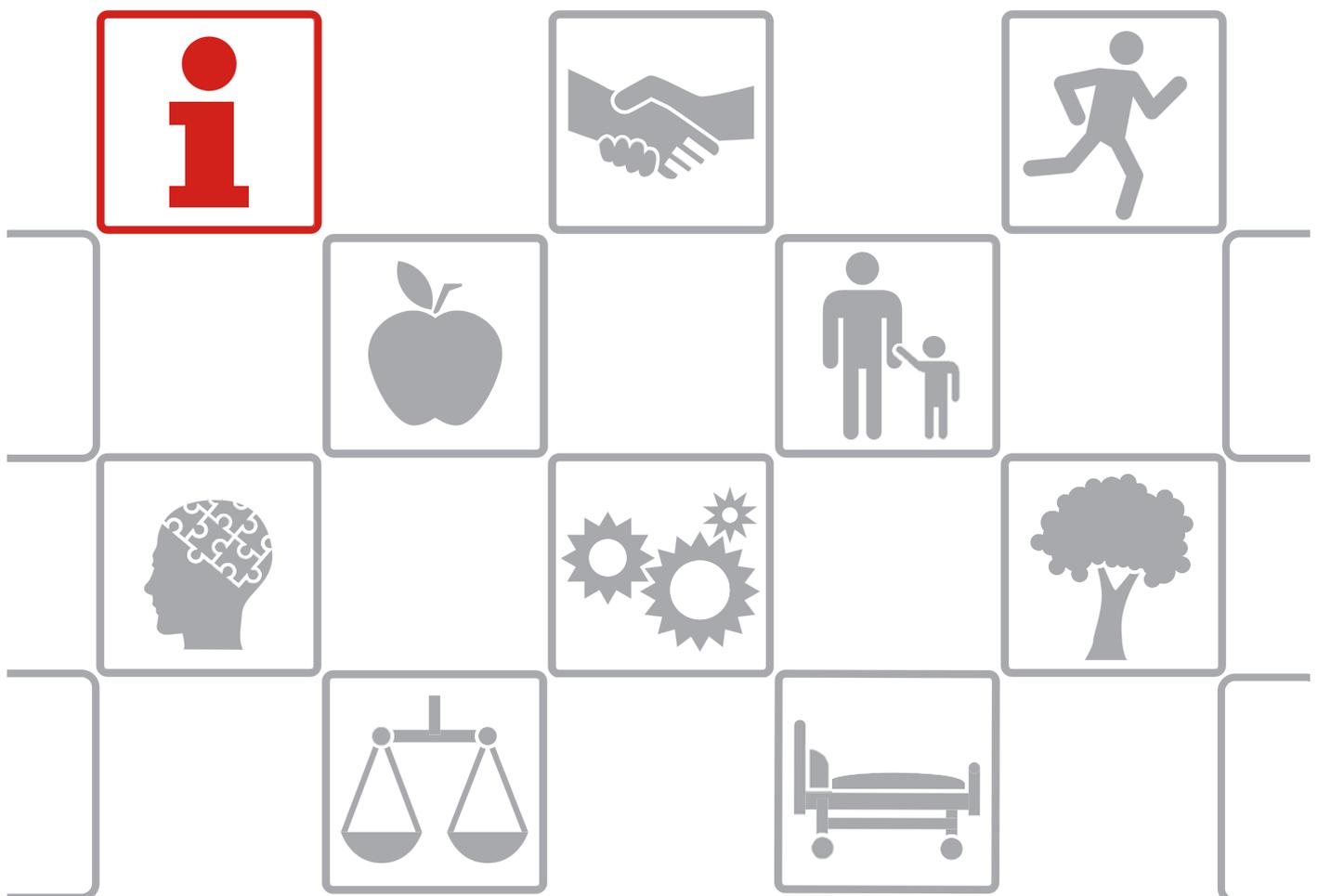


Gesundheitsziel 3

Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Bericht der Arbeitsgruppe



Impressum

Eigentümer, Herausgeber, Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen,
Radetzkystr. 2, 1030 Wien,
Tel. +43 1 71100-0, www.bmgf.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich:

Judith delle Grazie, Leiterin der Abteilung für Prävention und Gesundheitsförderung III/6,
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Beate Wimmer-Puchinger, Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien

Prozessbegleitung:

Gesundheit Österreich GmbH

Druck:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Erscheinungsdatum April 2014 / Ausgabe April 2017

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Zusammensetzung der Arbeitsgruppe..... | 2 |
| Abkürzungen | 4 |
| Zusammenfassung | 5 |
| Einleitung | 6 |
| 1 Wirkungsziel 1 „Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“ | 11 |
| 1.1 Erläuterung/Herausforderungen..... | 11 |
| 1.2 Indikatoren | 12 |
| 1.3 Maßnahmen | 12 |
| 1.4 Weitere exemplarische Maßnahmen..... | 19 |
| 2 Wirkungsziel 2 „Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken.“ | 21 |
| 2.1 Erläuterung/Herausforderungen..... | 21 |
| 2.2 Indikatoren | 22 |
| 2.3 Maßnahmen | 22 |
| 2.4 Weitere exemplarische Maßnahmen..... | 29 |
| 3 Wirkungsziel 3 „Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern“ .. | 33 |
| 3.1 Erläuterung/Herausforderungen..... | 33 |
| 3.2 Indikatoren | 34 |
| 3.3 Maßnahmen | 34 |
| 4 Unterstützende Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung der Wirkungsziele..... | 37 |
| 4.1 Erläuterung/Herausforderungen..... | 37 |
| 4.2 Maßnahmen | 37 |
| Anhang 1 Verzeichnis der Maßnahmen..... | 39 |
| Anhang 2 Erläuterungen zur Liste der Wirkungsziele | 41 |
| Anhang 3 Liste der Wirkungsziele | 43 |
| Literatur | 54 |

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Leitung der Arbeitsgruppe (AG):

Judith delle Grazie, Bundesministerium für Gesundheit
Stellvertreterin: Beate Wimmer-Puchinger, Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien

Mitglieder an der AG „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“:

Julia Adlgasser, Arbeiterkammer Wien
Magdalena Arrouas, Bundesministerium für Gesundheit
Werner Bencic, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Günter Diem, Österreichische Gesellschaft für Public Health
Thomas Diller, AKS Austria
Andrea Fried, ARGE Selbsthilfe Österreich
Ursula Frohner, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
Johanna Geyer, Bundesministerium für Gesundheit
Verena Grünstäudl, Bundesministerium für Inneres
Erhard Höbaus, Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Wasser und Umweltwirtschaft
Jürgen Horschinegg, Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
Gabriele Jaksch, MTD Austria
Michaela Kropatschek, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Sigrid Pilz, Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtschäft
Birgit Pirklbauer, Amt der Oberösterreichischen Landesregierung
Johannes Rampler, ARGE Selbsthilfe Österreich
Ulrike Schermann-Richter, Bundesministerium für Gesundheit
Dietmar Schuster, Wirtschaftskammer Österreich
Jürgen Soffried, Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau
Merete Tschokert, Bundesjugendverband
Ingrid Wallner, Bundeselternverband
Walpurga Weiß, Bundesministerium für Gesundheit
Monika Wild, BAG Freie Wohlfahrt
Beate Wimmer-Puchinger, Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien
Aleksander Zilberszac, Bundesministerium für Gesundheit
Elisabeth Zimmerer, Industriellenvereinigung

Stellvertreterinnen und Stellvertreter:

Johanna Baumann, Wirtschaftskammer Österreich
Alexandra Beurle, Wiener Programm für Frauengesundheit
Agnes Görny, MTD Austria
Margot Ham-Rubisch, Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtschäft
Alfred Maier, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Bettina Ottendörfer, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Werner Pletzenauer, Arbeiterkammer Wien
Elisabeth Schandl, Orthoptik Austria
Verena Sgarabottolo, Bundesministerium für Gesundheit
Liesa Stadlbauer, Industriellenvereinigung
Elisabeth Wilkens, Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

Expertinnen und Experten:

Türkan Akkaya-Kalayci, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien, Ambulanz für transkulturelle Psychiatrie für Kinder
Christine Binder- Fritz, Zentrum für Public Health, MedUni Wien
Brigitte Domittner, Gesundheit Österreich GmbH
Clemens Foschi, Caritas Wien
Stephan Fousek, Gesundheit Österreich GmbH
Andrea Gerstenberger, Österreichisches Jugendrotkreuz
Sylvia Groth, Frauengesundheitszentrum Wien
Ingrid Kiefer, Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
Bärbel Klepp, Verein für Konsumenteninformation
Peter Nowak, Gesundheit Österreich GmbH
Jürgen Pelikan, Ludwig Boltzmann Institut, Health Promotion Research
Hubert Petrasch, Konferenz der Erwachsenenbildung Österreichs
Katharina Pils, Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien
Robin Rumler, Pharmig
Klaus Schönbach, Universität Wien, MA Health Communication. Postgraduate Center und Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Redaktion des Berichts:

Stephan Fousek, Brigitte Domittner, Peter Nowak, Gesundheit Österreich GmbH
Judith delle Grazie, Bundesministerium für Gesundheit

Erweiterte Redaktion des Berichts:

Magdalena Arrouas, Werner Bencic, Alexandra Beurle, Johanna Geyer, Jürgen Horschinegg, Jürgen Pelikan, Jürgen Soffried, Ingrid Wallner, Beate Wimmer-Puchinger

Assistenz Berichterstellung:

Bettina Engel, Gesundheit Österreich GmbH



Foto: Mitglieder der AG-Gesundheitskompetenz bei der Sitzung im Oktober 2013

Abkürzungen

| | |
|-----------|---|
| AGES | Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit |
| AK | Arbeiterkammer |
| BMBF | Bundesministerium für Bildung und Frauen |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| BAG | Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt |
| BMEIA | Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres |
| BMASK | Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz |
| BMWF | Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung |
| BMFJ | Bundesministerium für Familie und Jugend |
| BRZ | Bundesrechenzentrum |
| B-ZV | Bundes-Zielsteuerungsvertrag |
| DGKS/DGKP | Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger |
| FGÖ | Fonds Gesundes Österreich |
| FGZ | Frauengesundheitszentrum |
| GDA | Gesundheitsdiensteanbieter |
| GIVE | Servicestelle für Gesundheitsbildung (Gesundheitsbildung – Information – Vernetzung – Entwicklung) – eine Initiative von BMBF, BMG und ÖJRK |
| HVB | Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger |
| inkl. | inklusive |
| IQWiG | Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen |
| IV | Industriellenvereinigung |
| KEBÖ | Konferenz der Erwachsenenbildung Österreichs |
| LBG | Ludwig Boltzmann Gesellschaft |
| LBIHPR | Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research |
| LGP | Landesgesundheitsplattform |
| MTD | Medizinisch-technischer Dienst |
| NEK | Nationale Ernährungskommission |
| NGO | Nichtregierungsorganisation (engl. non-governmental organization) |
| ÖGGG | Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie |
| ÖGKV | Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband |
| ÖGPH | Österreichische Gesellschaft für Public Health |
| ONGKG | Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen |
| ÖJRK | Österreichisches Jugendrotkreuz |
| PEG | Plattform Elterngesundheit |
| PH | Pädagogische Hochschule |
| R-GZ | Rahmen-Gesundheitsziel |
| SV | Sozialversicherung |
| SVA | Sozialversicherungsanstalt |
| VDÖ | Verband der DiätologInnen Österreichs |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |
| WiG | Wiener Gesundheitsförderung |
| WKÖ | Wirtschaftskammer Österreich |
| WZ | Wirkungsziel |

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der AG Gesundheitskompetenz in der 2. Phase der Arbeiten zu den österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen im Jahr 2013 zusammen. Das R-GZ 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ wurde vom R-GZ-Plenum zum höchst priorisierten Ziel gewählt. Die AG setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern von mehr als zwanzig im Plenum vertretenen Institutionen sowie beratenden Expertinnen und Experten zusammen. Zwischen Mai und Oktober 2013 wurden insgesamt vier eintägige Workshops und eine zweitägige Sommerakademie abgehalten. Die zu erarbeitenden Wirkungsziele, Erläuterungen/Herausforderungen (Problemanalyse), Indikatoren und Maßnahmen wurden in den Sitzungen in einem strukturierten Arbeitsprozess intensiv diskutiert, innerhalb der beteiligten Organisationen abgestimmt und anschließend redigiert. **Die Verantwortung für die Umsetzung der beschriebenen Einzelmaßnahmen liegt bei der jeweiligen Organisation, die für die Maßnahmenkoordination zuständig ist.** Eines der zentralen Grundprinzipien der Rahmen-Gesundheitsziele ist „Gesundheit in allen Politikfeldern“ („Health in all Policies“). Um die Gesundheit der Bevölkerung nachträglich zu fördern, ist die Mitwirkung unterschiedlicher Stakeholder und Akteure (auch außerhalb des Gesundheitssektors) notwendig.

Die AG Gesundheitskompetenz definierte im Arbeitsprozess folgende Wirkungsziele:

- WZ 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen
- WZ 2: Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken
- WZ 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern

In den Abschnitten „Erläuterungen/Herausforderungen“ zu den jeweiligen Wirkungszielen werden Problemlagen analytisch beschrieben. Die Indikatoren legen fest, mit welchen Messgrößen das Erreichen des Wirkungszieles überprüft werden kann. Ein wichtiger Arbeitsschritt war die Auswahl, Bewertung und Reihung der Umsetzungsmaßnahmen sowie das Ausfüllen der Wirkungsziel-Tabellen nach den Vorgaben des R-GZ-Plenums, um eine einheitliche und vergleichbare Darstellung der Ergebnisse zwischen den unterschiedlichen R-GZ zu gewährleisten. Maßnahmen mit Bezug zum R-GZ 3, die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) enthalten sind, wurden in den Bericht nur mit dem Titel und einem Verweis auf den B-ZV aufgenommen. Beispiele für hochbewertete Maßnahmen des R-GZ 3 sind (dargestellt mit der jeweiligen Maßnahmenkoordination):

- WZ 1: Gesundheitskompetente Sozialversicherung (HVB), Gesundheitskompetente Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (LBIHPR in Kooperation mit dem ONGKG), Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe (BMG), Weiterentwicklung der Beteiligung der Bevölkerung insbesondere der Patientinnen und Patientinnen im Gesundheitswesen (Arge SHÖ)
- WZ 2: Verbessern der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen/Migranten durch niederschwellige settingorientierte Programme (BMEIA), Leitfaden für Schulen: „Umgang mit Schülerinnen/Schülern mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ (BMBF), „Gesundheitskompetenz“ als Thema in der Erwachsenenbildung stärker verankern
- WZ 3: Themenpartnerschaften mit Unternehmen („win-win“), z. B. Auszeichnung für „gesündere Wahl“-Produkte (NEK), Das Programm REVAN ausweiten und Gesundheitskompetenz-förderlich gestalten (AGES)

Als unterstützende Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung der Wirkungsziele wurden die Einrichtung einer Plattform Gesundheitskompetenz sowie die Durchführung eines weiteren Health Literacy Surveys vorgeschlagen.

Einleitung

Zehn Rahmen-Gesundheitsziele liefern richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ ist in Ziel 3 mit folgender Absicht verankert: „Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung. Sie soll die Menschen dabei unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern. Dazu gilt es unter anderem, bei allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei benachteiligten Gruppen, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu stärken, den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern. Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patientinnen und Patienten bzw. Nutzer/innen und damit auch die Patientensouveränität gestärkt werden. Für die Menschen soll es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche Partner/innen im System wahrzunehmen.“[1]

Seitens des Plenums zu den Rahmen-Gesundheitszielen wurde hinsichtlich Ziel 3 den folgenden Maßnahmenbereichen besondere Relevanz beigemessen:

- Stärken der persönlichen Kompetenzen bei allen Bevölkerungsgruppen, um im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern.
- Erleichtern des Zugangs zu verständlicher Information, um das relevante Basiswissen zu verbessern.
- Fördern der Rolle der Patientinnen/Patienten als gleichberechtigte Partner/innen im Gesundheitssystem.
- Fördern einer vereinfachten Orientierung im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem.

Erarbeiten von Maßnahmen

Die bis Ende 2012 durchgeführten Arbeiten zur Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele in Phase 1 schufen die Grundlage für Phase 2, in der ein Strategie- und Maßnahmenkonzept entworfen sowie Schwerpunkte und Indikatoren definiert werden sollten. Am 12. 2.2013 startete Phase 2 mit einem Plenumsworkshop, während dessen das Rahmen-Gesundheitsziel 3 zum höchst priorisierten Ziel gewählt wurde.

Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in all Policies)

Bereits in Phase 1 waren im Plenum mehr als 40 Institutionen aus verschiedenen Politik- und Gesellschaftsbereichen vertreten. Dieser Health-in-all-Policies-Ansatz wurde auch in Phase 2 beibehalten: An der AG Gesundheitskompetenz beteiligten sich Vertreter/innen aus mehr als zwanzig Organisationen, die von 14 Expertinnen und Experten verschiedener Einrichtungen unterstützt wurden.

„Gesundheit in allen Politikfeldern“ (Health in all Policies) ist eines der zentralen Grundprinzipien der R-GZ. Grundlage ist die Erkenntnis, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern wirksam und nachhaltig gefördert werden kann. Beabsichtigt wird eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren mit ihren jeweils spezifischen Zielen und Prioritäten. „Gesundheit in allen Politikfeldern“ trägt dazu bei, den Fokus von individuellen Lebensstilen und Krankheiten mehr auf gesellschaftliche und soziale Faktoren zu verschieben. Dies ist besonders in Hinblick auf gesundheitlich und sozial benachteiligte Gruppen notwendig. Ausgehend von den zentralen Einflussfaktoren auf die Gesundheit braucht es für die nachhaltige Förderung der Gesundheit der Bevölkerung den Einbezug verschiedenster Politik- und Gesellschaftsbereiche. Daher sind unterschiedliche Stakeholder und Akteure eingeladen, in der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele, und im Speziellen der Maßnahmen der AG Gesundheitskompetenz, mitzuwirken.

Erarbeiten von Maßnahmen

„Gesundheit in allen Politikfeldern“ entsteht nicht von selbst, sondern braucht konkrete Aktivitäten zur Umsetzung. Mit den in Phase 2 erarbeiteten und in diesem Bericht beschriebenen Einzelmaßnahmen wurde die Strategie in die Praxis umgesetzt.

Der vorliegende Bericht dokumentiert den Fortschritt des R-GZ-Prozesses und seiner Ergebnisse zum R-GZ 3. Wichtig ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die Verantwortung für die Umsetzung und Gestaltung – und letztendlich auch für den Erfolg – der beschriebenen Maßnahmen nur bei der jeweiligen Organisation, die als Maßnahmenkoordinatorin auftritt, liegt.

