhand aktueller Prioritätensetzungen und Vorarbeiten ausgewählt wurden: „Psychosoziale Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ und „(Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren“. Einhergehend mit der inhaltlichen Fokussierung dieser Schwerpunktthemen werden Maßnahmen zur Beteiligung in den Blick genommen und die Good Practice Maßnahmen in den Bereichen gesundes Altern und psychosoziale Gesundheit junger Menschen unterstützt.

## **Schwerpunktthema Psychosoziale Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche**

Angesichts existierender Prioritätensetzungen und österreichweiter Initiativen, Strategien und Vorarbeiten (bspw. Gesundheitsziele Österreich, Österreichische Jugendstrategie, Strategie Kinder- und Jugendgesundheit, Roadmap Zukunft Gesundheitsförderung) sowie in Abstimmung mit den inhaltlichen Vorgaben der Gesundheitsförderungsstrategie ist ein Schwerpunkt der „Psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ gewidmet. Die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist durch die aktuellen Krisen und Herausforderungen – wie der Covid-

19 Pandemie und seiner sozialen Auswirkungen, dem Klimawandel und seiner Folgen sowie der Kriegsgeschehnisse in mehreren Regionen der Welt – stark beansprucht.

Die Förderung der psychosozialen Gesundheit spielt eine entscheidende Rolle in der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, unterstützt das Wohlbefinden und ermöglicht es jungen Menschen, ihre Potenziale zu entfalten. Sie lernen, mit Stress, Konflikten und Veränderungen umzugehen und das Risiko für psychische Erkrankungen kann durch gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen verringert werden. Maßnahmen zur psychosozialen Gesundheit fördern die Resilienz der Zielgruppe und verbessern ihre Lebensqualität maßgeblich. Sie können sich nach belastenden Ereignissen besser erholen und gehen gestärkt aus schwierigen oder herausfordernden Situationen hervor. Fest steht: die psychosoziale Gesundheit in der Kindheit und Jugend beeinflusst die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter erheblich.

Kinder und Jugendliche mit guter psychosozialer Gesundheit haben oft bessere soziale Kompetenzen, was ihnen die soziale Integration und aktive Teilhabe erleichtert. Bei der sozialen Teilhabe und Partizipation von Kindern und Jugendlichen geht es um gemeinsames Handeln, Planen und Mitentscheiden im Alltag. Sie erleben durch ihr Mitwirken Veränderungen und ihre Identifikation mit der Gemeinde, der Schule oder dem Gesundheitssystem verbessert sich. Sie beteiligen sich öfter an gemeinnützigen und sozialen Aktivitäten und engagieren sich in der Gemeinschaft. Meist zeigen sie ein geringeres gesundheitliches Risikoverhalten bei Drogenmissbrauch, Alkoholkonsum oder ungeschütztem Geschlechtsverkehr (Resch/Parzer 2022; Schlack et al. 2021; Skala 2020). Die Förderung der psychosozialen Gesundheit in jungen Jahren kann sich lebenslang positiv auswirken. Die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist von grundlegender Bedeutung für ihre individuelle Entwicklung, ihr Wohlbefinden und ihre erfolgreiche gesellschaftliche Integration.

Als Umsetzungsmaßnahme in diesem Schwerpunktthema wurden Jugendgesundheitskonferenzen gewählt.

### **Maßnahme Jugendgesundheitskonferenz**

Jugendgesundheitskonferenzen fördern in erster Linie die Gesundheitskompetenz der jungen Generation. Das Wissen rund um Gesundheit wird von Jugendlichen für Jugendliche erarbeitet und präsentiert. Dabei geht es ums Aktivsein und Mitmachen, weniger um Vorträge. Sie ermöglichen den Erfahrungs- und Wissensaustausch verschiedener Akteure und Akteurinnen, darunter Lehrkräfte, (Regional)politiker:innen, Kindern und Jugendlichen. Jugendgesundheitskonferenzen verfolgen einen interdisziplinären, ganzheitlichen Ansatz und bieten die Möglichkeit, bewährte Praktiken und aktuelle Forschungsergebnisse im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit zu teilen. Dies ermöglicht es allen Teilnehmenden, ihr Wissen zu erweitern, neue Erkenntnisse zu gewinnen, Informationen einordnen und bewerten zu können und so die Gesundheitskompetenz zu steigern.

Durch den Austausch von Ideen und Erfahrungen können diese Konferenzen dazu beitragen, innovative Lösungen zu entwickeln und umzusetzen.

Jugendgesundheitskonferenzen fördern auch die Vernetzung zwischen Fachleuten aus den Settings Schule und Jugendeinrichtungen und Organisationen und unterstützen so Partnerschaften und Kooperationen. Sie schärfen das Bewusstsein relevanter Stakeholder für Herausforderungen und Potenziale im Zusammenhang mit Kinder- und Jugendgesundheit. Kinder und Jugendliche werden gestärkt und befähigt sich an Entscheidungsprozessen zu beteiligen, die ihre eigene Gesundheit betreffen. Dies stärkt ihr Selbstbewusstsein und ihre Beteiligungsbereitschaft. Die auf diesen Konferenzen gemeinsam erarbeiteten Strategien und Maßnahmen können gesündere Lebensstile und bessere Unterstützungssysteme schaffen und sich langfristig positiv auf die Gesundheit auswirken.

Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche im schulischen und außerschulischen Bereich können auf das vorgeschlagene Modell guter Praxis „Jugendgesundheitskonferenz“ aufbauen.

### **Schwerpunktthema (Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren**

Geleitet von aktuellen Prioritätensetzungen und österreichweiten Initiativen, Strategien und Vorarbeiten (bspw. Gesundheitsziele Österreich, Dialog gesund und aktiv Altern, Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz, Roadmap Zukunft Gesundheitsförderung) sowie in Abstimmung mit den inhaltlichen Vorgaben der Gesundheitsförderungsstrategie wird ein zweiter Schwerpunkt auf „(Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren“ gesetzt.

Gesundheitsförderung muss Menschen in ihren sozialen Lebenswelten erreichen, damit sie wirksam ist. Kommunale Gesundheitsförderung möchte älteren Menschen möglichst lange eine hohe Lebensqualität und Wohlbefinden gewährleisten. Entscheidend dafür sind Kooperationen und Vernetzung – die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitseinrichtungen, sozialen Diensten, gemeinnützigen Organisationen, der kommunalen Verwaltung und Bürger:innen.

Mit dem demographischen Wandel gewinnt die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens älterer Menschen in Kommunen und Gemeinden zunehmend an Bedeutung. Gemeinsame Planung und ausreichend Ressourcenallokation von Gesundheitsexpert:innen, Kommunalverwaltungen, Gemeinschaftsorganisationen und Bürger:innen ermöglicht es, Lebensräume und -bedingungen zu schaffen, die es älteren Menschen ermöglichen, aktiv, unabhängig und selbstbestimmt gesund zu bleiben – physisch, sozial, psychisch und emotional.

Ein wichtiger Schlüsselfaktor dabei sind Beteiligungsprozesse, soziale Integration und das Ermöglichen der Teilhabe älterer Menschen, um sie in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, die ihr

Wohlbefinden und ihre Lebensqualität betreffen. Die Erfahrungen und Meinungen der Betroffenen sind für die Gestaltung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen essenziell. Zudem kann damit zunehmende Isolation und Vereinsamung entgegengewirkt werden. Darüber hinaus sind die Sicherstellung von Barrierefreiheit und der einfache Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen (Arztbesuche, medizinische Versorgung, Pflegedienste) und zu Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen entscheidend.

Ältere Menschen sollen Zugang zu Bildungs- und Schulungsangeboten haben, um ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erhalten und neue, wie bspw. digitale Anwendungen, zu erlernen. Eine gute Gesundheits- und Navigationskompetenz erleichtert die Orientierung im Gesundheitssystem. Informationen und anwendbares (kritisches) Wissen über eine gesunde Lebensführung, wie ausgewogene Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität zum Erhalt der Mobilität helfen die Gesundheitskompetenz zu steigern und so Gesundheit und Wohlbefinden im Alter zu erhalten. Die Bewahrung der Selbstständigkeit und der Verbleib von älteren Menschen im eigenen Zuhause sind Ziele, die mit (kommunalen) Gesundheitsförderungsmaßnahmen gut unterstützt werden können. Die Sicherheit älterer Menschen in der Gemeinde und in der Kommune ist von größter Bedeutung – dies schließt Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen, Kriminalprävention und Notfallversorgung mit ein.

Als Umsetzungsmaßnahmen werden Aktivitäten und Initiativen zur Sturzprävention gewählt.

### **Maßnahme Sturzprävention**

Stürze und daraus resultierende Verletzungen stellen ein relevantes Public Health Problem dar. Vor allem für alte und hochaltrige Personen hat ein Sturz ein hohes Mortalitätsrisiko, zusätzlich besteht das erhöhte Risiko des „Poststurzsyndroms“, das Abhängigkeit, Autonomieverlust, Verwirrtheit, Immobilisation und Depression beinhaltet und zu einer Reduzierung von Aktivitäten im täglichen Leben führen kann.

Die Hauptschutzfaktoren für Stürze sind Adaptionen in der Wohnungsumgebung, wie z. B. durch Treppenschutzeinrichtungen, Handläufe, rutschfeste Badezimmermatten sowie Verhaltensänderungen auf individueller Ebene. Werden in einer gezielten Bewegungsschulung individuelle Bedürfnisse berücksichtigt und das selbstständige Üben der Teilnehmenden gefördert, kann das Sturzrisiko um 30 bis 50 % gesenkt werden. Qualitativ hochwertige Sturzpräventionsprogramme bringen auch hohe Einsparungen im Gesundheitssystem.

Gruppenbasierte Sturzpräventionsprogramme bieten darüber hinaus zahlreiche Vorteile für die Teilhabe und Beteiligung älterer Menschen. Sie schaffen eine Umgebung für soziale Interaktion und den Austausch zwischen älteren Menschen. Dies fördert die soziale Teilhabe, verhindert soziale Isolation und unterstützt die Schaffung neuer Sozialkontakte. Dies fördert das Zusammengehörigkeitsgefühl und motiviert die Teilnehmenden, mitzumachen und Fortschritte zu erzielen. Sie teilen ihre Erfahrungen, Ratschläge und bewährte Praktiken zur Sturzprävention und tragen so zur gegenseitigen Unterstützung bei. Die Gruppendynamik ermöglicht es den Teilnehmenden, ihre

Erfahrungen und Herausforderungen im Zusammenhang mit der Sturzprävention auszutauschen. Dies kann dazu beitragen, Lösungen für individuelle Probleme zu finden und das Engagement für die Prävention aufrechtzuerhalten.

Wenn ältere Menschen Fortschritte in Bezug auf ihre Sturzsicherheit wahrnehmen, steigt ihr Selbstvertrauen. Dies kann dazu ermutigen, (wieder) aktiv am Gemeinschaftsleben teilzunehmen und sich an Aktivitäten zu beteiligen, die sie zuvor möglicherweise vermieden haben. Die Teilnahme an Sturzpräventionsprogrammen fördert zudem eine aktive Lebensführung. Wenn ältere Menschen sich physisch und psychisch gut fühlen, sind sie eher bereit, sich an gesellschaftlichen Aktivitäten und Engagement in ihrer Gemeinschaft zu beteiligen. Sturzpräventionsprogramme fördern darüber hinaus die Beteiligung älterer Menschen an Gesundheitsinitiativen und -programmen in ihrer Gemeinschaft.

Insgesamt tragen Sturzpräventionsprogramme (in der Gruppe) dazu bei, die Teilhabe und Beteiligung älterer Menschen zu fördern, indem sie soziale Verbindungen stärken, das Selbstvertrauen steigern und die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme am Gemeinschaftsleben unterstützen.

Als Umsetzungsmaßnahme zur Förderung der Gesundheitsförderung für ältere Menschen im (kommunalen) Setting wurde das vorgeschlagene Modell guter Praxis „Trittsicher und aktiv – Angebot zur Sturzprävention“ gewählt.

### **Übergreifende Maßnahmen**

Neben den oben genannten Schwerpunktthemen sollen auch übergreifende Themen im Rahmen der Vorsorgemittel bearbeitet werden: Beteiligung und Good Practice Maßnahmen in den Bereichen Gesundes Altern und Kinder und Jugendliche.

Hinsichtlich Beteiligung soll darüber hinaus gemeinsam und unter Einbindung aller relevanten Stakeholder eine Strategie entwickelt werden, wie Beteiligung im Gesundheitssystem gesteigert werden kann (z. B. Verankerung in anderen Strategien, Klärung erforderlicher Rahmenbedingungen). Die Erfahrungen aus der Gesundheitsförderung, wo Beteiligung seit Jahrzehnten ein wesentliches Element darstellt, sollen einbezogen und genutzt werden. Es soll auf bestehende nationale und internationale Erfahrungen und Strategiepapiere aufgebaut sowie bestehende Strukturen genutzt werden. Ein Impuls für diese Entwicklung kann von Aktivitäten im Rahmen der übergreifenden Maßnahmen dieser Vorsorgemittelstrategie ausgehen.

