



# ÖGPH Newsletter Dezember 2012

ISSN: 1682-5411

## Inhalt

1.	Editorial	1
2.	Neuer ÖGPH-Vorstand	2
3.	Berichte von Projekten / Originalarbeiten	4
4.	Kick-Off neue Projekte	11
5.	ÖGPH-Tagung	13
6.	Lesenswertes	35
7.	Tagungsankündigungen	36
8.	Wissenswertes	37
9.	Impressum	39

## 1. Editorial

Liebe Public Health Gemeinde,

„Geschlechter kommen, Geschlechter vergehen, hirschlederne Reithosen bleiben bestehen“ (Börries Freiherr von Münchhausen). In der Österreichischen Gesellschaft für Public Health hat ein Generationenwechsel stattgefunden. Der neue Vorstand stellt sich in dieser Ausgabe des Newsletters vor.

Am 27. und 28. September hat die Jahreskonferenz der ÖGPH in St. Pölten stattgefunden, die sehr erfolgreich in Kooperation mit der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse durchgeführt worden ist. Ein Tagungsbericht findet sich in dieser Ausgabe. Für die, die es nicht nach St. Pölten geschafft haben, finden sich ebenfalls zahlreiche Kurzzusammenfassungen von Vorträgen als Beiträge in dieser Ausgabe des Newsletters. Das ist diesmal auch der Grund für die Überlänge des Newsletters. Wie Rückmeldungen zeigen, wünschen sich die Vielleser unter unseren Kollegen und Kolleginnen kürzere Beiträge. Dem werden wir ab der nächsten Ausgabe Rechnung tragen, denn: In der Kürze liegt die Würze. Apropos Kürze: Der kürzeste Tag des Jahres rückt immer näher. Aus diesem Anlass wünschen wir: Frohe Weihnachten und ein gesundes 2013!

Das Redaktionsteam



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

## 2. Neuer ÖGPH-Vorstand

### Neuer Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Public Health:

**Thomas Dorner, Nathalie Burkert, Günter Diem**

In der Vollversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health wurde am 28.09.2012 ein neuer, dreiköpfiger Vorstand gewählt.

In Einklang mit österreichischen und internationalen Standards verfolgt der Vorstand der ÖGPH weiterhin die Mission, Forschung und Praxis miteinander zu verbinden, um die Voraussetzungen für die Gesundheit der Menschen zu schaffen. Als Vision steht die ÖGPH dafür, eine Welt mit gesunden Menschen zu erreichen. Dabei orientiert sie sich an Werten wie Unabhängigkeit, Wissenschaftlichkeit, Ganzheitlichkeit und Dialogbereitschaft. Die in Österreich in den letzten Jahren etablierten Produkte der ÖGPH wie Jahrestagung, Newsletters, Arbeit in Arbeitsgruppen, Betreuung einer aktuellen Website, Kommunikationsforen sowie Publikationen und öffentliche Stellungnahmen sollen auch dieses Arbeitsjahr angeboten bzw. gestärkt werden.

Für den Vorstand der ÖGPH ist es sehr wichtig, eine Organisation mit und für aktive Mitglieder zu sein. Deshalb ruft der Vorstand die Mitglieder dazu auf, sich in bestehenden Arbeitsgruppen einzubringen bzw. neue themenspezifische oder lokale Arbeitsgruppen der ÖGPH zu konzipieren. Für die Mitglieder der ÖGPH, die auch automatisch Mitglieder der Europäischen Dachorganisation EUPHA sind, ergeben sich zusätzliche Vorteile wie ermäßigte Tagungsgebühren an ÖGPH- und EUPHA-Tagungen oder der Gratiszugang zu dem wissenschaftlichen Standardjournal für Public Health in Europa, zum European Journal of Public Health (<http://eurpub.oxfordjournals.org/>).

Mit folgenden Kurzlebensläufen möchte sich der Vorstand der ÖGPH vorstellen:

#### Thomas E. Dorner (Obmann)

Thomas Dorner studierte in Wien Medizin und schloss den Universitätslehrgang für Public Health ebenfalls in Wien ab. Nach 7 Jahren klinischer Tätigkeit und Abschluss des Turnus zum Arzt für Allgemeinmedizin arbeitete er am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie in Graz und ist derzeit Assistenzprofessor für Sozialmedizin in Wien. 2011 habilitierte er sich für das Fach Public Health mit dem Thema „Soziale Determinanten auf Gesundheitsressourcen, Gesundheitsverhalten und Morbidität“. Insgesamt 155 Publikationen, 41 davon PubMed gelistet (stand November 2012); Lehraufträge an der Med. Uni Wien, der Uni Wien, der Med. Uni Graz, der Donauuniversität Krems, der UMIT Hall in Tirol, der Fachhochschule Burgenland sowie bei den interuniversitären Lehrgängen Public Health Wien, Healthcare Management Wien, Insurance Medicine Basel und Interdisziplinäre Schmerzmedizin Wien; In der ÖGPH ist er Mitglied seit 2008. 2009 gründete er die Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität / Bewegung / Sport der ÖGPH deren Leiter er seither ist. Während seiner Tätigkeit in Graz war er Mitglied der Arbeitsgruppe Medien der ÖGPH bzw. der regionalen Public Health Gruppe in der Steiermark. Von der Gründung bis zur Auflösung war er Mitglied des Geschäftsausschusses der ÖGPH. Mitglied des Programmkomitees für die ÖGPH Jahrestagungen 2011 und 2012; Seit 2012 ist er Vertreter der ÖGPH im EUPHA Governing Board.



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

#### Nathalie T. Burkert (Schriftführerin)

Nathalie Burkert ist klinische und Gesundheitspsychologin und hat ihre Diplomarbeit über das psychologische Risiko von Operationen verfasst. Bereits während ihres Studiums war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie der Uni Graz. Nach Beendigung ihres Studiums war sie in Krankenhäusern in Graz und Deutschland klinisch und wissenschaftlich tätig. Seit 2010 arbeitet sie als Universitätsassistentin am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Gesundheit und ihren Einflussfaktoren mit Schwerpunkt Ernährung.

#### Günter Diem (Kassier)

Günter Diem, Jahrgang 1958, ist Arzt für Allgemeinmedizin und Gesundheitswissenschaftler (Universität Wien bzw. Meduni Graz). Neben Public Health hat er u.a. Zusatzausbildungen in Arbeitsmedizin, Umweltmedizin, psychosozialer und psychosomatischer Medizin sowie Epidemiologie und Evidence Based Public Health absolviert. Er war bis 2011 medizinischer Geschäftsführer des aks in Vorarlberg, arbeitet derzeit als Allgemeinmediziner, zeitweiliger Berater für die WHO, in diversen Arbeitsgruppen im Bereich Public Health, in der wissenschaftlichen Leitung für den Universitätslehrgang Public Health Governance in Vorarlberg und ist verantwortlich für den Evidence Based Public Health Kurs des CINDI Programms in Zusammenarbeit mit CDC Atlanta und Center for Prevention Research St. Louis.



Vorstand der ÖGPH: Günter Diem, Nathalie Burkert, Thomas Dorner (© Lilli Damm)



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

### 3. Berichte von Projekten / Originalarbeiten

#### Graphische Darstellung der österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (Thomas E. Dorner, Sylvia Titze)



Bewegung und körperliche Aktivität zählen zu den wichtigsten Maßnahmen, die jeder und jede selbst für die Gesundheit setzen kann. Die Vorteile, die durch körperliche Aktivität entstehen, sind vielfältig. Unabhängig von Krankheiten werden durch Bewegung das generelle Wohlbefinden, die körperliche Fitness und die psychische Verfassung positiv beeinflusst. Bewegung kann als Gelegenheit genutzt werden, mit neuen Menschen in Kontakt zu kommen und bestehende Beziehungen zu anderen Menschen zu festigen und damit das soziale Kapital erhöhen. Regelmäßige körperliche Aktivität hilft, körperliche Funktionen positiv zu beeinflussen sowie das Risiko für viele chronische Erkrankungen wie Herz- Kreislauferkrankungen und Krebs zu reduzieren. Weiter sind Bewegung und Ernährung das „Erfolgspaar“ für die Gewichtskontrolle. Das Ausmaß körperlicher Aktivität und Bewegung in der Bevölkerung zu erhöhen ist deshalb eines der wichtigsten Elemente der Gesundheitsförderung generell. Nicht umsonst lautet eines der Österreichischen Rahmengesundheitsziele „Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern“.

Die „Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“

<http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/forschung/bewegungsempfehlungen/>

wurden im Jahr 2009 von der Arbeitsgruppe „Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport“ der Österreichischen Gesellschaft für Public Health im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH und des Fonds Gesundes Österreich erstellt und 2010 herausgegeben. Kernstück dieses Grundlagendokumentes ist es, Empfehlungen über Ausmaß, Art, Häufigkeit und Intensität körperlicher Aktivität zu geben, um eine Wirkung auf die Gesundheit und eine Reduktion des Erkrankungsrisikos zu erzielen. Solche Ziele sehen selbstverständlich für junge, trainierte Freizeitsportlerinnen und -sportler anders aus als für ältere, übergewichtige körperlich inaktive Personen mit Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen oder Menschen nach Herzinfarkt. Um diesen unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener Gruppen gerecht zu werden, wurden die Empfehlungen als Mindestpensum an körperlicher Aktivität formuliert und zwar primär für gesunde Personen. Die Empfehlungen gelten aber auch als Mindestmaß an Bewegung für Menschen mit chronischen Erkrankungen, die die Bewegungsfähigkeit nicht unmittelbar betreffen (z.B. Asthma, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit etc.). Die österreichischen Bewegungsempfehlungen können als Grundlage für individuell formulierte Bewegungsempfehlungen herangezogen werden.

Mit der Broschüre „Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“ richten sich das Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH und der Fonds Gesundes Österreich in erster Linie an Gesundheitsexpertinnen und -experten. Es werden die Bewegungsempfehlungen detailliert formuliert und mit wichtigen Hintergrundinformationen ergänzt. Bereits bei der Erstellung der Bewegungsempfehlungen sprach sich ein internationales sowie ein österreichisches Expertinnen- und



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

Expertenteam für eine möglichst baldige graphische Darstellung der österreichischen Bewegungsempfehlungen aus.

Mit der Erstellung einer Graphischen Darstellung der Österreichischen Bewegungsempfehlungen wurde wieder die Arbeitsgruppe „Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport“ der Österreichischen Gesellschaft für Public Health im Jahr 2010 vom Fonds Gesundes beauftragt. Ziel des Projekts war es, für die Bevölkerung gut verständliche Graphiken (eine für Kinder und Jugendliche, eine für Erwachsene inklusive älterer Bevölkerung) zu erstellen, mit denen die neuesten wissenschaftlich abgesicherten Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung in der österreichischen Öffentlichkeit leicht fassbar kommuniziert werden können.

Als Diskussionsgrundlage für die Graphik dienten Abbildungen aus der Schweiz, aus Finnland und Kanada. Diese sowie weitere graphische Darstellungen von Bewegungsempfehlungen wurden von der Arbeitsgruppe überprüft mit dem Ziel, für österreichische Verhältnisse eine gut verständliche Alternative zu sehr textlastigen Darstellungen zu finden. Die Arbeitsgruppe „Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport“ der Österreichischen Gesellschaft für Public Health verstand sich als wissenschaftliches Beraterinnen- und Beratergremium, um die Entwürfe eines professionellen Graphikers zu bewerten und gegebenenfalls zu optimieren.

Die Arbeitsgruppe diskutierte ausführlich verschiedene Grundformen, die Bewegungsempfehlungen graphisch darzustellen. Darunter waren eine Balkenform, eine Pyramidenform und verschiedene Kreisformen. Insbesondere die Pyramidenform wurde sehr ausführlich diskutiert, weil sich eine Analogie zur Ernährungspyramide angeboten hätte. Dennoch entschied die Gruppe, dass eine Darstellung der Bewegungsempfehlungen in Pyramidenform ungeeignet ist. Gründe, die dagegen sprachen waren:

(1) Die Bewegungsempfehlung in Pyramidenform würde eine Hierarchie der dargestellten Bewegungsintensitäten bedeuten und streng genommen folgende Empfehlung sein:

Aus gesundheitlicher Sicht ist es notwendig, möglichst viel Bewegung mit mittlerer Intensität auszuüben, weniger häufig soll man Bewegung mit höherer Intensität betreiben.

Nach dem bisherigen Wissensstand sind einige gesundheitlichen Effekte jedoch höher, wenn man regelmäßig Bewegung mit höherer Intensität betreibt.

(2) Die Pyramidenform könnte auch vermitteln, nur wenn man Bewegung mit mittlerer Intensität macht, darf man auch Bewegung mit höherer Intensität machen. Diese Botschaft stimmt nicht, weil gut trainierte Menschen rein theoretisch ohne Bewegung mit mittlerer Intensität den gesundheitlichen Nutzen regelmäßiger Bewegung voll ausschöpfen können.