Zeitplan und Arbeitsschritte

Für die AG Gesundheitskompetenz wurde ein Zeitplan mit inhaltlichen Vorhaben festgelegt (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1



Zeitplan AG Gesundheitskompetenz 2013

| | | |
|-----------------------|----------------------|---|
| 2. Mai | AG-GK WS 1 | Konstituieren der AG, Identifizieren von Handlungsfeldern, Formulieren von Wirkungszielen |
| 5. Juni | AG-GK WS 2 | Formulieren von Wirkungszielen; Ist-Stand GK in Österreich; Priorisieren von Wirkungszielen; Bilden von Think Tanks zu priorisierten Wirkungszielen; Hinzuziehen von Expertinnen und Experten; Beginn Befüllen der Wirkungsziel-Vorlage |
| 12.-13. August | AG-GK Sommerakademie | Arbeit in Think Tanks; Erarbeiten von (Starter-) Maßnahmen |
| 17. September | AG-GK WS 3 | Überprüfen und Konkretisieren der Maßnahmen inkl. Messgrößen und Indikatoren |
| 10. Oktober | AG-GK WS 4 | Finalisierungen, Feinschliff |

Wichtige Arbeitsschritte der AG Gesundheitskompetenz werden in Abbildung 2 dargestellt und anschließend erklärt.

Abbildung 2

Vom Rahmen-Gesundheitsziel zu Priorisierung & Startermaßnahmen



Identifikation von Handlungsfeldern und Herausforderungen und Formulierung von Wirkungszielen

In zwei Arbeitsgruppensitzungen (Mai, Juni) wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nach einem vorgegebenen Prozess zunächst Handlungsfelder identifiziert, die damit verbundenen Herausforderungen definiert und anschließend dazu drei Wirkungsziele (WZ) formuliert:

- WZ 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen.
- WZ 2: Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken.
- WZ 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern

Prüfung und Bewertung der Maßnahmen

Zentrale Aufgabe der AG-Mitglieder war es, die Ergebnisse der AG laufend in den eigenen Organisationen rückzukoppeln und gegebenenfalls entsprechende Rückmeldung dazu zu übermitteln.

Während der zweitägigen Sommerakademie im August 2013 wurden in drei Think-Tanks Maßnahmvorschläge für die drei definierten Wirkungsziele erarbeitet. Die Think-Tank-Vorsitzenden fungierten als Moderatorinnen und Moderatoren und koordinierten die Arbeit in den Think-Tanks. Unterstützt wurden die Think-Tank-Vorsitzenden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der GÖG.

Wichtige Schritte waren die Prüfung und Bewertung der Umsetzungs-Maßnahmen auf ihre Eignung. Bewertet wurde anhand folgender Kriterien:

1. Besteht seitens der Teilnehmer/innen Konsens, dass die Maßnahme geeignet ist, das Wirkungsziel zu erreichen?
2. Gibt es eine Institution, die bereit ist, die Umsetzung zu koordinieren und zu finanzieren?
3. Wie hoch ist der zu erwartende Outcome einzuschätzen?

Die Bewertungsergebnisse wurden folgendermaßen kategorisiert:

- **Hochbewertete Maßnahme:** 1: Konsens, 2: geklärt, 3: erwarteter Outcome mittel bis hoch
- **Hochbewertete Maßnahme vorgeschlagen für Finanzierung gemäß Zielsteuerung-Gesundheit:** wie hochbewertete Maßnahme, jedoch Finanzierung noch unklar, von bundesweiter Relevanz
- **Startermaßnahme:** Wie hochbewertete Maßnahme, zusätzlich: es gibt politischen Support, es handelt sich um aktuelle politische Flagship-Themen, Vorarbeiten liegen vor, die Akzeptanz ist hoch und rasche Erfolge sind nachweisbar. Nicht alle, aber möglichst viele dieser Kriterien sollten zutreffen.
- **Maßnahme mit Klärungsbedarf:** 1: Konsens, 2: nicht geklärt, 3: erwarteter Outcome mittel bis hoch
- **Auszuscheidende Maßnahme:** 1: kein Konsens und/oder 2: erwarteter Outcome niedrig

Präzisierung der Maßnahmen

Das Ergebnis der Maßnahmenbewertung wurde in die Wirkungsziel-Tabellen (siehe Anhang) eingetragen. Daraufhin hatte jedes AG-Mitglied erneut die Möglichkeit zur Rückkoppelung innerhalb der eigenen Organisation und zur Rückmeldung. Die Kommentare wurden von der Prozesskoordination (BMG/GÖG) mit der jeweils für die Maßnahme verantwortlichen Organisation abgestimmt und in die Tabellen eingearbeitet. Maßnahmen mit Klärungsbedarf wurden in den Ideenspeicher gestellt. Unterstützende Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung der drei Wirkungsziele wurden zusätzlich definiert.

In der AG-Sitzung im September 2013 wurden die ausgewählten Maßnahmen samt Indikatoren und Messgrößen vorgestellt, diskutiert und bearbeitet. Die anschließende Redaktionssitzung (Oktober) diente dem Feinschliff der Wirkungsziel-Tabellen und der Reihung der Maßnahmen. Maßnahmen, die bereits im Zielsteuerungsvertrag enthalten sind, wurden in die Tabelle und in den Bericht nur mit dem Titel aufgenommen, für nähere Erläuterungen wurde an den Bundes-Zielsteuerungsvertrag verwiesen. Weitere exemplarische Maßnahmen richten sich im Unterschied zu den anderen Maßnahmen an kleinere Zielgruppen. Diese Projekte können auch als Beispiele für ähnliche punktuelle Maßnahmen gesehen werden.

Abgrenzung der Maßnahmen hinsichtlich Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung

Bereits in den Think-Tanks, aber besonders in der abschließenden Redaktionssitzung zeigte sich, wie schwierig eine Abgrenzung von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz gegenüber Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist. Der Fokus auf Gesundheitskompetenz sollte aus den Erläuterungstexten zur jeweiligen Maßnahme hervorgehen. Dies ist aber nicht immer eindeutig gegeben. Es liegt nun bei den verantwortlichen Organisationen, in der Umsetzung der Maßnahmen auf die Gesundheitskompetenz-Fokussierung zu achten.

Unterstützende Informationen zur Abgrenzung Gesundheitskompetenz vs. Gesundheitsförderung sind in dem der AG zur Verfügung gestellten, wissenschaftlichen Ergebnisbericht „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ (erstellt von GÖG im Auftrag des BMG, 2012) enthalten und

betreffen vor allem folgende Punkte: Merkmale einer Gesundheitskompetenz-fördernden Organisation, Prinzipien für patientenzentrierte Versorgung und Qualitätskriterien für „Good Practice“ von Gesundheitsförderungsprojekten [2].

Expertinnen/Experten weisen darauf hin, dass Gesundheitskompetenz-fördernde Maßnahmen in bereits bestehende Initiativen und Programme integriert werden sollten, um möglichst wirksam und kosteneffizient zu sein und „das Rad nicht neu erfinden zu müssen“. So finden sich auch in den Maßnahmenlisten der AG Gesundheitskompetenz bestehende Projekte und Initiativen, die nun einen neuen Fokus auf die Förderung von Gesundheitskompetenz legen.

Indikatoren und Datenerhebung

Die in den Wirkungszielen angegebenen Indikatoren pro Wirkungsziel bzw. die Messgrößen (Meilensteine) pro Maßnahme sollen letztendlich die Beurteilung der Zielerreichung und des Erfolgs der Maßnahmen ermöglichen.

Unterstützende Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung der Wirkungsziele

Die in Kapitel 5 (Unterstützende Maßnahmen) vorgeschlagene Einrichtung einer Plattform Gesundheitskompetenz soll die Verbesserung der Gesundheitskompetenz nachhaltig sicherstellen. Die Plattform, die von einer koordinierenden Stelle unterstützt werden soll, wird die Arbeit der AG Gesundheitskompetenz fortführen. Insbesondere soll sie die Umsetzung der geplanten Maßnahmen unterstützen und monitieren sowie weitere Umsetzungserfordernisse analysieren und entsprechende Maßnahmen langfristig weiterentwickeln. Auch die Durchführung eines weiteren Health Literacy Surveys wird als unterstützende Maßnahme zur nachhaltigen Umsetzung vorgeschlagen.

Zum Bericht

Der vorliegende Bericht fasst die in der Phase 2 von der AG zum R-GZ 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ erarbeiteten Ergebnisse zusammen. In den Kapiteln 2 bis 4 werden die drei definierten Wirkungsziele mit Erläuterungen/Herausforderungen, Indikatoren sowie die definierten Maßnahmen dargestellt.

Die Erläuterungstexte zu den Maßnahmen wurden von den für die Maßnahmenkoordination verantwortlichen Organisationen bereitgestellt. Bei einzelnen Maßnahmen, die auch im Bundes-Zielsteuerungsvertrag verankert sind, wird dorthin verwiesen und auf eine detaillierte Maßnahmenbeschreibung verzichtet, um Redundanz zu vermeiden.

Anhang 1 fasst in einem Verzeichnis alle erarbeiteten Maßnahmen zusammen.

Im Anhang 2 finden sich allgemeine Erläuterungen zu den Wirkungsziel-Listen.

Anhang 3 widmet sich den Detailmaßnahmen in den Wirkungsziel-Tabellen.

1 Wirkungsziel 1 „Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“

1.1 Erläuterung/Herausforderungen

Gesundheitskompetenz-freundliche Verhältnisse im gesamten Gesundheitssystem (Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Krankenbehandlung, Pflege, Betreuung und Rehabilitation) sind eine wichtige Voraussetzung für die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen/Bürger und Patientinnen/Patienten¹. Wie gut sich Menschen im Gesundheitssystem zurechtfinden, hängt sowohl von den individuellen Fähigkeiten eines Menschen als auch von der Komplexität und der Verständlichkeit des Systems selbst ab². Begrenzte Gesundheitskompetenz ist damit nicht nur ausschließlich als Problem der Bürgerinnen/Bürger und Patientinnen/Patienten zu sehen, sondern auch als Herausforderung an die patientenorientierte Gestaltung des Gesundheitssystems und an die kommunikative Kompetenz der Gesundheitsdienstleister³.

Laut HLS-EU-Studie besteht in Österreich in allen drei untersuchten Bereichen - Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenbehandlung - Entwicklungsbedarf für Gesundheitskompetenz-freundlichere Verhältnisse.⁴ Besonders für Personen mit geringer Literacy ist es schwierig, Zugang zu verständlicher Information sowie Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem zu finden⁵. Häufig liegt es auch daran, dass Gesundheitsinformationen nicht nach Kriterien guter Praxis erstellt sind⁶. Auch werden für die Patientinnen und Patienten noch zu wenige Informationen über die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen (z. B. Ergebnisqualität von Behandlungen) bereitgestellt.

Empowerment und Patientensouveränität sind Voraussetzung für eine aktive Koproduktion von Gesundheit durch die Betroffenen und sollen daher in allen Sektoren und Ebenen des Gesundheitssystems gefördert werden. Besondere Bedeutung kommt dabei in Zukunft elektronischen Informations-, Kommunikations- und Lernmedien (z. B. Website, Apps etc.) zu, die Gesundheitskompetenz-fördernd ausgestaltet sein sollten⁷. Die Beteiligung von Bürger- und Patientenvertretungen auf allen Ebenen

1

World Health Communication Associates (2011): Health Literacy "The Basics". WHCA Action Guides Project, World Health Communication Associates Ltd, UK. S. 36f.

2

Parker, R.M. (2009): Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: Hernandez, Lyla M., Measures of Health Literacy: Workshop Summary. The National Academies Press. Washington. S. 91-98.

3

World Health Organization (2013): Health Literacy. The solid facts. Copenhagen. S. 49ff.

4

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

5

World Health Organization (2013): Health Literacy. The solid facts. Copenhagen. S. 49.

6

Ebm Deutsches Netzwerk (2010): Die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“. Online unter: <http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi.pdf>.

7

World Health Communication Associates (2011): S. 38ff.

des Gesundheitswesens hilft, die Informationsbedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger zu erkennen und zu erfüllen.

1.2 Indikatoren

Der Erfolg der Maßnahmen zum Wirkungsziel 1 soll über ausgewählte Indikatoren der HLS-EU-Studie zum Angebot und der Verständlichkeit von Informationen und Kommunikationen im Gesundheitswesen (inkl. Vorsorgeuntersuchungen) überprüft werden.

1.3 Maßnahmen

Die Maßnahmen wurden in der Redaktionssitzung vom 10. 10.2013 nach folgenden Kriterien gereiht:

- Maßnahmen, die auf eine große Anzahl an Menschen abgestellt sind, für die es bereits ein deziertes politisches Engagement gibt und die daher bereits im Bundes-Zielsteuerungsvertrag verankert sind
- Maßnahmen, die auf die systematische Verbesserung von Gesundheitskompetenz in zentralen Einrichtungen des Gesundheitswesens abzielen
- Spezifische Maßnahmen, die direkt Versorgungsprozesse von Patientinnen/Patienten im engeren Sinn betreffen, insbesondere die kommunikativen Prozesse in der Patientenversorgung
- Eine Maßnahme, die die Anwendung von Bonusmodellen überprüft sowie
- Maßnahmen, die die Stärkung von Patientenbeteiligung und Selbsthilfegruppen im österreichischen Gesundheitssystem zum Ziel haben

1.3.1 Einrichtung eines niederschweligen, bundesweit einheitlichen telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservices

Entspricht der Maßnahme 3 zum operativen Ziel 7.2.3 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags.

1.3.2 Laufender Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsportals Österreichs (www.gesundheit.gv.at)

Entspricht der Maßnahme 1 zum operativen Ziel 8.3.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags.

1.3.3 Empowerment durch ELGA

Entspricht der Maßnahme 3 zum operativen Ziel 8.3.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags.

1.3.4 Gesundheitskompetente Sozialversicherung

Ausgehend vom relationalen Konzept der Gesundheitskompetenz gibt es zwei Wege/Stoßrichtungen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz: Erstens die Reduktion der Anforderungen und Komplexität von Systemen/Dienstleistungen/Materialien und zweitens die Verbesserung der persönlichen Gesundheitskompetenz von Nutzerinnen und Nutzern des Systems. Wirkungsziel eins entspricht der Stoßrichtung der Reduktion von Anforderungen und Komplexität.

Basierend auf diesem Konzept brachte die Sozialversicherung folgenden Maßnahmenvorschlag ein und übernahm zugleich die Koordination für die Umsetzung:

Gesundheitskompetente Sozialversicherung

- Optimierte Prozesse,
- zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation,
- Partizipation der Betroffenen und Beteiligten,
- einfache Patientenwege,
- klare Sprache,
- Piktogramme sowie
- niederschwellige Informations- und Kommunikationstechnologien,
- besondere Berücksichtigung vulnerabler Bevölkerungsgruppen.

Dazu soll zunächst eine explizite Policy festgelegt und eine Methodenbox erarbeitet werden. Auf dieser Basis kann in weiterer Folge eine - noch besser als bisher - gesundheitskompetente Sozialversicherung umgesetzt werden.

Maßnahmenkoordination

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- Start: Anfang 2014
- Policy-Festlegung: Bis Ende 2014
- Methodenbox: Bis Ende 2015
- nach 2015 laufende Umsetzung der festgelegten Policy mit Maßnahmen der Methodenbox

1.3.5 Gesundheitskompetente Krankenhäuser, Ordinationen, Apotheken und andere Gesundheitseinrichtungen

Unterstützung der Einrichtungen durch Richtlinien und Messinstrumente – unter Einbeziehung relevanter Stakeholder wie z. B. Selbsthilfefreundliche Krankenhäuser

- Gesundheitskompetenz wird in die Arbeit des ONGKG integriert und zunächst in Piloteinrichtungen erprobt
- Assessment-Tools zur gesundheitskompetenten Krankenbehandlungsorganisation werden für „Baby friendly Hospitals“ auf Adaptionbedarf getestet
- Adaptionbedarf des Assessment-Tools zur gesundheitskompetenten Krankenbehandlungsorganisation erfüllen

Die Maßnahme richtet sich an das Management von Gesundheitsorganisationen mit Klientenkontakt sowie an Entwickler/innen von Gesundheitskompetenz-Programmen.

Das LBIHPR unterstützt in seiner Programmlinie Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitsorganisationen die Integration der Konzepte der Health Literate Healthcare Organization und des Health Promoting Hospitals.

Zielsetzung

Das Projekt unterstützt die Integration von Grundsätzen, Konzepten und Interventionen gesundheitskompetenter Krankenversorgungseinrichtungen in den weiteren Rahmen des gesundheitsfördernden Krankenhauses auch im Sinne des österreichische Rahmen-Gesundheitsziels 3.

Zentrale Fragestellungen sind:

- Worin bestehen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Konzepte?
- Welche Möglichkeiten der Integration ergeben sich daraus?
- Welche Empfehlungen für die Implementierung von Gesundheitskompetenz-förderlichen Maßnahmen in Krankenversorgungsorganisationen lassen sich daraus ableiten?

Arbeitsschritte

- Literaturstudie zu Implementation und Messung von Health-Literate-Organisation-(HLO)-Maßnahmen in Krankenhaus-Organisationen (läuft)
- Entwicklung eines Selbst-Assessment-Tools für gesundheitskompetente Krankenbehandlungseinrichtungen (unter Berücksichtigung der Konzepte Health Promoting Hospitals, Baby friendly Hospitals, rauchfreie Krankenhäuser und selbsthilfefreundliche Krankenhäuser)
- Konzipierung einer qualitativen Feldstudie zur Pilotierung eines Selbst-Assessment-Tools in ausgewählten Krankenhäusern in Österreich, einschließlich ausgewählte Baby friendly- und rauchfreie Krankenhäuser.
- Datenerhebungen (Interviews, Beobachtungen) und -analysen

Geplante Produkte und Publikationen

- Hintergrundpapier Literaturstudie
- Selbst-Assessment-Tools für gesundheitskompetente Krankenbehandlungseinrichtungen
- Artikel zur konzeptuellen Integration von Health Promoting Hospitals (HPH) und HLO
- Artikel zur Feldstudie

Maßnahmenkoordination

LBIHPR in Kooperation mit ONGK

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

September 2013 bis März 2015

1.3.6 Einbeziehung von Gesundheitskompetenz in die Umsetzung der österreichischen Patientensicherheitsstrategie

Initiativen im Rahmen der nationalen Patientensicherheitsstrategie:

Die nationale Patientensicherheitsstrategie wurde im März 2013 von der Bundesgesundheitskommission beschlossen. Die Strategie sieht u. a. die Einrichtung eines Beirats vor, der den Minister / die Ministerin in Fragen der Patientensicherheit beraten soll. Der Beirat wurde am 23. 9.2013 erstmals einberufen und soll durch die Teilnahme von Patientenvertretungen die Einbeziehung der Sichtweise der Patientinnen und Patienten gewährleisten.