### **Unterstützung von Good Practice Maßnahmen im Bereich Gesundes Altern**

Österreich ist, wie viele Regionen in Europa, stark vom demographischen Wandel betroffen, insbesondere in den ländlichen Regionen, wodurch Fragen des gesunden Alterns hohe Relevanz zukommt. Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die die Lebensqualität und einen längeren Verbleib in der häuslichen Umgebung bei guter Gesundheit unterstützen, sind daher wichtig und notwendig (Goujon et al. 2021). Fragen des gesunden Alterns werden von zahlreichen politischen

Akteur:innen aufgegriffen, auf globaler Ebene etwa durch den „World Report on Ageing and Health“ (WHO 2015), sowie durch den „Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030“ (WHO 2020). In Österreich gehen insbesondere das Gesundheitsziel 1 und die Gesundheitsförderungsstrategie auf das Thema „Gesundes Altern“ ein.

Speziell die Sturzprävention stellt ein wichtiges Handlungsfeld zur Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen dar, da mit steigendem Alter und steigender Gebrechlichkeit auch die Wahrscheinlichkeit steigt, den Rest des Lebens in einer Betreuungseinrichtung verbringen zu müssen. Über 50 % der Spitalsaufenthalte nach Unfällen bei Personen ab 65 Jahren betreffen Stürze.

Es gibt wissenschaftlich gut untermauerte Projekterfahrungen, wie Evaluationen und Studien zu Risikofaktoren und Ressourcen für die Lebensqualität und Gesundheit älterer Menschen und Erkenntnisse, wie diese wirksam in Gesundheitsförderungsmaßnahmen adressiert werden können. Das sind vor allem Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheitskompetenz älterer Menschen in Gemeinden und Städten, Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils zur Ermöglichung von körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung im Alter, Trainings zur Sturzprävention und Prävention von Gebrechlichkeit, Maßnahmen zur Förderung sozialer Unterstützung und (digitaler) sozialer Teilhabe von älteren Menschen in ihrer Nachbarschaft (Studien z. B. Interventionen zur Reduktion von Einsamkeit: Hoang et al. 2022; IQWIG 2022; Interventionen zur Reduktion von Gebrechlichkeit: Luger et al. 2016; Saito et al. 2022; Interventionen zu Sturzprävention Vaapio et al. 2009). Bei qualitativvoller Umsetzung können somit Gesundheitsdeterminanten und Ressourcen wie Bewegung, Ernährung, Kompetenzen und soziale und digitale Teilhabe und somit Lebensqualität wirksam durch Gesundheitsförderung gestärkt werden.

**Ziele** der Unterstützungsmaßnahmen im Bereich Gesundes Altern

*Langfristig:*

- » Gesteigerte Lebensqualität und längerer Verbleib älterer Menschen in der häuslichen Umgebung bei guter Gesundheit

*Kurz- und mittelfristig:*

- » Wissensvermittlung und Sensibilisierung für/von Multiplikator:innen und Stakeholder zu Bedarfen und Potenzialen von Gesundheitsförderung für „Gesundes Altern“ mit besonderem Fokus auf Interventionen zur Stärkung von Teilhabe und Gesundheit
- » Stärkung von Kompetenzen zu wirksamen Methoden und Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und „Gesundes Altern“ mit besonderem Fokus auf Interventionen zur Stärkung von Teilhabe und Gesundheit

**Zielgruppen** sind Auftraggeber:innen, Stakeholder, Umsetzer:innen im Bereich kommunaler Gesundheitsförderung in Gemeinden und Städten und angrenzenden Bereichen wie z. B. Primärversorgung, Freiwilligenarbeit und Selbsthilfe, die (potenziell) Gesundheitsförderungsaktivitäten für „Gesundes Altern“ setzen oder zu diesen verweisen und vermitteln können.

## Geplante Unterstützungsmaßnahmen sind:

### *Kommunikatives Dach zu Wissensvermittlung*

- » Entwicklung eines gemeinsamen attraktiven Dachbegriffes und zentraler Botschaften
- » Online-Auftritt als Website, Kommunikationsprodukte und Materialien

### *Good Practice Portal und integrierte Toolbox*

- » Aufbau einer integrierten, digitalen Toolbox und eines Good Practice Portals zu qualitätsgesicherten Maßnahmen, Methoden und Projekten zu gesundem Altern
- » Darstellung von Maßnahmen von Bund, Ländern und SV-Trägern zu „gesundes Altern“
- » Sammlung und Kommunikation von Daten und Fakten zu gesundem Altern (Daten aus Erhebungen und Gesundheitsberichterstattung)

### *Integration des Wissens in bestehende Aus- Weiterbildungsformate, z. B. durch digitale oder „Train the Trainer“ Angebote*

- » Bestandsaufnahme zu Aus- und Weiterbildungsangeboten im Bereich „gesundes Altern“
- » Konzeption und Erprobung von ergänzenden Beratungs- Vernetzungs- und Weiterbildungsangeboten angelehnt an internationale Kompetenzstandards „Train the Trainer“
- » Vernetzung mit Projekt „Gesund und aktiv Altern“ (Gesundheitsziel 1)

## Unterstützung von Good Practice Maßnahmen für Beteiligung und psychosoziale Gesundheit junger Menschen

Beteiligung (Partizipation) und Engagement sind ein Grundprinzip der Gesundheitsförderung und ein wichtiges Handlungsfeld der Österreichischen Jugendstrategie. Beteiligung ist die grundlegendste Form, wie Ansichten und Bedürfnisse junger Menschen in die Erarbeitung von sie betreffenden Maßnahmen einfließen können. Beteiligung trägt darüber hinaus nachhaltig zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit bei: sie unterstützt die individuelle Kompetenzerweiterung, die Stärkung des Selbstbewusstseins und somit insgesamt die Persönlichkeitsentwicklung. Engagement und prosoziales Verhalten, sinnstiftende Aktivitäten, die mit Erfolgserlebnissen und Anerkennung verbunden sind, fördern die Resilienz (Karpinski et al. 2017), und stärken das Kohärenzgefühl junger Menschen (Donovan et al. 2021). Dies gilt allerdings nur dann, wenn Beteiligung im Sinne von Mitentscheidung oder Mitbestimmung umgesetzt ist und so, dass junge Menschen wirklich in den Lebensbereichen wie Familie, Schule, Freizeit, Verein oder im Gemeinwesen Einfluss nehmen und Verantwortung übernehmen können.

Mit diesem Verständnis ist Beteiligung auch als ein Ansatz der Demokratieerziehung zu betrachten. Allerdings gilt als eine wesentliche Voraussetzung, dass Beteiligungsangebote die Ressourcen und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen so berücksichtigen, dass gesundheitliche Ungleichheiten verringert und nicht vergrößert werden, es soll etwa verhindert werden, dass vor allem beteiligungsaffine Jugendliche zu Wort kommen (Meinhold-Henschel & Schack 2009). Es gilt daher, gute Rahmenbedingungen für Beteiligung herzustellen und entsprechende Qualitätskriterien

zu berücksichtigen. Das Methodenspektrum muss an unterschiedliche Zielgruppen angepasst und entsprechend niederschwellig sein, Umsetzer:innen müssen entsprechend qualifiziert sein und Umsetzungsstrukturen müssen eine nachhaltige Begleitung von Beteiligungsprozessen sicherstellen (siehe Leitfäden und Handbücher auf [www.partizipation.at](http://www.partizipation.at)).

**Ziele** der Unterstützungsmaßnahmen im Bereich psychosoziale Gesundheit junger Menschen

Langfristig:

- » Stärkung der psychosozialen Gesundheit, des Wohlbefindens, der Selbstwirksamkeit und Sozialkompetenzen von jungen Menschen in Österreich, insbesondere von Jugendlichen mit niedrigem Bildungshintergrund bzw. sozio-ökonomischen Hintergrund in ihren Leben durch Beteiligung
- » Stärkung eines demokratischen Grundverständnisses bei jungen Menschen und des Zusammenhalts

Kurz- und mittelfristig:

- » Identifikation von Good Practice Maßnahmen im Bereich Beteiligung und Empowerment junger Menschen für (psychosoziale) Gesundheit, speziell in Hinblick auf Chancengerechtigkeit
- » Wissensvermittlung und Sensibilisierung für/von Multiplikator:innen und Stakeholder zu Bedarfen und Potenzialen von Beteiligung und Empowerment junger Menschen für psychosoziale Gesundheit
- » Anliegen, die in Jugendgesundheitskonferenzen der Länder und weiteren Beteiligungsprojekten kommuniziert werden, werden auf Bundesebene unterstützt und kommuniziert

**Zielgruppen** sind Auftraggeber:innen, Stakeholder, Umsetzer:innen im Bereich schulischer und kommunaler Gesundheitsförderung und Jugendarbeit und junge Menschen

**Geplante Unterstützungsmaßnahmen sind:**

*Bundesjugendgesundheitskonferenz und Vernetzungsangebote*

- » Organisation jährlicher Austauschformate zum Thema „Jugendbeteiligung für Gesundheitsförderung“
- » Organisation einer Bundesjugendgesundheitskonferenz zum Thema „Jugendbeteiligung für Gesundheitsförderung“

Kommunikatives Dach zur Wissensvermittlung

- » Schaffung einer Online Plattform zur Sichtbarmachung von Beteiligungsangeboten im Bereich der Gesundheitsförderung für junge Menschen und Kommunikation auf Social Media
- » Sammlung und Kommunikation von Daten und Fakten zu psychosozialer Gesundheit und Jugendbeteiligung

Darstellung von Good Practice Projekten und –Tools und Qualitätssicherung

- » Darstellung von Beispielen guter Praxis von Maßnahmen zu „Jugendbeteiligung & Gesundheitsförderung“ von Bund, Ländern und SV-Trägern (wie etwa der Jugendgesundheitskonferenzen)
- » Etablierung eines Begleitgremiums von Jugendlichen für die Bundesjugendgesundheitskonferenz

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

Basierend auf den Kriterien für die Auswahl von Themen im Rahmen der Strategievereinbarung (vgl. Teil 2, S. 46ff.), werden im Folgenden der Gesundheitsnutzen, die Einflussmöglichkeit auf bzw. das Verbesserungspotenzial für die Gesundheit der Bevölkerung, die Einbettung in übergeordnete Strategien sowie der Bedarfsnachweis von Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit für die ausgewählten Themenbereiche dargestellt.

## 2 Gesundheitsnutzen und Einflussmöglichkeit auf bzw. Verbesserungspotenzial für die Gesundheit

Laut Kriterien für die Themenauswahl im Rahmen der Strategievereinbarung (vgl. Teil 2, S. 46ff.) soll der potenzielle Gesundheitsnutzen bzw. die epidemiologische und ökonomische Bedeutung von gesundheitlichen Risiken und Erkrankungen dargestellt und der Nachweis zur Verfügbarkeit von evidenzbasierten Interventionen erbracht werden, mit deren Hilfe die psychosoziale Gesundheit verbessert sowie die (kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen unterstützt werden können.

Es liegen aktuelle Bestandsaufnahmen vor, die im Rahmen unterschiedlicher Strategien und Konzepte geleistet wurden. Dazu zählen bspw. der Strategieprozess Zukunft Gesundheitsförderung und die daraus resultierende Roadmap Zukunft Gesundheitsförderung (Gesundheitsförderung, Agenda 2023), diverse Kinder- und Jugendgesundheitsberichte (bspw. DVSV 2021; Österreichische Kinder- und Jugendliga 2020), die aktuelle HBSC-Studie (Felder-Puig, Teutsch & Winkler; 2023) und die Ergebnisse der Gesundheitskompetenzerhebung 2019 (HLS19-AT, BMSGPK 2021) sowie weitere Studien und Erhebungen (bspw. Berichte zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit, Österreichische Kinder- und Jugendliga). Im Folgenden werden einige zentrale Erkenntnisse daraus dargestellt.