(3) Würde man eine Bewegungspyramide analog der Ernährungspyramide interpretieren, so müsste die Spitze der Pyramide Bewegungsarten enthalten, die möglichst selten oder gar nicht ausgeführt werden sollten. Die Arbeitsgruppe war der Meinung, dass Negativbotschaften (z.B. sitzender Alltag) aus Gründen der Verständlichkeit und Durchführbarkeit (in vielen Berufen kann man nicht wählen, nur wenige Stunden vor dem Computer zu sitzen) vermieden werden sollten.

(4) Eine Darstellung in Pyramidenform ist weiter nicht geeignet, die Kombination von Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität zu visualisieren. Diese ist für die Bevölkerung jedoch eine sehr wichtige Botschaft, die in der Grafik herausgearbeitet werden muss.

(5) In der Schweiz, wo die Bewegungsempfehlungen für Erwachsene in einer Pyramide dargestellt werden, wurde einige Jahre später für die Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche ein Kreis gewählt. Auch in anderen Ländern (Finnland, Canada) wurden andere (geometrische Formen) gewählt.



Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
 Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

Mittels eines differenzierten Abstimmungsprozesses wurde schließlich von allen die Kreisform mit einem Kraftsegment bevorzugt. Die Arbeitsgruppe einigte sich weiter darauf, die Bewegungsformen mittels Piktogrammen darzustellen. Bei der Wahl der Piktogramme wurde darauf Wert gelegt, dass

- (1) möglichst viele verschiedene Bewegungs- und Sportarten abgebildet sind
- (2) viele typisch Österreichische Sportarten berücksichtigt wurden
- (3) Bewegungsformen verschiedener Bereiche, nämlich aktive Mobilität, Alltag und Freizeit dargestellt werden
- (4) Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko möglichst vermieden wurden
- (5) Sport- und Bewegungsformen abgebildet wurden, die auch von Menschen mit Behinderungen durchgeführt werden können
- (6) das Geschlechterverhältnis bei den abgebildeten Sportarten möglichst ausgewogen war.

Für Erwachsene werden folgende Piktogramme verwendet:

Bewegung mit mittlerer Intensität	Bewegung mit höherer Intensität
Nordic Walking (Frau)	Skilanglaufen (Mann)
Laubrechen (Mann)	Jogging / Laufen (Mann)
Wassergymnastik (Frau oder Mann)	Renncradfahren (Frau)
Radfahren mit Einkaufstasche (Frau)	Bergwandern (Mann)
Tanzen (Frau und Mann)	Basketball (Frau im Rollstuhl)
Gehen (Mann mit Aktentasche und Kind)	Fußballspielen (Frau und Mann)
Zügiges Gehen (Frau mit Hund)	
Gehen (alte Frau mit Rollator)	

Muskelkräftigende Aktivitäten
Klettern (Mann)
Kräftigung mit Theraband (Mann im Rollstuhl)
Training mit Hantel (Frau)
Sit-up (Frau)

Folgende Bewegungs- und Sportarten für Kinder und Jugendliche wurden in den graphischen Darstellungen mittels Piktogrammen dargestellt:

Kinder	Jugendliche
Tretroller (Bub)	Beachvolleyball (Mädchen und Junge)
Fangspiel (Mädchen und Bub)	Kraulschwimmen (Junge)
Springseilspringen (Mädchen)	Tischtennis (Junge im Rollstuhl)
Zufußgehen mit Schultasche am Rücken (Mädchen und Bub)	Mountainbike in der Ebene (Junge)
Spielen mit Ball (Mädchen und Bub)	Hip Hop (Mädchen)
Skifahren (Mädchen)	Judo (Mädchen und Junge)
Klettern an einem Gerüst (Mädchen)	Skateboard (Mädchen)

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
 Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

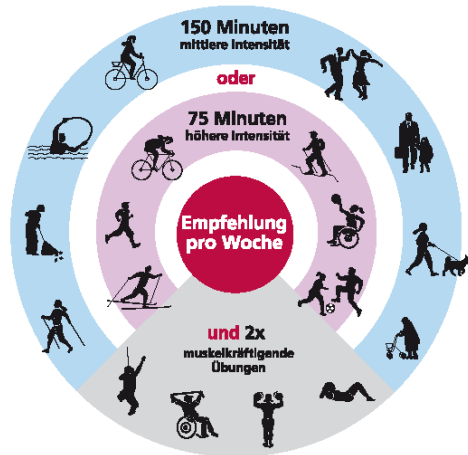
Eine weitere Entscheidung wurde dahingehend gefällt, dass aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die Minimalempfehlungen dargestellt werden. Die Optimalempfehlungen wurden in der Darstellung weggelassen. Zusätzlich zur Graphik soll in wenigen Textfeldern die notwendigsten Informationen zur Graphik geliefert werden.

Im Oktober 2012 wurden die graphischen Darstellungen der Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung vom Fonds Gesundes Österreich publiziert (siehe Abbildungen).

Ziel ist es, die graphischen Darstellungen der Österreichischen Bewegungsempfehlungen einem möglichst breiten Personenkreis zugänglich zu machen. Dazu werden die graphischen Darstellungen in verschiedenen Medien publiziert. Weiter sind bereits vom Fonds Gesundes Österreich eine Frisbee-Scheibe mit der Darstellung der Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche sowie ein T-Shirt mit der Darstellung der Bewegungsempfehlungen für Erwachsene herausgegeben worden. Mit dieser Darstellung sollen Menschen zu mehr Bewegung animiert bzw. auch daran erinnert werden, Bewegung als Alternative für gesundheitsschädigendes Verhalten einzusetzen. Dazu eignet sich beispielsweise das Anbringen der graphischen Darstellung der Bewegungsempfehlungen an Kühlschränken bzw. die Verwendung der Graphiken als Desktophintergrund auf Computerbildschirmen.

Die Arbeitsgruppe gab der graphischen Darstellung der Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung auch einen Namen: das österreichische Bewegungs-Rad.

### Bewegungsempfehlungen für Erwachsene



Sie können auch Bewegungen mittlerer und Bewegungen höherer Intensität kombinieren  
 Als Faustregel gilt, dass 20 Minuten Bewegung mit mittlerer Intensität gleich viel zählen wie 10 Minuten Bewegung mit höherer Intensität.

1 Mittlere Intensität bedeutet, dass die Atmung etwas beschleunigt ist, während die Bewegung aber noch gesprochen werden kann. Dauer: 150 min = 2 1/2 h für den Tag empfohlen.

2 Höhere Intensität bedeutet, dass man tiefer atmen muss und nur noch kurze Wortwechsel möglich sind. Dauer: 75 min = 1 1/4 h

3 Bei muskelaufbauender Bewegung sollen die großen Muskelgruppen des Körpers gestärkt werden, indem das eigene Körpergewicht oder Hilfsmittel (z.B. Therabänder) als Widerstand eingesetzt werden.

### Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche



Empfohlen werden **vielfältige** Bewegungsformen.  
 Spätestens nach einer Stunde Sitzen sollen Kinder und Jugendliche sich wieder bewegen.

**Kontakt:** Thomas Ernst Dörner, Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. MPH  
 Medizinische Universität Wien, Institut für Sozialmedizin; Tel.: 0043-1-40160 - 34884; E-Mail:  
[thomas.dorner@meduniwien.ac.at](mailto:thomas.dorner@meduniwien.ac.at)



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

## **Schulische Gesundheitsförderung In Schottland – ein Beispiel Erfolgreicher Implementierung (Lisa Gugglberger)**



Schulische Gesundheitsförderung ist in Schottland in einem Ausmaß implementiert, das bisher kaum ein anderes Land erreicht hat. Schulische Gesundheitsförderung ist per Gesetz geregelt und seit 2011 einer der Kernbereiche im schottischen Lehrplan.

Ein gemeinsames Projekt zwischen Österreich und Schottland ist der Frage nachgegangen, wie Schottland diesen Status erreicht hat. Das Ziel war es, die Prozesse der Implementierung von schulischer Gesundheitsförderung in Schottland zu analysieren – die wichtigen Schritte, die notwendigen Strukturen, Rahmenbedingungen und relevante Akteure. Es sollte dadurch ein Beitrag zum Wissen über förderliche Strukturen für die Implementierung von schulischer Gesundheitsförderung auf der nationalen Ebene geleistet werden. Dafür wurden verschiedene Akteure auf nationaler-, regionaler- und Schulebene interviewt und Policy-Dokumente analysiert.

Ein Ergebnis der Analyse war, dass die Implementierung von schulischer Gesundheitsförderung in Schottland verschiedene Phasen durchlaufen hat. In den 1980er Jahren wurde Gesundheit in der Schule noch als Gesundheitserziehung erfasst und die Themen wurden vorrangig vom Gesundheitssektor angetrieben. Mit dem Abhalten einer internationalen Konferenz in Schottland 1986, die internationale und nationale Aufmerksamkeit für das Thema schulische Gesundheitsförderung gebracht hat, begann eine Veränderung in Richtung eines umfassenderen Ansatzes. In den darauffolgenden Jahren ist Schottland dem Europäischen Netzwerk für gesundheitsfördernde Schulen (European Network for Health Promoting Schools, ENHPS) beigetreten und die schottische Behörde für Gesundheitserziehung (Health Education Board Scotland) ermutigte den Bildungs- und den Gesundheitssektor auf regionaler Ebene zusammenzuarbeiten.

Die nächste Phase begann 1999 mit der Gründung des schottischen Parlaments. Schottland bekam die Kontrolle über den Gesundheits- und den Bildungssektor. In dieser Phase entwickelten sich erste Partnerschaften zwischen Bildungs- und Gesundheitssektor auf der nationalen und der regionalen Ebene. Gemeinsam identifizierten diese Partner die Notwendigkeit für eine neutrale Stelle für schulische Gesundheitsförderung.

Im Jahr 2002 wurde eine solche Stelle gegründet: die „Scottish Health Promoting Schools Unit“ (SHPSU), die von der schottischen Regierung und NHS Scotland (National Health Service, Nationaler Gesundheitsdienst Schottland) finanziert und in der schottischen Bildungseinrichtung Learning and Teaching Scotland untergebracht wurde. Weiters wurde eine strategische Partnergruppe etabliert sowie das nationale Netzwerk für schulische Gesundheitsförderung gegründet. 2003 wurde das ministerielle Ziel formuliert, dass alle schottischen Schulen bis 2007 gesundheitsfördernde Schulen sein sollen. Die schottischen Bundesländer wurden damit beauftragt, dafür Sorge zu tragen, dass Schulen dieses Ziel erreichen würden. Bundesländer entwickelten deshalb Akkreditierungsschemata, die durch nationale Richtlinien und Unterstützung vom SHPSU gefördert wurden und einen nationalen Anerkennungsprozess durchlaufen mussten. 2007 wurde ein weiteres wichtiges Gesetz („Schools Health Promotion and Nutrition Scotland Act“ – Gesetz für Schulische Gesundheitsförderung und Ernährung) verabschiedet, das klare Rollen für Schulen, die schottischen Bundesländer und die regionalen Gesundheitsbehörden definierte.





In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

2008 begann die aktuelle Phase, in der Gesundheitsförderung im Schulsystem verankert wurde. Der SHPSU wurde eingestellt und der Erziehungsbereich übernahm die Agenden der schulischen Gesundheitsförderung. „Health and Wellbeing“ sind nun ein Kernstück des neuen Curriculums, das 2011 in Kraft getreten ist. Da es allerdings erst in einer sehr jungen Phase ist, können noch keine Schlussfolgerungen über seinen Erfolg und Nachhaltigkeit gezogen werden.

Es konnten drei Schlüsselfaktoren im schottischen Fall identifiziert werden: Erstens scheinen der politische Wille und das Commitment, schulische Gesundheitsförderung zu implementieren, zentral. Seit der Übertragung der parlamentarischen Gewalt formulierte die schottische Regierung schulische Gesundheitsförderung als eine Priorität. Zweitens war die Strategie, nationale Richtlinien mit regionaler Selbstorganisation zu paaren, erfolgreich für die Implementierung. Die nationale Ebene in Schottland unterstützte die Bundesländer durch sogenannte Kontextsteuerung (z.B. durch Richtlinien, finanzielle Mittel) und ermöglichte, dass die Bundesländer nach ihren eigenen Bedürfnissen handeln konnten. Drittens waren die starken Partnerschaften zwischen dem Gesundheits- und dem Bildungssektor ausschlaggebend, in denen die Frage nach der Zuständigkeit für schulische Gesundheitsförderung transparent geregelt wurde.