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/PatientInnensicherheit/Patientensicherheit_Oesterreichweite_Strategie_2013_2016

Vision der Strategie:

Patientensicherheit ist in allen Strukturen und Prozessen des Gesundheitswesens verankert. Die gesundheitliche Versorgung ist in Österreich, unabhängig wo und von welcher Einrichtung sie erbracht wird, sicher, effektiv und leicht zugänglich. Die Patientinnen und Patienten sind informiert und aktiv in den Versorgungsprozess eingebunden.

Das BMG wird im Rahmen des Patientensicherheitsbeirates Maßnahmen anregen, die die Entwicklung von Gesundheitskompetenz der einzelnen Patientinnen/Patienten zur Gewährleistung ihrer eigenen Sicherheit unterstützen.

Maßnahmenkoordination

BMG

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- Start: Anfang 2014
- entsprechend der Laufzeit der Patientensicherheitsstrategie: Ende 2016

1.3.7 Videodolmetschen im Gesundheitswesen (Pilotprojekt)

Bereits im Mai 2011 fand im Bundesministerium für Gesundheit die konstituierende Sitzung der Arbeitsgruppe „Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen“ statt, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, Patientensicherheit im Umgang mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten durch verschiedene konkrete Projekte zu fördern. Am 7. Oktober 2013 startete ein von der Plattform Patientensicherheit und vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Zentrum für Translationswissenschaften durchgeführtes Pilotprojekt „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“. Ziel des Projektes ist es zu untersuchen, inwiefern das Etablieren von Videodolmetschdiensten einen Mehrwert für das involvierte Gesundheitspersonal, die Patientensicherheit und in weiterer Folge – durch die langfristige Reduktion der Kosten – auch für das Gesundheitswesen bringt. Konkret soll fremdsprachigen und gehörlosen Patientinnen/Patienten die Kommunikation mit Ärzten und Ärztinnen sowie Pflegepersonal erleichtert werden. Situationen, in denen bisher Krankenhausmitarbeiter/innen oder Familienangehörige zur Verständigung beigezogen wurden, sollen dadurch vermieden werden. Durch eine funktionierende Kommunikation sollen auch Haftungsfolgen unzureichender Aufklärung ausgeschlossen werden.

Die zentrale Dolmetschstelle für Türkisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch und Gebärdensprache soll zunächst als Pilotprojekt, dann bundesweit 365 Tage im Jahr täglich von 6 bis 22 Uhr betrieben werden.

Maßnahmenkoordination

BMG in Kooperation mit Institut für Ethik und Recht in der Medizin

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Die Laufzeit des Projektes, dessen Ergebnisse publiziert und im Rahmen einer Abschlusstagung der Öffentlichkeit präsentiert werden sollen, ist mit ca. 1,5 Jahren veranschlagt.

1.3.8 Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Umgang mit akuten und chronischen Erkrankungen ist entscheidend abhängig von der Qualität der Gespräche, die Angehörige der Gesundheitsberufe im Behandlungsprozess mit den Betroffenen führen. Die Betroffenen (Patienten und ihre Angehörigen) müssen ihre gesundheitlichen Beschwerden verständlich machen können, die Therapieoptionen verstehen, die getroffenen Behandlungsentscheidungen mittragen und ihren eigenen meist entscheidenden Beitrag zur gewählten Behandlung verstehen, um erfolgreich ihr gesundheitliches Problem bewältigen zu können. Diese Patientenkompetenzen hängen maßgeblich von der Gesprächskompetenz der Angehörigen der Gesundheitsberufe ab. Die HLS-EU-Studie zeigt aber, dass die österreichi-

sche Bevölkerung die Informationen und Anweisungen ihrer Ärzte und Ärztinnen wesentlich schlechter versteht als der Durchschnitt der Bevölkerung der neun an der Studie beteiligten Länder. Zumeist liegen zu diesen Studienfragen die Werte für Österreich an letzter und vorletzter Stelle.

Die Maßnahme widmet sich daher im ersten Schritt systematisch den Ursachen des Kommunikationsproblems. Anschließend werden Bedingungen für gelingende Kommunikation auf System- und Organisationsebene sowie Weiterentwicklungspotenziale in der individuellen Gesprächsführungskompetenz von Angehörigen der Gesundheitsberufe identifiziert. Diese Analyse der Einflussfaktoren auf die Kommunikationsqualität wird ergänzt durch eine Literaturanalyse zu erfolgreichen internationalen Entwicklungsprojekten. Im dritten Schritt soll unter Beteiligung aller relevanten Akteure ein Umsetzungskonzept für die langfristige Weiterentwicklung der Kommunikationsqualität ausgearbeitet werden. Das Konzept soll auch neuere Entwicklungen zu einer „Neuen Gesundheitsbildungspolitik“⁸ einbeziehen, die alle Diversitätsmerkmale, insbesondere Sex und Gender verstärkt beachten und den Einfluss von Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen auf die Qualität der Gespräche mit den Betroffenen berücksichtigen.

Österreichische Pilotprojekte (z. B. der Länder oder einzelner Sozialversicherungsträger) sollen ebenfalls Berücksichtigung finden.

Maßnahmenkoordination

BMG

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- Start: Jänner 2014
- Beschreibungsrahmen der Einflussfaktoren: März 2014
- Abschluss Literaturanalyse Modelle guter Praxis: April 2014
- Einrichtung einer Beratungsgruppe (BMG, Kofinanziers, relevante Ministerien, SV, Länder, Patientenvertretung): Mai 2014
- Abschluss Ist-Erhebung; wissenschaftlicher Ergebnisbericht: Oktober 2014
- Vorlage des abgestimmten Umsetzungskonzeptes: 2015
- Voraussichtliche Laufzeit bis September 2015

1.3.9 Überprüfung der flächendeckenden Anwendbarkeit und des gesundheitlichen Nutzens von Bonusmodellen zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen auf Basis nationaler und internationaler wissenschaftlicher Evidenz

Das österreichische Gesundheitssystem ist kurativ ausgerichtet, es ist jedoch eine stärkere Fokussierung auf Prävention nötig, um die Lebensjahre in Gesundheit zu erhöhen und gleichzeitig das Gesundheitssystem zu entlasten.

Den allgemein präventiven Ansatz begleitend ist die Rolle zu stärken, die der/die Einzelne für seine/ihre Gesundheit einzunehmen hat. Entsprechende finanzielle Anreize für das individuelle Gesundheitsverhalten, beispielsweise für die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, werden als mögliche Motivationsfaktoren zur Stärkung des gesundheitsförderlichen Verhaltens diskutiert.

8

Sottas, B. (2013): Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. careum working paper, Bd. 7. Hg. v. Careum Stiftung, Zürich

Ausgehend von bereits bestehenden nationalen und internationalen, evidenzbasierten Anreizmodellen soll der gesundheitliche Nutzen solcher Modelle wissenschaftlich überprüft werden. Ziel ist es, einen evidenzbasierten Bericht zu möglichen Bonusmodellen zu erstellen und auf dieser Basis Maßnahmenvorschläge zu erarbeiten.

Maßnahmenkoordination

WKO, IV

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme:

Dezember 2013 bis Dezember 2014

1.3.10 Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem

Die Beteiligung von Bürger- und Patientenvertretungen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens hilft die Informationsbedürfnisse der Bevölkerung zu erkennen und zu erfüllen. Als „kritische Gesundheitskompetenz“⁹ stellt die kollektive Beteiligung der Betroffenen an den Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen die komplexeste und weitreichendste Form von Gesundheitskompetenz dar. Die Maßnahme will auf Basis internationaler Modelle der rechtlichen Regelung der kollektiven Patientenbeteiligung (z. B. Deutschland, Niederlande) und der dort in den letzten zwei Jahrzehnten gesammelten Erfahrungen über Erfolgsbedingungen und Möglichkeiten der Beteiligung Vorschläge für die rechtliche Regelung in Österreich erarbeiten. Besondere Berücksichtigung sollen die bereits in Österreich geltenden Regelungen der Patienten- und Bürgervertretungen im Gesundheitswesen finden, insbesondere die Vertretungsbefugnisse der Patientenanwaltschaft und der Selbstverwaltung der Sozialversicherung. Die Maßnahme zielt auf Klärung der Patientenbeteiligung sowohl auf Ebene der Gesundheitspolitik und -verwaltung als auch in der Gestaltung der Gesundheitseinrichtungen. Im Jahr 2014 soll die Entwicklungsarbeit unter Einbindung aller relevanten Akteure des Gesundheitswesens (insbesondere Patientenanwaltschaft, Bund, Länder, SV) geleistet werden, sodass Ende 2014 ein entsprechender Vorschlag an das BMG zur legislativen und politischen Umsetzung übermittelt werden kann.

Maßnahmenkoordination

ARGE Selbsthilfe Österreich

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Jänner 2014, Laufzeit 18 Monate

1.3.11 Capacity Building bei Vertreterinnen/Vertretern von Patientinnen/Patienten und Konsumentinnen/Konsumenten von Gesundheitsleistungen (Pilotprojekt)

Patientenvertreter/innen, die in Gremien (z. B. Beiräte, Arbeitsgruppen etc.) des BMG mitarbeiten, und Leiter/innen sind Zielgruppen. Erfahrungen und Kompetenzen, die sie in den Gremien gemacht bzw. erworben haben und für nötig erachten, um Anliegen zukünftig kompetent und wirksam zu vertreten, sollen erhoben werden. Aber auch die Erfahrungen von Arbeitsgruppenleitern und

9Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International 15/3, 259-267

-leiterinnen im Bundesministerium für Gesundheit, die mit beteiligten Patientenvertreterinnen/Patientenvertretern gemacht wurden, sollen berücksichtigt werden.

Darauf aufbauend soll ein Fortbildungscurriculum für Patientenvertreter/innen entwickelt werden. Die Evaluierung der Fortbildung soll in das endgültige Fortbildungscurriculum einfließen. Eine Fortbildung wird durchgeführt. Die Evaluierung der Fortbildung soll in den Endbericht einfließen. Das BMG stellt dieses Curriculum verschiedenen Organisationen für künftige Fortbildungen zur Verfügung.

Ziel des Projektes ist, Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter mit dem Aufbau von Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen (Capacity Building) zu stärken, damit sie die Patientinnen/Patienten kompetent, selbstbestimmt, wirkungsvoll und zielorientiert vertreten und sie ihre Rolle als gleichberechtigte Partner/innen im Gesundheitssystem wahrnehmen können.

Das Projekt wird im Auftrag des BMG vom Frauengesundheitszentrum Graz, unter der Leitung von Frau Mag.a Sylvia Groth, Projektkoordination Dr. Brigitte Steingruber, durchgeführt und von einer fachlichen Steuerungsgruppe begleitet.

Maßnahmenkoordination

BMG, Frauengesundheitszentrum, Graz

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

August 2013 bis April 2014

1.3.12 Ausbau von Sensibilisierungs- und Informationsmaßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe und Meinungsbildner/innen in Bezug auf Angebote und die positive Wirkung von Selbsthilfegruppen und Patientenbeteiligung

Die Selbsthilfe hat eine wichtige Aufgabe bei der Förderung von Gesundheitskompetenz bei chronisch Kranken und ihren Angehörigen. Zunehmend wird ihre Erfahrungskompetenz auch als Informationsquelle von Nichtbetroffenen, wie etwa Angehörigen von Gesundheitsberufen, Meinungsbildnern (Medien), politischen Entscheidungsträgern (Finanziers) und der breiten Öffentlichkeit genutzt.

Die Maßnahme will auf Basis bereits bestehender Projekte und Aktivitäten, wie z. B. das „Selbsthilfefreundliche Krankenhaus“, Modelle guter Praxis erheben und neue Informations- und Dialogformen entwickeln, die dazu dienen sollen, den Informationsstand unterschiedlicher Zielgruppen (z. B. Gesundheitsberufe extra- und intramural, Mitarbeiter/innen in Sozialversicherungen und Beratungseinrichtungen) über Angebote und die positive Wirkung von Selbsthilfegruppen zu heben.

Maßnahmenkoordination

ARGE Selbsthilfe Österreich

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Im Jahr 2014 soll unter Einbindung der relevanten Partner ein Konzept zur Erreichung dieses Ziels erarbeitet werden.

1.4 Weitere exemplarische Maßnahmen

1.4.1 Universitätslehrgang „transkulturelle Medizin und Diversity Care“ an der MedUni Wien

Um vulnerable Gruppen (wie z. B. Migrantinnen und Migranten) in ihrer Gesundheitskompetenz stärken zu können, müssen Fachkräfte und Expertinnen/Experten im Gesundheitswesen ihre transkulturelle Kompetenz erhöhen. Dazu gilt es die Diversität der Lebenswelten von Patientinnen und Patienten in den unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und daraus das entsprechende professionelle Handeln abzuleiten. Der interdisziplinär aufgebaute Lehrgang vermittelt praxisnahes Hintergrundwissen über den Einfluss von soziokulturellen Prägungen auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten, den Umgang mit dem Körper, migrationsbedingte psychosoziale Belastungen und spezifische Gesundheitsprobleme von Migrantinnen und Migranten sowie deren Vorstellungen und Erwartungen bezüglich der Behandlung. Unter Beachtung der Diversität von Patientinnen und Patienten wird die interkulturelle Kommunikationsfähigkeit des Fachpersonals im Gesundheitssystem verbessert und die transkulturelle Kompetenz hinsichtlich Prävention, Diagnostik und Therapie sowie Rehabilitation und Palliativmedizin erhöht.

Weitere Ziele des Lehrgangs:

- praxisorientierte Anwendung der Erkenntnisse im Forschungs- und Lehrbereich
- Erweiterung fachlicher Qualifikationen für Leitungsfunktionen und Führungsaufgaben im Gesundheitswesen, insbesondere im Kontext mit Diversity-Management

Der Universitätslehrgang „Transkulturelle Medizin und Diversity Care“ richtet sich an berufserfahrene Fachkräfte sowie Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens mit Studien-Abschluss Humanmedizin, Zahnmedizin, Psychologie, Pflegewissenschaft, Ernährungswissenschaften, Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege).

Maßnahmenkoordination

MedUni Wien

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- März 2014
- Dauer: fünf Semester, berufsbegleitend

1.4.2 Kriterienkatalog evidenzbasierte Gesundheitsinformation

Das Rahmen-Gesundheitsziel 3 hebt die Bedeutung evidenzbasierter Gesundheitsinformation hervor (BMG 2012).

Gesunde und kranke Frauen und Männer haben ein Recht auf umfassende Informationen zu Fragen, die ihre Gesundheit und Krankheit betreffen, sowie auf die verständliche Vermittlung. Gesundheitsinformationen können sich auf Lebensstil, Gesunderhaltung, Früherkennung, Diagnostik, Behandlungsmöglichkeiten, Krankheitsverständnis, Krankheitsbewältigung, Selbstmanagement, Nachsorge, Rehabilitation, Pflege und Orientierung im Gesundheits- und Sozialwesen beziehen.

Für die Wahrnehmung ihres Rechts auf Information und Beteiligung an Entscheidungsprozessen benötigen Bürgerinnen und Bürger unverzerrte und verlässliche Informationen, die auf dem aktuellen Wissenschaftsstand beruhen (evidenzbasierte Informationen).

Umfassende Informationen und Beteiligungsrechte sollen die Nutzer und Nutzerinnen auch darin stärken, die eigenen Werte und Wünsche zu erkennen und anzuerkennen sowie als politische Kraft beizutragen, Qualitätsmängel zu beheben und die gesundheitliche Versorgung weiterzuentwickeln.

Um falsche und mangelnde Information in Gesundheitsbelangen zu vermeiden, ist ein Katalog mit Kriterien vorzugeben, die alle Gesundheitsinformationen zu erfüllen haben.¹⁰

Der Kriterienkatalog „Gute Praxis Gesundheitsinformation“¹¹ ist die Grundlage. Dieser wird um das Gender Assessment Tool der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (www.who.int/gender/mainstreaming/GMH_Participant_GenderAssessmentTool.pdf) sowie um die Tools der Stanford University (<http://genderedinnovations.stanford.edu/methods-sex-and-gender-analysis.html>) erweitert und überarbeitet, um in Gesundheitsinformationen durchgängig Geschlechterspezifisch zu gewährleisten.

Ein Konzept, das sich der weiteren Kriterienauswahl widmet, wird entwickelt. Darüber hinaus enthält das Konzept Vorschläge zur erfolgreichen Umsetzung und zur Verbreitung des Kriterienkatalogs: Festlegen des Kriterienkatalogs für individuelle und massenmediale Information auf Basis internationaler Vorbilder (inkl. Geschlechterspezifität), Bekanntmachung des Kriterienkatalogs, Überführung in verbindliche Regelungen (z. B. Gesetze, Code of Conduct, Kennzeichnung), Monitoring der Einhaltung entwickeln und verankern.

Maßnahmenkoordination

Frauengesundheitszentrum, Graz

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

April bis Dezember 2014

10

Kickbusch, I.; Pelikan, J.M.; Franklin, A., Tsouros, A.D. (2013): Health Literacy. The solid facts. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. S 61.

11

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2008): Gute Praxis Gesundheitsinformation. Online unter: <http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi.pdf>

2 Wirkungsziel 2 „Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken.“

2.1 Erläuterung/Herausforderungen

„Mit dem Begriff Gesundheitskompetenz werden Wissen, Motivation und Kompetenzen bezeichnet, die es ermöglichen, relevante Gesundheitsinformationen (...) zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Mit dem Ziel im Alltag Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten und verbessern.“¹²

Erst auf dieser Grundlage können Bürgerinnen/Bürger bzw. Patientinnen/Patienten in allen Gesundheitsfragen selbstbestimmt und gesundheitsbewusst handeln. Gesundheitskompetenz ist damit ein wichtiger Einflussfaktor auf das Gesundheitsverhalten, die Gesundheit, die gesundheitlichen Ungleichheiten sowie die Gesundheitskosten. Das Stärken der persönlichen Gesundheitskompetenz stellt eine lebenslange Herausforderung für jede Einzelne / jeden Einzelnen dar. Die HLS-EU-Studie¹³ zeigt, dass in Österreich die befragten Personen ihre Gesundheitskompetenz schlechter einschätzen, als in den meisten anderen Ländern.

