Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

Prozessbeschreibung

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Gesundheit Österreich GmbH

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

Prozessbeschreibung

Autorinnen:

Gudrun Braunegger-Kallinger
Gabriele Gruber
Sabine Haas
Christine Loder
Petra Winkler

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Ilana Ventura

Projektassistenz:

Heike Holzer

Wien, im April 2016
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ÖBIG
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Zitiervorschlag: Braunegger-Kallinger, Gudrun; Gruber, Gabriele; Haas, Sabine; Loder, Christine; Winkler, Petra (2016): Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich. Prozessbeschreibung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien. Unveröffentlicht

Zl. P4/1/4621-1/16

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Gesundheitsziele gelten international als relevantes Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen, die dazu beitragen sollen, die Gesundheit der Bevölkerung langfristig zu verbessern. Vorliegende Prozessbeschreibung gibt einen Überblick über den Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ)-Prozess in Österreich. Neben detaillierten Beschreibungen einzelner Prozessphasen bildet dieses Dokument auch zentrale Erfahrungen des R-GZ-Prozessbegleitteams ab.

Im Jahr 2010 beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, ein Konzept für die Entwicklung von Rahmen-Gesundheitszielen (R-GZ) für Österreich zu erarbeiten und den Prozess fachlich zu begleiten.

Der R-GZ-Prozess umfasst insgesamt drei Phasen:

» Die **Erarbeitung der zehn R-GZ (Phase 1)**,
» die **Operationalisierung der einzelnen R-GZ (Phase 2)**
» und die **Maßnahmenumsetzung (Phase 3).**

Begleitet wird die Umsetzung der Maßnahmen durch ein umfassendes **Monitoring.**

Die zentralen **Vorarbeiten für Phase 1** umfassten einen Workshop mit Personen, die Erfahrungen im Bereich (inter)nationaler Gesundheitsziele-Entwicklung einbrachten. Eine Stakeholderanalyse wurde durchgeführt, um - im Sinne von Health in All Policies - alle wesentlichen Politik- und Gesellschaftsbereiche in den R-GZ-Prozess einzubinden. Als Grundlage für den Beteiligungsprozess wurde ein Partizipationskonzept erarbeitet.

Den offiziellen Auftakt zur **Phase 1** bildeten die erste österreichische Bundes-Gesundheitskonferenz zu Gesundheitszielen im Mai 2011 sowie entsprechende Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission (BGK), des Ministerrats und des Nationalrats. 40 Mitglieder des intersektoral besetzten Plenums erarbeiteten in fünf Workshops - unter laufender Rückkoppelung mit ihren Institutionen - die zehn R-GZ. Bei der zweiten Bundes-Gesundheitskonferenz zu Gesundheitszielen im Mai 2012 wurden die zehn R-GZ vorgestellt und in der Folge von BGK und Ministerrat beschlossen.

Wesentliche **Vorarbeiten für Phase 2** des R-GZ-Prozesses stellte die Erarbeitung eines Konzeptes zur Operationalisierung der R-GZ und eines dazugehörigen Monitorings dar. R-GZ relevante politische Strategien und Programme auf nationaler Ebene wurden sondiert, worauf in Phase 2 aufgebaut werden konnte (sog. *Ist-Analyse zu den R-GZ*).

Der R-GZ-Prozess ging Anfang 2013 in die **Phase 2** über. Ziel dieser Phase ist die Erarbeitung eines Strategie- und Maßnahmenkonzepts, das für jedes der zehn R-GZ operationalisierte Teilziele (sog. Wirkungsziele) und konkrete Maßnahmen(pakete) inklusive Verantwortlichkeiten und Zeitperspektiven beinhaltet. Unter Einbeziehung des Plenums wurde bzw. wird pro R-GZ eine intersektorale Arbeitsgruppe zur Erarbeitung des spezifischen Strategie- und Maßnahmenkonzepts eingerichtet. Deren Aufgabe ist, Wirkungsziele mit Indikatoren zu definieren sowie spezifische Maßnahmen mit je einer Messgröße festzulegen. Die Maßnahmen zur Umsetzung werden von den

teilnehmenden Organisationen gemeldet, die auch für deren Umsetzung verantwortlich sind. Die Operationalisierung erfolgt nicht für alle R-GZ gleichzeitig, sondern schrittweise anhand einer zeitlichen Priorisierung durch das Plenum. Bis Ende 2015 wurden die Strategie- und Maßnahmenkonzepte für fünf Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ 1, 2, 3, 6 und 8) fertig gestellt.

Phase 3 des R-GZ-Prozesses läuft seit 2014 und sieht vorrangig die Maßnahmenumsetzung zu den jeweiligen R-GZ durch die beteiligten Organisationen vor.

Zentrales Ziel des parallel laufenden **Monitoring**s ist, die Umsetzung der R-GZ zu begleiten. Zur Beobachtung des Fortschritts der Zielerreichung bezüglich der zehn definierten R-GZ wurden *Meta-Indikatoren* definiert, die im Abstand von etwa fünf Jahren geprüft werden sollen. Der Fortschritt in Hinblick auf das Erreichen der Wirkungsziele und Maßnahmenumsetzung wird anhand von *Wirkungsziel-Indikatoren* bzw. Messgrößen überprüft.

Der R-GZ-Prozess läuft seit mehr als sechs Jahren. Zentraler **Erfolg des R-GZ-Prozesses** ist die Verankerung der R-GZ im Regierungsprogramm 2013-2018 und in der aktuellen Gesundheitsreform. Die breite Beteiligung von Akteurinnen und Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen stellte in allen Phasen des R-GZ-Prozesses ein wichtiges Element dar und kann als zentraler Erfolg für den Prozess gesehen werden. Der österreichische R-GZ-Prozess ist sowohl im Inland als auch im Ausland auf großes Interesse gestoßen, ist anerkannt und gilt als Vorbild.

Zu den wesentlichen **Herausforderungen des R-GZ-Prozesses** zählt, das bestehende Leadership für Health in All Policies und R-GZ zu erhalten bzw. zu verstärken. Auch wenn die Einbindung verschiedener Gesellschafts- und Politikbereiche im R-GZ-Prozess auf Bundesebene durchaus gut gelungen ist, gibt es hinsichtlich Partizipation der Bundesländervertreter/innen noch Nachholbedarf.

Erste **Erfahrungen** aus dem Prozess zeigen, dass durch das gemeinsame Erarbeiten der R-GZ und Arbeitsgruppenberichten neue (intersektorale) Beziehungen entstanden und dadurch die Umsetzung von Health in All Policies befördert wurde. Durch die Einbindung unterschiedlicher Politikbereiche konnte das Verständnis für Gesundheit im Sinne der Determinantenorientierung in „gesundheitsfernen“ Ressorts gestärkt werden. Im Prozessverlauf wurde deutlich, dass intersektorale Prozesse zur Gesundheitszielentwicklung ein starkes Leadership und eine kontinuierliche strategische, fachliche und organisatorische Begleitung über den gesamten Prozessverlauf brauchen.

Inhalt

Abbildungen und Tabellen VI

Abkürzungen VII

1 Einleitung 1

2 Rahmenbedingungen und Eckpunkte 2

3 R-GZ-Prozess 7
- 3.1 Planung und Vorbereitung 7
- 3.2 Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele (Phase 1) 9
- 3.3 Erarbeitung von Strategie- und Maßnahmenkonzepten zu den einzelnen R-GZ (Phase 2) 16
- 3.4 Maßnahmenumsetzung (Phase 3) 20
- 3.5 Monitoring 21

4 Resümee und Schlussfolgerungen 25
- 4.1 Erfolge und Herausforderungen 25
- 4.2 Rückschlüsse für vergleichbare Strategieprozesse 27

Literatur 29

Anhang 32

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 3.1: Überblick über die Entwicklung von Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich 7

Abbildung 3.2: Ideenkonferenz im Mai 2011 11

Abbildung 3.3: Sechs Themenkörbe als Ausgangsbasis für die Entwicklung der R-GZ 12

Abbildung 3.4: Beispielhafte Zielformulierung aus dem Entwicklungsprozess der R-GZ 13

Abbildung 3.5: Präsentation der R-GZ auf der zweiten Bundes-Gesundheitskonferenz zu Gesundheitszielen am 24. 05. 2012 15

Abbildung 3.6: Überblick über die zehn Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) für Österreich 15

Abbildung 3.7: Beispielhafte Wirkungsziele aus AG 3 (Gesundheitskompetenz) 18

Abbildung 3.8: Beispiele von umgesetzten R-GZ Maßnahmen, zu denen im 13. R-GZ-Plenum im Mai 2015 berichtet wurde 21

Abbildung 3.9: Beispielhafte Konkretisierung der Messgrößen zu vorgeschlagenen Umsetzungsmaßnahmen aus den Arbeitsgruppen 24

Tabellen

Tabelle 3.1: Systematische Zusammensetzung des R-GZ-Plenums 8

Tabelle 3.2: Erstellung einer Roadmap für Phase 2 im R-GZ-Plenum, Stand Februar 2016 17

Tabelle 3.3: Meta-Indikatoren für R-GZ 6 Gesundes Aufwachsen 22

Tabelle 3.4: Wirkungsziele samt Wirkungsziel-Indikatoren zu R-GZ 6 (Gesundes Aufwachsen) 23

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

Abkürzungen

BGK	Bundesgesundheitskommission
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
NGO	Non-Governmental Organization
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziele
sog.	sogenannt
usw.	und so weiter
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Ausgangslage

Gesundheitsziele gelten als relevantes Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen, die Entwicklung von Gesundheitszielen wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen.

Auf nationaler Ebene ist die Entwicklung von bundesweiten Gesundheitszielen in der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und im Regierungsprogramm 2008-2013 verankert.

Im Jahr 2010 beschloss das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Gesundheitsziele auf Bundesebene zu entwickeln, die auch einen *Rahmen* für bestehende und künftige Landesgesundheitsziele bilden sollten. Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) wurde beauftragt, ein Konzept für das Erarbeiten von Rahmen-Gesundheitszielen (R-GZ) für Österreich zu erstellen und den Prozess fachlich zu begleiten.

Überblick über den Prozess

Der R-GZ-Prozess umfasst insgesamt **drei Phasen**: Die **zehn R-GZ (Phase 1)** wurden innerhalb von 14 Monaten entwickelt und im Sommer 2012 von Bundesgesundheitskommission (BGK) und Ministerrat beschlossen. Seither werden die **einzelnen R-GZ (Phase 2)** schrittweise **konkretisiert**, indem Arbeitsgruppen zu den einzelnen R-GZ zunächst je drei Teilziele (Wirkungsziele) und darauf basierend Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung definieren. Begleitend zur **Maßnahmenumsetzung (Phase 3)** findet ein Monitoring auf unterschiedlichen Ebenen statt (vgl. Abschnitte 3.2 bis 3.5).

Inhalt

Die vorliegende Prozessbeschreibung beleuchtet chronologisch die Entwicklung der R-GZ (vgl. Kapitel 3). Praktische Beispiele und Arbeitsvorlagen aus dem Entwicklungsprozess sollen bei ähnlichen Prozessen möglichst anschaulich und praxisnah Hilfestellung leisten. Eingangs werden Rahmenbedingungen und wesentliche Eckpunkte der Zielentwicklung dargestellt (vgl. Kapitel 2). Eine kritische Prozessreflexion und erste Schlussfolgerungen aus Sicht der fachlichen Prozessbegleitung finden sich in Kapitel 4.

2 Rahmenbedingungen und Eckpunkte

Der Prozess folgt äußeren und inneren Rahmenbedingungen, die das Ergebnis wesentlich mitbestimmen. Dazu gehören unter anderem die partizipative Prozessgestaltung, die den Prozess leitenden Grundprinzipien, das Monitoring und die Prozessbegleitung.

Partizipation als Kernelement im Prozess

Unter Einbindung einer Partizipationsexpertin wurde in einem ersten Schritt ein Konzept entwickelt, das Formen und Schritte der Beteiligung im Prozess beschreibt. Zwar wurden nicht alle aufgezeigten Partizipationsmöglichkeiten (z. B. ein Bürger/innen-Forum; eine spezielle Schiene mit Jugendlichen und mit sozial benachteiligten Gruppen) ins endgültige Konzept aufgenommen, doch die Beteiligung war trotzdem sehr breit angelegt und wurde für verschiedene Personengruppen an verschiedenen Stellen ermöglicht:

Die Vorarbeiten zum R-GZ-Prozess (vgl. Abschnitt 3.1) wurden von einer Steuerungsgruppe begleitet. Nach dem offiziellen Kick-off zur Erarbeitung der R-GZ übertrug die Steuerungsgruppe die Projektleitung dem BMG.