#### Literatur:

Gugglberger L. & Inchley J. (in press): Phases of Health Promotion Implementation into the Scottish School System. Health Promotion International

Inchley J., Gugglberger L. & Young I. (2012): From health to education: the journey towards health promoting school implementation in Scotland. In: Samdal, O. and Rowling, L. The Implementation of Health Promoting Schools. Exploring the theories of what, why and how. Routledge

Gugglberger L. (2011): Phases of School Health Implementation in Scotland. Vienna: LBIHPR

#### Kontakt:

Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Lisa Gugglberger, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Tel.: +43 1 2121 493 – 30; E-Mail: [lisa.gugglberger@lbihpr.lbg.ac.at](mailto:lisa.gugglberger@lbihpr.lbg.ac.at)

#### Health in All Policies zur nachhaltigen Gesundheitsförderung im kommunalen Setting am Beispiel eines Projektes zur Herz-Kreislauf-Gesundheit im Bezirk Oberwart (Erwin Gollner, Silvia Tuttner)



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert in Anlehnung an die sozialen Grundsätze der Agenda 21 der Vereinten Nationen in ihrem Programm „Gesundheit 21. Gesundheit für Alle im 21. Jahrhundert“, die Förderung einer gesunden Umwelt und nachhaltigen Gesundheit mit Hilfe multisektoraler Strategien als Grundsatz. Nachhaltige gesundheitliche Entwicklung wurde aufgrund dieser weltweiten Strategieentwicklung zum zentralen Ziel der kommunalen Gesundheitsförderung. Durch die Umsetzung der Basiskonzepte der Gesundheitsförderung konnte auch im Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“ (finanziert vom Fonds Gesundes Österreich, Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH) die Entwicklung gesundheitsförderlicher Angebote und Strukturen sowie die Verankerung von



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

Gesundheit in der Gemeindepolitik der teilnehmenden Gemeinden gefördert werden. Die nachhaltige Wirkung dieses Gesundheitsförderungsprojektes ist von großer Bedeutung zur Verbesserung der Herz-Kreislauf-Gesundheit im Bezirk Oberwart. Die Implementation der Nachhaltigkeitsstrategie orientiert sich an Kriterien und Strategien der Organisationsentwicklung. Aufgrund der Ergebnisse dieses Entwicklungsprozesses konnte auf kommunaler Ebene ein bedeutender Beitrag zur Nachhaltigkeit des Projekts, im Sinne des Health in All Policies Ansatzes (HiAP) geleistet werden.

Aufgrund der Tatsache, dass sich viele der globalen Probleme am besten auf kommunaler Ebene lösen lassen wurden die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen aufgerufen, eine „Lokale Agenda 21“ zu erstellen. Unter dem Motto „Global denken – lokal handeln“ sollen die Kommunen das Ziel, den Kriterien der Agenda 21 – Ökonomie, Ökologie und Nachhaltigkeit gerecht zu werden, verfolgen. Im Dialog mit den Bürgerinnen und Bürgern sollen lokale Leitbilder zur Nachhaltigkeit, die ökologische, soziale und wirtschaftliche Themen miteinander verbinden, formuliert und umgesetzt werden. (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft, 2010, www) Nachhaltige gesundheitliche Entwicklung wurde aufgrund dieser weltweiten Strategieentwicklung zum zentralen Ziel der kommunalen Gesundheitsförderung. Bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im kommunalen Setting setzt man sich mit den wesentlichsten gesundheitlichen Einflussfaktoren auseinander. Im Fokus liegen soziale Strukturen, Lebens- und Umweltbedingungen und politische Einflüsse. Trotz des Umstandes, dass viele Faktoren auf nationaler Ebene vorgegeben sind, bieten Settings viele Möglichkeiten für innovative Maßnahmen und Projekte im Rahmen einer nachhaltigen Gesundheitsförderung. (Naidoo & Wills, 2003, S. 303) Das Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ förderte die Entwicklung gesundheitsförderlicher Angebote und Strukturen sowie die Verankerung von Gesundheit in der Gemeindepolitik der teilnehmenden Gemeinden. Die nachhaltige Wirkung dieses Gesundheitsförderungsprojektes ist von großer Bedeutung zur Verbesserung der Herz-Kreislauf-Gesundheit in der Zielregion. Durch die Umsetzung der Basiskonzepte zur nachhaltigen Gesundheitsförderung, dem Settingansatz, der Kapazitätsentwicklung, einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik und der Organisationsentwicklung, erhielten die Bürgerinnen und Bürger der Modellprojektgemeinden ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit. Partizipation und Empowerment der Bevölkerung sind Grundvoraussetzung zur Kapazitätsentwicklung innerhalb einer Gemeinde und somit entscheidend für die Nachhaltigkeit des Projekts. Des Weiteren sind gute Kommunikationsstrukturen, die mit Hilfe unterschiedlich differenzierter Methoden der Organisationentwicklung positiv beeinflusst werden können, unerlässlich. Die Gemeinde sollte nicht nur ein Ort von Interventionen auf unterschiedlicher Ebene sein, sondern sich zu einem vernetzten „gesundheitsfördernden Setting“ entwickeln. Eine gesunde Umwelt, eine fest integrierte Gesundheitsförderung und die Bildung von Netzwerken bzw. Kooperationen sind Eckpunkte einer gesundheitsfördernden Gemeinde. Dazu bedarf es nachhaltiger Veränderungen in der kommunalpolitischen Auseinandersetzung mit der Gesundheit der Bevölkerung. Neue Strategien zur gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in der Gemeinde beziehen gesundheitliche Aspekte in Aktivitäten des täglichen Lebens und allen politischen Entscheidungen mit ein (Baric & Conrad, 1999, S. 37 ff). Der „Health in All Policies“ Ansatz wird somit auf der politischen Mikroebene zum wichtigen Bestandteil für nachhaltig wirksame Gesundheitsförderung. Das kommunale Setting ist Lebensraum bzw. Lebenswelt und hat starken Einfluss auf die Gesundheitsdeterminanten der Bürgerinnen und Bürger. Die Lebensweisen und Lebensstile der Bevölkerung sowie sozioökonomische und umweltbezogene Faktoren können durch eine gesundheitsförderliche Gemeindepolitik verbessert werden. Die politische Kultur einer Gemeinde kann somit



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

auschlaggebend für eine Verbesserung der Herz-Kreislauf-Gesundheit seiner Bevölkerung sein. Die Gemeinde stellt ein wichtiges Setting in der Gesundheitsförderung dar. Kommunalspezifische Gesundheitsförderungsstrukturen können das Bewusstsein für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik im Setting Gemeinde fördern und Ansätze zur Umsetzung bereitstellen. Die politische Basis integriert die Bedürfnisse der Bevölkerung und ist imstande, einen wertvollen Beitrag zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu leisten. HiAP auf kommunaler Ebene ist eine wichtige Bottom-Up Strategie, die die aktuellen Bemühungen zur Förderung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich unterstützt.

#### Literatur:

Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft (2010). Gemeinsame Erklärung zur Lokalen Agenda 21 in Österreich. Verfügbar unter: <http://impresum.lebensministerium.at/article/articleview/84901/1/25543> [01.11.2011].

Naidoo, J., Wills, J., (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung: Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit und Gemeinwesenentwicklung. Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.

Baric, L., Conrad, G. (1999). Gesundheitsförderung in Settings: Konzept, Methodik und Rechenschaftspflicht zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

**Kontakt:** Prof. (FH) Mag. Dr. Erwin Gollner

Fachhochschule Burgenland; Tel.: +43 (0)3357 45370-0; E-Mail: [erwin.gollner@fh-burgenland.at](mailto:erwin.gollner@fh-burgenland.at)

## 4. Kick-Off neue Projekte

### Schulbuffet OK (Katharina Schradt)



Schüler- und LehrerInnen verbringen einen Großteil des Tages in der Schule. Unterrichten und Lernen sind anspruchsvolle Tätigkeiten, die viel Energie benötigen, weshalb es wichtig ist, im Schulalltag Möglichkeiten für eine gesunde Verpflegung in angenehmer Atmosphäre vorzufinden.

Bei der Gestaltung eines Schulbuffets prallen zum Teil unterschiedliche Interessen aufeinander. SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern und Schulwart sowie BuffetbetreiberInnen haben unterschiedliche Vorstellungen davon, welches Angebot es beim Buffet geben soll.

Im Schuljahr 2012/13 haben daher 16 steirische AHS und BHS die Möglichkeit, im Rahmen des von Styria vitalis begleiteten und vom Land Steiermark finanzierten Projektes „Schulbuffet OK“ die **Rahmenbedingungen für gesundes Essen und Trinken im Schulalltag** genauer unter die Lupe zu nehmen.

Das Projekt gliedert sich in mehrere Phasen. Bei einem von Styria vitalis moderierten Startworkshop reflektieren die Schulleitung sowie relevante Interessengruppen die Bedeutung des Themas Essen & Trinken für die Schule, bringen mit dem Projekt verbundene Sorgen bzw. Wünsche auf den Tisch, installieren ein Projektteam Schulbuffet und erarbeiten schulspezifische Projektziele.

In einem nächsten Schritt erhalten die BuffetbetreiberInnen vor Ort durch mobile Coaches im Rahmen der Initiative „Unser Schulbuffet“ praxisrelevante Tipps sowie Materialien, die das Marketing erleichtern. Weiters haben sie die Möglichkeit, ihr Angebot auf Basis der Leitlinie Schulbuffet auszeichnen zu lassen. Beim Reflexionsworkshop mit dem jeweiligen Projektteam Schulbuffet OK werden die Beiträge der Schule wie etwa die Pausengestaltung oder Zeit und Raum, die zum Essen bzw. Kochen zur Verfügung stehen, geklärt. Ergänzende Aktionstage mit einem Stationenbetrieb zu Themen wie Genuss, Nachhaltigkeit oder Brain Food sollen das Commitment von SchülerInnen, LehrerInnen und Eltern für ein angepasstes Buffetangebot fördern. Mehr Infos zum Projekt finden Sie unter [www.schulbuffetok.at](http://www.schulbuffetok.at). Der Schlüssel zum Erfolg eines nachhaltig installierten gesunden und gut angenommenen Verpflegungsangebotes liegt darin, eine **Balance zwischen wirtschaftlicher Umsetzbarkeit und Akzeptanz des Angebotes bei SchülerInnen und LehrerInnen** zu schaffen. Das Projekt Schulbuffet OK schafft eine Plattform, in der das Erarbeiten eines für das Gelingen wichtigen Konsenses möglich wird. Es handelt sich dabei um ein Pilotprojekt, im Zuge dessen die Rahmenbedingungen für Veränderungen geklärt werden und der Weg zu einem attraktiven Schulbuffet für zukünftig alle steirischen Schulen erkundet wird.



Bildmaterial: Croce & Wir

**Die gesündere Wahl sollte die leichtere sein.** Die Erfahrung zeigt, dass dazu oft kleine Veränderungen reichen: Das bessere Bekanntmachen des Angebotes in der Schule, das Nennen von Bestandteilen eines Jausenweckerls sowie eine ansprechende Präsentation und Abwechslung bei den Speisen. Werden



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

SchülerInnen bei der Umstellung auf ein gesünderes Angebot am Schulbuffet eingebunden, werden Vollkornweckerl und Co mit Begeisterung gekauft.

**Kontakt:**

*Styria vitalis, Mag<sup>a</sup> Katharina Schradt*

Tel.: 0316/82 20 94 - 71, [katharina.schradt@styriavitalis.at](mailto:katharina.schradt@styriavitalis.at), [www.styriavitalis.at](http://www.styriavitalis.at)

## 5. ÖGPH-Tagung

**Bericht von der 15. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health: „Kinder- und Jugendgesundheit: Messen-Planen-Fördern-Steuern“** (Wolfgang Dür<sup>1</sup> & Brigitte Piso<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, <sup>2</sup>Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment)

Die Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) widmete ihre 15. Wissenschaftliche Jahrestagung, welche erstmals in Kooperation mit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse ausgerichtet wurde, dem Thema „Kinder- und Jugendgesundheit: Messen-Planen-Fördern-Steuern“. 150 TeilnehmerInnen, ForscherInnen und AnwenderInnen sowie EntscheidungsträgerInnen, die im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit arbeiten, konnten sich an zwei Tagen im Cityhotel St. Pölten mit den wissenschaftlichen, politischen und praktischen Aspekten der Kinder- und Jugendgesundheit auseinandersetzen.

Gesundheitsminister Alois Stöger betonte in seiner Eröffnungsrede den hohen Stellenwert, welchen er der Kinder- und Jugendgesundheit in seiner Amtsperiode eingeräumt hat. Karin Scheele, niederösterreichische Landesrätin für Gesundheit, Soziales und Wohlfahrt, sowie Michael Pap, Obmann Stellvertreter der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, zeigten exemplarisch auf, wie die Bundesländer und die regionalen Krankenkassen den Gesundheitsproblemen der Kinder zu begegnen trachten.

Unter den Hauptvortragenden befanden sich Fionna Klasen (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), die die deutsche BELLA-Studie (Befragung zum Seelischen Wohlbefinden und Verhalten) vorstellte, Wolf Kirschner (FB+E Forschung, Beratung und Evaluation GmbH, Berlin), der vom „Netzwerk Gesunde Kinder in Brandenburg“ als Beispiel für ein bevölkerungsweites Unterstützungsprogramm für Familien von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter berichtete und Mechthild Paul, Leiterin des Zentrums Frühe Hilfen in Köln, die über die Erfahrungen des seit einigen Jahren bestehenden deutschen Koordinationszentrums vortrug.