Entsprechende Informations- und Bildungsangebote zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz sind in unterschiedlichen Politikfeldern notwendig. Eine besondere Herausforderung dabei ist, dass viele Personen nicht hinreichend sinnerfassend lesen und schreiben können. Daher ist der gesamte Bildungsbereich doppelt relevant: im Aufbau eines hohen Bildungsniveaus in der Gesamtbevölkerung sowie durch Angebote aktueller und relevanter Gesundheitsbildung für alle Bevölkerungsgruppen.¹⁴ Darüber hinaus bedarf es einer partizipativen Kultur in allen Gesundheitsfeldern (z. B. Betriebe, Kindergärten, Schulen und regionale Settings), in der die Menschen ihre Eigenwirksamkeit erlernen und Informationsbedürfnisse artikulieren können. Damit werden Menschen ermutigt, eine aktive Rolle in der Entwicklung eines gesünderen Lebensstils bzw. in der Krankheitsprävention zu übernehmen. Daneben können auch weitere Anreize die Entwicklung von Gesundheitskompetenz unterstützen.

Maßnahmen zur Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz sind zielgruppenspezifisch (Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozioökonomischem Status) auszurichten und sollten sich insbesondere auch an benachteiligte bzw. vulnerable Gruppen (z. B. alte Menschen, bildungsferne Personen, Migrantinnen/Migranten, sozioökonomisch Benachteiligte, chronisch kranke Menschen, behinderte Frauen und Männer) richten.¹⁵ Ein zielgruppenspezifischer Maßnahmen-Mix (per-

¹²

Sorensen, K. (2012), Zitiert in: Pelikan, J.M, Röthlin, F., Ganahl, K. (2012): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung – nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. LBIHPR Forschungsbericht.

¹³

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

¹⁴

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, Wien, S.22.

¹⁵

Ebenda, S.21.

sönliche Interventionen, Bereitstellen verständlicher Informationen in unterschiedlichen Medien, Social Marketing etc.), der unter Einbindung der Betroffenen bzw. deren Interessenvertretungen geplant, implementiert und evaluiert wird, ist besonders erfolgversprechend¹⁶.

2.2 Indikatoren

Der Erfolg der Maßnahmen zum Wirkungsziel 2 soll über ausgewählte Indikatoren der HLS-EU-Studie zum Angebot und der Verständlichkeit von Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Erkrankungen (repräsentative Bevölkerungsschnitt) überprüft werden. Weiters werden für dieses Wirkungsziel auch die Ergebnisse und neuerliches Messen der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen¹⁷ und von Migrantinnen und Migranten¹⁸ beurteilt.

2.3 Maßnahmen

2.3.1 Ausweitung des Programmes „REVAN – Richtig essen von Anfang an“ auf die Zielgruppen Tageseltern, in Krabbelstuben, in Horten und Kindergärten; Förderung von Health Literacy in der Projektzielgruppe

Maßnahmen zur Förderung des Ernährungswissens und eine daraus resultierende Verhaltensänderung scheinen vor allem dann erfolgreich zu sein, wenn die gesamte Familie in die Interventionen einbezogen wird, beziehungsweise wenn Peers und Gesundheitsprofessionistinnen/Gesundheitsprofessionisten den Wissenstransfer unterstützen. Die Literatur belegt, dass der richtig geplante Einsatz von Ernährungsinformation und Unterstützung in der Umsetzung in der Gesundheitsförderung Wirkung zeigt. Adäquate Information, die sich an Gesundheitsprofessionistinnen/Gesundheitsprofessionisten, Eltern und Bezugspersonen richtet, können sich positiv auf die Gesundheit des Kindes auswirken¹⁹.

Als Good-Practice-Modell werden die Workshops „Ernährungsberatung in der Schwangerschaft, Stillzeit und im Beikostalter“ herangezogen und weiter adaptiert (Erweiterung um Workshops für 1- bis 3-Jährige, Workshops für Migrantinnen/Migranten und bildungsferne Gruppen). In diesem Good-Practice-Modell werden in ganz Österreich Multiplikatorinnen/Multiplikatoren zu diesen Themen geschult sowie Workshops für Eltern und Angehörige wie auch für Personen, die mit der Zielgruppe arbeiten, durchgeführt.

Zielsetzung ist die Förderung einer bedarfsgerechten und ausgewogenen Ernährung von Schwangeren, Stillenden, Säuglingen und Kleinkindern bis 3 Jahre mit speziellem Fokus auf die Zielgruppen Migrantinnen/Migranten und bildungsferne Gruppen in ganz Österreich durch zielgruppenspezifische einheitliche Empfehlungen, Unterlagen und Arbeitsmaterialien sowie durch weitere Aktivitäten (un-

¹⁶

World Health Organization (2013): Health Literacy. The solid facts. Copenhagen. S 42.

¹⁷

Röthlin, F.; Pelikan, J.; Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

¹⁸

Die Erhebung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen/Migranten wird derzeit vom LBIHPR durchgeführt

¹⁹

Hitthaller, A.; Bruckmüller M. U.; Kiefer I.; Zwiauer K.; et al. (2010) : Österreichische Beikostempfehlung. Hrsg: AGES Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, Bundesministerium für Gesundheit, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien, www.richtigessenvonanfangen.at

ter anderem durch Verwendung neuer Medien und bildfokussierender Kommunikationsformen wie Videos und Apps) im Rahmen des Programms REVAN. Dadurch soll u. a. die Health Literacy der Zielgruppe gestärkt und gefördert werden. Tageseltern, Krabbelstuben- sowie Hort- und Kindergarten-Pädagogen/Pädagoginnen sollen vermehrt einbezogen und durch ein Begleitertraining geschult werden.

Es soll eine bedarfsgerechte und ausgewogene Ernährung von frühester Kindheit an nachhaltig gefördert werden, die sich positiv auf den gesamten Lebenszyklus bis hin in das Erwachsenenalter auswirken soll. Zielgruppenangepasste Empfehlungen dienen als nachhaltige Information für Eltern und Bezugspersonen, aber auch für alle Berufsgruppen, die mit der Zielgruppe (Schwangere, Stillende, Säuglinge und Kleinkinder) arbeiten.

Maßnahmenkoordination

AGES

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme:

- Maßnahme läuft bereits
- Kooperationsvereinbarungen laufen bis inklusive 2015

2.3.2 Aufnahme der Vermittlung von Gesundheitskompetenz als Auftrag für die Kindergärten als Bildungsinstitution in das geplante „Bundesrahmengesetz Kindergarten“

Die Stärkung der vorschulischen Bildung und Erziehung als längerfristige Grundvoraussetzung ist in der **Aktionslinie 1** der österreichischen Strategie zum lebensbegleitenden Lernen mit folgender Vision enthalten:

Im Jahr 2020 soll Österreich über ein flächendeckendes, inklusives und beitragsfreies Bildungsangebot verfügen, das alle Kinder bereits vor ihrem Schuleintritt gemäß den individuellen Bedürfnissen fördert und bestmöglich auf die weitere Bildungslaufbahn vorbereitet.

Angestrebte Ziele sind der bedarfsgerechte Ausbau von Bildungs- und Förderangeboten für Kinder zwischen drei und sechs Jahren, die bundesweit gültige Standards aufweisen und die Ausgestaltung des Übergangs zwischen Kindergarten und Volksschule als kontinuierlicher Bildungsprozess. Dazu soll Personal zur Verfügung stehen, das in seiner Gesamtheit bedarfsgerechte und breit ausdifferenzierte Qualifikationen aufweist.

Maßnahmenkoordination

Steuerungsgruppe der „Strategie zum lebensbegleitenden Lernen in Österreich“

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Bis 2020 werden Maßnahmen ergriffen, die mittelfristig zu den genannten Zielen führen. Diese sind einerseits das Schaffen einer Basis für bundesweit gültige Standards durch die Verabschiedung eines Bundesrahmengesetzes für Kindergärten, das Festlegen österreichweiter Standards für die Zusammenarbeit von Schulen und Kindergärten sowie das Einrichten multiprofessioneller Teams, um speziellen Förderbedarf am jeweiligen Standort abdecken zu können. Die Maßnahmen wurden in den beiden Handlungsfeldern der lebensbegleitenden Lernen-Strategie (LLL) „Personalqualifikation“ und „Organisationsentwicklung und Qualitätsstandards für Institutionen“ thematisch gebündelt. Die Arbeitsgruppen nehmen dazu in Kürze ihre Arbeit auf.

Um die Umsetzung der genannten Maßnahmen sicherstellen zu können, ist die Mitwirkung einer Reihe von Gebietskörperschaften und Interessenvertretungen nötig. Diese sind neben dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, das Bundesministerium für Gesundheit, die Länder, der Städtebund und der Gemeindebund sowie die Bundesarbeiterkammer und die Wirtschaftskammer Österreich.

2.3.3 Maßnahmen zur Verbesserung der Lesekompetenz als Voraussetzung für GF-Kompetenzentwicklung

- Leseförderung wird als Unterrichtsprinzip in allen Schulstufen, Schularten, Unterrichtsgegenständen, Fachbereichen sowie in der Nachmittagsbetreuung, in ganztägigen Schulen und durch das Projekt „Family Literacy“ auch im Sozialisationsfeld „Familie“ verankert.
- In der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pädagoginnen und Pädagogen werden die entsprechenden Maßnahmen gesetzt, um erforderliche Kompetenzen bei Lehrern/Lehrerinnen, Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen, Hort- und Freizeitpädagoginnen und -pädagogen grundzulegen.
- Einsatz von Instrumenten pädagogischer Individualdiagnostik; Bildungsstandards und informelle Kompetenzmessung dienen einer Standortbestimmung zum Entwickeln entsprechender individueller Fördermaßnahmen.
- Die Maßnahmen an österreichischen Schulen betreffen Stärken der Lesemotivation, Initiieren eines kontinuierlichen Leseverhaltens, Schulen der Lesetechnik, Individualisieren im Lesetraining und Einbinden der Schul- und Gemeindebibliotheken. Als ein Beispiel kann die Maßnahme „Stärkung des sinnerfassenden Lesens durch gezieltes Üben und Steigern der Lesezeit im Unterricht“ genannt werden.

Maßnahmenkoordination

BMBF

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Start: Schuljahr 2010/11 – Ende: Schuljahr 2018/19

2.3.4 Verbessern der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen/ Migrantinnen durch niederschwellige settingorientierte Programme (wie beispielsweise „MiMi“ - mit MigrantInnen für MigrantInnen) in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Trägern

2012 lebten durchschnittlich rund 1,58 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich (18,9 % der Gesamtbevölkerung). Aufgrund ihrer oftmals schlechteren sozioökonomischen Situation, höheren Armutsgefährdung, fehlenden oder unzureichenden Kenntnisse der deutschen Sprache, kulturellen Unterschiede und des meist niedrigeren Bildungsniveaus gelten sie als besonders vulnerable Gruppe.

Viele Migrantinnen und Migranten haben Probleme sich im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem ausreichend zurechtzufinden, weshalb sie z. B. seltener präventive Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als Österreicher/innen. Es bedarf daher niederschwelliger, kultursensibler und settingorientierter Projekte, die die Migrantinnen und Migranten in ihrer Lebenswelt „abholen“ und von den Communities ausreichend mitgetragen werden, wodurch eine höhere Akzeptanz innerhalb der Zielgruppe erreicht werden kann.

Ziel muss es sein, Migrantinnen und Migranten zu Expertinnen und Experten für ihre eigene Gesundheit zu machen und sie zu ermutigen eigenverantwortlich, selbstbestimmt und gesundheitsbewusst zu handeln und dieses Wissen aktiv als Multiplikator/in weiterzugeben. Ergänzend müssen der Zugang zu leicht verständlichen Gesundheitsinformationen sowie die Orientierung im System vereinfacht werden. Langfristig wird dadurch eine Reduktion gesundheitlicher Chancenungleichheiten angestrebt.

Maßnahmenkoordination

BMEIA

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Mit dem Projekt der „MiMi-GesundheitlotsInnen Wien“, das 2012 gestartet wurde, konnten hierzu bereits erste wichtige Erfahrungen gesammelt und Netzwerke aufgebaut werden. Es ist das Ziel des BMEIA diese Resultate zu evaluieren und gemeinsam mit relevanten Partnern/Partnerinnen die bisherigen Ansätze laufend auszubauen bzw. zu optimieren.

2.3.5 Ausbau außerschulischer Lernförderung für vulnerable Gruppen

PISA-Studien belegen, dass es einen starken Zusammenhang zwischen Elternhaus und Bildungschancen gibt. Schlechte Chancen haben Kinder aus sozial benachteiligten Familien, insbesondere solche, die große soziale und kulturelle Hürden zu überwinden haben. Die Folge sind schlechte Schulleistungen und geringe Chancen auf dem Ausbildungs- und Berufsweg.

Das Schulsystem orientiert sich weitgehend am Bild eines Idealschülers aus der österreichischen Mittelschicht, der laufend kompetente Unterstützung von zu Hause erfährt.

Dies spiegelt nicht die Lebenswirklichkeit vieler Schüler/innen wider, die keine Förderung von zu Hause bekommen oder in sozioökonomisch belastenden Familien, oft auch beengten Wohnverhältnissen aufwachsen.

Nicht alle Kinder - ob mit oder ohne Migrationshintergrund - können die schulischen Anforderungen ohne Hilfe bewältigen. Und vielen Eltern ist es kaum möglich, ihre Kinder zu unterstützen, weder sind sie selbst dazu in der Lage, noch können sie Nachhilfestunden finanzieren.

Es gibt verschiedene Modelle außerschulischer Lernförderung, z. B. von Organisationen der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt bereits punktuell umgesetzte Lernclubs, Lernhäuser, Lernhilfe und Lerncafés. Dort werden die Schüler/innen unentgeltlich kompetent und in geschützten Räumen dabei unterstützt, ihre Klassenlernziele und letztlich den Schulabschluss zu erreichen bzw. Übergänge in andere Schulformen zu schaffen. Durch Förderung der Bildung im Allgemeinen wird auch indirekt die Gesundheitskompetenz gestärkt.

Aktive Elternarbeit stärkt auch die Erziehungsberechtigten in ihrer Rolle.

Maßnahmenkoordination

Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG)

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Ab sofort und bis zur flächendeckenden Umsetzung von schulischen (öffentlichen) Regelangeboten, die diesen Bedarf abdecken, sollen durch den weiteren Ausbau der außerschulischen Lernförderung möglichst viele Schüler/innen von den bestehenden Angeboten profitieren können.

2.3.6 Leitfaden für Schulen: „Umgang mit Schülerinnen/Schülern mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“

Im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklungen in Richtung Integration und Inklusion sehen sich auch Regelschulen zunehmend mit Schülern/Schülerinnen mit unterschiedlichsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen konfrontiert. Diese Situation erfordert längerfristig verschiedene Maßnahmen betreffend Infrastruktur, personelle Stützsysteme, Rechtsgrundlagen und Ansprechpersonen. Nun soll in einem ersten Schritt ein Leitfaden für Schulen ausgearbeitet werden, mit Basisinformationen zu den häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen und ihren Auswirkungen im schulischen Alltag. Einerseits sollen das Wissen über und das Verständnis der Lehrpersonen für die Situation von Schülerinnen/Schülern mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbessert, und andererseits die für chronisch kranke bzw. behinderte Kinder wichtigere schulische Gesundheitsförderung unterstützt werden. Der Leitfaden könnte zukünftig auch in der Pädagoginnen- und Pädagogenausbildung zum Einsatz kommen. Den Leitfaden erstellen unter der Koordination des Schulärztlichen Dienstes des BMBF das LBIHPR und die ARGE Selbsthilfe Österreich.

Maßnahmenkoordination

BMBF

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Das Thema wurde vom LBIHPR bereits 2011 aufgegriffen und ein erster Entwurf erstellt. Diese Inhalte werden nun durch Gespräche mit Betroffenen in Hinblick auf Praxisnähe und gelebten Alltag ergänzt. Bis Ende 2013 wird ein fertiger Entwurf vorliegen und soll für die Schulen und Selbsthilfegruppen zum Download zur Verfügung stehen. Die druckfähige Broschüre wird nach eingebrachten Ergänzungen und Rückmeldungen bis zum Sommer 2014 fertiggestellt.

2.3.7 Weiterentwicklung der „Gesunden Schule“ durch das Einbeziehen der Eltern

Eltern und andere Obsorgeberechtigte prägen in entscheidenden Entwicklungsphasen Gesundheit und Lebensstil ihrer Kinder. Die Eltern gelten daher auch als eine der wichtigsten Zielgruppen, wenn es um die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen geht.

Allerdings fehlen in Österreich bislang Strukturen, um Eltern gut erreichen zu können. Diese Lücke möchte die Plattform Elterngesundheit (PEG) durch die Implementierung von „Landes-Eltern-Gesundheitsreferenten (L-E-GR)“ füllen. In Österreich gibt es rund 5.800 Schulen, ein Großteil davon mit Elternverein. Diese sind in drei Bundes-Elternverbänden organisiert, diese wiederum in je neun Landesorganisationen. Pro Landes-Elternverband und Bundesland soll eine Person zum/r „L-E-GR“ ausgebildet werden, das sind in Summe maximal 27 Personen. Ziel der Maßnahme ist die Aus- und Weiterbildung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren für Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Elternbildung für die Zielgruppe Elternvereine durch einen jährlich stattfindenden Workshop. Dieser dient auch der Vorbereitung zur Abhaltung von „Schulgesundheitsdialogen“ für Eltern und andere Schulpartner in allen Bundesländern. Die PEG hat dazu bereits Vorbereitungen getroffen, allerdings fehlt bislang die Finanzierung für Reise- und Organisationskosten. Diese soll durch Sponsoren aufgebracht werden. In der Folge ist angedacht, möglichst bundesweit eine neue Elternvereinsfunktion „ElterngesundheitsreferentIn“ (E-GR) zu implementieren.

Konnex zum Wirkungsziel: Diese Maßnahme zielt auf die Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz bei Eltern mit Fokus auf das Setting Schule ab. Besonderes Augenmerk liegt auf vulnerablen Gruppen, wie etwa Eltern aus „bildungsfernen“ Schichten, Migrantinnen und Migranten oder sozioökonomisch Benachteiligte, wie etwa Alleinerzieher/innen.