In Phase 1 konnten sich Fachpersonen im Rahmen von diversen Veranstaltungen einbringen, z. B. **Bundes-Gesundheitskonferenzen** zu R-GZ, **Ideenkonferenz.** Ebenso waren alle interessierten Bürger/innen eingeladen, im Rahmen einer **Online-Konsultation** ihre Anliegen und Meinungen einzubringen (vgl. Abschnitt 3.2).

Die Partizipation von zentralen politischen Akteurinnen und Akteuren wurde über den gesamten Zeitraum der R-GZ-Entwicklung ermöglicht, indem **ein Ziel-Entwicklungsgremium (R-GZ-Plenum) und einzelne Arbeitsgruppen pro R-GZ** eingerichtet wurden/werden.

Das **R-GZ-Plenum** ist das zentrale Gremium, das den gesamten Prozess begleitet und die wesentlichen Entscheidungen nach dem Konsensprinzip trifft. Die Plenumsmitglieder kommen im Sinne des *Gesundheit-in-allen-Politikbereichen-Ansatzes (Health in All Policies, HiAP)* aus relevanten Politik- und Gesellschaftsbereichen (Bundesministerien, Akteure/Akteurinnen der Bundes-, Länder- und Gemeindeebene, Kammern und Interessenvertretungen diverser Berufsgruppen, Patienten-, Jugend- Seniorenvertretungen, NGOs wie die Armutskonferenz). Sie erarbeiteten gemeinsam in fünf Workshops – in Rückkoppelung mit ihren Institutionen – die R-GZ. Nach Finalisierung der zehn R-GZ wurde das Plenum um einige Institutionen erweitert, beispielsweise um Ministerien, die noch nicht in die Zielentwicklung involviert waren, aber für den zukünftigen Prozess und die Umsetzung relevant sind. Auch nach der Erarbeitung der zehn R-GZ treffen sich die Plenumsmitglieder zwei bis dreimal pro Jahr. In diesen Sitzungen werden alle relevanten Prozessschritte und -entscheidungen getroffen, etwa ob und mit welcher Beteiligung Arbeitsgruppen eingesetzt, welche nächsten Schritte im Prozess gesetzt werden oder es wird über relevante österreichische Strategien beraten bzw. diskutiert (vgl. Abschnitt 3.3).

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

In Phase 2 (Umsetzungsphase) werden zu den jeweiligen R-GZ **intersektorale Arbeitsgruppen** für die Erstellung spezifischer Strategie- und Maßnahmenkonzepte eingerichtet, zu denen neben Plenumsmitgliedern weitere für die Umsetzung relevante Institutionen und Experten/Expertinnen eingeladen werden(vgl. Abschnitt 3.3).

Lernerfahrungen aus der Praxis:

Die Orientierung an den *Standards für Öffentlichkeitsbeteiligung* (BKA/BMLFUW 2009) und das Einbeziehen einer Partizipationsexpertin waren für die partizipative Umsetzung bestimmend. Auch wenn nicht alle Vorschläge zur Partizipation in das endgültige Konzept aufgenommen und umgesetzt werden konnten, war die intensive Auseinandersetzung für die Qualität der Beteiligungsaktivitäten im Prozess wichtig.

Grundprinzipien für Prozess und Ziele

Das Erarbeiten der R-GZ mit dem Plenum war von einer Reihe von Grundprinzipien geleitet, die das Plenum als wichtigen Orientierungsrahmen festlegte. Basis für die Diskussion waren die Ergebnisse der Ideenkonferenz und der Online-Beteiligung (vgl. Abschnitt 3.2). Die Grundprinzipien fanden auch in Phase 2 - bei Zusammensetzung der Arbeitsgruppen sowie im Erarbeiten von Wirkungszielen und Maßnahmenkonzepte - Berücksichtigung (vgl. Abschnitt 3.3) und lauten wie folgt:

» *Determinantenorientierung*, d. h. Ausrichtung an den Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung
» *Health in All Policies-Ansatz*, d. h. Berücksichtigung verschiedener Politikfelder
» *Förderung von Chancengleichheit*, d. h. 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 für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen
» *Zukunftsorientierung und Nachhaltigkeit*, d. h. Ausrichtung an einem langfristigen Nutzen für die Bevölkerungsgesundheit
» *Evidenzbasierung, Wirkungsorientierung und Relevanz*, d. h. Beleg der Sinnhaftigkeit und Relevanz durch Daten und Fakten
» *Verständlichkeit*, d. h. alltagssprachliche Formulierungen, die auch für Nicht-Fachleute verständlich sind

Besondere Relevanz wurde den ersten drei Prinzipien beigemessen. Die R-GZ berücksichtigen daher jeweils die relevanten Einflussfaktoren und Politikfelder, beziehen sich auf gesellschaftliche Verhältnisse sowie auf individuelles Verhalten und identifizieren den Beitrag in Bezug auf mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit.

In Phase 2 wurden die Grundprinzipien um zwei weitere ergänzt, die für die Operationalisierung und Umsetzung wesentlich erschienen: Umsetzbarkeit/Leistbarkeit/Verbindlichkeit und Messbarkeit/Evaluierbarkeit.

Lernerfahrungen aus der Praxis:

Es hat sich als günstig erwiesen, die Grundprinzipien frühzeitig im Prozess festzulegen. Dadurch konnten eine erste gemeinsame Ausgangsbasis und ein gemeinsames Verständnis in Hinblick auf zentrale Anliegen und Eckpunkte geschaffen werden.

Monitoring

Die fachliche Prozessbegleitung der R-GZ beinhaltet ein umfassendes Monitoring, dessen zentrales Ziel die langfristige Beobachtung der R-GZ-Umsetzung darstellt. Das Monitoring soll die Verantwortlichen (auf politischer sowie auf Verwaltungsebene), das R-GZ-Plenum, die Umsetzer/innen sowie die österreichische Bevölkerung über Fortschritte in der R-GZ-Implementierung informieren. Darüber hinaus sollen Grundlagen für eine Steuerung geschaffen werden, die optimierte Strategie- und Maßnahmenpläne und generell die zielgerichtete Weiterentwicklung des R-GZ-Prozesses ermöglichen. Wirkungsnachweise – im Sinne einer Evaluation – sind nicht Aufgabe des R-GZ-Monitorings. Rückschlüsse zur Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen sind folglich nicht möglich. Dies würde ein weitaus komplexeres und aufwendigeres Vorgehen erfordern. (Winkler et al. 2014, 2)

Das R-GZ-Monitoring erfolgt auf **drei Ebenen**:

» auf Ebene der **zehn Rahmen-Ziele** anhand sogenannter **Meta-Indikatoren** zur Beobachtung des Fortschritts der Zielerreichung in Hinblick auf die zehn definierten R-GZ;
» auf Ebene der **Wirkungsziele** anhand sogenannter **Wirkungsziel-Indikatoren** zur Beobachtung des Fortschritts der Zielerreichung in Hinblick auf die zu den einzelnen R-GZ festgelegten Wirkungsziele sowie
» auf Ebene der festgelegten **Maßnahmen** anhand von **Messgrößen** zur Beobachtung der Fortschritte bei der Umsetzung der Maßnahmen. (Winkler et al. 2014, Kurzfassung)

Lernerfahrungen aus der Praxis:

Es ist wichtig, das Monitoring möglichst früh und in Abstimmung mit den Prozessbeteiligten zu planen, damit dies ein integrativer Teil des gesamten Prozesses bzw. der erarbeiteten Strategie wird.

Fachliche und strategische Prozessbegleitung

Der R-GZ-Prozess wird vom BMG geführt und von der GÖG/ÖBIG fachlich und strategisch begleitet. Im Folgenden werden beispielhaft Aufgaben und Rollen aus der Prozessbegleitung beider Institutionen dargestellt. BMG und GÖG/ÖBIG arbeiten eng abgestimmt, Synergien der Aufgabenbereiche werden genützt um diese bestmöglich umzusetzen.

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

Zu den wichtigsten Aufgaben des BMG zählen, **Leadership** für den Gesamtprozess zu übernehmen, **Kontinuität im Prozessfortschritt** zu gewährleisten und den nationalen R-GZ-Prozess mit den internationalen Entwicklungen im Bereich Health in All Policies abzustimmen. Beispielsweise wurden die WHO/Europe und das European Observatory für Health Systems and Policies mehrmals in den nationalen Zielentwicklungsprozess eingebunden. Aber auch die innerösterreichische **Kommunikation** und Abstimmung mit nationalen Akteurinnen und Akteuren im Sinne von Health in All Policies stellen wichtige Aufgaben des BMG dar.

Seitens der GÖG/ÖBIG wurden und werden die zentralen **fachlichen Vorarbeiten** für alle Prozessschritte (fachliche Konzepte für die einzelnen Phasen, Monitoring etc.) erstellt. Im laufenden Prozess zählt die **fachliche Begleitung und Unterstützung des Plenums** zu den zentralen Aufgaben der GÖG/ÖBIG (Vor- und Nachbereitungen der Plenumssitzungen, Erstellung unterstützender Materialien, Aufbereitung der Rückmeldungen der Organisationen, Verfassen von Berichten usw.). Diese fachliche Begleitung unterstützt das effektive Arbeiten in den Plenumssitzungen.

Auch die **Arbeitsgruppen in Phase 2** wurden von der GÖG/ÖBIG fachlich vorbereitet (z. B. Erstellen einer Mustertabelle für das Erarbeiten von Wirkungszielen und Umsetzungsmaßnahmen, Ausarbeiten eines konkreten Beispiels für Wirkungsziele) werden laufend begleitet (z. B. Teilnahme an den Sitzungen, Vorschläge für Indikatoren, fachliche Beratung und Unterstützung bei Berichtslegung). Darüber hinaus ist es eine wichtige Aufgabe der Prozessbegleitung, die Rückkoppelung von laufenden Arbeiten in der Arbeitsgruppe zum Gesamtprozess bzw. zu Arbeiten parallel laufender Arbeitsgruppen sicherzustellen. Unterstützung bei der Aufbereitung von Evidenz zu Maßnahmen oder bei der Suche nach Indikatoren und Datenquellen für die Wirkungsziele ist eine weitere wichtige Aufgabe in Phase 2. Ebenso ist die GÖG/ÖBIG für das Monitoring der R-GZ zuständig (vgl. Abschnitt 3.5).

Die fachliche Begleitung von BMG und GÖG/ÖBIG umfasst unter anderem die **Öffentlichkeitsarbeit im Prozess.** Hierfür stellt die R-GZ-Website ein zentrales Medium dar. Die laufende Aufbereitung von Texten für die Website ermöglicht Interessierten regelmäßige Information über den aktuellen Stand der Arbeiten. Präsentationen im Rahmen von diversen Veranstaltungen und Tagungen erhöhen die Bekanntheit der R-GZ und informieren über aktuelle Entwicklungen.

Laufende, enge Abstimmungen zwischen BMG und GÖG/ÖBIG sowie **regelmäßige Reflexionen** über die Prozessentwicklungen tragen dazu bei, den Prozess gezielt zu steuern. Das Erarbeiten von langfristigen Strategien über die zukünftige Weiterentwicklung der R-GZ zählt zu den strategischen Aufgaben von BMG und GÖG/ÖBIG. So wurden beispielsweise in den Jahren 2014/15 – teilweise unter externer Begleitung – mehrere Workshops zur Reflexion der Fortschritte und zur Beratung für die zukünftigen R-GZ-Entwicklungen durchgeführt.