Aus Österreich kamen Beiträge beispielsweise von Veronika Wohlschlager (Bundesministerium für Gesundheit) über die Umsetzung der Kindergesundheitsstrategie, Judith delle Grazie (Bundesministerium für Gesundheit) über Ernährungsvorsorge, Martina Almer (NÖGKK) über das Pilotprojekt zur Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niederösterreich, und Barbara Gravogl (NÖGKK) legte ihren Vortragsschwerpunkt auf die Angebote der Service Stelle Schule in Niederösterreich, insbesondere das Betreuungskonzept der „Gesunden Schule“.

In sieben Parallelsessions mit thematischen Schwerpunkten von der Schwangerschaft bis ins Jugendalter, von Forschung und Ausbildung über Versorgung bis hin zur „Policy“ stellten insgesamt 40 RednerInnen aktuelle Forschungsprojekte oder Praxisbeispiele vor. Einige Zusammenfassungen davon finden sich direkt im Anschluss.



---

## **Behavioural HIV Surveillance: Steuerungsinstrument für HIV-Prävention und sexualpädagogische Maßnahmen bei Jugendlichen** (Frank M. Amort, FH JOANNEUM, Bad Gleichenberg)

Behavioural Surveillance (BS) steht für eine systematische und koordinierte Durchführung von Querschnitterhebungen zur „sexual health“ und ist (neben der biomedizinischen Surveillance) konstituierendes Element der „HIV-Surveillance der zweiten Generation“, die den aktuellen Standard der „best practice“ umreißt. BS dient der Identifikation von vulnerablen Populationen, der Analyse von Einstellungen und Verhaltensweisen und somit in letzter Konsequenz der Steuerung und Evaluation der Präventionsarbeit.

Auch für konzentrierte HIV-Epidemien wie in Österreich (charakterisiert durch eine geringe Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung und erhöhte Prävalenz von über 5% in einzelnen vulnerablen Populationen) sehen die aktuellen Richtlinien (u.a. WHO/UNAIDS, UNGASS, ECDC) BS- Erhebungen bei Jugendlichen vor. Diese Standards definieren sowohl die Erhebungsfrequenz (alle 5 Jahre) als auch Empfehlungen für zu verwendenden Indikatoren. Dieser Bericht evaluiert die derzeitige Praxis der BS bei Jugendlichen in Österreich und diskutiert Verbesserungsvorschläge.

Dazu wurde ein Review von seit 2005 publizierten formellen und informellen Dokumenten mit Medline und einer allgemeinen Internetsuche durchgeführt: Österreichische Studien, die vom ECDC empfohlene Indikatoren der BS inkludieren, wurden berücksichtigt.

Durch unterschiedliche Kombinationen von Suchbegriffen (HIV, AIDS, BS und Nennung verschiedener (vulnerablen) Populationen) wurden knapp 100 Artikel auf Medline angezeigt, doch kein einziger entsprach den Inklusionskriterien. Die allgemeine Internetrecherche identifizierte 5 Jugendstudien, 3 Studien über Männer, die Sex mit Männern haben und einer Studie über Sexarbeiterinnen. Die Jugendstudien waren somit nur als „graue Literatur“ verfügbar. Eine explizite Referenz zur BS und HIV-Surveillance der zweiten Generation im Sinne der internationalen Standards war in 4/5(80%) nicht erkennbar, dadurch wird der Vergleich mit internationalen Studien erschwert. Alle Studien zu Männern die Sex mit Männern haben, waren dagegen in internationale Forschungsk Kooperationen eingebettet und erhoben standardisierte und vergleichbare Indikatoren.

Die Erhebungsfrequenz der Jugendstudien lag über dem empfohlenen Richtwert.

Die Europäische Union co-finanzierte 4/9(45%) aller Untersuchungen, aber 4/5(80%) der Jugendstudien wurden durch nationale Mittel finanziert.

Obwohl Österreich nach eigenen Angaben über kein BS-System bzw. keine HIV- Surveillance der zweiten Generation verfügt, konnten Verhaltensstudien identifiziert werden. Trotz zahlreicher Limitationen dieser Analyse (Review auf eine Datenbank beschränkt, nicht peer-reviewte Literatur als primär verfügbare Informationsquelle, Vorwissen des Autors als möglicher Bias, keine Methodenmix) kann zusammenfassend empfohlen werden, dass insbesondere Jugendstudien in Zukunft vermehrt auf die Verwendung international empfohlener Indikatoren hin überprüft werden sollten. Im Vordergrund der wissenschaftlichen Analyse sollten kurzfristig Trendanalysen der bisher vorhandenen Daten stehen. Erstrebenswert wäre auch, dass ein solches Vorhaben in peer reviewte Literatur Eingang findet. Nationale Fördergeber für sexualpädagogische Maßnahmen könnten außerdem die Inklusion dieser Indikatoren für Projektevaluationen einfordern. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Potential einer effektiven Steuerung und Evaluation der HIV-Jugendprävention und Sexualpädagogik auf Basis von BS in Österreich derzeit noch nicht ausgeschöpft wird.

*[Erklärung:*

*Die Arbeit entstand im Rahmen eines FETP-Fellowships im Fachbereich HIV-Surveillance am Nationalen Zentrum für Epidemiologie (Instituto Carlos III, Madrid). Es bestand und besteht kein Interessenskonflikt.]*



---

## **Public Health-ExpertInnen im Beruf - Eine empirische Studie über den beruflichen Verbleib von AbsolventInnen österreichischer Universitätslehrgänge Public Health** (Richard Birgmann, Institut für Gesundheitsplanung)

Vor rund 10 Jahren (2002) wurde an der Medizinischen Universität Graz der erste postgraduale Universitätslehrgang Public Health ins Leben gerufen. Drei weitere Universitätslehrgänge an den Standorten Linz (2004), Wien (2005) und Lochau/Schloss Hofen (2006) sollten folgen. Bisher gab es keine quantitative Untersuchung über den beruflichen Verbleib der mittlerweile durch diese Lehrgänge ausgebildeten Public Health-ExpertInnen. Daher habe ich mich als Teilnehmer des Universitätslehrgangs Public Health der Medizinischen Universität Graz (2008-2010) dazu entschlossen, mich der Thematik im Rahmen meiner Masterarbeit zu widmen.

118 AbsolventInnen der Universitätslehrgänge Public Health an den Standorten Graz, Linz, Wien und Lochau/Schloss Hofen haben sich im Mai/Juni 2012 an der standardisierten Online-Befragung beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 58 Prozent.

Die wichtigsten Motive für die Public Health-Ausbildung sind das grundsätzliche Interesse am Thema (99%) sowie die berufliche (95%) und persönliche (93%) Weiterentwicklung. Bei einigen Motivlagen konnten abhängig von der Vorqualifikation deutliche Unterschiede aufgezeigt werden. So sind die Motive „Erschließung eines neuen Berufsfeldes“ und „Beruflicher Neuanfang/Umstieg“ bei Personen mit einer Ausbildung in den klassischen Gesundheitsberufen (DGKS/DGKP, MTD) und MedizinerInnen deutlich stärker ausgeprägt als bei AbsolventInnen mit einem Studium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften bzw. mit einem/einer anderen Studium/Ausbildung.

In diesem Zusammenhang ist auch das Ergebnis zu sehen, dass die Bedeutung des Krankenhauses als Arbeitgeber für derzeit erwerbstätige Public Health-AbsolventInnen im Vergleich zum Zeitpunkt des Ausbildungsbeginns insgesamt abgenommen hat (von 38% zum Ausbildungsbeginn auf 27% aktuell). Dennoch ist das Krankenhaus damit nach wie vor der häufigste Arbeitgeber für Public Health-AbsolventInnen. An zweiter Stelle rangieren die Sozialversicherungsträger (16%), gefolgt vom öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. der öffentlichen Verwaltung (13%).

Allgemein ist festzuhalten, dass fast alle Befragten erwerbstätig (94%) sind und sich mit ihrer beruflichen Position überwiegend zufrieden (90%) zeigen. Ein beachtlicher Anteil der AbsolventInnen übt zudem eine Führungsfunktion bzw. eine Vorgesetztenrolle aus (44% der unselbstständig Erwerbstätigen). Die meistgenannten Tätigkeitsschwerpunkte sind Organisations- und Managementaufgaben, Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderung/Prävention sowie Gesundheitspolitik/-strategie. Im Vergleich zu den Tätigkeitsschwerpunkten zu Beginn der Ausbildung hat sich vor allem die Bedeutung des Tätigkeitsschwerpunkts Gesundheitspolitik/-strategie massiv erhöht (von 17% auf 40%) während bei der Behandlung von PatientInnen ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist (von 45% auf 29%). Viele Erwerbstätige (63%) sind der Meinung, dass die Public Health-Ausbildung zu einer Verbreiterung ihrer beruflichen Aufgaben geführt hat. Außerdem hat bei drei Viertel der Befragten die Public Health-Ausbildung zu einer Erweiterung der beruflichen Kontakte geführt. Für fast ebenso viele (69%) hat sich als persönliche Konsequenz der Absolvierung eines Universitätslehrgangs Public Health eine bessere Vernetzung mit ExpertInnen im österreichischen Gesundheitswesen ergeben.

## **Oberösterreichische Gesundheitsziele bis 2020 Schwerpunkt Kinder- und Jugendgesundheit** (Martina Ecker-Glasner, Institut für Gesundheitsplanung)

Gesundheitsziele sind ein Instrument, um langfristig, gemeinsam und koordiniert für mehr Gesundheit zu arbeiten. In Oberösterreich ist das Institut für Gesundheitsplanung als Public Health-Einrichtung für die Koordination sowohl der Erarbeitung als auch der Umsetzung der Gesundheitsziele zuständig. Aus diesem Grund wurde es 2008 vom Vorstand mit der Erarbeitung der Gesundheitsziele bis 2020 beauftragt.



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

### Der Zielfindungsprozess

Den Auftakt für den partizipativ gestalteten Zielfindungsprozess stellte die OÖ Gesundheitskonferenz 2008 dar. Auf Basis der WHO21-Ziele wurden bereits in der Gesundheitskonferenz 2008 sowie in weiterer Folge aufgrund von Stellungnahmen von ExpertInnen acht für Oberösterreich wichtige Themenfelder ausgewählt. Schon zu diesem Zeitpunkt herrschte Konsens über den zentralen Stellenwert der Zielgruppe Kinder und Jugendliche, da in dieser Lebensphase die Weichen für das spätere Leben gesetzt werden.

Die Themenfelder wurden im Gesundheitsziele-Beirat präzisiert. In weiterer Folge wurden im Rahmen von ExpertInnen-Workshops die zehn Gesundheitsziele für Oberösterreich ausformuliert und den EntscheidungsträgerInnen übermittelt. Im Frühjahr 2012 wurden die Ziele im Land OÖ, der OÖGKK sowie in den Städten Linz und Wels beschlossen.

### Die Gesundheitsziele

Sechs der zehn oberösterreichischen Gesundheitsziele widmen sich den Kindern und Jugendlichen:

**Gesundheitsziel 1 - Wohlbefinden in der Schule erhöhen:** Wohlbefinden an der Schule fördert die Gesundheit. Gesunde SchülerInnen lernen besser, gesunde LehrerInnen unterrichten besser. Deswegen wird die Gesundheitsförderung in den Schulen ausgebaut.

**Gesundheitsziel 4 - Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern:** Die Ernährungssituation in den ersten Lebensjahren wirkt sich auf die Gesundheit des gesamten späteren Lebens aus. Deswegen soll allen Säuglingen und Kleinkindern die Möglichkeit einer dem Alter entsprechenden, gesundheitsförderlichen Ernährung geboten werden.

**Gesundheitsziel 5 - Zahngesundheit der Kinder verbessern:** Zahngesundheitsförderung im Kindesalter ist die Grundvoraussetzung für gesunde Zähne ein Leben lang. Deswegen soll sich die Zahngesundheit der oberösterreichischen Kinder wesentlich verbessern.

**Gesundheitsziel 6 - Bewegung im Jugendalter erhöhen:** Körperliche Aktivität in Alltag und Freizeit hat großen Einfluss auf physische und psychische Gesundheit. Deswegen soll sich das Ausmaß an körperlicher Aktivität bei Jugendlichen erhöhen.

**Gesundheitsziel 7 - Suchtprävention verstärken:** Wirksame Suchtprävention setzt auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und ist integriert in den Alltag. Sie wirkt sich auf einen verminderten Konsum von legalen (Alkohol und Tabak) und illegalen Drogen sowie auf die Verringerung von Verhaltenssuchten aus. Deswegen soll die Suchtprävention in Oberösterreich verstärkt werden.

**Gesundheitsziel 8 - Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken:** Um mit den Herausforderungen des täglichen Lebens umgehen zu können, müssen die dafür nötigen Ressourcen bereits im Jugendlichenalter aufgebaut werden. Deswegen sollen junge Menschen dabei unterstützt werden, um nachhaltig diesen Herausforderungen gewachsen zu sein. Der Schwerpunkt soll auf gesundheitlich benachteiligten Gruppen liegen.

Ausgehend vom Determinantenmodell (Dahlgren/Whitehead 1991) wird Gesundheit stark von Entscheidungen in anderen gesellschaftspolitischen Bereichen mitbestimmt. Um die gesteckten Ziele bis 2020 auch erreichen zu können, bedarf es der Zusammenarbeit dieser Bereiche.