Maßnahmenkoordination

Plattform Elterngesundheits (= eine Kooperation aller großen österreichischen Elternverbände und Österreichischer Familienbund)

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Schuljahr 2014/15, Dauer: 3 bis 5 Jahre

2.3.8 Prüfung von Supportangeboten, wie beispielsweise GIVE und LBIHPR, hinsichtlich ihrer Eignung zum Gesundheitskompetenz-aufbau, und bei Bedarf Erarbeitung von Vorschlägen zur Neuorientierung

Die GIVE-Servicestelle für Gesundheitsbildung, eine Initiative von BMBF, BMG und ÖJRK, unterstützt als Info-Doku-Drehscheibe im Bereich Gesundheit und Gesundheitsförderung Lehrer/innen, Schülärtinnen/Schulärzte und Mitarbeiter/innen von Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen. Neben Information und Beratung zu allen Fragen der Gesundheitsförderung in der Schule werden praxisnahe Materialien zur Gesundheitsförderung und zu vielen Gesundheitsthemen zur Verfügung gestellt und Kontakte zu Organisationen und Fachleuten vermittelt.

Ein Online-Schwerpunkt bietet themenspezifische Gesundheitsinformationen mit Materialhinweisen, Literaturempfehlungen und aktuellen Linktipps. Die GIVE-Datenbank ist eine Info-Doku-Drehscheibe mit Recherchemöglichkeiten zu Literatur, Materialien und Medien sowie zu unterstützenden Organisationen und Fachleuten.

Bei allen Aktivitäten der GIVE-Servicestelle werden künftig verstärkt Aspekte der Gesundheitskompetenz Berücksichtigung finden und bei Bedarf Vorschläge für eine diesbezügliche Neuorientierung erarbeitet. Dadurch soll insbesondere die Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern verbessert werden.

Das LBIHPR unterstützt in seiner Programmlinie „Gesundheitsförderung in Schulen“ u. a. die Implementierung von Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen sowie deren Integration in Schulentwicklungsprojekte.

Im Rahmen der 9.WHO-HBSC-Erhebung werden Schüler/innen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren erstmals auch Fragen zu ihrer Gesundheitskompetenz (im Sinne des „Health-Literacy“ (HL)-Konzepts) gestellt. Dies wird langfristig ein Monitoring der Entwicklung von HL bei österreichischen Schülerinnen und Schülern ermöglichen und könnte bei der Evaluation von schulischen Maßnahmen, deren Ziel u. a. eine Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen ist, hilfreich sein.

Maßnahmenkoordination

BMBF, BMG, ÖJRK, LBIHPR

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- Start 2014
- Laufzeit bis 2015

2.3.9 „Gesundheitskompetenz“ als Thema in der Erwachsenenbildung stärker verankern (z. B. Elternbildung, Eltern-Kind-Arbeit, Seniorbildung, lebenslanges Lernen)

In den Angeboten der Erwachsenenbildungseinrichtungen, die in der KEBÖ (Konferenz der Erwachsenenbildung in Österreich) zusammengeschlossen sind, ist das Thema Gesundheit breit repräsentiert. Dem Thema „Gesundheitskompetenz“ wird in der Programmplanung und im Angebot in Zukunft eine verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet. Volkshochschulen, Volksbildungswerke, kirchliche Bildungswerke und Bildungshäuser, aber auch Bildungseinrichtungen zur beruflichen Aus- und Weiterbildung (WIFI, bfi, LFI) werden dabei mitwirken.

Dem Wirkungsziel 2 „Die persönliche Gesundheitskompetenz, unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen, stärken“ wird u. a. durch die Schwerpunktsetzung Elternbildung (Kinder) und Seniorbildung Rechnung getragen.

Maßnahmenkoordination

Konferenz der Erwachsenenbildung Österreichs (KEBÖ)

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- Start: Jänner 2014
- Ende: noch offen

2.3.10 Gesundheitscoaching in Einrichtungen der Sozialversicherung

Beim Gesundheitscoaching wird mit den Patientinnen/Patienten und Klientinnen/Klienten gemeinsam ein Gesundheitsprojekt entwickelt, das sich an Management-Kreisläufen anlehnt, mit der Festlegung individueller Gesundheitsziele beginnt und die Zielannäherung begleitet. Diese Methode kann mit verschiedenen Inhalten befüllt werden: Mit individuellen Bewegungsprogrammen im Fitness-Studio, Lebensstil-Änderungen, die der Hausarzt begleitet – oder Stärken der Gesundheitskompetenz durch Case-Manager der Sozialversicherung (wie beispielsweise Empowerment zur kritischen Bewertung von Gesundheitsangeboten, Erleichterung des Navigierens im Gesundheitssystem etc.).

Die SV hat folgenden Maßnahmenvorschlag eingebracht und zugleich die Koordination für die Umsetzung übernommen:

Gesundheitscoaching in Einrichtungen der Sozialversicherung

- Nutzen der Patientenaufenthalte in Einrichtungen der Sozialversicherungen (beispielsweise Kur, Rehabilitation) für den Aufbau von Gesundheitskompetenz und
- Aufnahme des Themas „Gesundheitskompetenz“ als Komponente des Case-Managements, dort wo Bedarf danach besteht.

Die Implementierung soll mit den notwendigen Konzept- und Pilotierungsphasen beginnen und dort ausgerollt werden, wo Erfolg zu erwarten ist. Vulnerable Bevölkerungsgruppen sind dabei besonders zu berücksichtigen.

Maßnahmenkoordination

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- Start: Anfang 2014
- Konzeptionsprojekt: bis Ende 2014
- Pilotierungsphase: bis Ende 2015
- nach 2015 Ausrollung erfolgversprechender Konzepte

2.3.11 Ausbau der Beratungs- und Schulungsangebote für pflegende Angehörige

Im Auftrag des BMASK führt seit dem Jahr 2003 das Kompetenzzentrum der SVA der Bauern laufend die „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ als unterstützende und qualitätssichernde Maßnahme durch. Diese Maßnahme wird für alle Entscheidungsträger nach dem Bundespflegegeldgesetz durchgeführt. Bisher wurden bundesweit mehr als 135.000 pflegebedürftige Menschen von DGKS/DGKP, die spezifisches Wissen über die häusliche Pflege mitbringen und über hohe Beratungskompetenz verfügen, zu Hause besucht. Für 2014 sind wieder rund 20.000 Hausbesuche vorgesehen.

Im Rahmen dieser Hausbesuche wird die konkrete Pflegesituation anhand eines standardisierten Situationsberichtes erhoben. Die Bewertung der Versorgungssituation basiert auf Qualitätsindikatoren in Form von sechs Domänen, die das Forschungsinstitut für Altersökonomie der WU Wien entwickelte. Schwerpunkt dieser Aktion ist auch, oftmals bestehende Informationsdefizite durch praxisnahe Beratung zu beheben und damit zur Verbesserung der Pflegequalität beizutragen.

Angehörige sind durch die anstrengende Pfl egetätigkeit besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Daher ist eine Ausweitung der „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ in Form eines Pilotprojektes in Planung. Vorgesehen ist ein eigenes „Unterstützungsgespräch“ für pflegende Angehörige, die sich auf Grund der Pfl egetätigkeit belastet fühlen. Derzeit finden Expertengespräche mit der BAG zur Definition der Beratungsinhalte, der Zielgruppe, der Anforderungen an die Berater/innen etc. statt.

Ziel ist, informell Pflegende zu bestehenden Entlastungsangeboten zu beraten und sie im Hinblick auf eigene gesundheitliche Risiken zu sensibilisieren und über Präventionsmaßnahmen zu informieren.

Maßnahmenkoordination

BMASK

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Projektstart voraussichtlich im Jahr 2014

2.4 Weitere exemplarische Maßnahmen

2.4.1 Adaptierung und Ausbau des Programmes „Pflegetit“

„Pflegetit - Betreuung und Pflege in der Familie“ ist ein Programm des Österreichischen Jugendrotkreuzes, das speziell für Jugendliche ab 14 Jahren entwickelt wurde. Es vermittelt jungen Menschen Kompetenzen im Bereich Betreuung und Pflege.

Im Dezember 2012 wurde vom Sozialministerium eine Studie präsentiert, die zeigt, dass rund 42.000 Kinder und Jugendliche in Österreich mit dem Thema Pflege und Betreuung konfrontiert sind. Sei es, dass Großeltern betreut werden, ein Elternteil erkrankt ist oder sich Bruder oder Schwester verletzt haben.

Das Jugendrotkreuz bietet seit März 2012 den Pflegefit-Kurs an Schulen an. Der 16-stündige Kurs umfasst Informationen zu Gesundheit und Krankheit, Veränderungen im Alter, Körperpflege, Kommunikation und wie man Hilfe organisieren kann. Das Buch zum Kurs bringt auf 132 Seiten Schritt-für-Schritt-Anleitungen, Arbeitsaufträge, Übungen und Tipps für die eigene Gesundheit. Jedes Kapitel wird über eine Fallgeschichte mit fünf jugendlichen Hauptdarstellern eingeleitet. Wer den Kurs abgeschlossen hat, verfügt über Hintergrundwissen zur Pflege, mehr Einfühlungsvermögen für die Betroffenen und ist seiner eigenen Gesundheit gegenüber sensibler. Der Kurs ist außerdem eine sehr gute Möglichkeit, in den Pflegebereich hineinzuschnuppern. Weitere Informationen finden Sie unter www.jugendrotkreuz.at/pflegefit

Maßnahmenkoordination

Österreichisches Jugendrotkreuz

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Start: März 2012

2.4.2 Projekt „Anker-Brot-Fabrik“

Sozioökonomische Faktoren spielen im Zusammenhang mit Ernährung eine zentrale Rolle. Der 10. Bezirk und damit das Setting des Projekts COMMUNITY COOKING in der alten Ankerbrotfabrik weist in wichtigen Kenngrößen im direkten Wienvergleich Benachteiligungsmuster auf, die darauf schließen lassen, dass die Wohnbevölkerung auch von gesundheitlichen Benachteiligungen betroffen ist.

Die Caritas Wien und andere Organisationen arbeiten an der Etablierung vielseitiger Angebote im Objekt 19 der alten Ankerbrotfabrik. Dazu zählen:

- Superar - eine Initiative für mehr Musik und Tanz im Leben von Kindern und Jugendlichen und wird als Verein vom Wiener Konzerthaus, den Wiener Sängerknaben und der Caritas Wien gemeinsam betrieben.
- Carlashop – gebrauchte Bekleidung, Spielsachen, Möbel für Einkommensschwache und Sammler/innen.
- Lerncafe – kostenlose Unterstützung und Nachhilfeangebote für Schüler/innen aus der Umgebung.
- Kantine/Kiosk/Catering als social business - bietet gesunde und leistbare Speisen für die Besucher/innen und Anwohner/innen der alten Ankerbrotfabrik sowie Arbeits- und Ausbildungsplätze im Bezirk.
- Community Cooking - soll mit seinem Fokus auf Ernährung und seelischer Gesundheit einen wichtigen Beitrag zur wechselseitigen Befruchtung zwischen Bezirk & Grätzel und der alten Ankerbrotfabrik – Kulturcluster und Community-Zentrum, Lebens- und Arbeits- und Lernraum – leisten und im Gegenzug von den anderen Möglichkeiten des Hauses profitieren.

Die Maßnahmen sollen die persönliche Gesundheitskompetenz der in der Umgebung wohnenden und arbeitenden Bevölkerung stärken.

Maßnahmenkoordination

Caritas Wien

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- Start: 09/2014
- Ende: 09/2017 mit dem Ziel einer dauerhaften Einrichtung (abhängig von Finanzierung)

2.4.3 Einrichtung einer zielgruppenspezifischen, mehrsprachigen Informations-Homepage zur psychischen Gesundheit, in einfacher Sprache

Die Homepage soll niederschwellig laiengerechte Information zur psychischen Gesundheit und zu Erkrankungen wie Depression, Angststörung, analog dem Australischen Best-Practice-Modell „Beyond Blue“ (<http://www.beyondblue.org.au/>) für Betroffene und Angehörige vermitteln. Ziel ist das Steigern der Gesundheitskompetenz hinsichtlich psychischer Erkrankungen, Enttabuisierung und bessere Früherkennung sowie Prävention der Chronifizierung. Informationen über Zugang zu Versorgungsstrukturen sowie Patientinnen-/Patientenrechte bei psychischen Erkrankungen werden ebenso vermittelt.

Folgende Themenbereiche werden angesprochen

- Symptome psychischer Erkrankungen
- Ursachen bzw. Auslöser
- Behandlungsformen
- ev. Online-Selbst-Screening
- ev. Erfahrungsberichte
- Information über Rechte als Patientin/Patient, Kassenleistungen etc.
- Kontakte, Links: Wohin kann ich mich wenden? Hotlines (Helpline des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen (BÖP), PSD psychiatrische Soforthilfe des psychosozialen Dienstes (PSD) etc.)
- Information für Angehörige, z. B. Anzeichen erkennen, „Wie verhalte ich mich?“
- Information für Gesundheitsdienstleister/innen bzw. Ärztinnen/Ärzte: Symptome Depression, Postpartale Depression, Angststörungen, Ursachen und Auslöser, Behandlungsformen, Verweismöglichkeiten

Zielgruppen: Wiener Bevölkerung – Jugendliche, Männer, schwangere Frauen, junge Eltern

Maßnahmenkoordination

Wiener Programm für Frauengesundheit, PSD Wien

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Ende 2014

2.4.4 „Herzensbildung“ – Stärkung der Gesundheitskompetenz von kardiologischen Patientinnen und Patienten

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind in Österreich sowohl die häufigste Todesursache (mit 42,3 Prozent im Jahr 2011) als auch die häufigste Diagnose bei Spitalsentlassungen (11,4 Prozent im Jahre 2010). Obwohl die altersstrukturbereinigte Sterblichkeit für Herz-Kreislauf-Krankheiten in den letzten zehn Jahren deutlich gesenkt werden konnte, ist aufgrund des demografischen Wandels eine dramatische Zunahme der Anzahl an Patientinnen/Patienten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten zu rechnen.

Ein wesentlicher Einflussfaktor auf den Verlauf von chronischen Herz-Kreislauf-Krankheiten ist die Fähigkeit der Patientinnen/Patienten gesundheitskompetent zu handeln und zu entscheiden. Dies betrifft einerseits die modifizierbaren lebensstilassoziierten Faktoren (Ernährung, Bewegung, Rauchen), und andererseits das Selbstmanagement der Erkrankung (z. B. Medikamente in richtiger Dosierung und Zeitabfolge einzunehmen, Bluthochdruck und Cholesterinwerte zu beobachten). Trotz des hohen und unumstrittenen Potenzials einer erhöhten Gesundheitskompetenz bei Herz-Kreislauf-

Krankheiten wird dieses von den meisten europäischen Gesundheitssystemen nicht systematisch genutzt, wie die drei EUROASPIRE-Studien deutlich belegen. Die Autorinnen/Autoren der Studie empfehlen daher eine verstärkt Berücksichtigung des Lebensstils und der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten in der Behandlung von (akuten) kardiovaskulären Ereignissen.

Vor diesem Hintergrund wird bereits seit 2005 an der Kardiologie des Wiener AKH eine Intervention mit dem Namen „Herzensbildung“ entwickelt und umgesetzt. Ziel ist, die Patientinnen/Patienten über ihre Erkrankung umfassend zu informieren und zu befähigen mit dieser besser umzugehen.

Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) greift die positiven Erfahrungen und Ergebnisse der Initiative „Herzensbildung“ auf und plant, ähnliche Maßnahmen systematisch an weiteren kardiologischen Abteilungen zu implementieren.

Ziel des Projektes ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der kardiologischen Patienten und Patientinnen durch standardisierte Maßnahmen und Angebote wie „Gruppen-Seminare“ für Patientinnen/Patienten und Angehörige und der forcierte Einsatz von mehrsprachigen Aufklärungsmaterialien und -filmen im Rahmen des stationären Aufenthaltes. Damit sollen Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltig in den stationären Behandlungspfad integriert werden.

Gesundheitskompetenz wird als eine in Bezug auf die vorliegende Herz-Kreislauf-Erkrankung spezifische Handlungskompetenz verstanden, die es den Patientinnen/Patienten ermöglicht, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich letztlich positiv auf den Verlauf ihrer Erkrankung sowie auf ihre Gesundheit und Lebensqualität auswirken.

Die Wirkung der Interventionen im Rahmen des Projektes „Herzensbildung“ auf die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten soll im Rahmen einer prospektiven Kohorten-Studie evaluiert werden.

Zielgruppen: stationär aufgenommene kardiologische Patientinnen und Patienten

Maßnahmenkoordination

KAV-Wien

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Start: 2014, voraussichtliche Laufzeit: 2 Jahre

3 Wirkungsziel 3 „Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern“

3.1 Erläuterung/Herausforderungen

Viele Gesundheitsentscheidungen werden in Alltagssituationen getroffen.²⁰ Insbesondere auch Kaufentscheidungen und Konsumverhalten sind in diesem Sinn Gesundheitsentscheidungen. Dabei spielen die persönliche Gesundheitskompetenz und die Rahmenbedingungen eine wichtige Rolle. Auch in der „Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020“ der Ministerkonferenz der WHO im Juli 2013 wird festgehalten: „Zu den Grundsatzoptionen, die die Regierungen prüfen müssen, gehören Interventionen, die in den Bereichen Herstellung, Konsum, Vermarktung, Verfügbarkeit, Ökonomie und Bildung ansetzen und bei denen die kulturelle Dimension von Ernährung gebührend berücksichtigt wird.“ Unter anderem werden folgende Handlungsoptionen vorgeschlagen:

- „Durchführung einschneidender Maßnahmen zur Verringerung des Einflusses der Werbung auf Kinder bei Lebensmitteln mit hohem Anteil an Energie, gesättigten Fetten, Transfettsäuren, freiem Zucker und Salz, sowie zur Umsetzung gemeinsamer Konzepte für die Förderung der Reformulierung von Produkten, für eine verbraucherfreundliche Etikettierung und für die Erstellung von Nährstoffprofilen, die gesunde Ernährungsentscheidungen begünstigen;
- Erwägung des Einsatzes ökonomischer Instrumente und Anreize zur Förderung gesunder Essgewohnheiten je nach den Rahmenbedingungen in dem betreffenden Land.“²¹

Konsumentinnen/Konsumenten haben das Recht, nicht nur durch verständliche und vertrauenswürdige Information unterstützt und „empowered“ zu werden, sondern auch durch persönliche Beratung und durch Vertretung ihrer Interessen.²² Dazu zählen unter anderem gesetzliche Regelungen, die auf den Schutz der Gesundheit abzielen, z. B. Regulierungen der Werbung für Tabak, Alkohol oder Verpackungsmaterialien.