Lernerfahrungen aus der Praxis:

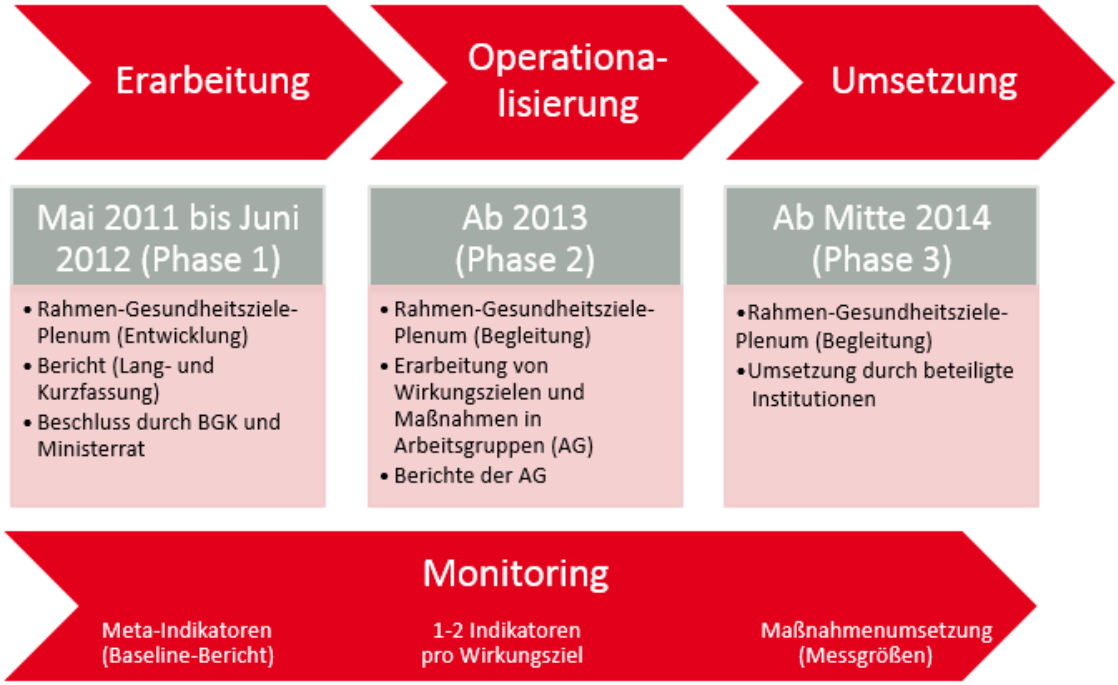
Die R-GZ wurden in einem umfassenden und komplexen Prozess entwickelt, der ohne strategische und fachliche Begleitung kaum effizient und erfolgreich durchgeführt werden kann. Die Begleitung ist insbesondere bei einem breiteren Partizipationsprozess notwendig, damit der Gesamtprozess gut abgestimmt laufen und die Beiträge und das Engagement der vielen Beteiligten in ein sinnvolles Ganzes münden und die Ressourcen schonend und effektiv eingesetzt werden können.

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

3 R-GZ-Prozess

Die Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) erfolgte in drei Phasen (siehe Abbildung 3.1). Zu berücksichtigen ist, dass vor offiziellem Prozessstart umfassende Vorarbeiten geleistet wurden (vgl. Abschnitt 3.1) und der Gesamtprozess von einem Monitoring begleitet wird (vgl. Abschnitt 3.5). Eine detaillierte Übersicht zum Entwicklungsprozess befindet sich im Anhang 3.

Abbildung 3.1:
Überblick über die Entwicklung von Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.1 Planung und Vorbereitung

BMG und GÖG/ÖBIG leisteten bereits ab 2010 zentrale Vorarbeiten für die Entwicklung der österreichischen R-GZ. In einem ersten Schritt wurden **(inter)nationale Beispiele recherchiert,** die im Rahmen eines **Workshops** mit Personen diskutiert wurden, die Erfahrungen im Bereich Gesundheitszielentwicklung hatten (z. B. Deutschland, Schweden, Steiermark, Oberösterreich, usw.). Für Österreich wurde festgelegt, dass die R-GZ einen gemeinsamen *Rahmen* oder eine gemeinsame Vision vieler Personen und Institutionen darstellen sollen. Es war klar, dass solche breit akzeptierten und Public-Health-orientierten Gesundheitsziele nur unter Einbeziehung verschiedener Politikfelder – im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes – und unter Einbeziehung der Bevölkerung entwickelt werden können.

Allgemeiner Konsens bestand auch darin, dass bereits bestehende Gesundheitsziele auf Länderebene sowie relevante Strategien und Pläne des Gesundheitsministeriums, aber auch anderer Ressorts, in die Entwicklung des R-GZ-Prozesses zu integrieren sind (z. B. *Nationaler Aktionsplan Ernährung* (BMG 2011b), *Kindergesundheitsstrategie* (BMG 2011a), *Nationaler Aktionsplan Bewegung* (BMLVS 2012)).

Die zentralen Ergebnisse aus den Vorarbeiten wurden in einem ersten Konzept verschriftlicht. Darauf bauen die Arbeiten in Phase 1 auf (vgl. Abschnitt 3.2).

Um alle wesentlichen Politik- und Gesellschaftsbereiche in den R-GZ-Prozess einzubinden, wurde zunächst eine **Stakeholderanalyse** durchgeführt und zahlreiche Bereiche bzw. Organisationen (wie Ministerien des Bundes; Länder, Städte und Gemeinden; Sozialversicherung; gesundheitsrelevanter Berufsgruppen und Fachleute aus dem Gesundheitswesen bzw. Gesundheits- und Sozialeinrichtungen; Sozialpartner; Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten, Kindern, Jugendlichen, Senioren und Armutsbetroffene; vgl. auch Tabelle 3.1) identifiziert, deren Beteiligung von zentraler Relevanz ist. Sie wurden in der Folge um die Nominierung von Vertreterinnen und Vertretern für das R-GZ-Plenum ersucht.

Tabelle 3.1:
Systematische Zusammensetzung des R-GZ-Plenums

Bundesebene	Gesundheitsversorgung
Länderebene	
Sozialversicherung	
Städte/Gemeinden	Gesundheitsförderung
Berufs-/ Anbieterverbände	andere Politikbereiche
(Benachteiligte) Bevölkerungsgruppen	
Interessengruppen (Sozialpartner, Wissenschaft, Zivilgesellschaft)	

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

Lernerfahrungen aus der Praxis:

Ursprünglich sollten rund 20 Vertreter/innen von Organisationen relevanter Politik- und Gesellschaftsbereiche in Form einer Plenumsmitgliedschaft eingebunden werden. Rasch zeigte sich, dass diese Zahl nach oben korrigiert werden musste. Die Herausforderung war, alle für die Zielerarbeitung relevanten Akteurinnen und Akteure zu berücksichtigen, aber gleichzeitig eine arbeitsfähige Gruppengröße für das Plenum beizubehalten. Letztendlich wurden Vertreter/innen aus zunächst rund 30 Institutionen vom BMG zur Mitarbeit im Plenum eingeladen. Zu betonen ist, dass das Plenum trotz seiner Größe von inzwischen mehr als 40 Personen sehr effektiv arbeiten kann. Gut vorbereitete und moderierte Workshops, die auf Erfahrungen mit Großgruppenmethoden aufbauen, sind hier unbedingt notwendig.

Zur Einbindung der verschiedenen Politikbereiche auf Bundesebene wurden **Motivations-Factsheets** (z. B. zum Thema Health in all Policies) gestaltet, mit dem Ziel, die unterschiedlichen Ressorts zur Mitarbeit an den R-GZ zu gewinnen. Für die Sicherstellung der intersektoralen Kooperation wurden auch zahlreiche Einzelgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern aus Ministerien – oft in einem ersten Schritt auf Kabinettsebene – geführt.

3.2 Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele (Phase 1)

Die R-GZ wurden in einem Zeitraum von 14 Monaten entwickelt (April 2011 bis Juni 2012). Im internationalen Vergleich ist diese Entwicklungsdauer sehr kurz. Ergänzend zur folgenden Beschreibung gibt die Abbildung in Anhang 3 einen Überblick über die einzelnen Schritte der Zielentwicklung.

Der Startschuss für die Arbeiten erfolgte am 1. April 2011 durch die **Bundesgesundheitskommission (BGK)**[1], die die Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen auf Basis des ausgearbeiteten Konzeptes (vgl. Abschnitt 3.1) beschloss. Im Sommer 2011 folgten entsprechende Beschlüsse des Ministerrats und des Nationalrats.

Den offiziellen Auftakt des R-GZ-Prozesses stellte die erste österreichische **Bundes-Gesundheitskonferenz zu Gesundheitszielen** am 20. Mai 2011 dar, an der ca. 300 Personen aus den unterschiedlichsten Bereichen teilnahmen. Ziel der Konferenz war, die Relevanz von Gesundheitszielen zu diskutieren und im Rahmen einer sogenannten **Ideenkonferenz** die Meinungen und Ideen zu relevanten Themen und Aspekten für die R-GZ einzuholen (vgl.

1
Die Bundesgesundheitskommission ist ein *Organ der Bundesgesundheitsagentur zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Bundesebene* (www.gesundheit.gv.at).

Abbildung 3.2). Die in der Ideenkonferenz gesammelten Beiträge wurden aufbereitet und bildeten eine zentrale Grundlage für das weitere Erarbeiten der R-GZ im Plenum.

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

Abbildung 3.2:
Ideenkonferenz im Mai 2011

Bearbeitung folgender Fragen im Rahmen der Ideenkonferenz:

Gesundheit für alle Österreicher/innen: Was brauchen wir auf dem Weg dorthin?

Was ist Ihr wichtigstes Gesundheitsziel?

Quelle für Foto: GÖG/ÖBIG 2011

Da die R-GZ darauf abzielen, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und hohe Akzeptanz von Gesundheitszielen in der Bevölkerung gewünscht war, wurde auch den Bürger/innen die Möglichkeit gegeben, ihre Meinungen und ihre Anliegen einzubringen: Im Rahmen einer dreimonatigen **Online-Konsultation** konnten sie auf einer dafür eingerichteten Website zu folgenden Fragen Stellung nehmen: „Gesundheit für alle Menschen in Österreich: Was brauchen wir auf dem Weg dorthin?" und „Nennen Sie uns Ihr wichtigstes Gesundheitsziel." Die Bewerbung dieser Website wurde durch diverse Partner/innen betrieben, eine öffentliche Werbekampagne oder dergleichen fand nicht statt. Es wurden insgesamt ca. 4.300 Einträge auf der R-GZ-Website erzielt, die in „Themenkörben" geclustert und aufbereitet wurden. Dies war die Basis für die Erarbeitung der R-GZ.

Anfang Juli 2011 fand ein **intersektoraler Politikdialog** zum Thema Gesundheitszieleentwicklung statt, um den Nutzen von Health in All Policies und Gesundheitszielen zu thematisieren und eine erste Basis für eine politikfeldübergreifende Zusammenarbeit zu schaffen. Zur Veranstaltung waren Minister/innen unterschiedlicher Ressorts, Fachleute sowie zentrale Stakeholder des Gesundheitswesens eingeladen. Letztendlich konnten drei Minister/innen für die Teilnahme gewonnen werden: Bundesminister Rudolf Hundstorfer (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), Bundesministerin Claudia Schmied (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur) und Bundesminister Alois Stöger (Bundesministerium für Gesundheit).

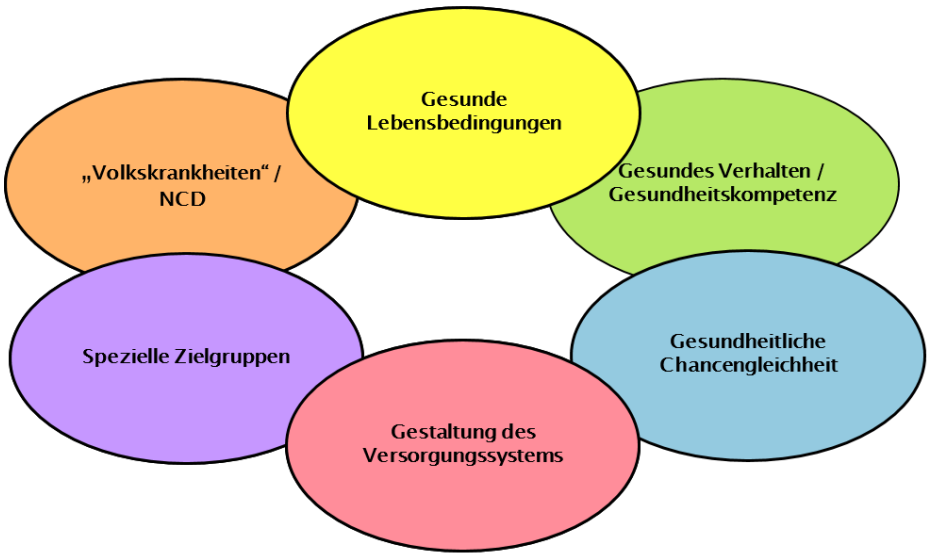
Lernerfahrungen aus der Praxis:

Ursprünglich war ein breit angelegter *policy dialogue* zu den R-GZ geplant. Konkret wurde eine zumindest halbtägige, interne Veranstaltung für Führungskräfte der öffentlichen Verwaltung aus unterschiedlichen Sektoren in Kombination mit einem mehrstündigen, öffentlichen Event mit Ministern/Ministerinnen angedacht. Dies erwies sich aber zum damaligen Zeitpunkt – am Beginn des R-GZ-Prozesses – als nicht realisierbar. So wurde anstelle dessen eine abendliche Politikdialogveranstaltung (sog. intersektoraler Politikdialog) durchgeführt. Diese Veranstaltung hatte zwar einen anderen Impact als ursprünglich geplant, förderte aber dennoch in einigen Bereichen die Auseinandersetzung mit intersektoralen Gesundheitszielen.