### 2.1 Psychosoziale Gesundheit mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche

In Österreich leben etwa 1,76 Millionen Kinder und Jugendliche (Stand 2023, unter 20-Jährige, Statistik Austria 2023) das entspricht knapp einem Fünftel der österreichischen Gesamtbevölkerung. In den letzten Jahrzehnten veränderten sich Krankheiten und Belastungen von Kindern und Jugendlichen weg von akuten hin zu chronischen Erkrankungen. In entwickelten Ländern ist eine Zunahme von – vor allem im Zusammenhang mit Ernährungs- und Bewegungsverhalten stehenden – Lebensstilerkrankungen zu beobachten. Auch die Corona-Pandemie hatte negative Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit der jungen Menschen. Übergewicht und Bewegungsarmut waren schon davor akute Gesundheitsrisiken – die Lockdowns führten zu weiteren Verschärfungen, was Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung betraf (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2020). Die international zu beobachtende, steigende Relevanz der neuen Morbidität (d. h. eine Verschiebung des Krankheitsgeschehens von akuten zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Erkrankungen) – neben Lebensstilerkrankungen umfasst

dies auch psychosoziale Integrations- und Regulationsstörungen, chronische Erkrankungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen – gilt auch für Österreich (BMSGPK 2021; Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2020).

Einen Eindruck von **gesundheitsbezogenem Verhalten und Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen** vermitteln einige zentrale Daten. Nationale und internationale Studien haben die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit junger Menschen erforscht. Die Pandemie ging mit erhöhten psychischen Belastungen, Ängsten und depressiven Symptomatik einher. Eine internationale Übersichtsarbeit zeigt die durchschnittliche Verdopplung der klinisch erhöhten Angst- und Depressionssymptome sowie hohe Prävalenz von Depressionen, Angstzuständen, Schlafstörungen und posttraumatischen Belastungssymptomen bei Kindern und Jugendlichen (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2020). Im Rahmen der österreichweiten Längsschnittstudie „CoFAM – Corona und Familienleben“ berichten Eltern übervermehrte Ängste, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Depression und Aggressionen bei ihren Kindern in Folge der Pandemie. Als soziale Folgen berichten sie von Einsamkeit, Kontaktverlusten, Unwohlsein bei Sozialkontakten, fehlenden/neuen Höflichkeitsformen, Behinderung von Entwicklungsschritten und dem Fehlen von Unbeschwertheit (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2022).

Die „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Studie zeigt in ihren aktuellen Ergebnissen, die Gesundheit der untersuchten Schüler:innen verschlechtert hat. Sie zeigt, Mädchen sind stärker belastet als Jungen. Die Lebenszufriedenheit der Schüler:innen sinkt mit zunehmendem Alter, insgesamt sind ein Drittel der Mädchen und ein Fünftel der Buben mit ihrem Leben gegenwärtig nicht sehr zufrieden. Bei älteren Schüler:innen ist seit 2014 eine kontinuierliche Verschlechterung der Lebenszufriedenheit zu sehen. Die Beschwerdelast ist seit 2010 bei den Schüler:innen kontinuierlich gestiegen. Bei den Mädchen ist die relative Anzahl jener, die ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ bezeichnen, rückläufig, bei den Jungen jedoch nicht (Felder-Puig, Teutsch & Winkler 2023). An häufigen psychischen oder physischen Beschwerden leiden wesentlich mehr Mädchen als Jungen: fast die Hälfte der Mädchen und ein Viertel der Jungen geben an, häufig gereizt oder schlecht gelaunt zu sein. Sie berichten von häufiger Niedergeschlagenheit, von Einschlafproblemen und Nervosität. Nur ein Drittel der Mädchen fühlte sich in den letzten 12 Monaten selten bis nie einsam. Bei den Burschen waren es mehr als die Hälfte (Felder-Puig, Teutsch & Winkler 2023).

Nur ein Fünftel der Mädchen und ein Viertel der Burschen weisen laut HBSC-Studie hohe Gesundheitskompetenz auf, über zwei Drittel der Schüler:innen in der 9. und 11. Schulstufe verfügen über mittlere Gesundheitskompetenz. Etwa die Hälfte der älteren Schüler:innen finden es einfach herauszufinden, an wen sie sich wenden können, wenn es ihnen oder Menschen in ihrem Umfeld psychisch schlecht geht. Allerdings kann ein Viertel der Schüler:innen in Schulstufe 9 und 11 dazu kein Urteil abgeben (Felder-Puig, Teutsch & Winkler 2023).

Die Einflüsse der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit wurden u. a. auch in der COPSY-Studie untersucht. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ist durch die Pandemie stark angestiegen. Als Risikogruppe wurden sozioökonomisch-benachteiligte Kinder identifiziert, insbesondere wenn deren Eltern einen niedrigen Bildungsstand haben, sie einen Migrationshintergrund haben und/oder sie auf beengtem Raum leben (Ravens-Sieberer et. al. 2021).

Die Kindheit ist die effektivste und effizienteste Lebensphase, um auch sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren (Stegeman & Costongs 2012). Wissenschaftliche Untersuchungen zur Lebenslaufperspektive (sog. „Life Course Approach“) befassen sich vertiefend mit den Zusammenhängen zwischen der Lebenssituation – insbesondere dem sozioökonomischen Status – im Kindes- und Jugendalter und der Gesundheit im Erwachsenenalter und belegen die Auswirkungen der Lebenssituation im Kindes- und Jugendalter auf die spätere Gesundheit (Lampert & Richter 2009).

Die Gesundheitsförderung fokussiert auf psychosoziale Gesundheit und sie bestimmende Faktoren, trotzdem erreicht die gegenwärtige Gesundheitsförderung tendenziell die oberen oder mittleren Schichten und nicht jene Gruppen, die sie am nötigsten brauchen (Ammann & Gross 2011). Dies liegt unter anderem daran, dass die Angebote einerseits nach wie vor zu stark verhaltensorientiert sind und andererseits zu stark auf reine Informationsvermittlung aufgebaut sind (Ammann & Gross 2011). Zur Förderung der psychosozialen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen haben sich insbesondere die Förderung von Lebenskompetenzen und partizipative Ansätze (Lehmann et al. 2011) als wirksam erwiesen. Auch schulbasierte Programme und familienorientierte Ansätze (Elterntrainingsprogramme, Familientherapie und Unterstützungsdienste), insbesondere im kulturell sensiblen Kontext haben sich bewährt. Die Schaffung von unterstützenden Gemeinschaftsumgebungen und Peer-Unterstützungssystemen ist entscheidend für die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, mit der Zunahme der Nutzung digitaler Technologien bieten auch Online-Interventionen eine Möglichkeit, psychosoziale Unterstützung für Kinder und Jugendliche bereitzustellen. Diese Programme reichen von Apps zur Stressbewältigung bis hin zu Online-Therapieangeboten.

Der Zugang zu geeigneter medizinischer und psychosozialer Unterstützung ist wichtig für die Identifizierung und Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen. Durch gute Gesundheits- und Navigationskompetenz kann es Betroffenen und ihren Angehörigen erleichtert werden, adäquate Unterstützungsleistungen zu finden und in Anspruch zu nehmen. Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung ist im Allgemeinen im Ländervergleich geringer. Ein näherungsweise Vergleich zwischen HLS19-AT und HLS-EU (Griebler et al. 2021) lässt für Österreich einen leichten Anstieg in der selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitskompetenz vermuten (von 48 % mit ausreichender bis exzellenter GK auf 53 %). Österreich liegt im europäischen Ländervergleich im Mittelfeld und hat sich im Vergleich zur ersten

Erhebung 2011 damit verbessert. Besondere Herausforderungen bestehen in Österreich bei Gesundheitsinformationen in den Medien, bei Informationen zu Therapien und Behandlungen, bei Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen, beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen sowie bei Informationen zum Thema Prävention (Griebler et al. 2021).

In einer eigenen Gesundheitskompetenz-Jugendstudie wurden Jugendliche 2013 im Alter von 15 Jahren untersucht (Röthlin et al. 2013). Mit 58 % wiesen Jugendliche etwas öfter als Erwachsene „limitierte“ umfassende Gesundheitskompetenz auf. Die Gruppe mit „inadäquater“ Gesundheitskompetenz war bei den Jugendlichen mit 11 % etwas kleiner als bei den Erwachsenen (18,2 %). Laut der Jugendstudie ist die Gesundheitskompetenz von Jugendlichen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention geringer als im Bereich der Krankheitsbewältigung. Im Vergleich zu den Erwachsenen konnten Jugendliche seltener die Fragen zur Gesundheitskompetenz beantworten. Bei den Fragen im Bereich Prävention haben Jugendliche häufiger Schwierigkeiten zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden sollten. Auf der anderen Seite fällt es Jugendlichen leichter, präventive Gesundheitsentscheidungen aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu treffen. Gleich schlecht wie die Erwachsenen schneiden Jugendliche ab, wenn es darum geht, relevante Informationen im Bereich der Gesundheitsförderung zu finden.

Die Zeit des Heranwachsens ist eine herausfordernde Lebensphase, deshalb ist es gerade in diesem Lebensabschnitt wichtig, dass Jugendliche über eine gute Gesundheitskompetenz verfügen. In diesem Lebensabschnitt werden wichtige Grundlagen für einen gesunden Lebensstil (z. B. Rauchen, Alkohol) gelegt. Eine geringe Gesundheitskompetenz von Jugendlichen verschlechtert die Voraussetzungen, als Erwachsene ein Leben in guter Gesundheit führen zu können. Ansätze zum Empowerment wie Stärkung der Gesundheitskompetenz wirken, wenn sie an den Stärken und Ressourcen der Zielgruppe ansetzen und mit diesen respektvoll und professionell umgehen. Grundlage hierfür ist es, die Ausgangssituation und Bedürfnisse der Zielgruppe zu kennen (Lehmann et al. 2011). Dazu sollen die vorhandenen Ressourcen (z. B. erweiterte Familiennetze oder Peers) einbezogen werden. Auch Methoden der Selbstorganisation (z. B. Schülerparlament) können nützlich sein (Lehmann et al. 2011), da diese nachhaltig zur Verfügung stehen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz mit partizipativen Ansätzen in der Lebenswelt Schule hat sich bewährt (Splieth et al. 2015).

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

Für Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche, insbesondere zu Jugendgesundheitskonferenzen liegen unterschiedliche Belege für

ihren Gesundheitsnutzen vor. Durch Jugendgesundheitskonferenzen sollen unterschiedliche gesundheitsrelevante Determinanten beeinflusst werden:

Stärkung von individuellem Wissen und persönlicher Lebensführung

- Kompetenzen (Gesundheits-, Lebens- und Sozialkompetenzen)
- Einstellungen, Werte, Überzeugungen
- Persönliche Bildung, Wissen
- Stressbewältigung, Regeneration, Umgang mit Druck, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Wut, Konflikten und Beziehungsproblemen
- Bewegung und körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Suchtverhalten

Stärkung von sozialen und kommunalen Netzwerken

- Persönliche soziale Netzwerke (Freundschaften, Nachbarschaften)
- Empowerment/Partizipation, Gestaltungsmöglichkeiten
- Vernetzung professioneller Akteur:innen

Die Evaluation Jugendgesundheitskonferenzen in Wien für die Jahre 2017–2021 belegt, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund stärker vom Modell profitieren als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Jugendliche mit Migrationshintergrund gaben zudem signifikant häufiger an, dass sie die Pandemie bisher nicht so gut bewältigt haben. Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Effekt auch bei Jugendlichen, die in anderen Bereichen eine Vulnerabilität aufweisen, zeigt (z. B. Jugendliche mit Behinderung, aus sozioökonomisch benachteiligten Familien ...). Die Evaluation verdeutlichte weiters, dass die Beschäftigung mit Gesundheitsförderung die Bewältigung von Krisen erleichtert. Die Wirksamkeit der Maßnahme ist auch durch Evaluationsergebnisse aus der Umsetzung in der Steiermark bestätigt.

Durch den starken partizipativen Ansatz in Jugendgesundheitskonferenzen können Jugendliche selbst entscheiden, mit welchen Gesundheitsthemen sie sich auseinandersetzen wollen, mit welchen kreativen Ausdrucksformen sie diese Themen bearbeiten oder wie sie ihre Projekte auf der Jugendgesundheitskonferenz präsentieren wollen. Jugendliche können von Beginn des Prozesses, in den Workshops, bei der Jugendgesundheitskonferenz sowie bei den Initiativen aktiv mitgestalten. Sie sind die Fachleute ihrer eigenen Gesundheit und präsentieren ihre Themen den Erwachsenen und anderen Jugendlichen. Dieser Ansatz ist wesentlich, da dadurch Selbstwirksamkeit und Resilienz von Jugendlichen gefördert wird. Die Partizipation und Mitbestimmung sind stark mit Selbstwirksamkeit verknüpft und bilden die Voraussetzung zur Resilienzförderung. Mitbestimmung regt komplexe Bildungs- und Entwicklungsprozesse von Kindern an und fördert Autonomie, den realistischen Weltbezug und prosoziale Beziehungen (Herrmann 2021) .