Massenmedien und Marketingstrategien können helfen, Aufmerksamkeit für gesundes Verhalten zu erzeugen und gesundheitskompetente Entscheidungen zu unterstützen, z. B. durch „Social Marketing“ oder das Setzen von positiven Anreizen („Nudging“)²³. Wichtige Kooperationspartner für Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sind daher Unternehmen im Dienstleistungs- und Produktionssektor, aber auch Konsumentenschutzinstitutionen und alle Medien. Eine wesentliche Rolle spielt die Qualität (Vertrauenswürdigkeit, Verständlichkeit, Interessenunabhängigkeit) der In-

²⁰

Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für die Politik und Gesellschaft. Gamburg.

²¹

WHO, Regionalbüro für Europa (2013): Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020. Ministerkonferenz der WHO in Wien, 4.-5.7.2013.

²²

World Health Organization (2013): Health Literacy. The solid facts. Copenhagen. S. 40.

²³

Ebenda, S. 42.

formation. Daher müssen die Menschen unterstützt werden, qualitätsvolle Informationen zu erkennen, die nach anerkannten Kriterien entwickelt wurden.²⁴

3.2 Indikatoren

Der Erfolg der Maßnahmen zum Wirkungsziel 3 soll über ausgewählte Indikatoren der HLS-EU-Studie zum Angebot und der Verständlichkeit von Informationen zu Gesundheit und Ernährung (inkl. Angaben auf Lebensmittelverpackungen) überprüft werden.

3.3 Maßnahmen

3.3.1 Ausarbeitung einer Leitlinie für die Bewerbung und Vermarktung von Lebensmitteln und nicht-alkoholischen Getränken mit hohem Zucker-, Salz- und/oder Fettgehalt in audiovisuellen Medien bei Kindern unter Berücksichtigung der WHO-Empfehlungen und darauf aufbauend Prüfung und Erstattung von Vorschlägen zur Effektivierung der Werberegulungen in audiovisuellen Medien, die der Stärkung der Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Minderjährigenschutzes dienen

Untersuchungen legen den Schluss nahe, dass Werbung und Marketing einen Einfluss auf das Ernährungsverhalten haben (positiv und negativ). Kinder - insbesondere im Alter bis 12 Jahre - können die wahre Intention von Werbung und Marketing nicht erkennen. Sie sind daher in Bezug auf Werbung und Marketing, das zu Verhaltensweisen anregt, die ihre Entwicklung und/oder Gesundheit negativ beeinflussen können, eine besonders schützenswerte Gruppe. Nach der österreichischen Rechtsordnung gelten Kinder bis zum siebten Lebensjahr als geschäftsunfähig, bis zum 14. Lebensjahr als bedingt geschäftsfähig. Besondere Bedingungen für Werbung und Marketing für diese Zielgruppe sind daher grundsätzlich gerechtfertigt.

Aufgrund aktueller Daten zum Essverhalten von Kindern und auch zur Prävalenz von Übergewicht und ernährungsassoziierten Erkrankungen kann die Bewerbung von Lebensmitteln mit hohem Anteil an Fett insgesamt, gesättigten Fettsäuren, Zucker und Salz als besonders kritisch gesehen werden. Das schrittweise Erarbeiten von Vorschlägen zu Vorgaben oder Leitlinien für unterschiedliche Marketingaktivitäten und Marketingträger und eine Evaluierung von gesetzten Maßnahmen erscheinen als ein sinnvoller Weg, die Gesundheits- und Ernährungskompetenz von Kindern und Jugendlichen zu fördern bzw. konterkarierende Aktivitäten zu unterbinden.

Auf Basis der WHO-Resolution WHA63.14 von 2010 sowie des darauf aufbauenden „Framework for Implementing the Set of Recommendations on the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children“ zur Beschränkung von Werbung für Lebensmittel mit einem ungünstigen Nährwertprofil wurde der Nationalen Ernährungscommission (NEK) in der nächsten Plenarversammlung (23. 10. 2013) der Vorschlag zur Ausarbeitung von konsensualen Leitlinien, die Handlungsoptionen und Vorschläge für Vorgaben zur Reduzierung des Einflusses von an Kinder gerichteter Werbung (vorerst für audiovisuelle Medien) unterbreitet, da es diesbezüglich bereits eine EU-Verpflichtung zur Implementierung von wirkungsvollen Selbstverpflichtungen für die Branche gibt. Es sollen bestehende Vorga-

24

Ebm Deutsches Netzwerk (2010): Die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“. Online unter: <http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi.pdf>.

ben (z. B. Verhaltenskodex der österreichischen Rundfunkveranstalter hinsichtlich unangebrachter audiovisueller kommerzieller Kommunikation in Zusammenhang mit Kindersendungen und Lebensmitteln) gesichtet und nach Möglichkeit geschärft und gesetzliche Verankerungsmöglichkeiten in den jeweils passenden Rechtsmaterien überprüft werden. Zur Effektivierung der Maßnahme ist das Einbeziehen der laut Bundesministeriengesetz ebenfalls zuständigen Ressorts (BMAK, BMFJ, BKA ev. BMJ) unerlässlich.

Maßnahmenkoordination

BMG/NEK

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Start: Frühjahr 2014

Voraussichtliche Laufzeit: Die Leitlinie soll bis Ende 2014 durch die NEK angenommen werden, daran anschließend Verhandlungen mit den für AVM, Konsumentinnen/Konsumenten- und Minderjährigenschutz zuständigen Ressorts zur Erstellung von Vorschlägen zur Effektivierung der Werberegulungen in AVM

3.3.2 Das Programm REVAN (Richtig essen von Anfang an) ausweiten: Gezielten Mix von Kommunikationsmaßnahmen (inkl. Social Marketing, Nudging etc) einsetzen und diesen weiterentwickeln, Gesundheitskompetenz-förderlich gestalten und vulnerable Zielgruppen berücksichtigen

Das Vermeiden von gesalzener und/oder gezuckerter Beikost ist sowohl für den Gesundheitszustand als auch für die Geschmacksentwicklung und -prägung im späteren Leben wesentlich²⁵. Zucker wird beispielsweise als Hauptrisikofaktor für die Entstehung von Karies angesehen²⁶. Untersuchungen zur Salzaufnahme zeigen, dass eine hohe Natriumaufnahme über die Nahrung den Blutdruck bei Neugeborenen und Säuglingen erhöhen kann. Es wird angenommen, dass während der frühen Kindheit eine höhere Salz-Sensitivität besteht als im späteren Leben²⁷

Neben der Erstellung „Nationaler Beikostempfehlungen für Österreich“ wurde im Rahmen des Programms REVAN die Kennzeichnung von Beikostprodukten evaluiert. Ziel war es, Zusammensetzung und Kennzeichnung der Beikostprodukte aus ernährungswissenschaftlicher Sicht zu beurteilen, die Kooperation und den Dialog mit Industrie und Handel zu fördern und eine Diskussionsgrundlage für eine Angebots- und gegebenenfalls Kennzeichnungsoptimierung zu schaffen.

Als unterstützende Maßnahme für Eltern/Bezugspersonen und alle Berufe, die mit der Zielgruppe arbeiten, soll ein Einkaufsplaner für Beikostprodukte entwickelt werden, damit Lebensmittelkennzeichnung besser verstanden und angewendet werden kann. Diese Inhalte sollen in die REVAN-

²⁵

Stein, L.J.; Cowart, B.J.; Epstein, A.N.; Pilot, L.J.; Laskin, C.R.; Beauchamp, G.K.: (1996): Increased liking for salty foods in adolescents exposed during infancy to a chloride-deficient feeding formula. *Appetite* 1996;27(1):65-77.

²⁶

EU Blueprint (2006): Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. http://www.iblce-europe.org/Other/european_blueprint.htm

²⁷

Agostoni, C.; Decsi, T.; Fewtrell, M.; Goulet, O.; Kolacek, S.; Koletzko, B.; Michaelsen, K.F.; Moreno, L.; Puntis, J.; Rigo, J.; Shamir, R.; Szajewska, H.; Turck, D.; van Goudoever, J. (2008): Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46(1):99-110.

Workshops und Multiplikator/inn/en-Ausbildung zum Thema „Babys erstes Löffelchen – Ernährungsberatung in der Stillzeit und im Beikostalter“ eingearbeitet werden.

Ziel ist auch Dialoge mit der Industrie zu fördern und zu verstärken. Eine Strategie für verbindliche Vereinbarungen mit der Industrie soll erarbeitet und ergebnisorientiert schrittweise umgesetzt werden. Des Weiteren soll ein Kriterienkatalog für „Starterprodukte“ (in Abstimmung mit der Nationalen Ernährungskommission – NEK, Berufsverbänden und relevanten Stakeholdern) erarbeitet werden.

Maßnahmenkoordination

AGES

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- Maßnahme läuft bereits
- Kooperationsvereinbarung zu REVAN laufen bis inklusive 2015

3.3.3 Themenpartnerschaften mit Unternehmen („win-win“)

Eine verlässliche und nach ernährungswissenschaftlichen Kriterien standardisierte Auslobung von Produkten mit einem günstigen Nährwertprofil kann Konsumentinnen und Konsumenten bereits am Point of Sale auf die „gesündere Wahl“ aufmerksam machen. Auch Menschen mit beschränkten Ressourcen (z. B. Zeitknappheit, Bildungsschwächen, Kinder, ältere Personen) werden so befähigt, bewusst die „gesündere Wahl“ zu treffen, womit das Ernährungsverhalten positiv beeinflusst werden kann. Eine positive Auslobung schafft Anreize für die produzierende und anbietende Lebensmittelwirtschaft für Produkt- und/oder Rezeptreformulierungen. In einigen europäischen Staaten wurden bereits nationale Maßnahmen zur symbolhaften Kennzeichnung des Ernährungswertes von Lebensmitteln implementiert. Die Konzepte sind unterschiedlich, beruhen alle auf Freiwilligkeit und gehen von einem Farbleitsystem auf den Produkten angelehnt an Verkehrsampeln für die aus gesundheitlicher Sicht wichtigsten Inhaltsstoffe (Fett, gesättigte Fette, Zucker, Salz) bis zu einfachen Symbol-Auszeichnung von Produkten, die eine „gesündere Wahl“ im Vergleich zu den anderen Produkten in derselben Produktkategorie darstellen, aus. Daneben gibt es Initiativen der Wirtschaft (z. B. GDA-Kennzeichnung) oder von einzelnen Unternehmen (z. B. Spar vital). Die Kriterien für die verschiedenen symbolhaften Kennzeichnungssysteme - seien es staatliche oder private - sind unterschiedlich. Im Rahmen der EU Platform on Diet, Physical Activity and Health wurden in den vergangenen Jahren zudem freiwillige Vereinbarungen hinsichtlich Lebensmittelreformulierungen getroffen.

Nach Vorstellung der Maßnahme in der Plenarversammlung der Nationalen Ernährungskommission (NEK, 23. 10. 2013) soll eine Ist-Analyse einen Überblick über bereits existierende symbolhafte Kennzeichnungs- und/oder Zertifizierungssysteme schaffen. Darauf aufbauend sollen Vorschläge für ein österreichisches freiwilliges Kennzeichnungs- und/oder Zertifizierungsmodell unter Identifizierung der relevanten Produktgruppen und Berücksichtigung vorhandener Erfahrungswerte (z. B. gibt es Hinweise, dass stark vereinfachte Kennzeichnungsmodelle nicht verstanden werden und bei Konsumentinnen/Konsumenten auch unerwünschte Verhaltensweisen auslösen können) in Anlehnung an österreichische Gegebenheiten entwickelt werden.

Maßnahmenkoordination

NEK

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- Start: 2014
- Laufzeit: open end, Ende 2014 sollen erste akkordierte Vorschläge für Einzelmaßnahmen vorliegen und 2015 mit der Umsetzung dieser Maßnahmen begonnen werden.

4 Unterstützende Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung der Wirkungsziele

4.1 Erläuterung/Herausforderungen

Internationale Umsetzungserfahrungen zeigen, dass die nachhaltige Verbesserung von Gesundheitskompetenz langfristig geeignete Koordinationsstrukturen auf nationaler Ebene braucht.²⁸ Um einen gut koordinierten, zielgerichteten und effizienten Umsetzungsprozess zu ermöglichen, werden hier zwei Maßnahmen beschrieben, die alle drei Wirkungsziele in ihrer Umsetzung koordinieren, unterstützen und evaluieren.

4.2 Maßnahmen

4.2.1 Einrichtung einer Plattform Gesundheitskompetenz

Das Thema Health Literacy betrifft neben dem Gesundheitswesen verschiedene gesellschaftspolitische Bereiche. Um die sektorenübergreifende Umsetzung von Gesundheitskompetenz in Österreich zu realisieren, fehlt derzeit eine geeignete Koordinationsstruktur auf nationaler Ebene, die die Aktivitäten verschiedener Akteure miteinander verbindet.

Die Einrichtung einer Plattform Gesundheitskompetenz soll die Verbesserung der Gesundheitskompetenz zielgerichtet, effizient und nachhaltig sicherstellen. Folgende Akteure sollen über die Plattform angesprochen werden: Mit dem Thema beschäftigte Expertinnen/Experten in Ministerien, Ländern (Landesgesundheitsplattformen, Gesundheitsförderungseinrichtungen), SV, Interessenvertretungen, Bildungsorganisationen, Patientenvertretungen, Medien, Wirtschaftsbereich und diverse NGO etc.

Zu den Kernaufgaben der Plattform zählen

- Koordination (insbesondere aller Maßnahmen des R-GZ-Maßnahmenkatalogs und der entsprechenden Maßnahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages) und Aufbau von Partnerschaften;
- Öffentlichkeitsarbeit und Aufbau von Kapazitäten;
- Wissensentwicklung und Monitoring;
- Themenadvokat auf nationaler Ebene.

Mögliche Detailaufgaben sind u. a.

- Aufbau von Partnerschaften und Abstimmung der Gesundheitskompetenz-Maßnahmen (z. B. Festlegen von Themenschwerpunkten) unterschiedlicher Akteure insbesondere aus dem Gesundheitswesen, der Bildung, der Politik und der Wirtschaft, z. B. Ministerien, SV, Länderververtretungen, Patientenvertretungen und anderen NGO;
- Unterstützung der Entwicklung erforderlicher politischer und gesetzlicher Rahmenbedingungen;
- Wissenszentrum;
- Capacity Building zu Fragen der Gesundheitskompetenz bei den Expertinnen/Experten der beteiligten Akteure;
- Sammeln von „Best-Practice“-Beispielen, Leitfäden, Qualitätskriterien;

28

Mitic, W.; Rootman, I. (2012): An Inter-sectoral Approach for Improving Health Literacy for Canadians. U.S. Department of Health (2010): National Action Plan to Improve Health Literacy

- Koordination und Unterstützung bei der Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Daten/Problemanalysen in Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen als Grundlage für die Ausarbeitung und Evaluierung von Maßnahmen,
- Evaluation und Roll-out von lokalen Pilotprojekten initiieren;
- Informationsdrehscheibe und Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Aufbau einer Website, Lobbying, unterstützende PR etc.).

Organisatorisch soll Anfang 2014 die Plattform mit dem Aufbau von zwei strukturellen Elementen mit folgenden Aufgaben starten:

Multisektorales Beratungsgremium „Plattform Gesundheitskompetenz“

- Aufbau und Pflege von Partnerschaften mit Schlüsselpartnern auf nationaler und regionaler Ebene, Einbinden von angesprochenen Institutionen im Sinne von „Health in All Policies“
- bundesweites Monitoring und Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz-Maßnahmen auf Basis von Jahresarbeitsplänen
- Entwicklung einer Gesundheitskompetenz-Strategie, die die Umsetzungsschwerpunkte für die Jahre 2014-2016 festlegt
- Identifikation von Umsetzungslücken und Umsetzungsmaßnahmen vor dem Hintergrund der Gesundheitskompetenz-Strategie und dem vorliegenden Maßnahmen der AG Gesundheitskompetenz
- Beratung des BMG bzw. der BGK/BZK

Einrichtung einer operativen Koordinationsstelle

- Entscheidungsvorbereitung und operative Koordination der nationalen Plattform GK
- Vorbereitung und Koordination der Jahresarbeitsplanung (Programmmanagement)
- Unterstützung der Evaluation und Berichterstattung
- Einbringen von internationaler Fachexpertise
- Aufbau des Wissenszentrums

Maßnahmenkoordination

BMG bzw. BGA/BZK

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Start: Jänner 2014; prinzipiell als laufende begleitende Maßnahme für den Umsetzungsprozess der Maßnahmen des R-GZ 3

4.2.2 Teilnahme an weiteren Health Literacy Surveys

Konkretisierung und Erweiterung der Maßnahme 4 zum operativen Ziel 8.3.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags: der Health Literacy Survey soll auch unabhängig von einem Zustandekommen eines EU-weiten Surveys bis spätestens 2016 durchgeführt werden, um die Ergebnisse der Zielsteuerung in diesem Bereich evaluieren zu können (vergleiche Messgröße 2 des operativen Ziels 8.3.2).