Erarbeitungsprozess der 10 R-GZ im Plenum – Plenums-Workshops

Im Herbst 2011 startete die Arbeit des intersektoral besetzten R-GZ-Plenums (vgl. Abschnitt 3.1). Zwischen Oktober 2011 und März 2012 erarbeitete das R-GZ-Plenum in fünf mit Großgruppenmethoden moderierten Workshops die Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich. Basis waren sechs Themenfelder (sog. „Themenkörbe"), die im Ausgangskonzept definiert waren und denen die Ergebnisse der Ideenkonferenz und der Online-Konsultation (siehe oben) zugeordnet worden waren (vgl. Abbildung 3.3).

Abbildung 3.3:
Sechs Themenkörbe als Ausgangsbasis für die Entwicklung der R-GZ



Quelle: Grafik aus dem 1. R-GZ-Plenumsworkshop im Oktober 2011

Die *Themenkörbe* wurden an sogenannten *Werkbänken* in Kleingruppen bearbeitet und deren Ergebnisse gemeinsam im Plenum diskutiert und weiter ausdifferenziert. Im Allgemeinen lassen sich fünf der sechs Themenkörbe in den zehn R-GZ wiedererkennen (siehe Abbildung 3.6 zu den R-GZ unten). Einzig der Themenkorb *Volkskrankheiten* wurde nicht näher verfolgt, da sich das R-

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

GZ-Plenum bereits im ersten Workshop einig wurde, dass alle relevanten Aspekte dieses Themenkorbs in den anderen Themenkörben inkludiert seien.

Anschließend wurden im Plenum erste Zielformulierungen sowie Erläuterungstexte zu den Zielen ausgearbeitet. Zur Unterstützung des Plenums wurden von der GÖG/ÖBIG sogenannte *Themenaufrisse* erstellt, die die Relevanz des Themenfeldes, mögliche Handlungsfelder für die Umsetzung und Anschlüsse zu bereits bestehenden Strategien und Programmen in Österreich darstellen. Die Themenaufrisse waren in der Folge auch Grundlage für einen umfassenden Bericht zu den R-GZ (vgl. BMG 2012).

Die Plenumsmitglieder hatten (und haben) zudem die Aufgabe, die Zwischenergebnisse aus den Workshops an ihre Organisationen zurückzumelden und abzustimmen. Mit dieser *Rückkoppelung* konnte eine breite Akzeptanz der R-GZ in den beteiligten Organisationen sichergestellt werden. Die Rückmeldungen aus den Organisationen flossen wiederum in den Prozess ein. Abbildung 3.4 zeigt beispielsweise eine Zielformulierung im Überarbeitungsmodus, die im Plenumsworkshop diskutiert wurde.

Abbildung 3.4:
Beispielhafte Zielformulierung aus dem Entwicklungsprozess der R-GZ

Gemeinsame Formulierung des beschreibenden Zieltextes Phase 1

Ziel: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelt fördern

Durch die Gestaltung der Lebenswelt und Infrastruktur gesunde und sichere Bewegung im Alltag fördern

Regelmäßige körperliche Aktivität beeinflusst Gesundheit grundlegend und nachhaltig positiv. Sie beugt vielen chronischen Krankheiten vor und begünstigt psychisches und körperliches **Wohlbefinden**. Ausreichend Bewegung ist vom Kindergartenalter bis ins hohe Alter unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsförderung. Ziel ist deshalb, ausreichend Bewegung in den Alltag zu integrieren, wofür die Lebenswelten inklusive **Infrastruktur** (wie Radwege, Spielplätze, Schulwege und Stiegenhäuser) so gestaltet sein müssen, dass sie zur Bewegung anregen. Neben dem Schaffen von Raum und Zeit für sichere Bewegung im Alltag, sollen **Bewegungskompetenz und Freude an Bewegung insbesondere in Kindergärten und Schulen gefördert** werden.

TZ: Gesundheitskompetenz und Freude an Bewegung insbesondere in Kindergarten und Schulen fördern

Legende: schwarze Schrift = vom Plenum erarbeitete Zielformulierungen bzw. -beschreibung
grüne Schrift = vom Prozessbegleitteam eingebrachter Formulierungsänderungsvorschlag, der im Plenum diskutiert wurde
blaue Schrift = eingearbeitete Rückmeldungen aus der Rückkoppelungsschleife mit den Organisationen
Quelle: Power-Point-Folie aus dem 4. Plenumsworkshop von Februar 2012

Lernerfahrung aus der Praxis:

Die Arbeit im Plenum war vom Konsensprinzip geleitet. Dadurch konnten sich zwar alle Beteiligten in den Zielformulierungen wiederfinden, doch bestand gleichzeitig die Gefahr, dass die Zielformulierungen zu breit und unkonkret und damit möglicherweise nicht umsetzungsrelevant würden. Dies konnte durch die vertiefende und umsetzungsorientierte Bearbeitung in Prozessphase 2 (vgl. Abschnitt 3.3) verhindert werden.

Eine transparente Vorgehensweise im Prozess sowie Respekt für unterschiedliche Sichtweisen im Plenum stellten wesentliche Erfolgsfaktoren für die Zielerarbeitung in Phase 1 dar. Die Herausforderung bestand darin, einen Kompromiss zwischen ausreichender Beteiligung der Mitwirkenden (Anzahl Plenumsworkshops, Bürgerbeteiligung) und Ressourcenschonung zu schaffen.

Punktuell wurden für die Arbeiten im Plenum auch (inter)nationale Expertinnen und Experten (v. a. von der WHO/Europa) einbezogen. Eine Vertretung von WHO/Europa beispielsweise stellte in einem Gastvortrag die aktuellen Ziele von *Health 2020* vor. Eine Vertretung des European Observatory on Health Systems and Policies präsentierte dem Plenum die internationalen Erfahrungen bezüglich Gesundheitszielentwicklung. Eine Vertretung des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Promotion Research in Wien stellte dem Plenum die aktuellen Ergebnisse der European Health Literacy Studie vor. Auch wurde im Plenum über aktuelle Entwicklungen, z. B. zur laufenden Gesundheitsreform, berichtet.

Der finale Entwurf der R-GZ wurde Ende April 2012 auf der **Online-Plattform** vorgestellt. Für Bürger/innen bestand nun die Möglichkeit, die Ziele zu kommentieren. Die leitende Frage war „*Warum ist dieses Gesundheitsziel besonders wichtig?* Es gab insgesamt 326 Website-Einträge, die auf großen Zuspruch für die R-GZ allgemein und die Inhalte der Ziele im Speziellen schließen lassen.

Um den Wiedererkennungswert der R-GZ zu erhöhen, wurden von einer Agentur Symbole für jedes R-GZ entwickelt (vgl. Abbildung 3.6).

Am 24. Mai 2012 wurden die zehn R-GZ bei der zweiten **Bundes-Gesundheitskonferenz zu Gesundheitszielen** von den Plenumsmitgliedern der Fachöffentlichkeit präsentiert (ca. 220 Teilnehmer/innen) (vgl. Abbildung 3.5). Der Bericht zu den R-GZ (sog. Langfassung) und die Kurzfassung sind auf der R-GZ-Website publiziert (siehe Publikationen unter http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/)

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

Abbildung 3.5:
Präsentation der R-GZ auf der zweiten Bundes-Gesundheitskonferenz zu Gesundheitszielen am 24. 5. 2012

Quelle für Fotos: GÖG/ÖBIG 2012

Im Juni 2012 wurden die zehn R-GZ (vgl. Abbildung 3.6) von der BGK und in der Folge im August 2012 im Ministerrat beschlossen.

Abbildung 3.6:
Überblick über die zehn Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) für Österreich

ZIEL 1: Gesundheitsförderliche **Lebens- und Arbeitsbedingungen** für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

ZIEL 2: Für gesundheitliche **Chancengerechtigkeit** zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

ZIEL 3: Die **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung stärken

ZIEL 4: Die **natürlichen Lebensgrundlagen** wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

ZIEL 5: Durch **sozialen Zusammenhalt** die Gesundheit stärken

ZIEL 6: **Gesundes Aufwachsen** für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen

ZIEL 7: Gesunde **Ernährung** mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

ZIEL 8: Gesunde und sichere **Bewegung** im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

ZIEL 9: **Psychosoziale Gesundheit** bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

ZIEL 10: Qualitativ hochstehende und effiziente **Gesundheitsversorgung** für alle nachhaltig sicherstellen

Quelle und Darstellung: BMG 2012

Lernerfahrungen aus der Praxis:

Die gute Vorbereitung und intensive fachliche Begleitung sowie der Einbezug einer Expertin für Großgruppenmoderation waren essentiell, in nur einem Jahr und mit wenigen Workshops zehn breit akzeptierte R-GZ erfolgreich zu erarbeiten. Zugleich war die intensive Auseinandersetzung im Plenum über einen relativ kurzen Zeitraum gemeinschaftsbildend. Auch die Prozess- und Entscheidungstransparenz trugen zu einem hohen Grad an Ownership und Comittment für die R-GZ als gemeinsamem Produkt bei.

3.3 Erarbeitung von Strategie- und Maßnahmenkonzepten zu den einzelnen R-GZ (Phase 2)

Der Beschluss der zehn Rahmen-Gesundheitsziele war zugleich der Auftakt für Phase 2. Ziel dieser Phase ist die Erarbeitung eines Strategie- und Maßnahmenkonzepts, das für jedes der zehn R-GZ operationalisierte Teilziele (sog. Wirkungsziele) und konkrete Maßnahmen(pakete) inklusive Verantwortlichkeiten und Zeitperspektiven beinhaltet.

Auf Beschluss der Bundesgesundheitskommission wurde Phase 2 folgendermaßen vorbereitet:

» Konzepterstellung für den Ablauf der Phase 2,
» Konzepterstellung für ein determinantenorientiertes Monitoring (vgl. Abschnitt 3.5) sowie
» Erstellen einer Ist-Analyse zu bestehenden Strategien, Prozessen und Länder-Gesundheitszielen.

Das **Konzept für den Ablauf der Phase 2** – erstellt von der GÖG/ÖBIG in enger Abstimmung mit dem BMG – definierte alle wesentlichen Eckpunkte des Prozesses: die Rolle des R-GZ-Plenums und der Arbeitsgruppen(leitung), Vorgehen in den Arbeitsgruppen, Abstimmung zwischen R-GZ-Plenum und Arbeitsgruppen etc. (siehe unten).

Ein weiteres Kernstück der Vorarbeiten zu Phase 2 stellte die sogenannte **Ist-Analyse für R-GZ** dar, die bestehende relevante politische Strategien und Programme auf nationaler Ebene zusammenführte. Insbesondere entsprechende Aktivitäten von Bundesministerien, Ländern, Sozialversicherungsträgern und Sozialpartnern wurden einbezogen. Damit sollen Anschlüsse an bereits Bestehendes sichergestellt und Doppelgleisigkeiten verhindert werden. Ein erster Entwurf dieser Analyse wurde Anfang Oktober 2012 dem R-GZ-Plenum vorgestellt und auf Basis der Rückmeldungen ergänzt. Später (ab 2013) war diese Analyse ein wichtiger Input für die Erarbeitung der konkreten Wirkungsziele- und Maßnahmenkonzepte.

Im November 2012 erfolgten die **Beschlüsse der BGK** zu den vorgelegten Konzepten und damit zur Weiterführung des R-GZ-Prozesses in Phase 2 und zum begleitenden determinantenorientierten Monitoring (vgl. Abschnitt 3.5).

Der R-GZ-Prozess ist Anfang 2013 in Phase 2 übergegangen. Unter Einbeziehung des R-GZ-Plenums wurde bzw. wird für jedes Ziel eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung eines Strategie- und

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

Maßnahmenkonzepts im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes eingerichtet. Aufgabe ist, Wirkungsziele (inkl. Indikatoren) zu formulieren und dazu spezifische Maßnahmen (inkl. Messgrößen) festzulegen. Die Maßnahmen zur Umsetzung werden von den teilnehmenden Organisationen gemeldet, die auch für deren Umsetzung verantwortlich sind.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass nicht alle Arbeitsgruppen gleichzeitig zu arbeiten begannen. Daher wurde vom Plenum im Februar 2013 eine **zeitliche Priorisierung zur Bearbeitung der zehn R-GZ** vorgenommen. Die Plenumsmitglieder wurden aufgefordert, jene drei R-GZ zu kennzeichnen, die aus Sicht ihrer Institution prioritär zu bearbeiten wären. Jedes Plenumsmitglied hatte drei Wahlmöglichkeiten zur Verfügung.