Die OÖ Gesundheitsziele finden Sie unter [www.gesundheitsplanung.at](http://www.gesundheitsplanung.at).

### Monitoring jugendlicher Alkoholszenen in ausgewählten Bezirken in Niederösterreich (Kurt Fellöcker, Fachhochschule St. Pölten)

Die Debatte über jugendliche KomasaüferInnen in den Medien des Zeitraums 2007 – 2008 ist zwar abgeflaut, aktuelle unappetitliche mediale Ausläufer, wie die Serie „Saturday Night Fever“ des kommerziellen Privatsenders ATV, zeugen aber von der bestehenden Relevanz (und medialer Profitabilität) des Themas.

Suchtforschung und Sozialarbeitsforschung haben reagiert und mit der Studie zu Jugendlichen Alkoholszenen von Eisenbach-Stangl et al. (2008) konnte gezeigt werden, dass zwar kein einheitlicher Anstieg jugendlichen Alkoholkonsums vorliegt, allerdings die Tendenz zum extremen Rauschtrinken in manchen Szenen zu neuen Risiken führt, die derzeit von der Prävention noch nicht abgedeckt werden.





Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

Ein Forschungsprojekt des Bachelorstudiengangs Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten betreibt seit September 2009 ein Monitoring der jugendlichen Alkoholszenen in Niederösterreich und es zeigt sich, dass sich zwar manche Trinkorte aufgrund von erhöhter Kontrolle verlagern, die Konsumgewohnheiten und Risiken aber weiterhin aufrecht bleiben. Im Rahmen der Erwartungen, aber auch als risikobesetzt, kann der Konnex zwischen Alkoholkonsum und Gewalt bei Jugendlichen beschrieben werden.

Durchgeführt wurden verdeckte Beobachtungen und Interviews im Raum St. Pölten, im Waldviertel und im Bezirk Lilienfeld, neben für die Prävention handlungsleitenden Trinkmotiven Heranwachsender konnten auffällige und unauffällige Szenen: „Straßenszenen“, „Lokalszenen“, und „private Szenen“ untersucht werden.

Es zeigte sich, dass die vorhandenen Jugendschutzbestimmungen von der Gastronomie wenig beachtet werden. Beobachtbar war, wie Alkohol an offensichtlich Minderjährige ausgeschenkt wurde. Weiters zeigte sich eine breite gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber jugendlichem Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit, da weder beim Kauf noch beim Konsum Reaktionen von Erwachsenen bemerkbar waren. Auch Ausweiskontrollen an Lokaleingängen wurden nur teilweise von der Forschungsgruppe beobachtet. Das Einschreiten von Polizei und Sicherheitspersonal konnte nur bei massiver Auffälligkeit der Jugendlichen festgestellt werden. Standen in den beobachteten Lokalitäten ausreichend anderweitige Beschäftigung, wie Tischfußball oder andere Angebote (z.B. in einem Fall das Videospiel Guitar Hero) für die Jugendlichen zur Verfügung, erwies sich der Konsum von Alkohol als nebensächlich. Des Weiteren wurden bei billigen Alkoholpreisen Lokalitäten in Kauf genommen, deren Einrichtung nicht für die Altersgruppe adäquat war und in denen sich fast ausschließlich ältere Herren aufhielten. Auch öffentliche Plätze (Parkanlagen) wurden bei Schlechtwetter als Trinkorte akzeptiert. Die Jugendlichen nahmen die schlechten Konditionen in Kauf (Kälte, Regen, nasse Bänke) um ungestört und günstig Alkohol (selbst mitgebrachtes Bier und Mischgetränke in 1,5 Liter Flaschen) konsumieren zu können.

Die durchgeführte Forschung, aber auch eine Recherche der aktuellen Literatur verweisen auf die Notwendigkeit einer vernetzten Gestaltung des öffentlichen Raums hinsichtlich Alkoholberauschung, wobei das Phänomen nicht auf Jugendliche reduziert werden sollte. Als relevante Stakeholder einer solchen gemeinsamen Gestaltung des öffentlichen Raums sind Sozialarbeit, Polizei, Gastronomie, aber auch die Medien auszumachen. Ein Folgeprojekt sollte die intraprofessionelle und interprofessionelle Zusammenarbeit dieser Stakeholder zum Inhalt haben.

Weitere sozialarbeitsbezogene Optionen in Kurzfassung:

In der öffentlichen Szene (z.B. Park) wäre Streetwork wünschenswert, mit Blick darauf, dass es bekannte Orte für den Alkoholkonsum Jugendlicher gibt. Möglich wäre, die Jugendlichen in geeignete Einrichtungen einzuladen und ihnen attraktive Möglichkeiten anzubieten in einem geschützten Setting kontrolliert Alkohol zu konsumieren, bzw. die Teilnahme an anderen Freizeitangeboten.

Die Jugendarbeit könnte den Zugang auch für leicht Betrunkene in ihren räumlichen Bereichen erlauben, somit gäbe es Kontakt zu SozialarbeiterInnen und somit Personen, welche im Notfall adäquat reagieren können bzw. noch vor einem Notfall präventiv Einfluss nehmen können.

Das Alter der anderen anwesenden Personen beeinflusst das Gruppengeschehen. Die Jugendlichen feiern gerne mit der Peergroup. Ein adäquates und respektvolles Verhalten seitens der SozialarbeiterInnen gegenüber den Jugendlichen ist notwendig um eine Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Die bestehenden Konzepte von „Check it“ und „Checkpoint“ (Präsenz auf Festivals und Veranstaltungen) könnten durch die Zusammenarbeit mit diversen Professionen im Bereich Alkoholkonsum und Jugendliche ausgebaut werden.



Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

Die Beobachtungen und Recherchen haben ergeben, dass sich die Informationen über Veranstaltungen/Feste/Topjugendlokale und deren BesucherInnen (z.B. Alter) in das Internet verlagern. Möglicherweise könnte man auch hier ansetzen und Soziale Arbeit im Internet anbieten, beziehungsweise das Internet als Ressource nutzen.

Alle angeführten Publikationen finden sich unter: <http://inclusion.fhstp.ac.at/index.php/forschung/abgeschlosseneprojekte>

### **HTA-Watch: Kindergesundheit** (Barbara Fröschl, Gesundheit Österreich GmbH)

Es gibt weltweit mehr als 50 öffentliche HTA-Einrichtungen, die zahlreiche HTAs, Kurzreviews, ökonomische Analysen oder Richtlinien publizieren. Gleichzeitig gibt es ein verstärktes Bedürfnis von Entscheidungsträgern nach gut verständlicher, evidenzbasierter Information zu aktuellen Fragestellungen. Die Idee des Projekts HTA-Watch für das Bundesministerium für Gesundheit ist es, auf Grundlage von aktueller Evidenz (i.d.R. Sekundärliteratur) zeitnah evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen zu aktuellen gesundheitspolitischen Fragestellungen zu liefern. Dies ist selbst im Vergleich zu einem Rapid bzw. Quick Assessments ressourcenschonend und schnell möglich und trotzdem evidenzbasiert, da die verwendete Sekundärliteratur anhand standardisierter Kriterien qualitätsbewertet wird. Für die Qualitätsbewertung wird das Methodenhandbuch für Health Technology Assessment Version 1.2012, das von der GÖG in Kooperation mit allen nationalen HTA-Anbietern erstellt wurde, herangezogen. Auf ein übersichtliches und verständliches Format wird im Rahmen der HTA-Watch Serie geachtet. Ergänzt werden die Informationen zur Evidenz mit einer Einschätzung hinsichtlich der Relevanz und Übertragbarkeit auf Österreich und der Darstellung der Situation in anderen Ländern. Die erste HTA-Watch Serie 2012 hat den Themenschwerpunkt Kindergesundheit und dient unter anderem auch zur Unterstützung der Umsetzung der Kinder- und Jugend- Gesundheitsstrategie. Aktuell steht der HTA-Watch zum Thema „Reihenuntersuchungen in elementaren Kinderbetreuungseinrichtungen am Beispiel von Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens“ kurz vor der Publikation.

### **Medikamentenversorgung bei Kindern und Jugendlichen** (Judith Füzi<sup>1</sup>, Berthold Reichardt<sup>1</sup>, Jana Fischer<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Burgenländische Gebietskrankenkasse, <sup>2</sup>Niederösterreichische Gebietskrankenkasse)

Die Kinder- und Jugendchengesundheit rückt in letzter Zeit immer stärker in den Fokus der Public Health Community. Ein wichtiger Parameter zur Messung dieser ist die Betrachtung der medikamentösen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Mit den Daten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (BGKK) wurde die Realversorgung von Kindern und Jugendlichen im niedergelassenen Bereich dargestellt.

Jedes zweite Kind und jeder zweite Jugendliche erhielt innerhalb des Jahres 2011 zumindest ein Medikament, wobei es keine signifikanten geschlechtsspezifischen oder regionalen Unterschiede zwischen Niederösterreich und dem Burgenland gibt. Antibiotika (J01), Antihistaminika (R06) und Medikamente für obstruktive Atemwegserkrankungen (R03) sind jene Medikamentengruppen, die am häufigsten rezeptiert werden. Daraus lässt sich schließen, dass bei Kindern und Jugendlichen Infektionskrankheiten, Allergien und Asthma die Hauptindikationen für eine medikamentöse Behandlung sind.

Ein Blick auf die Psychopharmakaverordnungen bei Kindern zeigt, dass hier ein stetiger Anstieg seit dem Jahr 2008 vorliegt. Im Jahr 2011 wurden bereits über 9.000 Psychostimulanzien (N06B) verordnet, gefolgt von einem Anstieg an Verordnungen sowohl bei Antidepressiva (N06A) als auch bei Antipsychotika (N05A) bei unter 18-Jährigen. Die Therapie bei Psychopharmaka erfolgt außerdem oftmals außerhalb der Zulassung, was die Verordnungen von Psychopharmaka ohne Zulassung bei Kindern zeigen. Dies und die häufige Antibiotikaverordnung sollten kritisch hinterfragt werden.



Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

Durch das Aufzeigen von Echtzeiten können wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, um die verfügbaren Informationen zur Verwendung von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern und die Arzneimittelsicherheit in dieser besonders vulnerablen Patientengruppe zu erhöhen.

### Was kostet Adipositas in Österreich? (Tina Ganser, Medizinische Universität Wien)

Adipositas entsteht durch eine dauerhafte höhere Energiezufuhr als Energieverbrauch, was durch eine sehr kalorien- und fettreiche Ernährung begünstigt wird. Aufgrund der Assoziation sowohl mit Morbidität als auch Mortalität, wird sie von der WHO als chronische Krankheit definiert.

Die Kosten von Adipositas werden in 3 verschiedene Arten kategorisiert: **direkte** (stehen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Krankheit wie Kosten für Medikamente oder Ernährungsberatung), **indirekte** (Ressourcenverlust durch Krankenstand oder frühzeitigen Tod) und **intangibile** Kosten (durch psychosoziale Auswirkungen der Adipositas wie Schmerz oder Einschränkungen der Lebensqualität).

Diese Krankheitskostenanalyse von Adipositas in Österreich beruht auf der bewährten wissenschaftlichen Methode von CARTER und MOODIE (Australien, 2006). Folgende Schritte wurden durchgeführt:

1. Identifikation der Krankheiten, die bei Erwachsenen mit Adipositas assoziiert werden
2. Identifikation der Prävalenz und der Odds Ratio für Adipositas bei Erwachsenen und Kalkulierung des attributablen Risikos (PAFs)
3. Schätzung der gesamten Gesundheitslast und gesamten Gesundheitsversorgungsausgaben assoziiert mit jeder Krankheit, die auf Adipositas bei Erwachsenen zurückzuführen sein kann
4. Schätzung der Aufteilung dieser Gesundheitslast und Gesundheitsversorgungsausgaben die zurückzuführen sind auf Adipositas unter Nutzen der PAFs aus Schritt 2

Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie und Arthrose sind die drei häufigsten Folgeerkrankungen von adipösen Österreichern. Den größten beizumessenden Anteil (PAF) haben bei Männern und Frauen Diabetes sowie Hypertonie.

Die berechneten Kosten der Begleiterkrankungen durch Krankenstandsfälle betragen pro Jahr 159,2 Millionen EUR, welches einen Anteil von 0,056% am BIP in Österreich und von 0,51% der Gesamtgesundheitskosten entspricht (Referenzjahr 2010).

Die tatsächlichen Gesamtkosten liegen aber weitaus höher.

Ein direkter Vergleich mit Australien ist aufgrund der unterschiedlichen Datenverfügbarkeit nur mit Vorbehalt möglich: mit rund 803 Millionen EUR Kosten hat in Australien Adipositas höhere monetäre Auswirkungen als in Österreich. Das attributable Risiko ist aber in beiden Ländern gleich: Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie und Arthrose.

Diese Analyse sollte nicht nur die momentane Situation zeigen, sondern auch die Gesellschaft und die Politik des Gesundheitssystems wach rütteln.

CRAWFORD D, JEFFREY R W, BALL K, BRUG J. Obesity Epidemiology- from aetiology to public health, Oxford University Press, 2010 (2. Auflage); S.244, 246, 250.