Multplikator:innen der Jugendgesundheitskonferenz, wie Lehrkräfte und Mitarbeitende von Sozial- und Bildungseinrichtungen erweitern ihr Wissen und ihre Kompetenzen und lernen den Zugang zu

neuen Tools (z. B. zur Beurteilung der Qualität von Gesundheitsinformationen, Methoden zur Vermittlung von Gesundheits- oder Medienkompetenz). Zudem ist es für sie spannend, Gesundheitsthemen aus Sicht der Jugendlichen kennenzulernen. Laut Evaluation wirkte sich die Teilnahme der Multiplikator:innen positiv auf die eigene Einrichtung aus. Drei von vier Befragten gingen davon aus, Gesundheitsförderung wird sich als Querschnittsthema etablieren und mehr Gesundheitsprojekte werden künftig in der eigenen Organisation umgesetzt (unveröffentlichter Evaluationsbericht, 2021). Zudem gaben die Multiplikator:innen an, (langfristige) Vernetzung sei ein wichtiges Ergebnis des Projektes und durch die Projektteilnahme bestehe ein engerer Kontakt zur regionalen Politik/Bezirkspolitik. Beteiligte Einrichtungen haben gemeinsam weiterführende gesundheitsförderliche Initiativen und Projekte umgesetzt und einige Einrichtungen (z. B. Jugendzentren) gaben an, dass sie durch die Projektteilnahme neue Zielgruppen ansprechen konnten.

## 2.2 (Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren

### (Kommunale) Gesundheitsförderung für Ältere

Durch kommunale Gesundheitsförderung können in Gemeinden und Kommunen ältere Menschen gezielt dazu ermutigt werden, ein gesundes und aktives Leben zu führen. Dies kann die Wahrscheinlichkeit von altersbedingten Beeinträchtigungen reduzieren. Gemeinschaftliche Gesundheitsförderung ermöglicht es älteren Menschen, sozial integriert zu bleiben. Durch die Organisation von Veranstaltungen und gemeinsamen Aktivitäten in Seniorentreffpunkten oder Gemeinschaftsprojekten kann Einsamkeit und soziale Isolation reduziert werden, was sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken kann.

Durch Gesundheitsförderung in der Gemeinde oder Kommune können Präventionsmaßnahmen umgesetzt werden, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind, um chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme zu verhindern oder zu reduzieren. Kommunen können bspw. eigene Programme oder Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention anbieten, wie Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen oder Beratungen. Dadurch können die Lebensqualität verbessert und Gesundheitskosten gesenkt werden. Sie können auch den Zugang älterer Menschen zu Gesundheitsdiensten erleichtern, indem sie mobile Gesundheitsdienste oder Gesundheitszentren, Apotheken und andere Einrichtungen in ihrer Nähe bereitstellen/einrichten. In diesen Einrichtungen können bspw. auch Bildungs- und Informationsprogramme angeboten werden, die über gesundheitliche Themen aufklären, Selbstpflegestrategien vermitteln und helfen, informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen.

Kommunale Gesundheitsförderung ermöglicht zudem älteren Menschen, aktiv an Entscheidungsprozessen und Programmen teilzunehmen, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden betreffen.

Dies fördert Empowerment und Selbstbestimmung und kann sie dazu ermutigen, sich ehrenamtlich zu engagieren und ihre Lebenserfahrung und Fähigkeiten für das Wohl der Gemeinschaft einzusetzen. Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung haben häufig zum Ziel, altersfreundliche Umgebungen zu schaffen und Gemeinden so zu gestalten, dass sie für ältere Menschen zugänglich und sicher sind. Dazu gehören barrierefreie Infrastruktur, sichere Gehwege, öffentliche Verkehrsmittel und die Schaffung von Plätzen für Bewegung, wie beispielsweise Fuß- und Fahrradwege und Parks.

Insgesamt trägt die kommunale Gesundheitsförderung von älteren Menschen dazu bei, ihre Gesundheit, soziale Integration und Lebensqualität zu verbessern. Sie ermöglicht es älteren Menschen, ein würdevolles und erfülltes Leben in ihrer Gemeinde zu führen und unterstützt die Lebensqualität und das Wohlbefinden.

In Österreich hat die kommunale Gesundheitsförderung seit den 1970er Jahren durch die Gründung spezifischer Organisationen und die Bildung von Netzwerken und Kooperationen eine bedeutende Entwicklung erfahren. Die kommunale Gesundheitsförderung für gesundes Altern verfolgt einen integrierten Ansatz, der sowohl „bottom-up“ als auch „top-down“ Ansätze, formelle und informelle Unterstützung, Personen und Organisationen sowie verschiedene gesellschaftliche Sektoren berücksichtigt. Dieser Ansatz bietet Städten, Gemeinden und Bezirken die Möglichkeit, den Herausforderungen des demografischen Wandels und dem steigenden Bedarf an Gesundheitsförderung mit einem ganzheitlichen, vernetzten Ansatz zu begegnen. Es wurden auch Bildungs- und Forschungskontexte entwickelt, die die Bedeutung der kommunalen Gesundheitsförderung berücksichtigen.

## Sturzprävention

Umsetzungsmaßnahmen zur Sturzprävention weisen einen hohen gesundheitlichen Nutzen auf (De Souto Barreto et al. 2021, García-Hermoso 2020). Die Sturzprävention stellt ein wichtiges Handlungsfeld zur Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der älteren Menschen dar. Die Sturzprophylaxe ist eine wichtige Maßnahme, um das Risiko von Stürzen bei älteren Menschen zu reduzieren. Der offensichtlichste Nutzen der Sturzprophylaxe ist die Vermeidung von Sturzverletzungen, die zu schweren Folgen wie Knochenbrüchen, Gehirnerschütterungen und inneren Verletzungen führen. Damit verbundene Krankenhausaufenthalte und medizinische Versorgung sind mit Kosten verbunden, deren Verhinderung führt zu Einsparungen im Gesundheitswesen. Stürze und deren resultierende Verletzungen führen zu 20–30 % der milden bis schweren Verletzungen und 10–15 % aller Notaufnahme-Besuche in Österreich. Über 50 % der Spitalsaufenthalte nach Unfällen bei Personen ab 65 Jahren betreffen Stürze. Nach Stürzen mit Hüftfraktur sterben 20 % der Betroffenen innerhalb eines Jahres.

Durch Stürze verlieren ältere Menschen oft ihre Unabhängigkeit, da sie nach einem Sturz möglicherweise Hilfe für alltägliche Aufgaben benötigen. Sturzprophylaxe hilft die Mobilität und Beweglichkeit aufrechtzuerhalten und dadurch aktiver und länger selbstständig zu bleiben. Sie kann auch dazu beitragen, Ängste zu reduzieren und das Selbstvertrauen zu stärken, was zu einer besseren Lebensqualität führt. Die Angst vor Stürzen kann ältere Menschen davon abhalten, an sozialen Aktivitäten und Gemeinschaftsveranstaltungen teilzunehmen. Sturzprophylaxe ermöglicht ein aktives Leben in der Gemeinschaft und die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten.

Insgesamt ist Sturzprophylaxe eine wichtige Strategie, um die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten und zu verbessern. Es ist wichtig, sie in das Gesamtkonzept der Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung und Pflege zu integrieren, um die besten Ergebnisse zu erzielen. Dabei sollten Aspekte der sozialen Teilhabe und Mitbestimmung, z. B. durch Gruppenangebote und Fortbildungen Beachtung finden.

Aktuell gibt es kein flächendeckendes und umfassendes Sturzpräventionsangebot für ältere Menschen in Österreich. Ein Kurs- und Vortragsangebot zu diesem Thema wird seit einigen Jahren in Oberösterreich und in der Steiermark erfolgreich umgesetzt, das ergänzende digitale Angebot ist seit 2021 österreichweit verfügbar. Evaluierungsergebnisse dieser Kurse zeigten, eine signifikante Verbesserung der motorischen Fähigkeiten der Teilnehmenden im Kursverlauf (vgl. Ergebnisse unter [www.gesundheitskasse.at/vitalimalter](http://www.gesundheitskasse.at/vitalimalter)). Ein Jahr nach Kursende hatten sich die Sturzereignisse um rund 80 % verringert (Jansenberger & Kastner 2016).

Das Angebot zur Sturzprävention wurde als Umsetzungsmaßnahme gewählt und knüpft gut an bestehende, regionale Strukturen an, um die Gesundheit und die Mobilität ältere Menschen vor Ort zu fördern. Dies kann ggf. auch den Pflegesektor entlasten, da Menschen aufgrund der besseren Mobilität und der Möglichkeit, sich selbstständig zu versorgen, erst später einen Betreuungsbedarf aufweisen. Durch das mehrwöchige Gruppensetting wird das soziale Miteinander und der längerfristige Austausch der Teilnehmenden gefördert.

### 3 Anschlussfähigkeit des Themas

Laut Kriterien für die Auswahl von Themen im Rahmen der Strategievereinbarung (vgl. Teil 2, S. 46ff.) ist die Einbettung der gewählten Schwerpunkthemen in vorhandene (bundesweite) Konzepte oder Strategien zu prüfen.

**Das Thema Psychosoziale Gesundheit mit Schwerpunkt Kinder und Jugendlichen hat aktuell hohe Relevanz in Österreich und weist eine hohe Anschlussfähigkeit auf.** Die Einbettung in übergeordnete Strategien und Konzepte, wie bspw. Gesundheitsziele Österreich, Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie oder Roadmap Zukunft Gesundheitsförderung ist gegeben.

**Psychosoziale Gesundheit war von Beginn an ein Grundprinzip bei der Erarbeitung der Gesundheitsziele Österreich.** Sowohl dem Thema Psychosoziale Gesundheit (Ziel 9 „Psychosoziale Gesundheit fördern“) als auch der Zielgruppe Kinder und Jugendliche (Ziel 6 „Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen“) sind in Österreich eigene Gesundheitsziele gewidmet. Sie zählten gleich zu Beginn den priorisierten Zielen und wurden in Arbeitsgruppen vertiefend behandelt.

Die Förderung psychosozialer Gesundheit ist sowohl ein Ziel als auch eine Querschnittsthematik in der **Gesundheitsförderungsstrategie** im Rahmen der ZS-G. Im **Bundeszielsteuerungsvertrag Zielsteuerung – Gesundheit** ist festgehalten, dass die Gesundheitsförderungsstrategie prioritäre Maßnahmen, Projekte und Strategien zur Erreichung benachteiligter Bevölkerungsgruppen vorzusehen hat. Zu den priorisierten Schwerpunkten gehören „Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter“ und die „Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen“.

**Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie ist seit einigen Jahren ein prioritäres gesundheitspolitisches Thema.** Bereits 2011 wurde die **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie** des Bundesministeriums für Gesundheit – die unter breiter Einbindung vieler relevanter Gruppen erarbeitet wurde – veröffentlicht und im Rahmen einer Festveranstaltung 2021 breit diskutiert und anschließend aktualisiert. Eines der fünf Themenfelder der Strategie widmet sich der Gesunden Entwicklung. In Folge veröffentlichte auch die Sozialversicherung ihre „Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2022–2025“. Darüber hinaus schließt es gut an die **Österreichische Jugendstrategie** aus 2020 an. Sie umfasst 33 Jugendziele aus vier Handlungsfeldern. Auch in den meisten **Ländergesundheitszielen** finden sich Kinder und Jugendliche meist als relevante Zielgruppe.

In der partizipativ entwickelten **Roadmap „Zukunft Gesundheitsförderung“** ist psychosoziales Wohlbefinden eines von zehn Maßnahmenbündeln für eine Zukunft in guter Lebensqualität, mit vielen gesunden Lebensjahren und Chancengerechtigkeit für alle in Österreich lebenden Menschen. Es wird empfohlen die psychosoziale Gesundheit zu fördern, psychische Belastungen zu enttabuisieren und ein respektvolles Miteinander zu fördern. Durch Bürgerbeteiligungsprozesse

können potenzielle Konflikte von vornherein adressiert werden: Kooperation statt Konflikt. Entscheidungsgrundlagen können so optimiert und abgesichert werden und bürgernahe Lösungen gefunden werden. Daher finden Bürger- und Patientenbeteiligungsprozesse auch in Österreich zunehmend Einzug, müssen aber weiter gestärkt und ausgebaut werden. Jugendgesundheitskonferenzen sind ein gutes Beispiel für Beteiligung.

**Das Thema (Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren hat ebenfalls hohe Relevanz in Österreich und weist eine hohe Anschlussfähigkeit auf.** Die Einbettung in übergeordnete Strategien und Konzepte, wie bspw. Gesundheitsziele Österreich, Roadmap Zukunft Gesundheitsförderung oder den Bundesplan für Seniorinnen und Senioren "Altern und Zukunft" ist gegeben.