Für die drei höchst priorisierten R-GZ – Ziel 3 *(Gesundheitskompetenz)*, Ziel 6 *(Gesundes Aufwachsen)* und Ziel 1 *(Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen)* – wurde im Plenum die Einrichtung von Arbeitsgruppen beschlossen und eine *Roadmap* (Zeitplan) für die weitere Bearbeitung erstellt (vgl. Tabelle 3.2). Die ersten drei Arbeitsgruppen starteten bereits im Frühjahr bzw. Sommer 2013, zu Ziel 2 *(Gesundheitliche Chancengerechtigkeit)* und Ziel 8 *(Gesunde Bewegung)* wurden die Arbeiten im Herbst 2013 bzw. im Herbst 2014 gestartet (vgl. Gesamtüberblick über den Prozess in Anhang 3). Die Arbeitsgruppen zu Ziel 9 *(Psychosoziale Gesundheit)* nahm ihre Arbeit im Jahr 2016 auf. Im Jahr 2016 ist auch der Start zur Arbeitsgruppe zu Ziel 4 *(Natürliche Lebensgrundlagen)* geplant.

Tabelle 3.2:
Erstellung einer Roadmap für Phase 2 im R-GZ-Plenum, Stand Februar 2016

Roadmap Start der Arbeitsgruppen	2013	2014	2015	2016
R-GZ 1: Gesundheitsförderliche Lebens- u. Arbeitsbedingungen	X			
R-GZ 2: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit	X			
R-GZ 3: Gesundheitskompetenz	X			
R-GZ 4: Natürliche Lebensgrundlagen (Umwelt)				X?
R-GZ 5: Sozialer Zusammenhalt				
R-GZ 6: Gesundes Aufwachsen	X			
R-GZ 7: Gesunde Ernährung				
R-GZ 8: Gesunde Bewegung		X	X	
R-GZ 9: Psychosoziale Gesundheit				X

Legende: X = Konstituierung der Arbeitsgruppen im jeweiligen Jahr, ? = zum jetzigen Zeitpunkt ist unklar, ob die Arbeitsgruppe im jeweiligen Jahr konstituiert wird

Der konkrete **Auftrag an die intersektoralen Arbeitsgruppen** lautete, pro Rahmen-Gesundheitsziele zwei bis drei Wirkungsziele und zugeordnete Maßnahmen zu formulieren, zu erläutern und mit Indikatoren für die Umsetzung zu bestücken (vgl. Beispiel für Wirkungsziele in Abbildung 3.7). Für die Arbeit in den Arbeitsgruppen wurden vom Prozessbegleitteam Vorlagen und Anwendungsbeispiele erarbeitet, die als unterstützende Anleitung dienen (vgl. Wirkungsziel-Tabelle Muster im Anhang 1) und eine einheitliche und vergleichbare Darstellung der Ergebnisse zwischen den unterschiedlichen R-GZ gewährleisten sollen.

Für jede Arbeitsgruppe werden **Leitung und Stellvertretung** in Abstimmung mit dem Plenum festgelegt. Auch dabei wird auf das Health-in-All-Policies-Prinzip geachtet und daher vor allem solche Institutionen betraut, die auch primäres Interesse an der Umsetzung der jeweiligen Maßnahmenkonzepte haben (z. B. wurde die Arbeitsgruppe zur *Gesundheitlichen Chancengerec*htigkeit vom Sozialministerium und der Armutskonferenz geleitet und die Arbeitsgruppe zur *Gesunden Bewegung* vom Sport- und Infrastrukturressort). Ebenso wird darauf geachtet, dass die AG-Leitung vorzugsweise aus der Verwaltung kommt, um Nähe zu den relevanten Entscheidungsträgerinnen/-trägern bzw. Umsetzern/Umsetzerinnen und damit ausreichende Verbindlichkeit sicherzustellen. Des Weiteren wurde festgelegt, dass die AG-Leitung nicht von spezifischen Berufsgruppenvertretern/-vertreterinnen übernommen werden soll, um potenzielle Interessenkonflikte und Verzerrungen zu vermeiden. Regelmäßige Abstimmungstreffen der Arbeitsgruppenleiter/innen gemeinsam mit BMG und GÖG/ÖBIG tragen zur Abstimmung des Gesamtprozesses bei und fördern den Erfahrungsaustausch zwischen den Arbeitsgruppen.

Abbildung 3.7:
Beispielhafte Wirkungsziele aus AG 3 (Gesundheitskompetenz)

Quelle: Folie aus der Präsentation beim Plenumsworkshop vom Oktober 2013

Zu den definierten Wirkungszielen schlugen die Arbeitsgruppen jeweils **Maßnahmen** vor, die auf ihre Eignung geprüft und bewertet wurden. In der Arbeitsgruppe zu R-GZ 2 *(Gesundheitliche Chancengerechtigkeit)* erfolgte die Maßnahmenprüfung beispielsweise anhand folgender Kriterien (Riebenbauer/Schenk 2015, 8):

» Besteht seitens der Teilnehmer/innen Konsens, dass die Maßnahme geeignet ist, das Wirkungsziel zu erreichen?
» Handelt es sich um eine überregionale Maßnahme?
(Es soll keine Sammlung von Kleininitiativen und -projekten entstehen)

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

» Ist die Maßnahme neu oder innovativ?
(Es soll nicht schon lange Bestehendes gesammelt, sondern ein Mehrwert erreicht werden.)
» Gibt es eine Institution, die bereit ist, die Umsetzung zu koordinieren und zu finanzieren?
(Die Verantwortung für die konkrete Umsetzung soll geklärt sein, da die Übernahme von Verantwortung für die Umsetzung von Maßnahmen eine Grundvoraussetzung für die Arbeit in den Arbeitsgruppen ist)
» Wie hoch ist der zu erwartende Outcome einzuschätzen?

Die festgelegten Maßnahmen wurden in der Folge in den **Wirkungsziel-Tabellen** dokumentiert, die auch die notwendigen Festlegungen in Hinblick auf Maßnahmenkoordination bzw. Umsetzungsverantwortung, Zielgruppen und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren/Mitwirkende, Finanzierung(süberlegungen), Messgrößen sowie Querbezügen zu Maßnahmen andere R-GZ bzw. Wirkungsziele beinhalten (vgl. Wirkungsziel-Tabelle am Beispiel R-GZ 6 im Anhang 2).

Neben den Maßnahmen, deren Umsetzung (finanziell) sichergestellt ist bzw. die sich schon in Umsetzung befinden, gibt es die Möglichkeit einen sog. **Themenspeicher** in den Strategie- und Maßnahmenkonzepten auszuweisen. In diesem Themenspeicher werden all jene Maßnahmen genannt, die zum Zeitpunkt der Berichtslegung der Arbeitsgruppen noch nicht realisiert werden konnten. So geraten Ideen für bestimmte Maßnahmen nicht in Vergessenheit und können bei künftigen Zusammentreffen der Arbeitsgruppen noch einmal herangezogen bzw. bezüglich der aktuellen Möglichkeiten zur Umsetzung diskutiert werden.

Die ausgearbeiteten Strategie- und Maßnahmenkonzepte wurden in Form von **Arbeitsgruppenberichten** auf der R-GZ Website veröffentlicht, die auch detaillierte Informationen zum Prozess beinhalten, z. B. Zusammensetzung der Arbeitsgruppe, Zeitplan und Arbeitsschritte etc. Ende 2015 liegen bereits Arbeitsgruppenberichte für fünf R-GZ vor: Ziel 6 (Gesundes Aufwachsen), Ziel 3 (Gesundheitskompetenz), Ziel 1 (Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen), Ziel 2 (Gesundheitliche Chancengerechtigkeit) und Ziel 8 (Gesunde Bewegung) (Zitate siehe Literatur).

Die Arbeitsgruppen enden nicht mir der Berichtlegung, sondern treffen sich nach Veröffentlichung des Berichts mindestens einmal jährlich, um die im Bericht enthaltenen Maßnahmen auf Basis der Monitoring-Ergebnisse zu reflektieren (vgl. Abschnitt 3.5). Die Arbeitsgruppenberichte werden von den Arbeitsgruppen mit Unterstützung der GÖG/ÖBIG immer wieder bearbeitet und aktualisiert.

Bis Ende 2015 haben insgesamt 24 Arbeitsgruppen-Sitzungen stattgefunden, in denen rund 30 im Plenum vertretene Organisationen sowie rund 30 Teilnehmer/innen aus anderen Institutionen oder Fachleute aktiv waren.

Zu berücksichtigen ist, dass für R-GZ 6 (Gesundes Aufwachsen), R-GZ 7 (Gesunde Ernährung) und R-GZ 8 (Gesunde Bewegung) zu Beginn von Phase 2 bereits Strategien aus anderen Prozessen vorlagen, vgl. Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011a), Nationaler Aktionsplan Ernährung (BMG 2011b), Nationaler Aktionsplan Bewegung (BMLVS 2012). Daher wurde entschieden, für die betreffenden R-GZ ein **Sonderprozedere in Phase 2** durchzuführen, bei dem eng auf die vorhandenen Strategien aufgebaut wird. Die Ausarbeitung für R-GZ 6 (Gesundes Aufwachsen) und

R-GZ 8 (Gesunde Bewegung) erfolgten bereits danach. Für R-GZ 10 (Gesundheitsversorgung) wurde beschlossen, es im Rahmen der Gesundheitsreform Zielsteuerung Gesundheit zu operationalisieren (weiterführende Informationen zur Gesundheitsreform unter http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Die_Gesundheitsreform_2013)

Die **Aufgaben des Plenums in Phase 2** umfassen die Diskussion und Beratung der (Zwischen)Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen, um Wirkungsziele abzunehmen und ggfs. auf Wirkungszielebene auch korrigierend eingreifen zu können. Auf Ebene der konkreten Maßnahmenvorschläge können vom Plenum Anregungen eingebracht werden. Das Plenum hat aber nicht die Kompetenz, die Arbeitsgruppenberichte oder einzelnen Maßnahmen „abzunehmen" oder abzulehnen.

Erarbeitung von Strategie- und Maßnahmenkonzepten in den Arbeitsgruppen – Lernerfahrungen aus der Praxis:

In den Arbeitsgruppen wurde sehr intensiv gearbeitet. Um die zeitlichen Kapazitäten der Beteiligten nicht über Gebühr zu beanspruchen, wurden Arbeitsgruppen nur dann zeitgleich eingerichtet, wenn es keine allzu großen personellen Überschneidungen gab.

Die Wirkungsziele sind sehr breit formuliert. Dies war notwendig, damit sich die verschiedenen Akteurinnen/Akteure aus den unterschiedlichen Sektoren wiederfinden. Eine „SMART"-Zielformulierung war aus diesem Grund nicht möglich. Als Kompromiss wurde versucht, mittels Festlegung von Wirkungsziel-Indikatoren eine stärkere Operationalisierung der Wirkungsziele sicherzustellen.

Generell ist es schwierig eine Balance zu finden zwischen fachlich-wissenschaftlichen Ansprüchen (z. B. Evidenzbasierung der Maßnahme) bzw. auch strategischen Zielen und Maßnahmen (möglichst viele neue und breite Maßnahmen mit großem Impact, die in Kooperation umgesetzt werden) und der Realisierbarkeit der Maßnahmen. Es wurden daher viele Maßnahmen, die schon angelaufen oder in Vorbereitung waren, in die Arbeitsgruppenberichte aufgenommen. Die Gesamtschau der Maßnahmen sowie die Vernetzung zwischen den Akteurinnen/Akteuren sichern dennoch einen Zusatznutzen. Außerdem sollen die Arbeitsgruppen in Zukunft auch dafür genützt werden, intersektorale Kooperationen (auf Maßnahmenebene) zu fördern.

3.4 Maßnahmenumsetzung (Phase 3)

Maßnahmenumsetzung

Phase 3 des R-GZ-Prozesses sieht vorrangig die Maßnahmenumsetzung zu den jeweiligen R-GZ durch die beteiligten Organisationen vor. Da die Arbeitsgruppen zu den R-GZ zeitlich versetzt starten (vgl. Abschnitt 3.3), erfolgen Phase 2 und 3 ab dem Jahr 2014 parallel. Die Verantwortung für die Umsetzung liegt in erster Linie bei den Organisationen, die Maßnahmen als Hauptverantwortliche in die Arbeitsgruppen gemeldet haben. In den Plenumsworkshops wird regelmäßig von den bereits umgesetzten Maßnahmen berichtet (vgl. Abbildung 3.8).