LUDVIK B. Adipositas- Diagnostik und Therapie . In: Ernährungsmedizin (Widhalm K, Hrsg). Verlagshaus der Ärzte, Wien. 2005 (2. Auflage); S. 36.

ÖSTERREICHISCHE ADIPOSITAS GESELLSCHAFT (ÖAG): Was ist Adipositas?. Internet: <http://www.adipositas-austria.org/adipositas.html> (Stand 07.11.2011)



RATHMANNER T, MEIDLINGER B, BARITSCH C, LAWRENCE K, DORNER T, KUNZE M. 1. Österreichischer Adipositas Bericht. Wien, August 2006; S. 203.

**Netzwerk „Gesunder Kindergarten“. Ein Gesundheitsförderungsprojekt für 3- bis 6-jährige Kinder mit Schwerpunkt Verhältnis- und Verhaltensprävention in Oberösterreich** (Silvia Gürtenhofer, Amt der OÖ Landesregierung)

Das Netzwerk „Gesunder Kindergarten“ wird hervorgehend aus dem Pilotprojekt „Genuss- und Bewegungsentdecker - gesunde Kinder für die Zukunft“ von Jänner 2011 - August 2014 realisiert. Aktuell beteiligen sich über 150 Kindergärten in Oberösterreich.

Eine gemeinsame Teilnahmeerklärung von Kindergarten, Träger, Verpflegungsbetrieb und dem Arbeitskreis Gesunde Gemeinde ist die Grundvoraussetzung für die Teilnahme am Netzwerk und soll von Beginn an die Zusammenarbeit unterstreichen.

Kernstück des Netzwerks „Gesunder Kindergarten“ sind die entwickelten Basiskriterien, welche anhand aktueller Erkenntnisse aus Pädagogik, Ernährung und Bewegung erstellt wurden und Kriterien eines gesundheitsfördernden Kindergartenalltages beschreiben. Dieser Kriterienkatalog ist ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung im "Gesunden Kindergarten".

Im Herbst 2013 werden die ersten Kindergärten zum "Gesunden Kindergarten" ausgezeichnet. Das Projektteam bindet seit Beginn des Projektes das Thema der Nachhaltigkeit stark in die Umsetzungen mit ein. Derzeit werden Weiterentwicklungen in den Bereichen der Gesundheitsförderung für Pädagoginnen und Pädagogen sowie im Themenbereich Entspannung angestrebt.

**Effekte des Schulgesundheitsystems-Neu in Oberösterreich auf orthopädische Auffälligkeiten bei Volksschulkindern** (Heinrich Gmeiner, Amt der OÖ Landesregierung)

Die Früherkennung von orthopädischen Auffälligkeiten im Wachstum sowie das Erkennen von Risikokindern und die frühzeitige Intervention tragen wesentlich zur Prävention späterer Erkrankungen am Haltungs- und Bewegungsapparat bei. Dies setzt voraus, dass die betreuenden SchulärztInnen auch entsprechend unter fachärztlicher Begleitung bzw. Schulung in Untersuchungsmethoden für diese Aufgaben weitergebildet werden. Je nach Ergebnis der Untersuchungen werden die Kinder individuell weiter betreut.

Eindrucksvoll konnte mittels einer Längsschnittanalyse, die vom Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz durchgeführt wurde, belegt werden, dass Haltungsschwächen frühzeitig diagnostiziert werden. Weiters wurde aufgezeigt, dass mit dem neuen OÖ Schulgesundheitsmodell und den entsprechenden Untersuchungsmethoden durch geschulte SchulärztInnen jene Kinder erreicht werden, die eine entsprechende Intervention benötigen.

In allen am Pilot beteiligten Schulen kam es zu einem Rückgang des Anteils an Kindern mit Haltungsschwäche, erkennbar an allen drei Untersuchungsparametern (Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule, Haltungstest). Vordergründig wurden den Eltern Auffälligkeiten bei Haltungsschwäche, Hyperlordose und Hyperkyphose gemeldet. Interventionen wurden an allen Schulen initiiert. Vor allem Sport (Ausgleichsport, Gymnastik, Turnen...) und wenn notwendig, auch therapeutische Maßnahmen. Folgende Auffälligkeiten konnten durch gezielte Interventionen beseitigt bzw. verbessert werden: Haltungsschwäche, Hyperkyphose, Hyperlordose und Rippenbuckel.



Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

## Frühe Hilfen - Grundlagen für Österreich (Sabine Haas, Gesundheit Österreich GmbH)

**Frühe Hilfen zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft zu verbessern. Sie leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Die verstärkte Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich war eine zentrale Forderung des Kindergesundheitsdialogs.**

Public Health-Arbeiten mit Lebenslaufperspektive (life course approach) unterstreichen die Bedeutung der (frühen) Kindheit in Hinblick auf gesundheitliche Chancengleichheit. Frühe Hilfen als auf Kleinkinder und deren Familien ausgerichtete Unterstützungssysteme, wird großes Potenzial zur effektiven Verbesserung der (gesundheitlichen) Ausgangslage und damit der Chancengerechtigkeit zugesprochen. In Österreich gibt es erste Projekte zu Frühen Hilfen, insbesondere das in Vorarlberg flächendeckend verfügbare „Netzwerk Familie“.

Ende 2011 startete ein vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragtes Projekt, das Grundlagen für die verstärkte Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich erarbeiten soll. Das Projekt wird aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur im Rahmen der Vorsorgestrategie<sup>1</sup> finanziert und von der GÖG mit Partnern in allen Bundesländern umgesetzt. Im Rahmen des Grundlagenprojekts werden unter anderem Feldanalysen mit Fragebogenerhebung, Interviews und Fokusgruppen in allen neun Bundesländern, Stakeholder-Workshops auf Bundesebene sowie eine Analyse zentraler fachlicher Eckpunkte auf Basis von Literaturrecherche und der Konsultation von Fachleuten durchgeführt. Neben dem Gewinnen relevanter Erkenntnisse sollen die angewendeten Methoden auch der Sensibilisierung für Frühe Hilfen bei jenen Zielgruppen (EntscheidungsträgerInnen, Berufsgruppen, Leistungserbringer etc.) dienen, die für die Umsetzung besonders relevant sind.

Wichtiger anfänglicher Projektschritt war die Festlegung einer Arbeitsdefinition von Frühen Hilfen: „Unter Frühen Hilfen verstehen wir ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt), das die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigt und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt ist.“ In der praktischen Umsetzung sind Frühe Hilfen ein System bzw. ein Kooperationsverbund von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit, das die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigt. Neben Basisangeboten für alle (werdenden) Eltern geht es dabei insbesondere um Unterstützung für Familien in belasteten Situationen.

Die Feldanalyse in den Bundesländern und die Stakeholder-Workshops auf Bundesebene sind inzwischen abgeschlossen. Die Ergebnisse zeigen ein gutes Potenzial zur (verstärkten) Etablierung von Frühen Hilfen in Hinblick auf Akzeptanz, Interesse und Bereitschaft bei den Akteurinnen und Akteuren in Österreich sowie die Vielfalt von schon verfügbaren Angeboten. Die Online-Erhebung relevanter Angebote, an der sich rund 620 Angebote in ganz Österreich beteiligten, zeigt aber auch, dass sich bisher nur ein kleiner Teil der verfügbaren Angebote spezifisch an Familien in belasteten Situationen richtet und sozial benachteiligte Gruppen nur beschränkt erreicht werden.

Die Ergebnisse werden im Frühjahr 2013 auf einer Website ([www.fruehehilfen.at](http://www.fruehehilfen.at)) zur Verfügung stehen. Zur Unterstützung des Wissenstransfers werden – vor allem 2013 - auch eine Reihe von Veranstaltungen durchgeführt. Das Jahr 2013 soll darüber hinaus vor allem dem Praxistransfer der im Projekt erarbeiteten Grundlagen dienen.

<sup>1</sup> Vgl. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/vorsorgestrategie-ernaehrung-einleitung.html>



## **Zusammenfassung: Auf- und Ausbau der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich**

(Joachim Hagleitner<sup>1</sup>, Sophie Sagerschnig<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Gesundheit Österreich GmbH)

In den vergangenen rund zehn Jahren wurden (akut-)stationäre Kapazitäten für Kinder und Jugendliche in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik in Österreich auf- bzw. ausgebaut. Begünstigt wurde diese Entwicklung einerseits durch die Integration der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2008 (ÖSG 2008) und andererseits durch die Etablierung eines eigenen medizinischen Sonderfachs für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2007. Ziel des Projekts war es, anhand von Struktur- und Versorgungsdaten die akutstationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen für Österreich gesamthaft in einem Bericht darzustellen.

Im Rahmen des Projekts konnten (bis auf zwei Ausnahmen) sämtliche Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sowie Departments/Schwerpunkte für Psychosomatik für Kinder und Jugendliche (PSO-KJ) bereist und persönliche Interviews mit Expertinnen und Experten an den einzelnen Standorten geführt werden. Im Mittelpunkt der Interviews standen die Aspekte Kapazitäten/Auslastung, Leistungsangebot, personelle Ausstattung sowie aktuelle Herausforderungen und Problemlagen. Die Bestandsaufnahme der derzeit verfügbaren stationären Kapazitäten und von deren Inanspruchnahme erfolgte mit Hilfe der Kostenstellenstatistik sowie der Diagnosen- und Leistungsdokumentation des BMG.

Es sind derzeit österreichweit 14 Abteilungen für KJP mit insgesamt 365 Betten sowie an 10 Krankenhäusern PSO-KJ Einheiten mit insgesamt 111 Betten eingerichtet. Bezogen auf den aktuellen Bevölkerungsstand, ergibt sich aus den Bettenrichtwerten insgesamt ein Bedarf von 670 bis 1.089 KJP-Behandlungsplätzen sowie ein Bedarf von 167 bis 251 PSO-KJ-Behandlungsplätzen in Österreich. Die Versorgungsdichte variiert beträchtlich zwischen den Bundesländern. Zu den am häufigsten von den Befragten genannten Problemfeldern zählen zu geringe personelle und räumliche Ressourcen der Abteilungen (auch der Ambulanzen). Die größten Probleme in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben sich jedoch durch eine nicht ausreichende außerstationäre Versorgung.

Neben dem weiteren Ausbau der stationären Versorgung sind für die zukünftige erfolgreiche Weiterentwicklung der Versorgung folgende Punkte besonders wichtig:

- Bekämpfung des Mangels an Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Ausbau multiprofessioneller Angebote im außerstationären Bereich,
- Stärkung der Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den stationären und den außerstationären Leistungserbringern.

## **Ziga- Rette sich wer kann! Das österreichweite Rauchertelefon 0810 810 013** (Nina Heumayer, Niederösterreichische Gebietskrankenkasse)

Österreichische Jugendliche liegen mit ihrem Rauchverhalten im europäischen Spitzenfeld. 30 Prozent der 15-jährigen Mädchen, 24 Prozent der gleichaltrigen Burschen rauchen (OECD, 2009). Tabakabhängigkeit ist eine chronische Suchterkrankung, die sich bald nach ersten „Rauchversuchen“ entwickelt. Ein Viertel der Jugendlichen im Alter von 12 bis 13 Jahren zeigt bereits nach vier Wochen gelegentlichen Rauchens Entzugssymptome wie Nervosität, Unruhe und Gereiztheit. Abhängigkeit beginnt oft, bevor täglich geraucht wird (DiFranza et al. 2000).

Das österreichweite Rauchertelefon hat sich als niederschwellige und kostengünstige Informations- und Beratungsmöglichkeit für Jugendliche rund ums Thema „Rauchen“ bewährt. Unter der Nummer 0810 810 013 sind werktags von 10:00 - 18:00 Uhr Klinische- und Gesundheitspsychologinnen mit Spezialisierung in der Tabakentwöhnung



Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

erreichbar. Ergänzt wird das telefonische Beratungsangebot durch die Homepage [www.rauchertelefon.at](http://www.rauchertelefon.at) sowie Email-Beratung. Die Homepage des Rauchertelefons verfügt über einen eigenen Bereich für Jugendliche. Zusätzlich laden „Blog und Community“ zum Erfahrungsaustausch ein und liefern interessante Informationen rund um das Thema „Rauchen“.

Ein speziell für die Zielgruppe Jugendlicher entwickelter Informationsfolder kann kostenlos beim Rauchertelefon bestellt werden ebenso wie ein Poster für Jugendliche.

Seit dem Aufdruck der Nummer des Rauchertelefons auf jeder 14. Zigarettenpackung, hat sich der Anteil jugendlicher Anrufer/innen deutlich erhöht. Rund 31 % der Anrufer/innen des Rauchertelefons sind unter 24 Jahre alt.