Anhang 1

Verzeichnis der Maßnahmen

| | | |
|--------|---|----|
| 1.3.1 | Einrichtung eines niederschweligen, bundesweit einheitlichen telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservice..... | 12 |
| 1.3.2 | Laufender Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsportals Österreichs (gesundheit.gv.at) | 12 |
| 1.3.3 | Empowerment durch ELGA..... | 12 |
| 1.3.4 | Gesundheitskompetente Sozialversicherung | 12 |
| 1.3.5 | Gesundheitskompetente Krankenhäuser, Ordinationen, Apotheken und andere Gesundheitseinrichtungen..... | 13 |
| 1.3.6 | Einbeziehung von Gesundheitskompetenz in die Umsetzung der österreichischen Patientensicherheitsstrategie | 14 |
| 1.3.7 | Videodolmetschen im Gesundheitswesen (Pilotprojekt) | 15 |
| 1.3.8 | Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe..... | 15 |
| 1.3.9 | Überprüfung der flächendeckenden Anwendbarkeit und des gesundheitlichen Nutzens von Bonusmodellen zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen auf Basis nationaler und internationaler wissenschaftlicher Evidenz | 16 |
| 1.3.10 | Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem | 17 |
| 1.3.11 | Capacity Building bei Vertreterinnen/Vertretern von Patientinnen/Patienten und Konsumentinnen/Konsumenten von Gesundheitsleistungen (Pilotprojekt) | 17 |
| 1.3.12 | Ausbau von Sensibilisierungs- und Informationsmaßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe und Meinungsbildner/innen in Bezug auf Angebote und die positive Wirkung von Selbsthilfegruppen und Patientenbeteiligung..... | 18 |
| 1.4.1 | Universitätslehrgang „transkulturelle Medizin und Diversity Care“ an der MedUni Wien..... | 19 |
| 1.4.2 | Kriterienkatalog evidenzbasierte Gesundheitsinformation..... | 19 |
| 2.3.1 | Ausweitung des Programmes „REVAN – Richtig essen von Anfang an“ auf die Zielgruppen Tageseltern, in Krabbelstuben, in Horten und Kindergärten; Förderung von Health Literacy in der Projektzielgruppe | 22 |
| 2.3.2 | Aufnahme der Vermittlung von Gesundheitskompetenz als Auftrag für die Kindergärten als Bildungsinstitution in das geplante „Bundesrahmengesetz Kindergarten“ | 23 |
| 2.3.3 | Maßnahmen zur Verbesserung der Lesekompetenz als Voraussetzung für GF-Kompetenzentwicklung | 24 |
| 2.3.4 | Verbessern der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen/Migranten durch niederschwellige settingorientierte Programme (wie beispielsweise „MiMi“ - mit MigrantInnen für MigrantInnen) in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Trägern..... | 24 |
| 2.3.5 | Ausbau außerschulischer Lernförderung für vulnerable Gruppen..... | 25 |
| 2.3.6 | Leitfaden für Schulen: „Umgang mit Schülerinnen/Schülern mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ | 26 |
| 2.3.7 | Weiterentwicklung der „Gesunden Schule“ durch das Einbeziehen der Eltern..... | 26 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.3.8 | Prüfung von Supportangeboten, wie beispielsweise GIVE und LBIHPR, hinsichtlich ihrer Eignung zum Gesundheitskompetenzaufbau, und bei Bedarf Erarbeitung von Vorschlägen zur Neuorientierung..... | 27 |
| 2.3.9 | „Gesundheitskompetenz“ als Thema in der Erwachsenenbildung stärker verankern (z. B. Elternbildung, Eltern-Kind-Arbeit, Seniorenbildung, lebenslanges Lernen) | 28 |
| 2.3.10 | Gesundheitscoaching in Einrichtungen der Sozialversicherung | 28 |
| 2.3.11 | Ausbau der Beratungs- und Schulungsangebote für pflegende Angehörige | 29 |
| 2.4.1 | Adaptierung und Ausbau des Programmes „Pflegefit“ | 29 |
| 2.4.2 | Projekt „Anker-Brot-Fabrik“ | 30 |
| 2.4.3 | Einrichtung einer zielgruppenspezifischen, mehrsprachigen Informations-Homepage zur psychischen Gesundheit, in einfacher Sprache | 31 |
| 2.4.4 | „Herzensbildung“ – Stärkung der Gesundheitskompetenz von kardiologischen Patientinnen und Patienten | 31 |
| 3.3.1 | Ausarbeitung einer Leitlinie für die Bewerbung und Vermarktung von Lebensmitteln und nicht-alkoholischen Getränken mit hohem Zucker-, Salz- und/oder Fettgehalt in audiovisuellen Medien bei Kindern unter Berücksichtigung der WHO-Empfehlungen und darauf aufbauend Prüfung und Erstattung von Vorschlägen zur Effektivierung der Werberegulungen in audiovisuellen Medien, die der Stärkung der Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Minderjährigenschutzes dienen..... | 34 |
| 3.3.2 | Das Programm REVAN (Richtig essen von Anfang an) ausweiten: Gezielten Mix von Kommunikationsmaßnahmen (inkl. Social Marketing, Nudging etc) einsetzen und diesen weiterentwickeln, Gesundheitskompetenz-förderlich gestalten und vulnerable Zielgruppen berücksichtigen..... | 35 |
| 3.3.3 | Themenpartnerschaften mit Unternehmen („win-win“) | 36 |
| 4.2.1 | Einrichtung einer Plattform Gesundheitskompetenz | 37 |
| 4.2.2 | Teilnahme an weiteren Health Literacy Surveys | 38 |

Anhang 2

Erläuterungen zu Wirkungszielen und Maßnahmen in der Wirkungsziel-Tabelle

Wirkungsziel: Der Begriff Wirkungsziel soll deutlich machen, dass in der Formulierung der Ziele die angestrebte Wirkung im Vordergrund steht und nicht die Maßnahmen (diese werden im Anschluss abgeleitet). Die formulierten Wirkungsziele sollen einzelne Aspekte des jeweiligen Rahmen-Gesundheitszieles beinhalten (im Sinne von Teil- oder Subzielen).

Erläuterung/Herausforderungen: Evidenzbasierte, datengestützte Analyse der Problemlage und Begründung, warum dieses Wirkungsziel festgelegt wurde.

Indikatoren (inkl. Datenquellen): Festlegen, an welchen Messgrößen das Erreichen des Wirkungsziels überprüft werden kann. Recherche nach bestehenden Datenquellen. Unterstützung durch GÖG möglich.

Zeitplan und Meilensteine: Realistischen Zeitplan und Meilensteine für die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen formulieren, die in Summe den Zeitplan für das Wirkungsziel ergeben (siehe Tabelle in der Berichtsvorlage).

Startermaßnahme: Die Startermaßnahme ist eine der ausgearbeiteten Maßnahmen. Diese soll schnell umsetzbar und/oder besonders bedeutsam sein („Quick win“).

Maßnahmenbereich: Die in der Tabelle vorgeschlagenen Maßnahmenbereiche sollen Überlegungen zur Formulierung von Maßnahmen anregen. Es ist nicht zwingend notwendig, zu jedem der vier Maßnahmenbereiche konkrete Maßnahmen festzulegen.

Maßnahmen: Alle Maßnahmen sollen die Grundprinzipien und insbesondere die Aspekte der Chancengerechtigkeit und „Health in all Policies“ berücksichtigen. Die Maßnahmen sollen geeignet sein, das definierte Wirkungsziel zu erreichen. Bei der Festlegung der Maßnahmen sollen bestehende Strukturen und Akteure berücksichtigt werden (siehe auch Dokument „Ist-Analyse R-GZ“). Es sollten Maßnahmen festgelegt werden, die im Wirkungsbereich der in der Arbeitsgruppe vertretenen bzw. eingebundenen Institutionen liegen. Diesbezüglich ist allenfalls eine Ausweitung der Arbeitsgruppe zu überlegen (siehe auch für Umsetzung verantwortliche Institutionen unten). Unterstützung bei Aufbereitung von Evidenz zu Maßnahmen (z. B. Literaturrecherchen und -aufbereitung) durch GÖG möglich.

Zielgruppen, strategische Zielgruppen: Die primären Zielgruppen sind jene Personengruppen, die von den Maßnahmen profitieren sollen (z. B. Kinder). Die strategischen Zielgruppen sind jene Personengruppen, an die sich eine Maßnahme direkt richtet, da diese Personengruppen für die angestrebte Veränderung von zentraler Relevanz sind (z. B. Eltern, Lehrkräfte).

Maßnahmenkoordination: Ist jene Institution, die die Verantwortung für die Umsetzung der konkreten Maßnahme übernimmt. Diese Institution sollte jedenfalls bei der Festlegung der Maßnahmen eingebunden sein. Diese Einrichtungen werden in der entsprechenden Spalte an erster Stelle und in fetter Schrift angeführt, um sie von den anderen Akteuren im öffentlich-rechtlichen Bereich abzuheben.

Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich: Alle jene Organisationen/Institutionen, die auf Grund ihres rechtlichen Status zentrale Verantwortung für die Umsetzung tragen. Dabei ist der Health-in-All-Policies-Ansatz zu berücksichtigen.

Multiplikatoren/Multiplikatorinnen, Mitwirkende: Erstere haben vor allem Transferfunktion im Umsetzungsprozess und unterstützen das Etablieren der Maßnahmen in der Praxis und erhöhen deren Reichweite. Mitwirkende sind an der Gestaltung und/oder Umsetzung von Maßnahmen beteiligt, sie tragen aber keine zentrale Verantwortung dafür.

Überlegungen zur Finanzierung: Erstellen einer groben Kostenschätzung mit Zuständigkeiten

Messgrößen bezüglich Maßnahmen: Festlegung von Indikatoren, anhand derer geprüft werden kann, ob die Maßnahme umgesetzt wurde.

Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen: Hinweise auf andere Rahmen-Gesundheitsziele oder Wirkungsziele, die durch die gesetzten Maßnahmen angesprochen werden.

Grundprinzipien für die Erarbeitung von Wirkungszielen und Maßnahmen

- Determinantenorientierung, d. h. Ausrichtung an den Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung
- „Health in All Policies“- („Gesundheit in allen Politikfeldern“); Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in andere politische Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (engl.: „healthy public policies“) Förderung von Chancengleichheit, d. h. Berücksichtigung der Reduktion von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten als durchgängige Anforderung
- Ressourcenorientierung, d. h. Orientierung an Ressourcen im Sinne von Stärken und Potenzialen
- Public-Health-Orientierung, d. h. Ausrichtung an einem Nutzen in Hinblick auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen
- Zukunftsorientierung + Nachhaltigkeit, d. h. Ausrichtung an einem langfristigen Nutzen für die Bevölkerungsgesundheit
- Evidenzbasierung, Wirkungsorientierung + Relevanz, d. h. Beleg der Sinnhaftigkeit und Relevanz durch Daten und Fakten
- Verständlichkeit, d. h. alltagssprachliche Formulierungen, die auch für Nicht-Fachleute verständlich sind
- Umsetzbarkeit/Leistbarkeit/Verbindlichkeit, d. h. Definition von Maßnahmen, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen auch realistisch hinsichtlich ihrer tatsächlichen Umsetzbarkeit eingestuft werden
- Messbarkeit/Evaluierbarkeit, d. h. Definition von Indikatoren, die eine Überprüfung des Erreichens der Ziele – sowohl hinsichtlich der tatsächlichen Umsetzung von Maßnahmen (Prozessindikatoren) als auch hinsichtlich der Wirkungsziele (Ergebnisindikatoren) ermöglichen

Anhang 3

Tabelle: Liste der Wirkungsziele und Maßnahmen

R-GZ 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Wirkungsziel 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen

| Maßnahmen Startermaßnahmen Hochbewertete Maßnahmen Hochbewertete Maßnahme vorgeschlagen für Finanzierung gemäß Zielsteuerung-Gesundheit | Zielgruppen / strategische Zielgruppen | Maßnahmenkoordination ²⁹ / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich | Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende | Überlegungen zur Finanzierung | Messgrößen bezüglich Maßnahmen | Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen |
|--|--|---|---|-------------------------------|--|--|
| Einrichtung eines niederschweligen, bundesweit einheitlichen telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservice | Entspricht der Maßnahme 3 zum operativen Ziel 7.2.3 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. | | | | | |
| Laufender Ausbau des „Öffentlichen Gesundheitsportals Österreichs“ (www.gesundheit.gv.at) | Entspricht der Maßnahme 1 zum operativen Ziel 8.3.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. | | | | | |
| Empowerment durch ELGA | Entspricht der Maßnahme 3 zum operativen Ziel 8.3.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. | | | | | |
| Gesundheitskompetente Sozialversicherung | Mitarbeiter/innen der Sozialversicherung mit Kundenkontakt / Entwickler/innen von Gesundheitskompetenzprogrammen | SV | BMG, Länder (OÖ), Patientenvertretungen Einschlägige Aus- u. Fortbildungseinrichtungen | Kofinanzierung aller Akteure | Policy paper, Methodenbox liegen vor Ausgewählte Indikatoren nach Brach et al. 2012 | R-GZ 10, Dazu ergänzend WZ-2-Maßnahme: Capacity Building Patientenvertreter/innen Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen |

29

Die Verantwortung für die Umsetzung der beschriebenen Einzelmaßnahmen liegt bei der jeweiligen Organisation, die für die Maßnahmenkoordination zuständig ist.

| Maßnahmen Startermaßnahmen Hochbewertete Maßnahmen Hochbewertete Maßnahme vorgeschlagen für Finanzierung gemäß Zielsteuerung-Gesundheit | Zielgruppen / strategische Zielgruppen | Maßnahmenkoordination²⁹ / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich | Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende | Überlegungen zur Finanzierung | Messgrößen bezüglich Maßnahmen | Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen |
|--|--|---|--|---|---|---|
| Gesundheitskompetente Krankenhäuser, Ordinationen, Apotheken und andere Gesundheitseinrichtungen | Management von Gesundheitsorganisationen mit Klientenkontakt / Entwickler/innen von Gesundheitskompetenzprogrammen | LBIHPR in Kooperation mit ONGKG | BMG, FGÖ, SV, WiG, ARGE Selbsthilfe Österreich oder Selbsthilfe-Dachverbände und Selbsthilfe-Kontaktstellen in den Bundesländern | LBIHPR: Konzept, Instrumente, Pilot | Instrumente stehen zur Verfügung; Pilote werden nach Indikatoren von Brach et al. 2012 bewertet | R-GZ 6, 7, 9,10 |
| Einbeziehung von Gesundheitskompetenz in die Umsetzung der österreichischen Patientensicherheitsstrategie | Bezieht sich auf die Maßnahme 2 zum operativen Ziel 8.3.1 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Das BMG regt Maßnahmen im Patientensicherheitsbeirat an, die die Entwicklung von Gesundheitskompetenz bei einzelnen Patientinnen/Patienten zu Gewährleistung ihrer eigenen Sicherheit unterstützen. | | | | | |
| Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem | Alle Gesundheitseinrichtungen | ARGE Selbsthilfe Österreich | Patientenanwaltschaft, Bund, Länder, SV, LBIHPR, FGZ, GÖG (als wissenschaftlicher Support), | Gemäß Zuständigkeit im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit als prioritäre Maßnahme im Sinne von Maßnahme 2 des operativen Ziels 8.3.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags | Beteiligungskonzept liegt vor | |
| Videodolmetschen im Gesundheitswesen (Pilotprojekt) | Nicht-deutschsprachige Patienten/ Patientinnen, Personen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit / Angehörige der Gesundheitsberufe | BMG in Kooperation mit Institut für Ethik und Recht in der Medizin | Patientenvertretungen, Vertretungen der nicht-deutschsprachigen Bevölkerung | 2/3 Krankenanstaltenträger, 1/3 FGÖ | Evaluierung Pilotprojekt: Feedback Gesundheitsberufe und Patienten/ Patientinnen | R-GZ 10 |

| Maßnahmen Startermaßnahmen Hochbewertete Maßnahmen Hochbewertete Maßnahme vorge- schlagen für Finanzierung gemäß Zielsteuerung-Gesundheit | Zielgruppen / strategische Zielgruppen | Maßnahmenkoordi- nation²⁹ / Akteure im öffentlich- rechtlichen Bereich | Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende | Überlegungen zur Finanzierung | Messgrößen bezüglich Maßnahmen | Querverweise zu anderen Rahmen- undWirkungszie- len |
|---|---|--|---|---|--|--|
| Weiterentwicklung der Kommunikations- kompetenz der Gesundheitsberufe In Abstimmung mit dem Pilotprojekt des Landes OÖ Abtl. Gesundheit: „Verbesser- ung der Kommunikation zwischen Patienten/Patientinnen und Gesundheitsberufen“ | Patienten/ Patientinnen / Angehörige der Gesundheitsberufe, Aus- und Fortbil- dungseinrichtungen | BMG Land OÖ, Abteilung Gesundheit | SV, Länder, Berufsver- tretungen der Gesund- heitsberufe; ÖGPH, Aus- und Fortbildungs- einrichtungen; GÖG (als wissenschaft- liche Unterstützung) | BMG, ev. mit Ko- Finanzierungen (z. B.: Kranken- haus-Holdings, SV) Land OÖ | Vorliegen eines Konzepts | R-GZ 10 |
| Überprüfung der flächendeckenden Anwendbarkeit und des gesundheitlichen Nutzens von Bonusmodellen zur Inan- spruchnahme von Vorsorgeuntersuchun- gen auf Basis nationaler und internationa- ler wissenschaftlicher Evidenz | SV, Bürger/innen | WKÖ, IV | | WKÖ, IV und potentielle Dritte | Evidenzbasierter Bericht mit Maßnahmenvorschlä- gen wurde erarbeitet | R-GZ 10 |
| Ausbau von Sensibilisierungs- und Informationsmaßnahmen für Gesund- heitsberufe und Meinungsbildner/innen in Bezug auf die Angebote von Selbsthil- fegruppen und Patientenbeteiligung | Chronisch kranke Menschen, psychisch kranke Menschen und Angehörige | ARGE Selbsthilfe Österreich | Themenbezogene bundesweit tätige Selbsthilfeorganisatio- nen und themenüber- greifende Selbsthilfe- dachverbände und -Kontaktstellen, Länder, SV, Gesund- heitsberufe (extra- und intramural), Beratung- einrichtungen etc. - eine endgültige Festlegung der Kooperationspartner erfolgt mit der Konzepterstellung | ARGE Selbsthilfe Österreich | Zielerreichung: Entspre- chendes Konzept ist ausge- arbeitet | |

| Maßnahmen Startermaßnahmen Hochbewertete Maßnahmen Hochbewertete Maßnahme vorge- schlagen für Finanzierung gemäß Zielsteuerung-Gesundheit | Zielgruppen / strategische Zielgruppen | Maßnahmenkoordi- nation²⁹ / Akteure im öffentlich- rechtlichen Bereich | Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende | Überlegungen zur Finanzierung | Messgrößen bezüglich Maßnahmen | Querverweise zu anderen Rahmen- undWirkungszie- len |
|---|--|--|---|--|--|--|
| Capacity Building bei Vertreterin- nen/Vertretern von Patientin- nen/Patienten und Konsumentin- nen/Konsumenten von Gesundheitslei- stungen (Pilotprojekt) | Patientenvvertretungen, die in Beiräten etc. die Interessen chronisch Kranker vertreten, Leiterinnen/Leiter von Arbeitsgruppen | BMG / FGZ Graz (Projektauf- tragnehmer) | Patientenanwaltschaft | BMG | Erstellung eines Curriculums, Durchführung einer Schulung | |
| Weitere exemplarische Maßnahmen | | | | | | |
| Postgradueller Universitätslehrgang „Transkulturelle Medizin und Diversity Care“ an der MedUni Wien | Migrantinnen/ Migranten / Gesundheitsberufe | Meduni Wien | | Kursgebühren | Anzahl der Absolventen/ Absolventinnen | |
| Kriterienkatalog evidenzbasierte Gesundheitsinformation | Gesundheitsinformati- onsproduzenten | FGZ, Graz | Gesundheitsinformati- onsproduzenten: Bund, Länder; SV; einschlägige wissenschaftliche Einrichtungen; Patientenvertretungen; BIQG | Konzeptarbeit vom FGZ, Graz, abgedeckt; | Kriterienkatalog und Implementationskonzept liegen vor | |