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

Abbildung 3.8:
Beispiele von umgesetzten R-GZ Maßnahmen, zu denen im 13. R-GZ-Plenum im Mai 2015 berichtet wurde

Quelle: Foliensatz zum Protokoll des 13. Plenumsworkshops im Mai 2015

3.5 Monitoring

Gemeinsam mit dem Plenum wurde im Oktober 2012 beschlossen, die Umsetzung der R-GZ durch ein Monitoring zu begleiten. Über das Monitoring sollen Verantwortliche (auf politischer sowie auf Verwaltungsebene), Beteiligte und Interessierte über Fortschritte in der R-GZ-Umsetzung informiert werden. Das Monitoring dient als **Grundlage für die Steuerung im R-GZ-Prozess,** es unterstützt die Optimierung der Strategie- und Maßnahmenpläne und ermöglicht generell die zielgerichtete Weiterentwicklung des R-GZ-Prozesses, indem eine regelmäßige Bestandsaufnahme der Umsetzungs- und Zielerreichungsfortschritte erfolgt („Work-in-progress").

Die Bundesgesundheitskommission beauftragte daraufhin 2012 die Erarbeitung eines Gesamtkonzepts für ein determinantenorientiertes Monitoring der R-GZ. (Winkler et al. 2014, 5)

Das begleitende Monitoring erfolgt auf drei Ebenen:

» auf Ebene der **R-GZ** anhand sogenannter **„Meta-Indikatoren"** zu Beobachtung des Fortschritts der Zielerreichung in Hinblick auf die zehn definierten Rahmen-Gesundheitsziele, (insgesamt 28 Ergebnis- und 12 Prozessindikatoren, vgl. Beispiel in Tabelle 3.3)
» auf Ebene der **Wirkungsziele** anhand sogenannter **Wirkungsziel-Indikatoren** zur Beobachtung des Fortschritts der Zielerreichung in Hinblick auf die zu den einzelnen Rahmen-Gesundheitszielen festgelegten Wirkungsziele,
» auf Ebene der festgelegten **Maßnahmen** anhand von **Messgrößen** zur Beobachtung der Fortschritte bei der Umsetzung der Maßnahmen.

Die **Meta-Indikatoren** bilden sowohl die Verhältnis- als auch die Verhaltensebene ab. Folgende Kriterien waren für deren Definition wichtig: Verfügbarkeit, internationale Vergleichbarkeit, Aussagekraft, Analyse nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Indikatoren (wie Einkommen, Bildung) und Region. Die Indikatoren wurden mit jenen anderer Strategie- und Zielmonitoringsysteme abgestimmt (Zielsteuerung-Gesundheit, Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie etc.).

Die 28 Ergebnisindikatoren wurden 2013 im sog. **Baseline-Bericht** nach den beschriebenen Kriterien dargestellt (Winkler/Anzenberger 2013). Die Meta-Indikatoren auf Prozessebene sollen im Rahmen der Berichtsupdates dargestellt werden, die in einem Abstand von etwa 5 Jahren geplant sind.

Tabelle 3.3:
Meta-Indikatoren für R-GZ 6 Gesundes Aufwachsen

Rahmen-Gesundheitsziel	
Themenbereich	**Indikator** (Datenquelle für Indikatoren)
Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen	
Gesundheit	**Selbstberichteter Gesundheitszustand** der Kinder und Jugendlichen (HBSC)
Lebenswelt Familie	Eltern: **Kommunikation und Vertrauensverhältnis** (Index aus HBSC)
Lebenswelt Kindergarten und Schule	**Schulklima** (Verhältnis zwischen den Schülern/Schülerinnen; Schüler/innen/Lehrkräfte) (HBSC)
Arbeitslosigkeit als wichtige Gesundheitsdeterminante	**Jugendarbeitslosigkeit** (Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung)
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabbrüche	**Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger** (Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung)
Policy-Ebene	Umsetzung, Monitoring und Berichtslegung zur **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie**

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2014 standen die von den Arbeitsgruppen entwickelten Strategie- und Maßnahmenkonzepte (vgl. Abschnitt 3.3) im Fokus des Monitorings. Die **Wirkungsziel-Indikatoren** (vgl. Beispiel in Tabelle 3.4) werden zunächst – ebenso wie die Messgrößen – durch die jeweiligen Arbeitsgruppen festgelegt, die die einzelnen R-GZ operationalisieren und dazu Wirkungsziele formulieren. Diese Wirkungsziel-Indikatoren werden in der Folge von der GÖG/ÖBIG einer **Machbarkeitsprüfung** unterzogen, die folgende Fragen beantwortet und eine Diskussionsgrundlage für die Arbeitsgruppen darstellt:

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

» Eignet sich der Indikator, um das Wirkungsziel abzubilden?
» Gibt es (langfristig) eine Datengrundlage?
» Sind die Zielvorgaben realistisch?

Die Berichte der einzelnen Machbarkeitsprüfungen werden letztendlich zu einer Gesamtpublikation zusammengeführt. Bislang wurde die Machbarkeitsprüfung für die Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3, 6 (Griebler/Winkler 2014) sowie R-GZ 1 und 2 durchgeführt (noch unveröffentlicht).

Tabelle 3.4:
Wirkungsziele samt Wirkungsziel-Indikatoren zu R-GZ 6 (Gesundes Aufwachsen)

Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen	
WZ 1: Bewusstsein bei Verantwortlichen für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken	Allgemeine **Lebenszufriedenheit** (HBSC) **Anzahl beschlossener Strategien, in denen Kinder und Jugendliche explizit als Zielgruppe berücksichtigt sind** (Prozessindikator)
WZ 2: In der Schwangerschaft und frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen	**Frühgeburtenrate** (Geburtsstatistik) Allgemeine **Lebenszufriedenheit** (HBSC)
WZ 3: Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken und dabei Bildung als zentralen Einflussfaktor für Gesundheit nutzen	**Selbstwirksamkeitserwartung** (HBSC) **Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabbrecher** (Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung)

HBSC=Health Behvior in School-aged Children

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auf **Ebene der Maßnahmen** sieht das Monitoring die Beobachtung der **Messgrößen** vor, die von den Maßnahmen-Verantwortlichen definiert wurden. Pro Maßnahme gibt es eine Messgröße (vgl. Abschnitt 3.3). Auch diese Messgrößen werden in einem ersten Schritt einer **Machbarkeitsprüfung** unterzogen (Details zur Machbarkeitsprüfung siehe Winkler et al. 2014, 9), auf deren Basis in Absprache mit den Maßnahmen-Verantwortlichen Änderungen oder Spezifizierungen vorgenommen werden (vgl. Beispiel in Abbildung 3.9). Erst dann wird von der GÖG/ÖBIG ein jährliches Update gemacht, das in regelmäßige **Workshops** (mindestens einmal pro Jahr) der einzelnen R-GZ-Arbeitsgruppen einfließt.

Das Monitoring auf Ebene der **Umsetzungsmaßnahmen** soll im Jahr 2016 für die bereits abgeschlossenen Arbeitsgruppen (R-GZ 1, 2, 3, 6 und 8) beginnen und in den folgenden Jahren für diese sowie für alle folgenden Arbeitsgruppen regelmäßig durchgeführt werden. Ziel des Maßnahmenmonitorings ist, den Fortschritt in der Umsetzung der R-GZ Maßnahmen zu dokumentieren, Transparenz herzustellen, Synergien zu nutzen und Kooperationen zu erleichtern. Darüber hinaus soll ein Erfahrungsaustausch ermöglicht sowie ein Grundstein für die (Weiter)Entwicklung von Maßnahmen und neuen Ideen gelegt werden (Winkler et al. 2014, 8).

Abbildung 3.9:
Beispielhafte Konkretisierung der Messgrößen zu vorgeschlagenen Umsetzungsmaßnahmen aus den Arbeitsgruppen

R-GZ 6 / Maßnahme 2.3.2: Verringerung der Anzahl an Mehrlingsgeburten bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen (Regelung maximaler Anzahl zu transferierender Embryonen)

- Messgröße im Bericht: Umsetzung: Ja/Nein
- Messgröße konkretisiert: Die maximale Anzahl an zu transferierenden Embroyonen ist gesetzlich reduziert (von … auf …?): Ja/Nein

R-GZ 3 / Maßnahme 2.3.2: Aufnahme der Vermittlung von Gesundheitskompetenz als Auftrag für die Kindergärten als Bildungsinstitution in das geplante „Bundesrahmengesetz Kindergarten"

- Messgröße im Bericht: Im „Bundesrahmengesetz Kindergarten" enthalten
- Messgröße konkretisiert: „Bundesrahmengesetz Kindergarten" ist verabschiedet (Ja/Nein); Gesundheitskompetenz ist als Auftrag enthalten (Ja/Nein)

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2014

Ziele und Eckpunkte des Monitorings wurden in **Abstimmung mit dem R-GZ-Plenum** getroffen und in der Folge von der **BGK beschlossen**.

Lernerfahrungen aus der Praxis:

Zentrale Akteurinnen und Akteure des Prozesses erwarten häufig, dass das Monitoring Wirkung aufzeigen kann. Monitoring kann aber keine Evaluation ersetzen, sondern dient lediglich zur Überprüfung, ob Ziele erreicht wurden – ohne Nachweis eines direkten Zusammenhangs mit den gesetzten Maßnahmen.

Des Weiteren kommt es in der Praxis zu einem Spannungsverhältnis zwischen Umfang und Praktikabilität des Monitorings. Einerseits besteht der Wunsch nach einem kompakten Monitoring (möglichst wenig Indikatoren), andererseits sind viele Differenzierungskriterien (z. B. Geschlecht, Alter, sozioökonomische Faktoren, regionaler und internationaler Vergleich) wichtig, sodass der Wunsch nach kurzen und übersichtlichen Monitoringberichten nicht realisiert werden kann.

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

4 Resümee und Schlussfolgerungen

Der intersektorale R-GZ-Prozess läuft mittlerweile seit mehr als sechs Jahren. Rückblickend auf den bisherigen Prozessverlauf können zahlreiche Erfolge verzeichnet werden. Gleichzeitig gilt es aber auch Herausforderungen zu bewältigen (vgl. Abschnitt 4.1). Erste Schlussfolgerungen bezüglich Erfolgsfaktoren des R-GZ-Prozesses werden in Abschnitt 4.2 dargestellt.

4.1 Erfolge und Herausforderungen

Ein zentraler Erfolg der R-GZ-Prozesses ist die **formelle Verankerung der zehn R-GZ in übergeordneten Strategien und Beschlüssen**: Nach der Erarbeitung im Plenum wurden die zehn R-GZ von der BGK, dem Ministerrat und dem Nationalrat beschlossen (vgl. Abschnitt 3.2). Im aktuellen Regierungsprogramm (2013-2018) sind die Umsetzung von R-GZ und Health in All Policies verankert (BKA 2013, 58). Auch in der Zielsteuerung Gesundheit (aktuelle Gesundheitsreform) werden die R-GZ berücksichtigt, z. B. als zentrale Grundlage für die Festlegung der inhaltlichen Schwerpunktsetzung für die Gesundheitsförderungsstrategie.

Der **breite Einbezug von Akteurinnen und Akteuren** aus unterschiedlichen Gesellschafts- und Politikbereichen kann jedenfalls als zentraler Erfolgsfaktor gesehen werden. Die laufende Abstimmung mit den Organisationen der Plenumsmitglieder in der Entwicklungsphase hat dafür gesorgt, dass sich alle Beteiligten mit den zehn R-GZ identifizieren und diese auch nach außen vertreten. Viele der beteiligten Organisationen verweisen im Rahmen ihrer eigenen Arbeit auf die R-GZ. **Die Rahmen-Gesundheitsziele sowie der Prozess erfahren hohe Akzeptanz.** Dies zeigt sich unter anderem darin, dass die Plenumsmitglieder (auch lange nach der Zielerarbeitung) regelmäßig an den Workshops und Veranstaltungen teilnehmen. Auch die Arbeitsgruppen zu den einzelnen R-GZ werden von den Beteiligten als wertvoll erachtet und Vertreter/innen für diese zusätzliche Arbeit abgestellt.

Der R-GZ-Prozess hat eine intensive Vernetzung unterschiedlichster Akteurinnen/Akteure ermöglicht, was vor allem auch die **Umsetzung von Health in all Policies** befördert. Es werden bestehende oder sich im Entstehen befindliche Strategien besser aufeinander abgestimmt und relevante Akteurinnen und Akteure einbezogen. Das Bewusstsein für sektorenübergreifende Zusammenarbeit wird expliziter umgesetzt und das Thema Gesundheit wird in unterschiedlichen Ressorts verstärkt wahrgenommen.