Die Beratung Jugendlicher unterscheidet sich von der Beratung erwachsener Anrufer und Anruferinnen und erfordert vermehrt positive Verstärkung für das Interesse am Thema sowie direktivere, kürzere Antworten und Informationen. Jugendliche suchen von sich aus kaum Unterstützung auf, sie haben selten den Wunsch nach einem Ausstieg aus dem Rauchverhalten. Der Nummernaufdruck auf den Zigarettenpackungen erreicht Jugendliche, die rauchen. Das Medium Telefon ist selbstverständlicher Teil des Alltags, die Kennzeichen des Mediums Telefon entsprechen den Ansprüchen Jugendlicher (flexibel, einfacher Zugang, direkte Erreichbarkeit) und ermöglichen so eine Nutzung durch diese Zielgruppe.

Literatur:

DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD. et al. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9 (3), 313-319.

[http://www.oecd.org/document/10/0,3343,de\\_34968570\\_35008930\\_44220298\\_1\\_1\\_1\\_1,00.htm](http://www.oecd.org/document/10/0,3343,de_34968570_35008930_44220298_1_1_1_1,00.htm)

### **slackline2job – Mentoring als gesundheitsfördernde Begleitung im Berufsfindungsprozess** (Kathrin Hofer<sup>1</sup>, Erentraud Weiser<sup>1</sup>, Liane Hanifl<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, <sup>2</sup>Wiener Gesundheitsförderung)

Im Projekt „slackline2job“ geht es um die Unterstützung von sozial benachteiligten Jugendlichen am Übergang zwischen Pflichtschule und weiterführender Ausbildung bzw. Beruf. Slackline2job ist ein Teilprojekt im Projekt „Gesundes Ottakring“, das vom Forschungsinstitut des Roten Kreuzes in Kooperation mit der Wiener Gesundheitsförderung im 16. Wiener Gemeindebezirk umgesetzt wird.

Die umfassende Analyse der Einflussfaktoren auf die Gesundheit der OttakringerInnen ergab, dass vor allem junge Menschen Ängste und Sorgen haben, wenn sie an ihre Zukunft denken. In Zusammenhang mit einem oft hohen schulischen und familiären Druck und einer angespannten Arbeitsmarktsituation brauchen besonders junge Menschen mit sozialer Benachteiligung<sup>1</sup> Unterstützung dabei, einen passenden Beruf / Ausbildung zu finden.

In slackline2job liegt der Fokus auf der Stärkung der persönlichen Kompetenzen und sozialen Ressourcen von Jugendlichen einerseits durch Angebote in der Gruppe, andererseits durch Mentoring im Berufsfindungsprozess. Um Mädchen und Burschen in ihren eigenen, sehr unterschiedlichen Lebenswelten zu erreichen, wurden einzelne Gesundheitsförderungsaktivitäten geschlechterbezogen konzipiert.

Im Mädchencafé geht es um folgende Themen: eigene Identität und Rolle in Beruf und Familie, persönliche Stärken der Jugendlichen und die Entwicklung von Berufs-, Ausbildungs- und Lebensperspektiven. Freiwillig engagierte MentorInnen motivieren, ermutigen und bestärken junge Mädchen und Burschen im Berufsfindungsprozess und geben psychosoziale Stabilität. Im Rahmen von sieben Schulungsmodulen (Gesundheitsförderung, Diversity, Berufsorientierung, Angebote

<sup>1</sup> gemeint sind HauptschülerInnen ohne Schulabschluss, langzeitarbeitslose Jugendliche, AusbildungsabbrecherInnen, Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen, MigrantInnen mit Sprachproblemen, junge Menschen mit misslungener familiärer Sozialisation sowie junge Frauen, die aufgrund von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen benachteiligt sind



Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

der Bildungsberatung, Kommunikation, Abgrenzung und persönliche Psychohygiene) haben sich die MentorInnen auf die Begleitung der Jugendlichen vorbereitet.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass das Thema „Ausbildung und Beruf“ für Jugendliche nicht erste Priorität hat und die Vorstellungen über mögliche Berufsfelder häufig wechseln. Der Zugang zu Jugendlichen über ihre bestehenden Bezugspersonen und Bezugssysteme hat sich bewährt. Es ist wichtig sie in ihrem Lebensumfeld aufzusuchen sowie persönlichen Kontakt und Vertrauen aufzubauen. Das hohe Engagement der freiwilligen MentorInnen ermöglicht eine zusätzliche Unterstützung der Jugendlichen im Berufsfindungsprozess und stärkt ihre sozialen Netzwerke. Auf Ebene der Bezirksstruktur steht damit eine ergänzende Ressource zu den Bildungsberatungsangeboten zur Verfügung. Im Projekt wird erprobt, ob dieses Modell einen Beitrag zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit bei sozial benachteiligten Jugendlichen leisten kann und ob es gelingt, dieses nachhaltig in die Beratungsstruktur des Bezirkes zu integrieren.

### **Gesundheitsfolgenabschätzung (Health Impact Assessment) - ein Instrument zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik am Beispiel der Kindergesundheit** (Christine Knaller, Gesundheit Österreich GmbH)

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA; international als „Health Impact Assessment“ etabliert) ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung geplanter politischer Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sowie deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung. Die Durchführung eines Pilotprojekts wird als wichtiger Schritt der – noch am Anfang stehenden - Etablierung der GFA in Österreich erachtet.

Die Gesundheit Österreich führte eine Pilot-GFA zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“ (halbtägige, kostenlose und verpflichtende frühe Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen) durch. Das methodische Vorgehen orientierte sich an dem standardisierten Ablauf einer GFA (Screening, Scoping, Assessment, Reporting) unter Beteiligung von wichtigen Stakeholdern. Basis für die erfolgte Bewertung der Gesundheitsauswirkungen war ein Mix von unterschiedlichen Methoden (Literaturrecherche, Fragebogenerhebung, Fokusgruppe, Appraisal-Workshop). Die Gesamtbewertung der GFA kommt zum Schluss, dass das verpflichtende Kindergartenjahr – im Vergleich zu keinem verpflichtenden Kindergartenjahr - potenziell eine Reihe von meist langfristig wirksamen positiven Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder hat. Die identifizierten positiven Auswirkungen könnten durch ein zweites verpflichtendes Kindergartenjahr bei gleichzeitiger Verbesserung der Rahmenbedingungen (pädagogische Strukturqualität) noch verstärkt werden. Die zentralen Empfehlungen aus der GFA beziehen sich auf das Sicherstellen einer Verbesserung der notwendigen Rahmenbedingungen (pädagogische Strukturqualität) für den Kindergarten als elementare Bildungseinrichtung. Die mit dem verpflichtenden Kindergartenjahr begonnene Aufwertung des Kindergartens als elementare Bildungseinrichtung sollte verstärkt werden, da Investitionen in diesem Bereich einen hohen gesundheitlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Langzeitnutzen versprechen.

Am Beispiel der Pilot-GFA zur Kindergesundheit zeigt sich, dass durch die Durchführung einer GFA Bewusstsein geschaffen wird für den Beitrag anderer Politikfelder für die Gesundheit der Bevölkerung und zudem die Kooperation mit anderen Politikfeldern gefördert wird.

### **Partizipation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Gesundheitsfragen** (Sabine Kühnel, Medizinische Universität Wien)

Der qualitative Ansatz und die gesprächs- bzw. diskursanalytische Auswertung der Interviews ermöglichten einen teilweise sehr intimen Einblick in die Erfahrungen und Empfindungen, welche die befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Partizipation in Gesundheitsfragen bereits erlebt hatten. Dabei brachten sie ihre Anliegen zu diesem





Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

Thema mit ihren eigenen Worten und Formulierungen zur Sprache. Die Ergebnisse dürften für manche Kongressteilnehmer(innen) überraschend gewesen sein. So lautete beispielsweise ein Kommentar: „Das kann ich gar nicht glauben.“

Dieses Statement ist bezeichnend für eine Einstellung, die man als „Erwachsene(r)“ nur allzu oft gegenüber einer jüngeren Generation einnimmt. Man glaubt zu wissen, was „die Jugend“ denkt, was (wie in diesem Fall) zur Stärkung der Gesundheit benötigt wird und auf welchem Weg diese erreicht werden soll.

Dagegen plädiere ich für einen Weg der Wissenschaft, der den unvoreingenommenen Dialog und die offene Diskussion mit der jeweiligen Zielgruppe für unersetzlich hält und die vielfältigen Meinungen auch ernst nimmt. Es ist als Privileg anzusehen, dass Jugendliche und junge Erwachsene über ihre Wünsche und Probleme zum Thema *Partizipation in Gesundheitsfragen* sprechen. Im Gegenzug dürfen sie erwarten, dass ihren Aussagen zumindest Aufmerksamkeit und Wertschätzung entgegen gebracht wird. Nur gemeinsam (Zielgruppe und Wissenschaft) kann der Weg in eine gesundheitsförderliche Zukunft geplant und umgesetzt werden.

### **Gesundheit und Wohlbefinden im Kontext jugendlicher Lebenswelten – Ergebnisse einer Photovoice Studie** (Benjamin Marent<sup>1</sup>, Johannes Marent<sup>2</sup>; <sup>1</sup> Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, <sup>2</sup> Technische Universität Darmstadt)

In Vorarlberger Gemeinden gibt es einige Gesundheitsangebote für Jugendliche, die aber nur wenig in Anspruch genommen werden. Kommunikativ ist es eine ebenso große Herausforderung Jugendliche mit Gesundheitsthemen zu *erreichen*, wie sicherzustellen, dass diese mit diesen Themen etwas anfangen *können* und *wollen*. Die Bedeutung von Gesundheit ist relativ: jugendliche Lebenswelten prägen sowohl das Begriffsverständnis als auch Einstellungen und Bedürfnisse in Hinblick auf Gesundheit. Deshalb gewinnen Gesundheitsangebote für Jugendliche Relevanz, *sofern* sie hinreichend auf deren lebensweltliche Bedürfnisse und Gesundheitsverständnis Bezug nehmen. Um Gesundheitsangebote besser auf jugendliche Bedürfnisse abzustimmen, wurde daher in einem explorativen Forschungsprozess das Ziel verfolgt, einen Einblick in jugendliche Lebenswelten und deren Gesundheitsverständnis zu generieren ([www.allsimgrueana.at](http://www.allsimgrueana.at)).

Photovoice wurde als partizipatives Analysetool herangezogen. 45 Jugendliche (18w, 27m; 12-20 Jahre) fertigten dabei Fotos zu ihrer Lebenswelt und ihrem Gesundheitsverständnis an. Die Fotos wurden unter den Jugendlichen in 5 Fokusgruppen mit je zwei Einheiten diskutiert. Diese Fokusgruppen wurden durch je zwei Moderatoren unterstützt und geleitet. Die Diskussionen wurden aufgenommen, transkribiert und anhand der dokumentarischen Methode ausgewertet.

Der Gesundheitsbegriff trifft bei vielen Jugendlichen auf wenig positive Resonanz. Wichtig für Jugendliche ist, dass sie sich wohlfühlen. In ihrem Gesundheitsverhalten orientieren sie sich eher an diesem subjektiven Empfinden. Hierzu werden soziale Kontakte zur Clique gesucht und gepflegt (Sozialdimension). Wohl fühlt man sich in seiner freien Zeit, die als Ausgleich zu den Anforderungen des Schul- und Arbeitsalltags entworfen und insbesondere als unstrukturierter, offener Horizont genossen werden kann (Zeitdimension). Alle Tätigkeiten (Sachdimension), die sich in diesem Horizont abspielen, werden danach beurteilt, wie sie sich anfühlen – und was sich gut anfühlt, ‚das ist auch gesund‘. Es werden Freiräume aufgesucht (Raumdimension), die gemeinsame Unternehmungen ebenso wie individuellen Rückzug ermöglichen.

Um Jugendlichen Gesundheitsthemen näherzubringen, sollte am Begriff des Wohlfühlens und dessen Verwobenheit in der jugendlichen Lebenswelt sowie an den alters- und geschlechtsspezifischen Unterschieden angeschlossen werden. Die sich daraus ergebenden Inhalte können durch Peer-to-Peer-Methoden und neue Medien vermittelt werden. Wohlbefinden resultiert für Jugendliche aus der Möglichkeit, aktiv ihren eigenen Lebensbereich zu gestalten.



### Research in child health in Europe – RICHE

Eine Plattform für Kindergesundheitsforschung in Europa (EU-7th framework program) (Reli Mechtler, Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Universität Linz)

Zentrale Aufgabe des RICHE-Projektes ist der Aufbau eines nachhaltigen EU-Netzwerkes, um Kindergesundheitsforschung zu stärken und den Fokus zukünftig vermehrt auf die Interaktion der unterschiedlichen Disziplinen, aller Player sowie politischen Entscheidungsträger zu legen. Auf Basis von Meta-Daten wurden und werden laufend bestehende Forschungsaktivitäten im Bereich Kindergesundheit sowie schwerpunktmäßig bisher nicht veröffentlichte Arbeiten (*grey literature*) in einem sogenannten „Inventory“ für alle Interessierten (*Wissenschaftler, Entscheidungsträger, Financiers...*) erfasst. Über diese „Informationsfunktion“ hinaus ist eine Plattform integriert, in der sich jeder kostenlos registrieren kann, um Artikel und Berichte einzubringen, Fragen zu diskutieren und den Erfahrungsaustausch zu ermöglichen.