Maßnahmen – Ideensammler

Hier finden sich Maßnahmen, die in die Arbeitsgruppe eingebracht, jedoch nicht vertiefend diskutiert wurden bzw. deren Koordination und Finanzierung nicht geklärt werden konnten.

| | |
|---------------------|--|
| Ideensammler | Information für Frauen – wie tatsächlich Mammographie funktioniert und sie daher autonom über die Untersuchung entscheiden können. Radiologietechnologinnen/Radiologietechnologen führen selbst die Untersuchung durch, daher haben sie ein besonderes Naheverhältnis zu dieser Klientel https://www.radiologietechnologen.at/patinfo/mammographie/ Multiplikatoren: Verband der Radiologietechnologinnen/Radiologietechnologen Österreichs |
|---------------------|--|

R-GZ 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Wirkungsziel 2: Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken

| <p>Maßnahme</p> <p>Startermaßnahmen</p> <p>Hochbewertete Maßnahmen</p> <p>Hochbewertete Maßnahme vorgeschlagen für Finanzierung gemäß Zielsteuerung-Gesundheit</p> | <p>Zielgruppen / strategische Zielgruppen</p> | <p>Maßnahmenkoordination³⁰ / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich</p> | <p>Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende</p> | <p>Überlegungen zur Finanzierung</p> | <p>Messgrößen bezüglich Maßnahmen</p> | <p>Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen</p> |
|---|--|--|--|---|--|---|
| <p>Ausweitung des Programms „REVAN – Richtig essen von Anfang an“ auf die Zielgruppen Tageseltern, in Krabbelstuben, Horten und Kindergärten; Förderung von Health Literacy in der Projektzielgruppe</p> | <p>Kinder, Eltern / Kindergartenpädagoginnen/Kindergartenpädagoginnen, Tageseltern, Betreuer/innen in Horten und Krabbelstuben</p> | <p>AGES/ BMG, AGES, HVB</p> | <p>KEBÖ, BMEIA, NGO, AKS-Austria/KEBÖ</p> | <p>AGES/HVB/BMG</p> | <p>Workshopinhalte wurden für Multiplikatoreninnen/ Multiplikatoren und für die spezielle Zielgruppe selbst erarbeitet.</p> <p>Evaluierungsberichte wurden erstellt</p> <p>Bis Ende 2015 wurden 20 Multiplikatorschulungen/Begleitertrainings abgehalten.</p> <p>Bis Ende 2015 wurden 20 Workshops für Migrantinnen/Migranten und bildungsferne Gruppen durchgeführt</p> | <p>R-GZ 1, 6, 7</p> |
| <p>Aufnahme der Vermittlung von Gesundheitskompetenz als Auftrag für die Kindergärten als Bildungsinstitution in das geplante „Bundesrahmengesetz Kindergarten“</p> | <p>Kindergärten/ Länder</p> | <p>Steuerungsgruppe der „Strategie zum lebensbegleitenden Lernen in Österreich“ / BMBF, BMWF, BMFJ, BMASK</p> | | <p>Zunächst nur Personalressourcen erforderlich</p> | <p>Im „Bundesrahmengesetz Kindergarten“ enthalten</p> | <p>R-GZ 6</p> |

30

Die Verantwortung für die Umsetzung der beschriebenen Einzelmaßnahmen liegt bei der jeweiligen Organisation, die für die Maßnahmenkoordination zuständig ist.

| Maßnahme Startermaßnahmen Hochbewertete Maßnahmen Hochbewertete Maßnahme vorge- schlagen für Finanzierung gemäß Zielsteuerung-Gesundheit | Zielgruppen / strategische Zielgruppen | Maßnahmenkoordi- nation³⁰ / Akteure im öffentlich- rechtlichen Bereich | Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende | Überlegungen zur Finanzierung | Messgrößen bezüglich Maßnahmen | Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszie- len |
|--|--|--|---|--|--|---|
| Maßnahmen zur Verbesserung der Lesekompetenz als Voraussetzung für GF- Kompetenzentwicklung | Schlecht lesende Schüler/innen / Pädagoginnen/ Pädagogen | BMBF | Pädagoginnen/ Pädagogen / Pädago- genaus- und Fortbil- dung / Land OÖ, Abteilung Gesundheit Orthoptistinnen/ Orthoptisten, Logopä- dinnen/Logopäden, Augenärztinnen/-ärzte, HNO-Ärztinnen/-ärzte | BMBF | Halbierung der Anzahl der schlecht lesenden Schü- ler/innen bis 2020 | |
| Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen/Migranten durch niederschwellige settingorientierte Programme | Migrantinnen/ Migranten / NGO, Vereine | BMEIA | Peers, Vereine, NGO | BMEIA und weitere | Reichweite der Programme | R-GZ 1, 5 |
| Ausbau von außerschulischer Lernförde- rung für vulnerable Gruppen, wie beispielsweise Lerncafés, Lernclubs, Lernhilfe, Lernhäuser | vulnerable Gruppen / NGO | Bundesarbeitsgemein- schaft Freie Wohlfahrt (BAG), NGO | | Förderungen | Anzahl der teilnehmenden Personen | R-GZ 1,2, 6 |
| Leitfaden für Schulen: „Umgang mit Schüler/innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ | Schulleitungen, Lehrer/innen, Schulärztinnen/-ärzte | BMBF | | BMBF | Leitfaden fertig und an Schulen übermittelt | R-GZ 6 |
| Weiterentwicklung der „Gesunden Schule“ durch die Einbeziehung der Eltern | Bundeseltern- verbände (3), Landeseltern- verbände (max. 27), alle Elternvereine | Plattform Eltern- gesundheit (= eine Kooperation aller großen österrei- chischen Elternverbände & Österr. Familienbund) | Elternverbände | Sponsoring | Anzahl der Landes- Elterngesundheits- referenten; Reichweite | R-GZ 3 R-GZ 6 |
| Prüfung von Supportangeboten, wie beispielsweise GIVE, LBIHPR hinsichtlich ihrer Eignung zum Gesundheitskompe- tenzaufbau, und bei Bedarf Erarbeitung von Vorschlägen zur Neuorientierung | Schüler/innen / BMBF, BMG ÖJRK, LBIHPR + Praxispart- ner | BMBF, BMG, ÖJRK, LBIHPR | | BMBF, BMG, ÖJRK, LBIHPR + Praxispartner | Ist-Analyse liegt vor, Maßnahmen-Plan ist erstellt | R-GZ 6 |

| Maßnahme Startermaßnahmen Hochbewertete Maßnahmen Hochbewertete Maßnahme vorge- schlagen für Finanzierung gemäß Zielsteuerung-Gesundheit | Zielgruppen / strategische Zielgruppen | Maßnahmenkoordi- nation³⁰ / Akteure im öffentlich- rechtlichen Bereich | Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende | Überlegungen zur Finanzierung | Messgrößen bezüglich Maßnahmen | Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszie- len |
|---|--|--|--|--|---|---|
| „Gesundheitskompetenz“ als Thema in der Erwachsenenbildung stärker verankern (z. B. Elternbildung, Eltern-Kind-Arbeit, Senioren-/Seniorinnenbildung, lebenslanges Lernen) | Erwachsene Bevölkerung | Konferenz der Erwachsenenbildung Österreichs (KEBÖ) | | Konferenz der Erwachsenenbildung Österreichs (KEBÖ) | Teilnahmezahlen | |
| Gesundheitscoaching in Einrichtungen der Sozialversicherung | Patientinnen/ Patienten und Klientinnen/Klienten/ Case-Manager/innen | SV | Gesundheitsberufe | SV | Teilnahmezahlen am Gesundheitscoaching und die messbare Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden | R-GZ 10 |
| Ausbau der Beratungs- und Schulungsangebote für pflegende Angehörige | Gepflegte und pflegende Angehörige | BMASK | ÖGKV, BAG, Ärzte/Ärztinnen, SV, | BMASK | Zahl der Beratungsgespräche, Anzahl der geschulten Angehörigen, bundesweit | WZ 1, R-GZ 10 |
| Weitere exemplarische Maßnahmen | | | | | | |
| Adaptierung und Ausbau des Programmes „Pflegetit“ | Schulung von Jugendlichen in Angehörigenpflege | Österreichisches Jugendrotkreuz | Pädagoginnen/ Pädagogen | ÖJRK | Anzahl der durchgeführten Schulungen | R-GZ 6 |
| Projekt „Anker-Brot-Fabrik“ | Vulnerable Gruppen, Jugendliche mit Problemen / Schulen, Jugendvereine | Caritas Wien / Schulen | Wiener Konzerthaus / Vereine | Caritas Wien, FGÖ und weitere | Anzahl der teilnehmenden Personen | R-GZ 1, 2, 6 |
| Einrichtung einer zielgruppenspezifischen, mehrsprachigen Informations-Homepage zur psychischen Gesundheit in einfacher Sprache | Bürger/innen der Stadt Wien | PSD Wien , Wiener Programm für Frauengesundheit | BÖP | Landeszielsteuerung Wien, PSD Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit | Einrichtung der Homepage, Anzahl der Downloads | R-GZ 9 |
| „Herzenbildung“ – Stärkung der Gesundheitskompetenz von kardiologischen Patientinnen und Patienten | Stationäre kardiologischen Patientinnen und Patienten | KAV-Wien | | Formulierung gemäß Landeszielsteuerungsvertrag-Wien | Geplante Evaluation in einer prospektiven Kohorten-Studie | |

Maßnahmen - Ideensammler

Hier finden sich Maßnahmen, die in die Arbeitsgruppe eingebracht, jedoch nicht vertiefend diskutiert wurden bzw. deren Koordination und Finanzierung nicht geklärt werden konnten.

| | |
|--|---|
| Ideensammler | Ausbildung der Gesundheitsberufe in Bezug auf die Vermittlung von (interkultureller) Gesundheitskompetenz → Wirkungsziel 1 |
| | Fokus Gesundheitskompetenz im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung → gesundheitskompetentes Unternehmen (Betriebsärztinnen/-ärzte) – WKO, HVB → R-GZ 1 |
| | Psychische Gesundheit und Kompetenzaufbau, wie z. B. Projekt: Förderung der psychosozialen Gesundheit der MitarbeiterInnen - AUVA und KAV |
| | Bewegung → Kompetenzaufbau -> eigenes R-GZ 8 |
| | Sozialberatungsstellen wie Vinzi-Märkte, Österreich Tafel, Leo, SOMA für den Aufbau von Gesundheitskompetenz nutzen |
| | Aufnahme der Aufgabe „Gesundheitskompetenz“ für auszubildende Lehrerinnen/Lehrer an den Hochschulen (→ Strategie) → R-GZ 1 |
| | Aufnahme der Gesundheitskompetenz in das Curriculum der Berufsschulen |
| | Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz in die Ausbildung von Kindergartenpädagoginnen/-pädagogen aufnehmen |
| | Kinder und Jugendliche: Förderung des Interesses an Naturwissenschaften und Technik durch eine altersgerechte und motivierende Wissensvermittlung; durch Wecken der Neugierde an Hand von praktischen Workshops, Sensibilisierung für naturwissenschaftlich-technische Studien und Berufe; Abbau von Vorurteilen und Geschlechtsstereotypen, Information über spezifische Untersuchungen im Kindesalter |
| | Gezielte Begleitung von Menschen an Lebensübergängen ermöglichen und damit ihre Kompetenzen in veränderten Rahmenbedingungen erfahrbar machen. Beispiel für ein ergotherapeutisches Programm: TATKRAFT – Gesund im Alter durch Betätigung |
| Erweiterung der Gesundheitskompetenz des Lehrpersonals: für Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen Entwicklung der Kompetenz im Rahmen der Ausbildung der Lehrer/innen | |

R-GZ 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Wirkungsziel 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern

| Maßnahmen Startermaßnahmen Hochbewertete Maßnahmen Hochbewertete Maßnahme vorge- schlagen für Finanzierung gemäß Zielsteuerung-Gesundheit | Zielgruppen / strategische Zielgruppen | Maßnahmenkoordi- nation³¹ / Akteure im öffentlich- rechtlichen Bereich | Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende | Überlegungen zur Finanzierung | Messgrößen bezüglich Maßnahmen | Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen |
|--|--|--|---|--|--|---|
| Ausarbeitung einer Leitlinie für die Bewerbung und Vermarktung von Lebensmitteln und nicht-alkoholischen Getränken mit hohem Zucker-, Salz- und/oder Fettgehalt in audiovisuellen Medien bei Kindern unter Berücksichtigung der WHO-Empfehlungen und darauf aufbauend Prüfung und Erstattung von Vorschlägen zur Effektivierung der Werberegelungen in audiovisuellen Medien, die der Stärkung der Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Minderjährigenschutzes dienen | Bevölkerung insbesondere Kinder und Minderjährige/ Werbeindustrie, BKA | BMG/NEK / BKA, BMASK, BMFJ | Medien, Werbung, Industrie | Personal- ressourcen BMG/NEK | Leitlinien wurden erstellt und bekannt gemacht; österreichische Position koordiniert und einge- bracht (in Abhängigkeit des Zeitplans der Verhandlungen auf EU-Ebene) | R-GZ 6, 7 |
| Das Programm REVAN (Richtig essen von Anfang an) ausweiten: Gezielten Mix von Kommunikationsmaßnahmen (inkl. Social Marketing, Nudging etc.) einsetzen und diesen weiterentwickeln, Gesundheits- kompetenz-förderlich gestalten und vulnerable Zielgruppen berücksichtigen | Kinder, Eltern, sozial Benachteiligte / Lebensmittelindustrie | AGES, HVB, BMG | Gesundheits- dienstleister, www.elternbildung.at www.elterngesundheits. at, VDÖ | AGES, HVB, BMG | Einkaufsguides für Beikost- produkte wurden erstellt Kriterienkatalog für „Starterprodukte“ (in Abstimmung mit der Nationalen Ernährungs- kommission – NEK, Berufsverbänden und relevanten Stakeholdern) wurde erstellt | R-GZ 6, 7; WZ 2 |
| Themenpartnerschaften mit Unterneh- men („win-win“), z. B. Auszeichnung für „gesündere Wahl“-Produkte | Bevölkerung/ Industrie | BMG/NEK | Medien | Personalressourcen BMG/NEK | Veröffentlichung | R-GZ 7 |

31

Die Verantwortung für die Umsetzung der beschriebenen Einzelmaßnahmen liegt bei der jeweiligen Organisation, die für die Maßnahmenkoordination zuständig ist.

Maßnahmen - Ideensammler

Hier finden sich Maßnahmen, die in die Arbeitsgruppe eingebracht, jedoch nicht vertiefend diskutiert wurden bzw. deren Koordination und Finanzierung nicht geklärt werden konnten.

| | |
|---------------------|--|
| Ideensammler | Wissen über Körper verbessern → Wirkungsziel 2 |
| | Erstellen von Qualitätsstandards für Gesundheitsinformationen (von Unternehmen, Gesundheitseinrichtungen etc.) anhand von „Best-Practice“-Kriterien (Zielgruppe: Bürger/innen / Industrie) -> Wirkungsziel 1 |
| | Vergabe eines Anreizes für Unternehmen, die sich an die Leitlinien halten (Auszeichnung) (Zielgruppe: Bürger/innen / Industrie) -> Wirkungsziel 1 |
| | Umsetzung von Motivationskampagnen: Evaluation von bewährten Projekten hinsichtlich der Förderung der Gesundheitskompetenz, z. B. Nichtraucherkampagne, Bewegungsprojekte, Projekt „Gesundheitskompetente Schule“ / Kooperation mit dem BMBF etc. (Zielgruppen: Bürger/innen / GF-Projektverantwortliche) -> R-GZ 7, 8 |

R-GZ 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Unterstützende Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung der Wirkungsziele

| Maßnahmen Startermaßnahmen Hochbewertete Maßnahmen Hochbewertete Maßnahme vorgeschlagen für Finanzierung gemäß Zielsteuerung-Gesundheit | Zielgruppen / strategische Zielgruppen | Maßnahmenkoordination³² / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich | Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende | Überlegungen zur Finanzierung | Messgrößen bezüglich Maßnahmen | Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen |
|--|---|---|--|---|--|---|
| Einrichtung einer Plattform Gesundheitskompetenz | Bevölkerung / mit dem Thema beschäftigte Personen in Ministerien, Ländern (LGP), SV, Kammern, Bildungsorganisationen, Patientenvertretungen, Medien, Wirtschaft etc. | BMG | GÖG / Mitglieder der R-GZ AG „Gesundheitskompetenz“ | Gemäß Zuständigkeit im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit als prioritäre Maßnahme im Sinne von Maßnahme 2 des operativen Ziels 8.3.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags | Einrichtung ja/nein, positives Feedback der strategischen Zielgruppe | WZ 1, 2, 3 |
| Teilnahme an weiteren Health Literacy Surveys | Konkretisierung und Erweiterung der Maßnahme 4 zum operativen Ziel 8.3.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags: der Health Literacy Survey soll auch unabhängig von einem Zustandekommen eines EU- weiten Surveys bis spätestens 2016 durchgeführt werden, um die Ergebnisse der Zielsteuerung in diesem Bereich evaluieren zu können (vergleiche Messgröße 2 des operativen Ziels 8.3.2). | | | | | |

32

Die Verantwortung für die Umsetzung der beschriebenen Einzelmaßnahmen liegt bei der jeweiligen Organisation, die für die Maßnahmenkoordination zuständig ist.

Literatur

[1] BMG BfG. **Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung.** Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2012. Available online: www.gesundheitsziele-oesterreich.at.

[2] Fousek S, Domittner B, Nowak P. **Health Literacy – „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“.** Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, 2012.

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

World Health Organization (2013): Health Literacy. The solid facts. Copenhagen.

www.gesundheitsziele-oesterreich.at

Im Sinne von Gesundheit in allen Politikbereichen haben VertreterInnen von mehr als zwanzig Institutionen gemeinsam mit Expertinnen und Experten Wirkungsziele und Maßnahmen zum Rahmen-Gesundheitsziel 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ erarbeitet. Die im vorliegenden Bericht beschriebenen Maßnahmen sind gute Beispiele, wie eine gemeinsame Strategie durch konkrete Aktivitäten in verschiedenen Politikbereichen umgesetzt werden kann.