Auch hinsichtlich der Umsetzung der R-GZ können zentrale Erfolge verbucht werden. Mit Ende 2015 liegen bereits **fünf Strategie- und Maßnahmenkonzepte** vor, aus denen bereits vielfältige, langfristige Umsetzungsmaßnahmen entstanden sind (vgl. Abschnitt 3.3, Zitate siehe Literatur). Anzuführen sind hier beispielsweise die Umsetzung der Frühen Hilfen in Österreich und die Gründung der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz.

Erfreulich ist, dass der österreichische R-GZ-Prozess sowohl im Inland als auch im Ausland auf großes **Interesse und Anerkennung** trifft und als Vorbild gilt. In Österreich gab bzw. gibt es in den letzten Monaten bzw. Jahren mehrere Gesundheitsziele-Prozesse, die analog zu den R-GZ dem politikfeldübergreifenden Ansatz (Health in All Policies) besonderes Augenmerk widmen (z. B. die bereits beschlossenen Wiener Gesundheitsziele (Bässler et al. 2015), die in Erarbeitung befindlichen Salzburger und Tiroler Gesundheitsziele). Darüber hinaus gibt es **laufenden Austausch auf internationaler Ebene**, insbesondere mit der WHO-Europa, die den österreichischen Prozess wiederholt als vorbildlich dargestellt hat, aber beispielsweise auch mit Australien. Einige europäische Länder bzw. Regionen (z. B. Tschechien, Provinz Trentino in Italien) hol(t)en sich von den österreichischen R-GZ Anregungen für eigene Prozesse. In diversen Fach-Communities - auch über den R-GZ-Prozess hinausgehend - stoßen die zehn R-GZ auf Resonanz und dienen als Orientierung und Referenzrahmen für die Umsetzung von Maßnahmen.

Eine **breite Beteiligung - im Sinne von Health in All Policies - im weiteren R-GZ-Prozess** sicherzustellen, ist sicherlich **eine der zentralen Herausforderungen für die Zukunft**. Auch wenn sich das Bewusstsein für Health in all Policies auf Bundesebene durch den R-GZ-Prozess stark verbreitetet hat, sind hier sicherlich noch nicht alle zentralen Stakeholder erreicht worden. Insbesondere gibt es bei der (politkfeldübergreifenden) Einbindung der Bundesländervertreter/innen noch Nachholbedarf. Die intersektorale Einbindung aller Bundesländer könnte durch geeignete Strukturen erleichtert werden. Dies geht aber vermutlich weit über den R-GZ-Prozess hinaus.

Das starke **Leadership für Health in All Policies und R-GZ** des BMG ist ein weiterer zentraler Erfolgsfaktor des Prozesses (vgl. Abschnitt 4.2). Im weiteren Prozessverlauf soll sichergestellt werden, dass das bestehende Leadership für Health in All Policies und R-GZ erhalten bzw. zukünftig noch verstärkt wird. Diesbezüglich wären unterschiedliche Ansätze denkbar, beispielsweise die Durchführung von weiteren Bundes-Gesundheitskonferenzen, das Einrichten eines interministeriellen Health in All Policies-Gremiums, überparteiliche Beschlüsse zu den R-GZ (Minister- oder Nationalratsbeschluss) etc.

In Hinblick auf die Gestaltung des weiterlaufenden R-GZ-Prozess erscheint es wichtig, im Sinne der Kontinuität und der breiten Identifikation mit dem R-GZ-Prozess die zentrale Rolle **des R-GZ-Plenums** in Phase 3 zu erhalten. Das R-GZ-Plenum soll weiterhin bei relevanten Weichenstellungen im Prozess aktiv konsultiert und über R-GZ relevante Entwicklungen informiert werden. Die Planung und Organisation der Plenumssitzung soll möglichst zeiteffizient gestaltet sein, aber gleichzeitig partizipatives Arbeiten ermöglichen.

Kommunikation ist eine wichtige Aufgabe der Prozessbegleitung und essentiell in Hinblick auf die Vermittlung der Ergebnisse und Erfolge der Rahmen-Gesundheitsziele. Es gilt hier die gewählten Strategien und Maßnahmen (z. B. Website, Präsenz bei Veranstaltungen) immer wieder anzupassen bzw. um (weitere) zielgruppenspezifische Aktivitäten zu ergänzen.

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

4.2 Rückschlüsse für vergleichbare Strategieprozesse

Im Zuge der Prozessbegleitung haben sich zentrale Erfolgsfaktoren für das Gelingen des R-GZ-Prozesses herauskristallisiert, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Die **partizipative Erarbeitung der R-GZ** hat eine intensive Vernetzung unterschiedlichster Akteurinnen und Akteure innerhalb der Verwaltung, mit NGOs aber auch zwischen Bund und Länder ermöglicht. Durch die intersektorale Zusammensetzung des Plenums sind Personen aufeinandergetroffen, die sich im Rahmen ihrer individuellen Arbeitsbereiche unter Umständen gar nicht kennengelernt hätten. Die gemeinsame Erarbeitung der Ziele sowie der Arbeitsgruppenberichte hat neue Beziehungen geschaffen, die zum Teil auch bereits neue Kooperationen im Sinne von Health in All Policies ermöglicht haben (**Nutzen auf Partnership-Ebene).**

Im Prozessverlauf wurde sehr deutlich, dass es für die Entwicklung von Gesundheitszielen **Leadership** braucht. Der Auftrag von Ministerrat, Nationalrat und Bundesgesundheitskommission, die R-GZ zu erarbeiten sowie die formelle Verankerung von den R-GZ (vgl. Abschnitt 3.2) sind für den R-GZ-Prozess beispielsweise sehr wichtig, denn dadurch erlangt der R-GZ-Prozess in anderen Politikfeldern – außerhalb des Gesundheitswesens – Legitimation. Die Einbindung von interessierten Institutionen außerhalb des Gesundheitssektors wird erleichtert, da diese durch die formalen Beschlüsse bzw. Aufträge zu den R-GZ eine Legitimation für die Mitarbeit bei den R-GZ haben. Zentral für das Gelingen des R-GZ-Prozesses war, dass eine Institution – im konkreten Fall das BMG – den gesamten R-GZ-Prozess federführend geleitet und in dieser Rolle ein sehr starkes Leadership gezeigt hat. Die starke Identifizierung der zuständigen Sektionschefin mit dem Prozess und ihre kontinuierliche Anwesenheit bei den Plenumsworkshops werden vom Plenum als wichtig und wertschätzend erlebt. Auch die Präsenz des Gesundheitsministers bzw. der Gesundheitsministerin bei den Bundes-Gesundheitskonferenzen sowie fallweise im R-GZ-Plenum wurde von den Beteiligten als sehr positiv erlebt und als Wertschätzung und politisches Interesse an den R-GZ interpretiert. Es sollte daher bei allen vergleichen Strategieprozessen auf starkes Leadership geachtet werden und entsprechende Abklärungen und Vereinbarungen möglichst früh erfolgen.

Neben dem Leadership stellt aber auch das **Ownership** aller Beteiligten für den R-GZ-Prozess einen zentralen Aspekt für den Erfolg der R-GZ dar. Die Plenumsmitglieder identifizierten sich bereits in der ersten Phase (der Erarbeitung der Ziele) mit dem R-GZ-Prozess und tragen ihn seither mit. Aber auch Personen bzw. Institutionen, die erst später in den Prozess eingetreten sind, besitzen ein hohes Ownership zu den R-GZ und transportieren die Inhalte in ihre Arbeitsbereiche. Dies wird beispielsweise dadurch sichtbar, dass die im Plenum vertretenen Institutionen in diversen Berichten und Aktivitäten auf die R-GZ verweisen.

Im Hinblick auf **Personal- bzw. Organisationsentwicklung** zeigte sich sehr klar, dass durch die aktive Einbindung unterschiedlicher Politikbereiche in den Zielentwicklungsprozess das Verständnis für Gesundheit im Sinne der Determinantenorientierung in „gesundheitsfernen" Ressorts gestärkt werden kann. Die zahlreichen Diskussionen im Plenum und den Arbeitsgruppen machten deutlich, dass viele Organisationen bereits Maßnahmen zur Gesundheitsförderung umsetzen, auch

wenn dies nicht direkt als Ziel festgeschrieben ist. Die Erkenntnis, dass die Förderung von Gesundheit spezifischer Bevölkerungsgruppen durch die Kernarbeit aller Ressorts passieren kann, leistet einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis von Health in All Policies. Darüber hinaus kann aufgezeigt werden, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auch positive Auswirkungen auf andere Gesellschaftsbereiche haben können. Es wurde von Plenumsmitgliedern auch berichtet, dass die R-GZ den Stellenwert und die Akzeptanz von Arbeiten zu Prävention und Gesundheitsförderung in Organisationen innerhalb des Gesundheitsbereichs gestärkt haben.

Im Prozessverlauf wurde sehr deutlich, dass intersektorale Prozesse über den gesamten Prozessverlauf strategische, fachliche, und organisatorische Begleitung brauchen, wie es BMG und GÖG/ÖBIG für die R-GZ vorgenommen haben. Die dafür notwendige **Ressourcenwidmung** muss sichergestellt werden. Die Bereitschaft der beteiligten Institutionen, in den R-GZ-Prozess Ressourcen einzubringen, war sehr hoch, was für ein hohes Committment und Ownership der Institutionen für die R-GZ spricht. Gerade in Zeiten knapper Ressourcen ist eine fachliche Prozessbegleitung erforderlich um den intersektoralen Prozess effizient gestalten zu können.

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

Literatur

Bässler, Christina; Beurle, Alexandra; Thurner Daniela, Wimmer-Puchinger, Beate (2015): Gesundheitsziele Wien 2025. Landessanitätsdirektion der Stadt Wien, MA 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien. Wokersdorf

BKA (2013): Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018. Erfolgreich. Österreich. Bundeskanzleramt. Wien

BKA; BMLFUW (2009): Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung. Empfehlungen für die gute Praxis. Bundeskanzleramt und Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (Lebensministerium). Wien

BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

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

BMG (2011b): Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e). Bundesministerium für Gesundheit. Wien

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

Delle Grazie, Judith, Wimmer-Puchinger, Beate (2014): Rahmen-Gesundheitsziel 3 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Griebler, Robert; Winkler, Petra (2014): Rahmen-Gesundheitsziele. Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3 und 6. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Kobenter, Samo; Eichinger-Vill, Eva-Maria (2015): Rahmen-Gesundheitsziel 8 Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Operschall, Christian; Spitzbart, Stefan (2015): Rahmen-Gesundheitsziel 1 Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Rendi-Wagner, Pamela; Lehner, Petra (2014): Rahmen-Gesundheitsziel 6 Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Riebenbauer, Anna; Schenk, Martin (2014): Rahmen-Gesundheitsziel 2 Für gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern, unabhängig von Herkunft und Alter, sorgen. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Winkler, Petra; Anzenberger, Judith (2013): Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele. Baseline für die Beobachtung der Indikatoren. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Winkler, Petra; Griebler, Robert; Haas, Sabine (2014): Rahmen-Gesundheitsziele Gesamtkonzept für ein begleitendes Monitoring. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

Anhang

Anhang 1: Wirkungsziel-Tabelle Muster

Anhang 2: Wirkungsziel-Tabelle am Beispiel R-GZ 6, Wirkungsziel 2

Anhang 3: Detaillierte Prozessübersicht zu R-GZ

Anhang 1: Wirkungsziel-Tabelle Muster

Liste der Wirkungsziele und Maßnahmen

R-GZ 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen

Wirkungsziel 1: Bewusstsein bei Verantwortlichen für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken

¶

Maßnahmen	Zielgruppen / strategische Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen in allen Plänen und Strategien als eigene Zielgruppe						
Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie	Kinder und Jugendliche	**BMG,** andere Ressorts auf Bundesebene, SV-Träger, Länder, Sozialpartner	NGOs	Kostet „nur" Arbeitszeit und Überlegungen	Berücksichtigung Ja/nein	1,2,3,4,5,7,8,9, 10