**Auch (kommunale) Gesundheitsförderung war von Beginn an ein Grundprinzip bei der Erarbeitung der Gesundheitsziele Österreich.** Dem Thema Gesunde Lebenswelten (Ziel 1 „Gemeinsam gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen schaffen“) ist ein eigenes österreichisches Gesundheitsziel gewidmet. Auch in den meisten **Ländergesundheitszielen** finden sich ältere Menschen als Zielgruppe.

Das kommunale Setting ist ebenfalls sowohl ein Ziel als auch eine Querschnittsthematik in der **Gesundheitsförderungsstrategie**. Darüber hinaus sind soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen priorisierte Schwerpunkt in der Gesundheitsförderungsstrategie.

In der partizipativ entwickelten **Roadmap „Zukunft Gesundheitsförderung“** (Agenda Gesundheitsförderung 2023) sind sowohl klimaresiliente und bewegungsfördernde Lebens- und Sozialräume als auch die Beteiligung der Bevölkerung und psychosoziale Wohlbefinden in den Maßnahmenbündeln für eine Zukunft in guter Lebensqualität, mit vielen gesunden Lebensjahren und Chancengerechtigkeit für alle in Österreich lebenden Menschen erwähnt. Es wird darin empfohlen neben der Stärkung der psychosozialen Gesundheit das respektvolle Miteinander zu fördern, Bewegung und das solidarische Zusammenleben in klimaresilienten und umweltfreundlichen Lebensräumen zu unterstützen sowie Beteiligung und Mitgestaltung der Bevölkerung als Schlüssel für mehr Gesundheit zu stärken.

Der politikfeldübergreifende **Bundesplan für Seniorinnen und Senioren „Altern und Zukunft“** (BMSGPK 2013) wurde aufbauend auf dem internationalen Aktionsplan zum Altern (2002) erarbeitet. Er deckt 14 SDG<sup>1</sup> –relevante Handlungsfelder auf der Ebene des Bundes, der Länder, der Städte, Gemeinden und NPOs ab: Unter anderem werden die Themen gesellschaftliche und politische Par-

---

<sup>1</sup> SDG – Sustainable Development Goals = Nachhaltige Entwicklungsziele (Bundeskanzleramt o.D.)

tization, Generationengerechtigkeit, Gesundheit, Bildung, Wohnbedingungen, Technik, Mobilität, Pflege und neue Betreuungsformen, soziale Sicherheit, Alter und Medien, Diskriminierung, Gewalt und Exklusion, ältere Migrantinnen und Migranten thematisiert. Diese sind alle verlinkt zu dem Themenschwerpunkt der (kommunalen) Gesundheitsförderung.

Das Thema Beteiligung hat aktuell hohe Relevanz in Österreich und weist eine hohe Anschlussfähigkeit auf. Die Einbettung in übergeordnete Strategien und Konzepte auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene ist gegeben.

### 3.1 Anschlussfähigkeit der Maßnahmen für Jugendgesundheitskonferenzen

Jugendgesundheitskonferenzen sind anschlussfähig an viele etablierte Strukturen in Österreich: Gesunde Bezirke/Gesunde Gemeinden, Gesundes Dorf, Gesunde Schule, offene Jugendarbeit, Jugendzentren, Vereine, Nachbarschaftszentren/Stadtteilzentren/Nachbarschaftscafés, arbeitsmarktpolitische Initiativen, VHS, Freizeiteinrichtungen (Bibliothek, Museen, u. a.) und kann an vorhandenen Strategien anschließen.

Sie leisten einen Beitrag zur Erreichung folgender Österreichischer Gesundheitsziele:

- Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten
- Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit fördern

Die Anbindung an die Gesundheitsziele auf Länderebene ist ebenfalls gegeben und es kann an folgende Ziele der Österreichischen Jugendstrategie anschließen:

*Handlungsfeld „Beteiligung und Engagement“:*

- Wir gestalten Rahmenbedingungen und Strukturen, die junge Menschen dabei unterstützen und stärken, um sich Krisen aktiv stellen zu können und sich als selbstwirksam sowie handlungsfähig zu erleben (ressortübergreifend)

*Handlungsfeld „Lebensqualität und Miteinander“:*

- Steigerung der psychosozialen Gesundheit durch Förderung der Gesundheits- und Lebenskompetenzen der Jugendlichen (Federführung BMSGPK, BKA 2021: Österreichische Jugendstrategie. Fortschrittsbericht 2021)

Darüber hinaus ist es gut anschlussfähig an den Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) sowie den Nationalen Aktionsplan Bewegung (NAP.b).

## 3.2 Anschlussfähigkeit der Maßnahmen zur Sturzprophylaxe

Das Präsenzangebot zur Sturzprävention wird mit organisatorischer Unterstützung von regionalen Umsetzungspartnern angeboten, wie bspw. (Gesunde) Gemeinden, Seniorenvereine, Ortsgruppen von Seniorenverbänden, Seniorenturngruppen, –tanzgruppen, bestehende LIMA-Gruppen (Katholisches Bildungswerk), Geriatriische Zentren, Tageszentren für Senioren, Betreute Wohneinrichtungen sowie Selbsthilfegruppen insbesondere Multiple Sklerose, Parkinson, Osteoporose, Dialyse Patienten, Diabetes Patienten, Onkologische Patienten und Polyarthritische Patienten. Das Angebot kann auch an bestehenden Strukturen aus dem Versorgungsbereich gut andocken, z. B. an der Vertragspartnerstruktur zur Bewerbung und Vermittlung des Angebotes bzw. in Primärversorgungseinrichtungen und dort von eigenen Mitarbeitern umgesetzt werden.

Die WHO (2002) sieht „Aktives Altern“ als einen „Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen, ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“.

## 4 Bedarfsnachweis

In Österreich werden zahlreiche Einzelinitiativen und –maßnahmen zu den Themen psychosoziale Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche, (kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen sowie Beteiligung gesetzt (vgl. bspw. Projektförderdatenbank des FGÖ oder Maßnahmen-Monitoring der Landesgesundheitsförderungsfonds). Es fehlt allerdings weiterhin an breit abgestimmter Planung und gemeinsamer, bundesweiter Umsetzung von wirksamen Maßnahmen. Die beiden Schwerpunktthemen der Vorsorgemittelstrategie sind in zahlreichen Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung und Public Health ein wichtiges Anliegen, die praktische Umsetzung gelingt bisher meist nur projektbezogen und regional.

### 4.1 Psychosoziale Gesundheit mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche

In Österreich gibt es in regional unterschiedlicher Ausprägung Interventionen und Maßnahmen für Kinder und Jugendliche in belasteten Lebenssituationen sowie an Gesundheitsförderungsaktivitäten, die spezifisch die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen adressieren. Denn besteht weiter die Dringlichkeit wirksame Strategien und evidenzbasierte Programme, sowie bedarfsorientierte Angebote zur Förderung der psychosozialen Gesundheit junger Menschen umzusetzen (Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung 2023). Die Folgen der Covid-19-Pandemie und die Auswirkungen der multiplen Krisen wie Klimawandel und Kriege haben weltweit erhebliche Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Lockdowns, soziale Isolation, Fernunterricht und die Sorge um die Gesundheit haben zu einem Anstieg von Stress, Angstzuständen, Depressionen und anderen psychischen Gesundheitsproblemen bei jungen Menschen geführt. Die Gesellschaft hat sich in vielerlei Hinsicht verändert, was auch Auswirkungen auf das psychosoziale Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen hat. Herausforderungen wie soziale Ungleichheit, Migration, familiäre Veränderungen und kulturelle Vielfalt erfordern Maßnahmen zur Unterstützung der psychosozialen Gesundheit.

Mit der verstärkten Nutzung digitaler Technologien und sozialer Medien sind Kinder und Jugendliche auch vermehrt (neuen) psychosozialen Risiken wie Cybermobbing, Online-Sucht und exzessiver Bildschirmzeit ausgesetzt. Der Druck auf Schülerinnen und Schüler, gute schulische Leistungen zu erbringen, ist hoch und kann insbesondere in Zeiten Prüfungszeiten zu einer hohen Belastung führen. Gleichzeitig sind die Anforderungen an die Bildungseinrichtungen, Lehrkräfte und Unterstützungskräfte wie Schulpsycholog:innen oder Akteure der außerschulischen Jugendarbeit gestiegen, da sie eine zentrale Rolle in der Unterstützung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen spielen. Es besteht Bedarf an Ressourcen, Schulungen und Maßnahmen,

um diesen Anforderungen gerecht zu werden. Erkenntnisse aus der Forschung zeigen, dass psychische Gesundheitsprobleme oft im Kindes- und Jugendalter beginnen. Es besteht die Notwendigkeit, frühzeitig zu intervenieren, um langfristige Folgen zu verhindern und die psychosoziale Gesundheit zu fördern.

## 4.2 (Kommunale) Gesundheitsförderung von älteren Personen ab 60 Jahren

In Österreich mangelt es insbesondere an innovativen und praxistauglichen Konzepten für ältere, einsame Menschen um ihnen Teilhabe, Mitbestimmung und Mobilität zu garantieren. Insbesondere im kommunalen Setting kann hier erfolgreich angesetzt werden.

Der Bedarf an Maßnahmen zur (kommunalen) Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Österreich ist zuletzt weiter gestiegen: Der demografische Wandel bringt neue Herausforderungen mit sich, insbesondere in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, Pflege und die Unterstützung älterer Menschen mit spezifischen gesundheitlichen Bedürfnissen, wie bspw. multiple chronische Krankheiten, Mobilitätsprobleme, psychische Gesundheitsprobleme und soziale Isolation. Diese Bedürfnisse erfordern gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -erhaltung.

Sturzpräventionsprogramme und Maßnahmen zur Förderung der Sicherheit älterer Menschen in der Gemeinschaft sind von entscheidender Bedeutung. Die Lebensqualität im Alter hängt von der Abwesenheit von Krankheiten, von sozialer Teilhabe, Freizeitmöglichkeiten, Zugang zu Gesundheitsdiensten und einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt ab. Die Covid-19-Pandemie hat die soziale Isolation älterer Menschen verstärkt. Viele ältere Menschen fühlten sich isoliert und hatten nur begrenzten Zugang zu sozialen Aktivitäten und Unterstützungsdiensten. Dies hat auch die Bedeutung von Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe älterer Menschen unterstrichen. Eine inklusive Gesellschaft ermutigt ältere Menschen dazu, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und mitzubestimmen. Dies erfordert Maßnahmen zur Förderung der Barrierefreiheit, zur Schaffung von altersfreundlichen Gemeinschaften und zur Unterstützung von ehrenamtlichem Engagement älterer Menschen.

## 5 Good-Practice-Modelle

Die Vorsorgemittel der 15a-Vereinbarung sollen zur breiteren Ausrollung qualifizierter Maßnahmen herangezogen werden. Um einen möglichst komprimierten und zielgerichteten Mitteleinsatz sicherzustellen, hat sich die FG PH entschieden, in der Strategievereinbarung nicht nur die Schwerpunktthemen Psychosoziale Gesundheit mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche sowie (kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit dem inhaltlichen Fokus auf soziale Teilhabe und Partizipation vorzugeben, sondern wie in vergangenen Perioden auch ausgewählte Good-Practice-Modelle zur Umsetzung zu definieren: „Jugendgesundheitskonferenz“ und „Trittsicher & aktiv – Angebot zur Sturzprävention“. Eine Ausrichtung an diesen Maßnahmen reduziert den Aufwand hinsichtlich der – auf Basis der Vergabe- bzw. Qualitätskriterien notwendigen – Recherche bzw. Begründung bezüglich guter Praxis und leistet damit auch einen Beitrag zur effizienten Verwendung der Mittel.

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

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

### 5.1 Psychosoziale Gesundheit mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche

Das vorgeschlagene Good Practice Modell beruht auf Maßnahmen, die breite Akzeptanz und Erfolg bei der angesprochenen Zielgruppe Kinder und Jugendliche vorweisen können. Als Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist eine weitgehende Partizipation und Teilhabe der Zielgruppe Kinder und Jugendliche essenziell.

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

Das Modell „Jugendgesundheitskonferenz“, das in den letzten Jahren erfolgreich in den Bundesländern Steiermark und Wien aus den Vorsorgemitteln umgesetzt wurde, ist ein etabliertes, wirk-

sames Unterstützungsinstrument zur Gesundheitsförderung für Jugendliche und Multiplikator:innen.

Das Konzept befähigt und begleitet Multiplikator:innen aus Einrichtungen des Schulbereichs, der offenen Jugendarbeit und anderen jugendrelevanten Einrichtungen mit „ihren“ Jugendlichen nachhaltige, gesundheitsfördernde Prozesse umzusetzen, Gesundheitsprojekte zu erarbeiten und somit die Gesundheitskompetenz insbes. zu psychosozialer Gesundheit der Jugendlichen zu fördern. Durch die begleitete und weitgehend eigenständige Beschäftigung mit für sie relevanten Gesundheitsthemen erwerben die Jugendlichen ein breites Verständnis von Gesundheit, gewinnen an Selbstvertrauen und erfahren Selbstwirksamkeit. Sie machen die Erfahrung, sie können etwas bewegen und das Gegenüber nimmt sie ernst und interessiert sich für sie. Die Förderung der Initiativen (für Privatpersonen und Organisationen) ist ein wichtiger Baustein im Projekt und ein Erfolgsmodell, das zusätzlich die Selbstwirksamkeit bei den Jugendlichen und Multiplikator\*innen erhöht.