Anhang 2: Wirkungsziel-Tabelle am Beispiel R-GZ 6, Wirkungsziel 2

R-GZ 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen
Wirkungsziel 2: In der Schwangerschaft und frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen / strategische Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Verstärktes Etablieren von Frühen Hilfen						
Grundlagenarbeit zu „Frühen Hilfen“	Schwangere und Kinder unter 6 Jahren, Eltern und Bezugspersonen, insbesondere Familien mit Belastungen	**BMG**, BMFJ, BMASK, BMBF, SV- Träger	**GÖG**, HV	Finanziert aus Vorsorgemitteln der BGA	Umgesetzt ja/nein	1, 2, 3, 5, 9
Leitfaden „Frühe Hilfen“	Schwangere und Kinder unter 6 Jahren, Eltern und Bezugspersonen, insbesondere Familien mit Belastungen	**BMG**, HV, WGKK, NÖGKK, OÖGKK, StGKK, KGKK	**GÖG,** ÖLKJG, Netzwerk Familie	Finanziert aus Vorsorgemitteln der BGA sowie Projektpool „Gemeinsame Gesundheitsziele“ von SV und Pharmawirtschaft	Liegt vor ja/nein	1, 2, 3, 5, 9
Modellprojekt „Frühe Hilfen“ durchführen und evaluieren	Schwangere und Kinder unter 2 Jahren, insbesondere Familien mit Belastungen	**HV, WGKK, NÖGKK, OÖGKK, StGKK, KGKK**	ÖLKJG	Finanziert aus Projektpool „Gemeinsame Gesundheitsziele“ von SV und Pharmawirtschaft	Umsetzung in 5 Modellregionen ja/nein Zahl der erreichten Familien	1, 2, 3, 5, 9

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

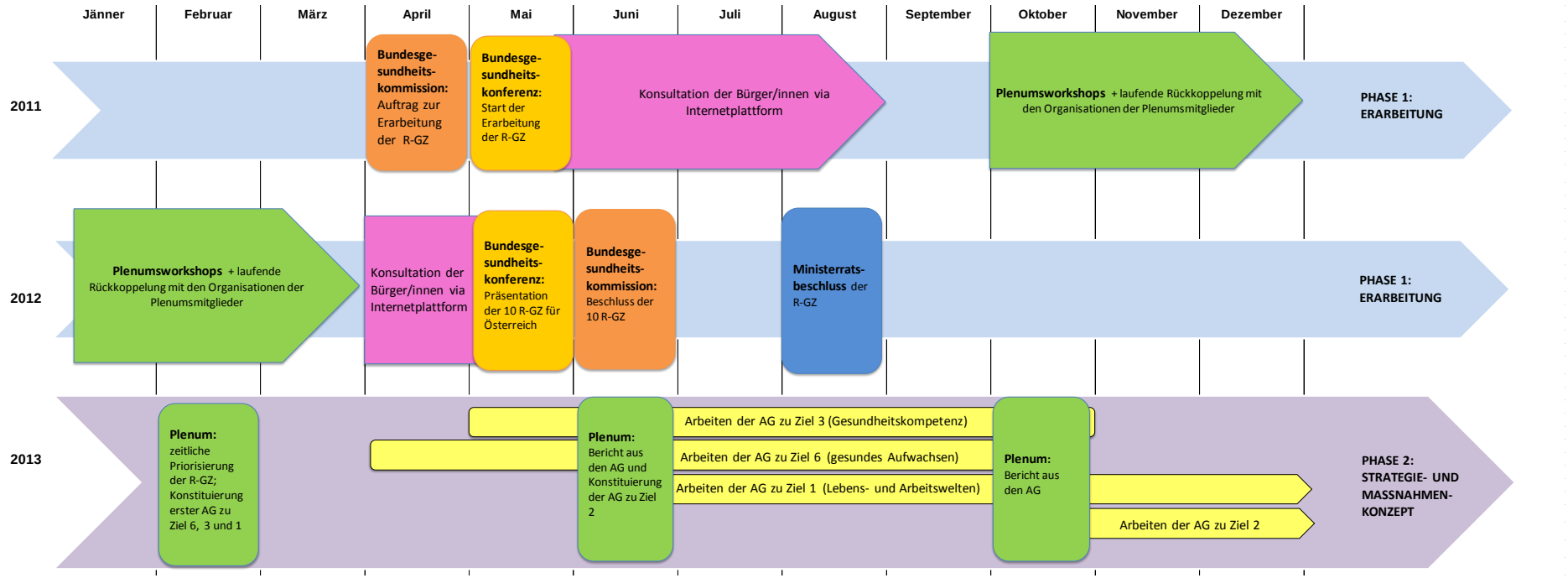
Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen / strategische Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Nachhaltige Struktur nach dem Vorbild des Nationalen Zentrums „Frühe Hilfen“ in Deutschland schaffen	Schwangere und Kinder unter 6 Jahren, Eltern und Bezugspersonen, insbesondere Familien mit Belastungen / lokale und regionale Frühe Hilfen-Netzwerke	**BMG,** BMFJ, SV, Länder, Städte/ Gemeinden			Umsetzung: Ja/nein	1, 2, 3, 5, 9
Verringerung der Mehrlingsgeburten durch reproduktionsmedizinsche Maßnahmen (Regelung maximaler Anzahl zu transferierender Embryonen)	Mütter, Säuglinge / Fortpflanzungsmediziner/innen	**BMG, HV**	Bundesministerium für Frauen, Fachgesellschaft der Fortpflanzungs-mediziner/innen, Frauenorganisationen	Kostet nur Arbeitszeit; spart Versorgungskosten	Umsetzung: Ja/nein	
Verstärktes Einbinden der Hebammen in die Schwangerenbetreuung (Aufnahme einer Hebammenberatung in den Mutter-Kind-Pass)	Schwangere	**BMG, BMFJ, SV**	Hebammen	2/3 Familienlastenausgleichsfonds, 1/3 SV	Umsetzung ja/nein	
Maßnahmen zur Reduktion von Kaiserschnittgeburten (Information über Handlungsempfehlungen des Obersten Sanitätsrats)	Schwangere und Säuglinge / Ökonomen des Krankenhauswesens	**BMG**, Länder	Bundesministerium für Frauen, Ärzteschaft, Krankenanstalten, ÖGGG, Frauenorganisationen	Kostet nur Arbeitszeit	Umsetzung ja/nein	

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen / strategische Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Erarbeitung eines Gesamtkonzepts zur Eltern-Kind-Vorsorge neu unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Zugangs und aktueller wissenschaftlicher Daten	Schwangere und Kleinkinder	**BMG**, SV, Länder, BMFJ	(Ärzte, Hebammen, Sozialarbeiter/innen, Psychologen/ Psychologinnen, Schwangere, MTD)	Finanziert von Bund, SV	Ja/nein	
Sicherstellen von hohen Durchimpfungsraten bei Kinderimpfungen mit volksgesundheitlicher Bedeutung						
Anpassung des Kinderimpfkonzepts unter Berücksichtigung der medizinischen Evidenz	Kinder und Jugendliche	**BMG, SV, Länder**	Impfausschuss	Finanziert von Bund, Ländern und SV	Zeit ab Zulassung einer Impfung bis zur Empfehlung/ Zeit ab Empfehlung bis zur Bezahlung	2
Gratis- Impfungen für alle Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gegen im Kinderimpfkonzept enthaltene Erkrankungen mit volksgesundheitlicher Bedeutung	Kinder und Jugendliche / Eltern, Ärztinnen/Ärzte	**BMG, SV, Länder**		Finanziert von Bund, Ländern und SV	Ja/nein	
Umsetzung des Nationalen Aktionsplan zur MMR-Elimination mit Maßnahmen im Bereich von Impfwesen, Surveillance und Ausbruchsmanagement	Kinder und Jugendliche / Eltern, Ärztinnen/Ärzte	**BMG**		Impfkonzept	Durchimpfungsraten	

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen / strategische Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Angebote für Kinder und Familien mit Migrationshintergrund						
Unterstützung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund durch niederschwellige Projekte	Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund	**BMEIA**	Partner (noch näher zu definieren)	Projektfinanzierung	Umgesetzt ja/nein	2, 3
„Wir begleiten Therapie (wibet)“ - interkulturelle Entwicklungsbegleitung	Familien und deren Kinder mit Entwicklungs- oder Gesundheitsproblemen sowie mit Migrationshintergrund und niedrigem ökosozialem Status	**ÖLKJG** / FGÖ, BMEIA, HV	beratungsgruppe.at, Verein VKKJ	Projektfinanzierung	Evaluation	2

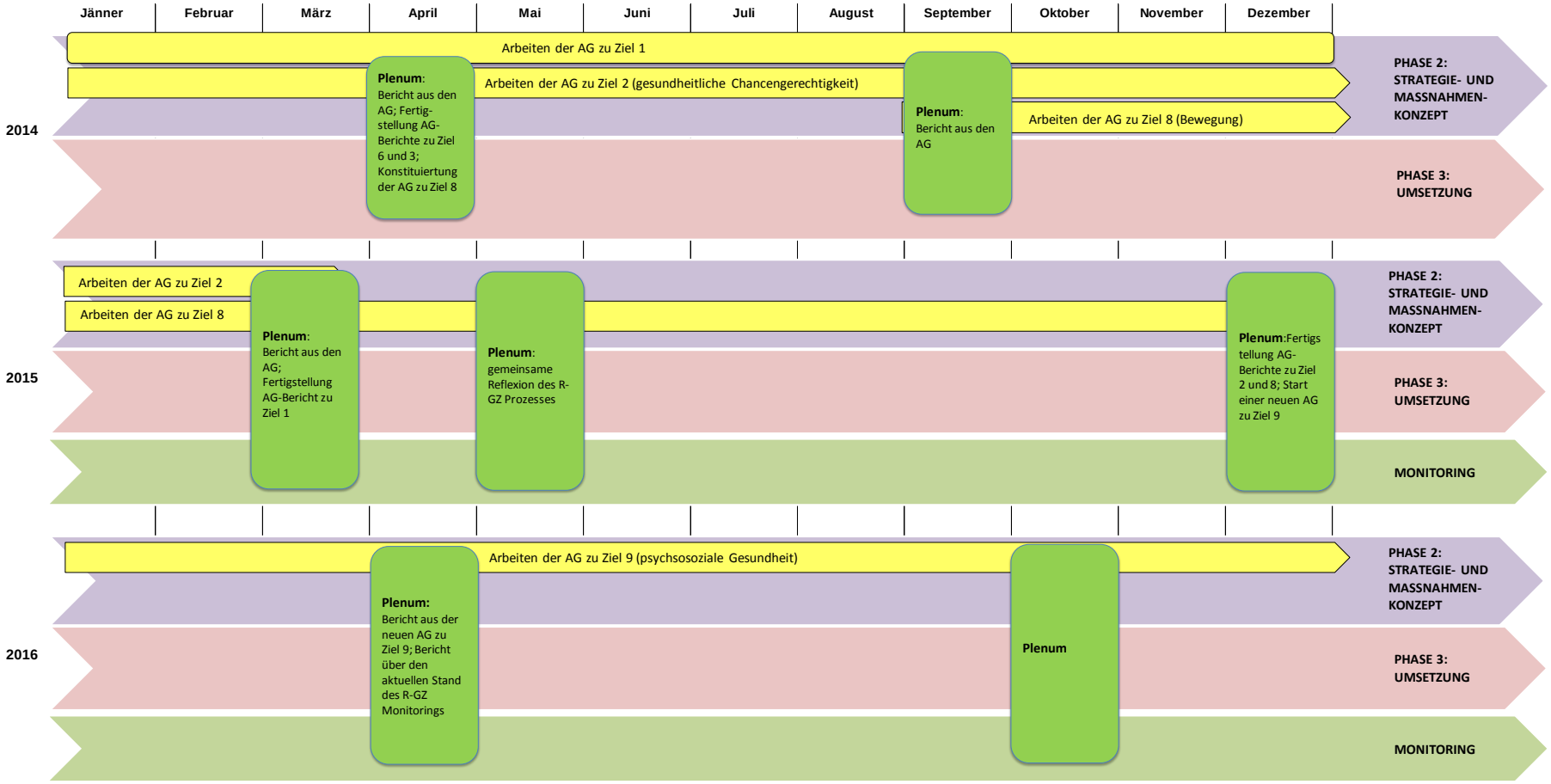
Anhang 3: Detaillierte Prozessübersicht zu R-GZ



PHASE 1: ERARBEITUNG der R-GZ
PHASE 2: ERARBEITUNG EINES STRATEGIE- UND MASSNAHMENKONZEPTS: durch Arbeitsgruppen zu den einzelnen Zielen
PHASE 3:UMSETZUNG: Maßnahmenumsetzung durch die beteiligten Organisationen

(Fortsetzung S.41)

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich



PHASE 1: ERARBEITUNG der R-GZ

PHASE 2: ERARBEITUNG EINES STRATEGIE- UND MASSNAHMENKONZEPTS: durch Arbeitsgruppen zu den einzelnen Zielen

PHASE 3:UMSETZUNG: Maßnahmenumsetzung durch die beteiligten Organisationen

© GÖG/ÖBIG 2016, R-GZ für Österreich