Das Projekt hat sich bisher bereits gut bewährt, um die psychosoziale Gesundheit von Jugendlichen zu fördern. Vor allem in den letzten beiden Jahren wurden von den Jugendlichen selbst vermehrt Gesundheitsprojekte im psychosozialen Bereich erarbeitet, da diese durch die Covid-19-Pandemie und aktuelle Krisen stark belastet sind. Der Fokus im Zuge der Fortführung richtet sich daher noch stärker auf die Förderung der psychosozialen Gesundheit von Mädchen und Burschen, aufgrund der positiven Wechselwirkungen immer auch eng verbunden mit den Themen ausreichend Bewegung und ausgewogene Ernährung.

Übergeordnetes Ziel der „Jugendgesundheitskonferenzen“:

- Stärkung der Gesundheitskompetenz sozioökonomisch-benachteiligter Jugendlicher im Alter zwischen ca. 12–20 Jahren mit Fokus auf psychosoziale Gesundheit
- Multiplikator:innen und Entscheidungsträger:innen sollen für das Thema „Jugendgesundheit“ sensibilisiert werden und einen Wissenszuwachs zum Gesundheitsverständnis und den Gesundheitsbedürfnissen Jugendlicher erfahren.
- Die beteiligten Multiplikator:innen werden befähigt, zielgruppengerecht mit den Jugendlichen zu diesen Themen zu arbeiten. Sie lernen praktische Methoden und Übungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, insbesondere zu psychosozialer Gesundheit, kennen.
- Die Vernetzung zwischen schulischer und außerschulischer Jugendarbeit sowie mit weiteren jugendrelevanten Einrichtungen in den Projektregionen wird gefördert. Die Vernetzung dient nicht nur dazu Erfahrungen auszutauschen, sondern auch Synergien und Ressourcen zu nutzen sowie Kooperationen einzugehen, um Jugendliche bei der Bewältigung psychosozialer Belastungen unterstützen zu können.

Folgende Maßnahmen sind als zentrale Maßnahmen des Modellprojektes zu sehen. Diese wurden in beiden Pilot-Bundesländern umgesetzt.

**Prozessbegleitung:** Die Prozessbegleitung von jugendrelevanten Einrichtungen (z. B. Schulen, Jugendzentren, Wohngemeinschaften für Jugendliche...) ist eine zentrale Maßnahme im Modellprojekt und in unterschiedlicher Ausgestaltung und Intensität möglich. Hierbei werden die Multiplikator:innen der beteiligten Einrichtungen befähigt, unterstützt und begleitet gemeinsam mit den Jugendlichen in ihrer Einrichtung gesundheitsfördernde Ideen/Projekte/Maßnahmen oder Produkte zu erarbeiten. Die Prozessbegleitung kann durch Workshops mit den Jugendlichen, die von Expert\*innen geleitet werden, ergänzt werden (siehe Punkt „wesentliche Maßnahmen“).

**Mikroförderungen/Regionale Initiativen:** Regionale Initiativen ermöglichen es den Jugendlichen, selbst niederschwellig Maßnahmen umzusetzen, bzw. können Schulen und Jugendorganisationen Maßnahmen mit der Zielgruppe realisieren. Die Begleitung und Unterstützung der Einreicher\*innen ist wesentlich – hierfür sind genügend Ressourcen einzuplanen.

**Jugendgesundheitskonferenzen:** Jugendgesundheitskonferenzen stellen den Höhepunkt der Projektumsetzung in den Regionen/Bezirken dar. Jugendgesundheitskonferenzen sind eine Art Gesundheitsmesse von Jugendlichen bzw. Jugendeinrichtungen für Jugendlichen. Die Jugendlichen präsentieren die Maßnahmen und Projekte, die sie zuvor erarbeitet und umgesetzt haben. Die Jugendgesundheitskonferenzen können sehr flexibel an die Situation im jeweiligen Bezirk bzw. der jeweiligen Region angepasst werden. Es besteht die Möglichkeit die Jugendlichen an unterschiedlichen Stellen in die Umsetzung aktiv einzubinden (Planung, Co-Moderation, Präsentation der Projekte auf der Bühne, Peer-Workshops, Vorbereitung des Buffets etc.). Ein weiterer zentraler Teil der Jugendgesundheitskonferenzen ist es, auch immer regionale Vereine und Fachstellen einzubinden. Das dient einerseits zum Netzwerkaufbau, andererseits haben die Jugendlichen so die Möglichkeit, Organisationen persönlich kennenzulernen und Kontakte zu knüpfen.

**Fortbildungsmaßnahmen für Multiplikator:innen:** Um die Multiplikator:innen zu befähigen, mit den Jugendlichen zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen zu arbeiten, werden thematische Fortbildungen / Methodenseminare angeboten. Bei der Umsetzung dieses Angebotes ist jedenfalls die Struktur des Bundeslandes zu berücksichtigen. Es ist anzudenken, ein weiteres Modul zur psychosozialen Gesundheitskompetenz zu entwickeln.

Neben diesen Hauptmaßnahmen gibt es **weitere wesentliche Maßnahmen** beschrieben, diese können optional eingesetzt werden, um die Hauptmaßnahmen sinnvoll zu ergänzen:

- Partizipative Impuls- und thematische Workshops für Jugendliche in den Projekteinrichtungen
- Reflexionsworkshops mit den Jugendlichen und Multiplikator\*innen und Politik, Überführung in bestehende Vernetzungsstrukturen

- Methodensammlung/Infomappen/Themensammlung/Infokarten
- Roadshow

Das Modell ist sehr breitenwirksam und erreicht folgende Zielgruppen und Settings. Die **primäre Zielgruppe** sind sozio-ökonomisch benachteiligte Jugendliche im Alter von 12–20 Jahren. Diese Zielgruppe wird über Multiplikator:innen aus der Schule, der außerschulischen Jugendarbeit und Berufsqualifizierungsmaßnahmen sowie anderen jugendrelevanten Einrichtungen (wie z. B. Wohngemeinschaften für geflüchtete Jugendliche) erreicht. Der Fokus wird dabei auf Multiplikator\*innen aus Einrichtungen und Maßnahmen gelegt, die verstärkt sozio-ökonomisch benachteiligte und schwer erreichbare Jugendliche ansprechen.

Die **sekundäre Zielgruppe** besteht aus Multiplikator:innen in den relevanten Settings der primären Zielgruppe: Mitarbeiter:innen der Jugendzentren, Vertreter:innen der kommunalen und verbandlichen Jugendarbeit, Schulleiter:innen, Pädagog:innen, Mitarbeiter:innen diverser Fachstellen (Suchtberatungsstellen, Schulsozialarbeit, Nachmittagsbetreuung, ...) und Mitarbeiter\*innen von Qualifizierungsmaßnahmen. Bei den Pädagog:innen sollen vor allem Lehrer:innen aus Mittelschulen, Polytechnischen Lehrgängen, Sonderschulen, Berufsschulen sowie die Betreuer:innen in den Lehrlingsheimen erreicht werden. Weiters zählen zur sekundären Zielgruppe Vertreter:innen der Verwaltung /Politik.

Die Settings des Modells sind:

- Außerschulische Jugendarbeit (Jugendzentren, Jugendcafés, Streetwork)
- Schulen und andere Bildungseinrichtungen sowie arbeitsmarktpolitische Maßnahmen (Ausbildungsfit, Jugendcoaching etc.)
- Vereinswesen und Zivilgesellschaft (insbesondere Sportvereine, Regionalmanagement, Nachbarschaftszentren)
- Freizeit/Konsumwelten (Pfadfinder\*innen, Jungschar, Museen, Bibliotheken, etc. können Projektpartner:innen sein und das Projekt bereichern)

Im Rahmen der Umsetzung des Modellprojektes wurde während aller Umsetzungsschritte ein **Fokus auf das Thema Nachhaltigkeit** gelegt. Einige Maßnahmen wurden speziell im Sinne der Sicherung der Nachhaltigkeit entwickelt:

- Prozessbegleitung für beteiligte Einrichtungen
- Inhaltliche Workshops für Jugendliche
- Online-Methodensammlung, Info- und Arbeitsmaterialien für Jugendliche und Multiplikato:innen

- MOOC für Pädagog:innen / Schulungen für Multiplikator:innen, damit diese eigenständig Aktivitäten zu Gesundheitsthemen zielgruppenspezifisch umsetzen und weiterentwickeln können
- Aufbau bzw. Förderung von Netzwerken in den Regionen, Nutzung virtueller Vernetzungsmöglichkeiten (z. B. Facebook etc.)
- Reflexion im Rahmen von Vernetzungstreffen für Projektpartner\*innen
- Finanzierung und Begleitung weiterführender Initiativen

Auf struktureller Ebene zielt das Modell Jugendgesundheitskonferenzen darauf ab, die Entscheidungsträger:innen sowie die Akteur:innen bzw. Multiplikator:innen in den unterschiedlichen Einrichtungen von Beginn an einzubinden, ihr Commitment herzustellen und durch Sensibilisierung, aktive Information und Kommunikation im Projektverlauf sicherzustellen. Die Prozesse der Jugendgesundheitskonferenzen werden so ausgerichtet, dass sie an bestehende Aktivitäten für und mit Jugendlichen anschließen und keine Doppelgleisigkeiten erzeugen. Dies erleichtert den Akteur\*innen vor Ort die Übertragbarkeit bzw. Weiterführung der Aktivitäten nach Ende der Jugendgesundheitskonferenz.

**Links:**

- <https://xund.logo.at/>
- <https://www.wig.or.at/jugendgesundheitskonferenz>

## 5.2 (Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren

Auch dieses vorgeschlagene Good Practice Modell beruht auf Maßnahmen, die breite Akzeptanz und Erfolg bei der angesprochenen Zielgruppe ältere Menschen vorweisen können. Als Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist eine weitgehende Partizipation und Teilhabe der Zielgruppe ältere Menschen essenziell.

### **Good-Practice-Modell: Trittsicher & aktiv – Angebot zur Sturzprävention**

Stürze und deren resultierende Verletzungen bedeuten ein großes Public Health Problem und stellen ein zentrales Handlungsfeld für Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen dar. Es gibt aktuell kein flächendeckendes und umfassendes Sturzpräventionsangebot für ältere Menschen in Österreich.

Unter dem Titel „Trittsicher & aktiv“ soll ein qualitativ hochwertiges, österreichweit einheitliches Angebot zur Sturzprävention geschaffen werden, das als kostenloses Angebot insbesondere sozial

schwächere Personengruppen erreichen soll. Das Angebot beinhaltet eine 12-wöchige Kursreihe, ein ergänzendes Vortragsangebot, ein digitales Angebot (8-teilige Videoreihe inkl. kostenlos bestellbarer Begleitprodukte) sowie eine Multiplikatoren-schulung. Das Kurs- und Vortragsangebot wird bereits seit einigen Jahren in Oberösterreich und der Steiermark erfolgreich umgesetzt, das ergänzende digitale Angebot ist seit 2021 österreichweit verfügbar.

Die Nachfrage nach den bestehenden Angeboten zur Sturzprävention ist groß. Evaluierungsergebnisse der Kurse aus OÖ und der Steiermark zeigten eine hohe Zufriedenheit mit den Kursen und eine gute Anwendbarkeit der Kursinhalte im Alltag. Die motorischen Fähigkeiten der Teilnehmenden nahmen im Kursverlauf signifikant zu und 12 Monate nach Kursende konnte eine signifikante Reduktion der Sturzereignisse um rund 80 % erhoben werden.

Die Umsetzung eines einheitlichen und evidenzbasierten Angebots zur Sturzprävention soll österreichweit mit externen Partner- und Trainerstrukturen erfolgen. Ab Umsetzungsstart 2025 sollen jährlich mindestens 3.000 Personen an Präsenzangeboten teilnehmen können, die in Kooperation mit regionalen Umsetzungspartnern umgesetzt werden sollen. In geplanten Multiplikatoren-schulungen sollen Personen in der Seniorenarbeit Informationen zum Thema Sturzprävention sowie zu weiteren gesundheitsrelevanten Themen und Angeboten für die Zielgruppe der älteren Menschen erhalten und diese in ihrem eigenen Aktionsradius weitertragen. Eine umfassende Evaluation des Angebots ist vorgesehen. Die Verbreitung des Angebots soll durch eine gezielte österreichweite und regionale Öffentlichkeitsarbeit unterstützt werden.

Folgende Ziele werden mit dieser Maßnahme/Aktivität erreicht:

- Ein qualitativ hochwertiges, österreichweit einheitliches Angebot zur Sturzprävention für die Zielgruppe der Senioren ab 65 Jahren, das aus einem Kursangebot, einem Vortragsangebot, einem digitalen Angebot inkl. physischer Begleitprodukte sowie einer Multiplikatoren-schulung besteht, ist bis Ende 2024 geschaffen.
- Eine österreichweite Partner- bzw. Trainerstruktur (Professionisten aus den Berufsgruppen der Sportwissenschaft, Physiotherapie und Ergotherapie) zur Umsetzung sowie eine Struktur zur Betreuung der Angebotsumsetzung in jedem Bundesland ist bis Ende 2024 geschaffen.
- Das Angebot dockt an Strukturen aus dem Versorgungsbereich an und stellt eine gute Schnittstelle zwischen Versorgung und Gesundheitsförderungsangebot sicher (z. B. Niedergelassener Bereich, Primärversorgungseinrichtungen etc.).
- Jährlich nutzen mindestens 3.000 Personen österreichweit das Kursangebot zur Sturzprävention.
- Durch die Kursteilnahme verbessern sich motorische Fähigkeiten der Teilnehmenden, verringert sich ihre Sturzangst und sie werden sicherer bei Alltagsbewegungen.
- Durch die Kursteilnahme fühlen sich Teilnehmende gestärkt, um auch längerfristig selbstständig weiter zu üben.

- Durch die Kursteilnahme kommt es nach einer 12-monatigen Nachbeobachtungsphase (nach Kursende) zu einer deutlichen Sturzreduktion.
- Das Programm wird umfassend evaluiert, um die oben genannten Ziele belegen zu können.
- Das digitale Angebot sowie die Begleitprodukte werden sowohl von älteren Menschen für das Training als auch von Professionisten v.a. im Setting der Therapie und Betreuung genutzt.

Die ÖGK hat seit über 10 Jahren Erfahrungswerte in der Sturzprävention, da es bereits in ausgewählten Regionen Österreichs Angebote zur Sturzprävention gibt, die auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhen und umfassend evaluiert wurden. Somit liegen Modelle guter Praxis, sowohl was den Inhalt als auch die Organisation des Angebots betrifft, vor. Die Etablierung eines österreichweit einheitliches Angebot zur Sturzprävention soll folgendes beinhalten:

- Eine 12-wöchige Kursreihe nach dem Konzept des österreichischen Sturzpräventionsexperten Harald Jansenberger
- Ein ergänzendes Vortragsangebot
- Ein digitales Angebot (8-teilige Videoreihe inkl. kostenlos bestellbarer Begleitprodukte (Ratgeber, USB-Stick, Gymnastikband)
- Eine Multiplikatorenschulung

Das Präsenzangebot zur Sturzprävention soll mit organisatorischer Unterstützung von regionalen Umsetzungspartnern angeboten werden. Dies können beispielsweise sein:

- (Gesunde) Gemeinden
- Seniorenvereine
- Ortsgruppen von Seniorenverbänden
- Seniorenturngruppen, -tanzgruppen u.a.
- Bestehende LIMA-Gruppen (Katholisches Bildungswerk)
- Geriatrische Zentren
- Tageszentren für Senioren
- Betreute Wohneinrichtungen
- Selbsthilfegruppen insbesondere Multiple Sklerose, Parkinson, Osteoporose, Dialyse Patienten, Diabetes Patienten, Onkologische Patienten und Polyarthritische Patienten

Das Angebot kann auch an bestehenden Strukturen aus dem Versorgungsbereich gut andocken, z. B. an der Vertragspartnerstruktur zur Bewerbung und Vermittlung des Angebotes bzw. in Primärversorgungseinrichtungen, in dem es dort von eigenen Mitarbeitern umgesetzt wird.

Zielgruppe des **Vortrags- und Kursangebots** zur Sturzprävention sind:

- selbstständig lebende Senioren ab 65 Jahren sowie in betreuten Wohneinrichtungen lebende Senioren,
- mit oder ohne positiver Sturzanamnese (in den letzten 12 Monaten),

- mit moderaten Beeinträchtigungen bei Transfer von Sitz zu Stand sowie mit Gangunsicherheiten (subjektiv und objektiv).

Zielgruppe des **digitalen Angebots** sind:

- Ältere Menschen, die Videos und Begleitprodukte für das selbstständige Üben nutzen
- Personen, die die Information zum Angebot und die Begleitprodukte an Senioren weitergeben (Familienangehörige, Ärzte, Therapeuten, Personen in der Seniorenarbeit, Zielgruppenvertretungen u.a.)

Zielgruppe der **Multiplikatoren-schulung** sind:

- Vertreter von Senioreneinrichtungen und -vereinen, Bewegungsexperten örtlicher Vereine, Gesundheits-Buddys, u.a. Personen, die Informationen zur Sturzprävention und zu weiteren wichtigen Themen der Gesundheitsförderung an die Zielgruppe weitergeben und/oder im Rahmen der Seniorenarbeit selbst nutzen.

Alle Angebote sollen v. a. auch für sozial schwächere Personengruppen in der Zielgruppe leicht zugänglich sein und daher kostenlos angeboten werden. Die dauerhafte Verankerung und Weiterentwicklung des Angebots kann nur durch langfristig verfügbare finanzielle Mittel – durch Eigenmittel der umsetzenden Organisationen und ggf. weitere Fördermittel – gewährleistet werden.

**Links:** <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.869494&portal=oeg-kportal>



# Literatur

- Agenda Gesundheitsförderung (2023): 10 Maßnahmenbündel für eine gesundheitsfördernde Zukunft in Österreich. Roadmap „Zukunft Gesundheitsförderung“ [online]. Gesundheit Österreich, [Zugriff am 27. Oktober]
- Ammann, Eva; Gross, Corina (2011): Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Institut für Sucht- und Gesundheitsförderung
- Bundeskanzleramt (o.D.): Nachhaltige Entwicklung – Agenda 2030 / SDGs [online] [Zugriff am 30. Oktober]
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2021): Themenfeld 5 der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie: „Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen“ [online] [Zugriff am 30. Oktober]
- Council of Europe Committee of Ministers (2000): Recommendation No. R (2000) 5 of the Committee of Ministers to member states on the development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care.
- Donovan, Robert J.; Koushede, Vibeke J; Drane, Catherine F; Hinrichsen, Carsten; Anwar-McHenry, Julia; Nielsen, Line; Nicholas, Amberlee; Meilstrup, Charlotte; Santini, Ziggi Ivan (2021): Twenty-One Reasons for Implementing the Act-Belong-Commit-'ABCs of Mental Health' Campaign. In: *Int J Environ Res Public Health* 18/21
- Fousek, S.; Domittner, B.; Nowak, P. (2012): Health Literacy – „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Im Auftrag des BMG.
- García-Hermoso, A., Ramirez-Vélez, R., L Sáez de Asteasu, M., Martínez-Velilla, N., Zambom-Ferraresi, F., L Valenzuela, P., Lucia, A. & Izquierdo, M. (2020). Safety and Effectiveness of Long-Term Exercise Interventions in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Sports Medicine*; 50(6): 1095–1106.
- Goujon, A.; Jacobs-Crisioni, C.; Natale, F.; Carlo, L.; Jean-Philippe, A.; Filipe, B. eS.; Bosco, C., Ghio, D. et al. (2021). The demographic landscape of EU territories. EUR 30498 EN. Publications office of the European Union. <https://doi.org/10.2760/658945>
- Griebler, R.; Straßmayr, C.; Mikšová, D.; Link, T.; Nowak, P. und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Herrmann, K. (2021): Partizipation macht stark [online] [Zugriff am 27. Oktober ]
- Hoang, P.; King, J.A.; Moore, S. et al. (2022). Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults; a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*; 5(10): e2236676. <https://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676>
- IQWiG (2022): Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter. Welche Maßnahmen könne einer sozialen Isolation vorbeugen oder entgegenwirken? HTA im Auftrag des IQWiG. HT20-03. HT20-03 – Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter – HTA kompakt – Version 1.0 (iqwig.de)
- Jansenberger, H.; Kastner, K. (2016): Trittsicher und mobil mit der OÖGKK. In: Soziale Sicherheit (Online) November :

- Karpinski, N.; Popal, N.; Pluck, J.; Petermann, F.; Lehmkuhl, G. (2017): [Leisure activities, resilience and mental stress in adolescents]. In: *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 45/1:42–48
- Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung, (2023): Aktionsplan: Psychosoziale Gesundheit für junge Menschen [online] [Zugriff am 27. Oktober]
- Lampert, T.; Richter, M. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: *Gesundheitliche Ungleichheit*. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 209–230
- Lehmann, F.; Köster, M.; Brandes, S.; Bräunling, S.; Geene, R.; Kaba-Schönstein, L.; Kilian, H.; Linden, S.; Wehen, M.; Reker, N. (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
- Luger, E.; Dorner, T.E.; Haider, S.; Kapan, A.; Lackinger, C.; Schindler, K. (2016). Effects of a Home-Based and Volunteer-Administered Physical Training, Nutritional, and Social Support Program on Malnutrition and Frailty in Older Persons: A Randomized Controlled Trial, *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (7), <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.04.018>.
- Meinhold-Henschel, S., Schack, S. (2009). Kinder- und Jugendpartizipation in Deutschland – Entwicklungsstand und Handlungsansätze. In: Henschel, A., Krüger, R., Schmitt, C., Stange, W. (eds) *Jugendhilfe und Schule*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-91396-4\\_22](https://doi.org/10.1007/978-3-531-91396-4_22)
- Moser, M.; Reidinger, V.; Schinnerl, M. (2023): Konkretisierung und umsetzungsorientierte Ausarbeitung von Empfehlungen zu Bürger:innen- und Patient:innenbeteiligung im Gesundheitswesen Nachfolgeprojekt zur Machbarkeitsstudie 2021. University of Applied Sciences, St. Pölten
- Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2020): Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2020, Wien
- Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2022): Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2022, Wien
- Ravens-Sieberer, R.; Kaman, A.; Otto, C.; Adedeji, A.; Napp, A.-K.; Becker, M.; Blanck-Stellmacher, U.; Löffler, C.; Schlack, R.; Hölling, H.; Devine, J.; Erhart, M.; Hurrelmann, K. (2021): Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Copsy-Studie. *Bundesgesundheitsbl* 64, 1512–1521 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>
- Resch, F.; Parzer, P. (2022): Risikoverhalten. In: *Risikoverhalten und Selbstregulation bei Jugendlichen: Eine kybernetische Sichtweise*. Hg. v. Resch, Franz; Parzer, Peter. Springer International Publishing, ChamS. 15–40
- Röthlin, F.; Pelikan, J.; Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz von 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)
- Saito, Y.; Tanaka, A.; Tajima, T.; Ito, T.; Aihara, Y.; Nakano, K.; Kamada, M.; Inoue, S.; Miyachi, M.; Lee, I. M.; Oguma, Y. (2021): A community-wide intervention to promote physical activity: A five-year quasi-experimental study. *Prev Med.*, (9): 10.1016/j.ypmed.2021.106708.

- Schaffer, M.; Strohschein, S.; Glavin, K. (2021): Twenty years with the public health intervention wheel: Evidence for practice. In: *Public Health Nursing*:1-7
- Schlack, R.; Peerenboom, N.; Neuperdt, L.; Junker, S.; Beyer, A.-K. (2021): Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. In: 4:3--20
- Skala, K. (2020): [Youth and Alcohol : A survey with a view to the situation in Austria]. In: *Neuropsychiatrie* 34/4:164-170
- Splieth, C. H.; Franze, M.; Plachta-Danielzik, S.; Thyrian, J. R.; Schmidt, C. O.; John, U.; Kohlmann, T.; Müller, M. J.; Hoffmann, W. (2015): GeKoKidS - Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule. In: *Gesundheitswesen* 77/S 01:S78-S79
- Statistik Austria (2008): Sozialpolitische Studienreihe. Armutgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008. Eingliederungsindikatoren. Bd. 2, 1. Aufl., Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- Statistik Austria (2023): Bevölkerung nach Alter/Geschlecht [online] [Zugriff am 30. Oktober]
- Stegeman, I; Costongs, C. (2012): The Right Start to a Healthy Life Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union - What Works?. EuroHealthNet. Brüssel
- Vaapio, S. S.; Salminen, M. J.; Ojanlatva, A.; Kivela, S.L. (2009): Quality of life as an outcome of fall prevention interventions among the aged: a systematic review. *Eur J Public Health*;19(1):7-15. doi: 10.1093/eurpub/ckn099.
- WHO (2002): Active Ageing. A Policy Framework. World Health Organisation, Madrid
- WHO (2015): World Report on Ageing and Health. World report on ageing and health (who.int)
- WHO (2020): UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action.2021-2030. decade-proposal-final-apr2020-en.pdf (who.int)
- Wilbacher, I. (2014): Sturzprävention für ältere Menschen. Literaturübersicht, Version 2. HTA\_Bericht Sturzprävention für ältere Menschen\_V2\_fin (sozialversicherung.at)

# Teil 2 – Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel

---

(2010 von der BGK beschlossen)

Der Teil 2 – Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel – wird 2024 an die dann geltende 15a-B-VG angepasst und zum Beschluss im Sommer 2024 vorgelegt. Bis dahin gilt der Vorbehaltsbeschluss der B-ZK vom 15.12.2023.

# 1 Verwendung der Vorsorgemittel: Erläuterungen zur Mittelvergabe

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

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

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

## 1.1 Inhalte

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

Zur Akkordierung der Eckpunkte der **Strategievereinbarung der Mittelvergabe** (inhaltliche Schwerpunktsetzung, Vorgabe oder Empfehlung von Good-Practice-Maßnahmen bzw. von ergänzenden themenspezifischen Qualitätskriterien) wird ein Projektbeirat eingesetzt. Dieser setzt sich aus der UAG Public Health<sup>2</sup> zusammen; für die methodische bzw. inhaltliche Expertise können einschlä-

---

<sup>2</sup> Die UAG Public Health wurde im Herbst 2013 durch die nunmehrige Fachgruppe Public Health abgelöst, die auch alle Aufgaben der UAG Public Health in Bezug auf die Vorsorgemittel übernommen hat.

gige Expertinnen und Experten hinzugezogen werden. Der Projektbeirat trifft die Vorentscheidungen zur Strategievereinbarung. Sie haben den Status von Empfehlungen an die Bundesgesundheitskommission, die für die Entscheidung über die Vergabe der Mittel zuständig ist. Die Mittelausschüttung an Bund, Länder und Sozialversicherung erfolgt nach Information an die BGA über die im jeweiligen Bereich geplanten Maßnahmen. Anträge zur Strategievereinbarung, die nicht an empfohlene Good-Practice-Modelle anschließen, werden durch die UAG PH in ihrer Funktion als Projektbeirat für die BGK bewertet.

Geeignete **Projektträger** müssen von Bund, Ländern und SV mit der Umsetzung der im jeweiligen Bereich geplanten Maßnahmen (zum vorgegebenen Schwerpunktthema bzw. zu den -themen bzw. zu den Good-Practice-Modellen) beauftragt werden. Die Abwicklung der Maßnahmen soll nach Möglichkeit über etablierte Strukturen erfolgen. Die Projektträger müssen, wie in solchen Fällen üblich, mittels einheitlicher Anträge ein detailliertes Umsetzungskonzept und ihre Expertise nachweisen sowie im Falle einer Beauftragung Zwischen- und Endberichte vorlegen (siehe Kapitel 5.3). Es wird empfohlen, dass Anträge, Zwischen- und Endberichte direkt an die Koordinationsstelle (siehe Abschnitt 1.3) übermittelt werden, damit diese die Funktion als Vernetzungseinheit wahrnehmen kann. Es liegt in der Verantwortung des Bundes, der Länder und der SV, eine den gängigen Standards entsprechende **einheitliche Dokumentation**<sup>3</sup> der geförderten Maßnahmen von den Projektträgern einzufordern (vertragliche Verpflichtung). Sinnvoll erscheint eine einheitliche Vorgabe bezüglich Mindeststandards der Dokumentation bei Anträgen, Zwischenbericht und Endbericht, wobei hier auf die FGÖ-Projektdatenbank als Basis zurückgegriffen werden kann (siehe Koordinationsstelle).

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

## 1.2 Mittelfluss

Nach einem **Beschluss der BGK** und dem Einreichen von Anträgen verteilt die BGA die Mittel zu zwei Fünfteln an die Länder, zu zwei Fünfteln an die Sozialversicherung und zu einem Fünftel an den Bund. Der Hauptverband teilt die Mittel an die neun Gebietskrankenkassen nach dem aktuellen

---

<sup>3</sup> Die Standards in Hinblick auf Berichtslegung und Rechnungslegung wurden vonseiten der GÖG in Kooperation mit der UAG PH erarbeitet.

Einwohnerschlüssel (pro BL) auf. Das Umsetzen der Maßnahmen hat unter Einbeziehung der Sonderversicherungsträger zu erfolgen. Die Mittelvergabe an die Länder erfolgt anhand des 15a-Schlüssels (vgl. Tabelle 1.1).

Tabelle 1.1:

Berechnetes Modell für die Verteilung der Mittel gemäß Art 15a B-VG Art 24 Abs 6<sup>4</sup>. auf Basis eines Referenzwertes von 1 Million Euro

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

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

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

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

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

## 1.3 Die Koordinationsstelle

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

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

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

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

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

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

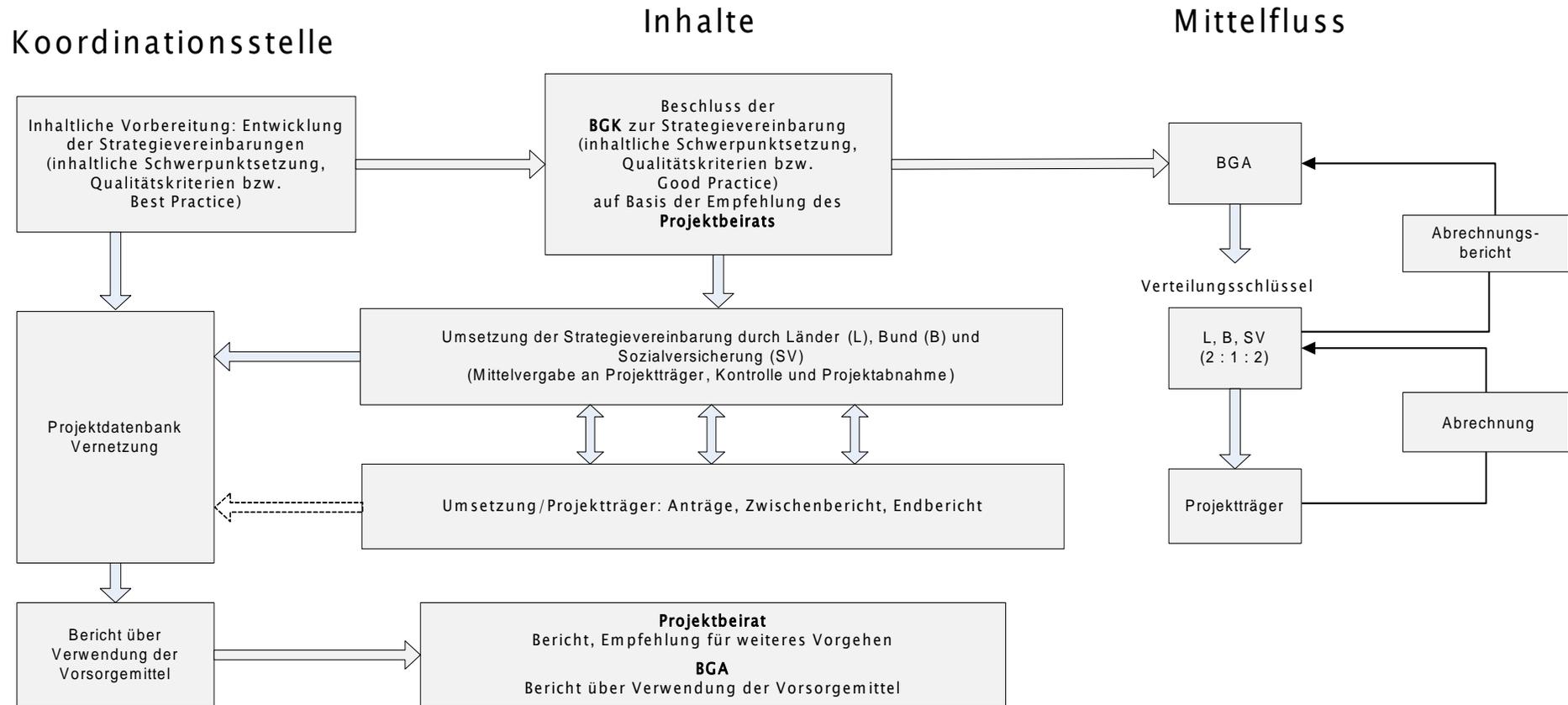
Die schematische Darstellung gibt die drei Funktionssysteme wieder, und zwar:

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

Abbildung 1.1:

Verwendung der Vorsorgemittel aus der 15a-Vereinbarung

## Verwendung der Vorsorgemittel aus der 15a-Vereinbarung



## 2 Vergabe-/Qualitätskriterien

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

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

### 2.1 Grundsätze der Vergabe

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

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

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

verwenden, die in der Folge in unmittelbar bevölkerungswirksame Maßnahmen einfließen bzw. deren Umsetzung unterstützen (z. B. NAP.e, Kindergesundheitsdialog).

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

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

## 2.1.3 Qualitätssicherung

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

## 2.1.4 Überregionalität

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

## 2.1.5 Ausschlusskriterien

Im Rahmen der Vorsorgemittel nach der 15a-Vereinbarung können keine Maßnahmen finanziert werden, für die bereits Finanzierungsverpflichtungen bzw. generelle Finanzierungsregelungen im Gesundheitswesen bestehen (Sozialversicherungsleistungen, Krankenanstalten etc.). Finanzierungswürdig sind weiters nur Maßnahmen, die unmittelbar bevölkerungswirksam werden, und damit keine rein wissenschaftlichen Arbeiten (mit der Ausnahme, dass der Bund, wie unter 2.1.1 angeführt, seinen Mittelanteil auch für im Zusammenhang mit dem gewählten Themenschwerpunkt stehende Grundlagenarbeiten verwenden kann).

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

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

### 2.2.1 Gesundheitsnutzen

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

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

Themenspezifische Interventionen, Verfahren und/oder Instrumente zur Verbesserung der Gesundheit und/oder Verhinderung des gesundheitlichen Problems müssen bereits etabliert sein.

Die Wirksamkeit dieser gesundheitsfördernden und/oder präventiven Interventionen muss wissenschaftlich erwiesen sein (evidenzbasiert). Der Nutzen der Intervention soll nachhaltig sein.

Sollte zukünftig ein Thema ins Auge gefasst werden, das vorrangig in Hinblick auf Früherkennung von Relevanz ist, so sind drei Prämissen zu beachten: (1) Die verfügbaren Instrumente zur Frühdiagnose müssen wissenschaftlich anerkannt sein; (2) bei diagnostiziertem Risiko oder festgestellter Erkrankung gibt es zuverlässige Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten; (3) Früherkennung sollte Vorteile gegenüber einer späteren Diagnose mit sich bringen. Bei Screeningmaßnahmen sind jedenfalls die Screeningkriterien von Wilson und Jungner<sup>5</sup> und der Kriterien des UK National Screening Committee<sup>6</sup> anzuwenden.

### 2.2.3 Einbettung in übergeordnete Strategien

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

### 2.2.4 Bedarfsnachweis

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

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

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

---

<sup>5</sup> Wilson, J. M. G.; Jungner, G. (1968).

<sup>6</sup> National Screening Committee (2009).

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

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

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

### 2.3.1 Gesundheitsbezug und gesellschaftliche Akzeptanz

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

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

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

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

### 2.3.3 Zielgruppen- und Bedürfnisorientierung

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

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

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

### 2.3.4 Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten

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

### 2.3.5 Ressourcenorientierung, Partizipation und Empowerment

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

## 2.3.6 Vernetzung

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

## 2.3.7 Nachhaltigkeit der Veränderungen

Die Maßnahme muss auf nachhaltige Veränderungen ausgerichtet sein. Die geplanten Interventionen haben Entwicklungsprozesse zu initiieren und zu fördern und beeinflussen damit Strukturen und Prozesse (in den Settings) über den Projektzeitraum hinaus. Die Nutzung von bestehenden Strukturen für die Umsetzung der Maßnahme hat Vorrang vor der Schaffung von neuen Strukturen. Es müssen Überlegungen bestehen, wie die Maßnahme in eine Regelfinanzierung übergehen kann. Im Rahmen des Projekts sollen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren systematisch eingebunden und qualifiziert werden.

## 2.3.8 Klare und operationalisierbare Ziele

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

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

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

## 2.3.9 Leistbarkeit und Kosten–Nutzen–Verhältnis

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

### 2.3.10 Qualitätsentwicklung

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

### 2.3.11 Dokumentation und Evaluation

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