Weiteres Schlüsselement von RICHE ist die Entwicklung einer „Europäischen Roadmap“ (*Europäische Kindergesundheitsstrategie*) um aufzuzeigen, wohin zukünftig Kindergesundheitsforschung in Europa gehen soll. Diese Roadmap ist derzeit noch in Arbeit und soll bei einer Kindergesundheits-Konferenz innerhalb der EU-Präsidentschaft von Irland im Mai 2013 in Dublin vorgestellt werden. Methodisch wurde in der Weise vorgegangen, dass auf Basis von Literaturrecherchen, internationalen Projektanalysen, Experteninterviews und Delphi-Befragungen Gaps und Prioritäten in der Kindergesundheits-Forschung aus supranationaler Sicht abgeleitet wurden. Jene Bereiche, denen innerhalb dieser Arbeiten eine hohe bzw. sehr hohe Priorität attestiert wurde, sind weiters in einer Gaps-Analyse (*wo sehen Experten die größten Defizite*) eingegangen. Nachfolgend beispielhaft dazu einige genannte Bereiche: „Life course“, „Individual lifestyle“, „Social and Community networks“, „Health services“ oder „Public health infrastructure“. Nach Fertigstellung des Roadmap Berichtes (*Mai 2013*) werden die Zugangsdaten im ÖGPH Newsletter veröffentlicht werden.

Bedanken möchte ich mich an dieser Stelle bei allen österreichischen ExpertInnen, die an den Interviews und Delphi-Surveys mitgewirkt haben und alle Public Health-Interessierten einladen, die bereits bestehende Plattform zu nutzen.

### „Meinungen und Vorstellungen von Stillen und Stillempfehlungen bei Betroffenen- Ein qualitativer Ansatz“ (Helga Quirgst<sup>1</sup>, Silvia Steurer<sup>1</sup>, Katharina Viktoria Stein<sup>1</sup>, Thomas Ernst Dorner<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Medizinische Universität Wien)

Die Studie beschäftigt sich mit den Meinungen und Vorstellungen von Betroffenen in Bezug auf das Stillen und Stillempfehlungen. Als Betroffene werden Schwangere und Stillende sowie Personen aus für die Stillförderung relevanten Berufen, wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Diätologinnen und Diätologen sowie Laktationsberaterinnen und Laktationsberater verstanden.

Um die Ansichten der befragten Personen zu erheben, wurden zehn Experteninterviews und vier Fokusgruppendifkussionen, welche sich aus drei Stillenden- und einer Schwangerengruppe zusammensetzten, durchgeführt. Diese Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse modifiziert nach Mayring ausgewertet.

Die von Expertinnen und Experten im Krankenhaus ausgesprochenen Empfehlungen werden von Betroffenen als widersprüchlich wahrgenommen. Die Wöchnerinnen erhalten Informationen, allerdings fühlen sich die Frauen von differenten Meinungen, wie fixe Stillintervalle ein- oder nicht einhalten verunsichert. Einfluss auf das Stillverhalten haben verschieden Faktoren, wie unter anderem die positiven gesundheitlichen Auswirkungen des Stillens auf Mutter und Kind, der finanzielle Aspekt, zeitliche Trends und Werbung, der Kulturkreis, das soziale Milieu, das Alter der Mutter, die



Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

Meinungen des Umfelds sowie schlechte Vorerfahrungen bei älteren Kindern. Geringen Einfluss auf das Stillverhalten hat hingegen das Lesen von Literatur. Einflussfaktoren, nicht zu stillen, sind die Angst zu wenig Milch zu haben und dadurch das Kind nicht adäquat versorgen zu können sowie Eifersucht älterer Kinder.

Das Bedürfnis der Frauen sich in der ersten Schwangerschaft über Stillen zu informieren ist begrenzt. Dies ändert sich bei der Schwangerschaft des zweiten Kindes, wenn das Stillen nicht optimal funktioniert hat.

Als Maßnahmen um zur Stillförderung beizutragen, wurden die Förderung der Ausbildung zur Laktationsberaterin, Forcierung von Stillgruppen, einheitliche Schulung des Fachpersonals und dadurch Bewusstseinsbildung für Stillen als Präventionsmaßnahme identifiziert.

Im Zuge der Diskussion wurde die Frage aufgeworfen inwiefern der Förderung des Stillens in gut entwickelten Ländern wie Österreich eine so große Bedeutung zukommt. Dies kann damit begründet werden, dass Muttermilch länderunabhängig die beste Ernährung für den Säugling darstellt, kostengünstig und umweltfreundlich ist. In dem die Relevanz und die Praktikabilität des Stillens von sowohl gesundheitlicher, ökonomischer und ökologischer Seite flächendeckend und auf verschiedenen Ebenen aufgezeigt wird, kann dies dazu beitragen die künftigen Stillraten zu erhöhen, welche Krankheitsentstehung vermeidet und das Gesundheitssystem entlastet.

### **Akut- und Notfallversorgung pädiatrischer PatientInnen im urbanen Bereich** (Christoph Redelsteiner, Fachhochschule St. Pölten und Donau Universität Krems)

Klinisches und präklinisches Fachpersonal schildert eine hohe Fallzahl von nicht dringlichen Fällen, die durch einfachere Versorgungsstrukturen betreut werden könnten. Ziel der Studie war die Zugangswege zur Gesundheitsversorgung für das Segment der pädiatrischen PatientInnen zu analysieren, die unterschiedlichen Aufgabenbereiche der in der extramuralen Versorgung von Kindern aktiven Institutionen zu betrachten und zu überprüfen ob die Datenlage die Schilderungen des Fachpersonals unterstützt. Weiters waren die Schnittstellen zwischen den „Primary Care Einrichtungen“ der pädiatrischen Versorgung darzustellen und deren Wechselwirkungen zu messen. Eine integrierte Prozesskette der pädiatrischen Akut- und Notfallversorgung für eine PatientInnenlenkung zu den passenden Einrichtungen wurde entwickelt.

Die dabei verwendeten Methoden waren:

1. Analyse, Vergleich und Crossreferencing der quantitativen Daten der relevanten Institutionen (Rettungsdienste, Krankenhäuser, Ärztedienst, Pädiater etc.).
2. Qualitatives Interview mit einem Elternteil.
3. Analyse der präklinischen Patientenpfade und Design eines idealen Behandlungsweges.

Als Ergebnisse kamen zu Tage:

Im Jahr 2005 wurden 15.943 Kinder- und Jugendliche nach Notrufen bei der Wiener Rettung präklinisch versorgt. Davon hatten 75% der PatientInnen einen NACA Score kleiner 3, bedurften also maximal einer ambulanten Abklärung. Rund 6.000 Kinder wurden durch den Ärztedienst visitiert. Etwa 180.000 Patienten wurden in den Aufnahmen der Wiener Kinderkliniken vorstellig. Bei 10% davon war in der Folge ein stationärer Aufenthalt erforderlich. Die Erziehungsberechtigten wählen häufig die für das jeweilige Krankheitsbild des Kindes ungeeignete Ressource aus.

Eine zentrale Clearingstelle für Kindernotfälle unter Einbeziehung der relevanten Institutionen könnte durch Beratung und Vermittlung des korrekten Ansprechpartners die Pfade für die PatientInnen und deren Begleitpersonen verbessern. Damit könnten unnötige Aufnahmen reduziert werden und hochwertige Versorgungssysteme wie Notarzt- und



Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

Rettungsdienst den Fokus auf NotfallpatientInnen behalten. Institutionen der medizinischen Grundversorgung würden eine gemeinsame Strategie, Lenkung und Steuerung benötigen um Kosten und Schnittstellenprobleme zu reduzieren sowie die Treffsicherheit des Ressourceneinsatzes zu erhöhen.

Literatur:

Redelsteiner, C (2006): Die präklinische Akut- und Notfallversorgung pädiatrischer Patienten in Wien. Eine Bestandsaufnahme, Analyse der Schnittstellen und Möglichkeiten der Versorgungsoptimierung. Diplomarbeit Fachhochschule St. Pölten Studiengang Soziale Arbeit 2006

**Riskantes Gesundheitsverhalten und sozioökonomischer Status – Ein Erklärungsversuch** (Anna-Theresa Renner)

In der Literatur wird Sozioökonomischer Status (SöS) oft als Erklärung für einen ungesunden Lebensstil (Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum etc.) angeführt. Die Basis hierfür ist, dass jedes Individuum in seine eigene Gesundheit (de)investieren kann. Der Zusammenhang zwischen ungesundem Lebensstil und SöS wurde immer wieder anhand von Mikrodaten überprüft und bestätigt. Erklärungsversuche für diesen Zusammenhang beschäftigen sich oft mit einer intrinsischen und über das gesamte Gesundheitsverhalten konsistente „Discount Rate“. Diese konnte allerdings in ökonomischen Studien nicht untermauert werden. Aus diesem Grund wurden in der vorliegenden Arbeit – angelehnt an eine Studie von Cutler und Lleras-Muney aus dem Jahr 2010 – persönliche Merkmale, die den Einfluss des SöS (dargestellt durch den Bildungsgrad) möglicherweise erklären, untersucht. Dazu wurden personenbezogene Daten aus der SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) Datenbank aus dem Jahr 2008 herangezogen. Die SHARE Datenbank beinhaltet die Ergebnisse persönlicher Interviews mit 45.000 Personen aus 15 europäischen Ländern zu den Bereichen Gesundheit, Biomarker, psychische Verfassung, finanzielle Situation und Sozialhilfe. Mit diesem Mikrodatsatz wurden in der präsentierten Arbeit zunächst vier logistische Regressionen gebildet (Softwareprogramm: STATA10). Als binäre abhängige Variable wurde jeweils Rauchen, starker Alkoholkonsum, gelegentlicher Alkoholkonsum und Fettleibigkeit gewählt. Erklärende Hauptvariable war der Bildungsgrad der interviewten Person, wobei kognitive Fähigkeiten, Lebenseinstellung, und soziale Kontakte als vermittelnde Variablen (Mediatoren) schrittweise hinzugefügt wurden. Die Ergebnisse der Regressionen ergaben kein einheitliches Bild, welches den Einfluss von Bildung auf die vier untersuchten ungesunden Verhalten erklären hätte können. Daher wurde nach einem alternativen Erklärungsansatz gesucht. Dieser geht davon aus, dass eine Person ihre gesamten schlechten Angewohnheiten als ihren persönlichen Lebensstil wahrnimmt, und verbindet daher Rauchen, starken Alkoholkonsum und Fettleibigkeit zu einer kumulierten Lifestyle-Variable. Mit Hilfe einer geordneten logistischen Regression, deren abhängige Variable eine Indexvariable mit den Werten 0 bis 3 (0 für keine schlechten Angewohnheiten bis 3 für drei schlechte Angewohnheiten) ist, wurde errechnet, dass jeder zusätzlicher Bildungsgrad die Wahrscheinlichkeit ein weiteres Laster aufzunehmen um durchschnittlich 8 % reduziert.

Die Diskussion im Anschluss an den Vortrag beschäftigte sich u.a. damit, dass die Bildung der Eltern erhebliche Auswirkungen auf den erworbenen Bildungsgrad einer Person hat. Somit wird das ungesunde Verhalten einer Person und in weiterer Folge auch deren Gesundheit möglicherweise wesentlich von deren Herkunft beeinflusst.

**„Möglichkeiten frühzeitiger Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Volksschule mit dem Ziel die gesundheitlichen Auswirkungen sozialer Ungleichheit zu mindern“** (Christine Rhomberg, Medizinische Universität Wien)

Wie aus verschiedenen Studien (KIGGS, HBSC, Adipositas Studie, etc.) bekannt, haben chronische Erkrankungen im Kindesalter in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen und Kinder aus sozioökonomisch schwächeren Familien



sind besonders davon betroffen. Neben dringend notwendigen gesundheitsfördernden Maßnahmen wie mehr Sportstunden, einem gesunden Schulbuffet und einem von Wertschätzung geprägten Schulklima, stellt die jährliche schulärztliche Untersuchung eine wichtige Säule der Prävention und Früherkennung dar. Da die Mutter Kind Pass (MKP) Untersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder immer seltener in Anspruch genommen werden, ist die Untersuchung der Schulanfänger vor Schuleintritt im 5. - 6. Lebensjahr von besonderer individualmedizinischer und sozialkompensatorischer Bedeutung. Kinder, die nicht zu den MKP Vorsorgeuntersuchungen erschienen sind, werden hier ebenfalls erfasst. Bei diesen häufig sozial benachteiligten Kindern ist rechtzeitiges Erkennen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen sowie Überweisungen zu pädagogischem und/oder medizinischem Förderbedarf besonders wichtig, da diese Kinder besonders von frühen Förderungen profitieren. Keine Förderungsmaßnahmen durchzuführen führt laut einer Studie des LÖGD (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst)\* zu langfristigen, individuellen, sozialpolitischen und ökonomischen Auswirkungen.

Anders als in Österreich, ist in Deutschland diese, dort als Schuleingangsuntersuchung bezeichnete Untersuchung, verpflichtend und wird in allen Bundesländern durchgeführt. Es gibt zahlreiche standardisierte und evaluierte Untersuchungsmodelle wie z. B. das Bielefelder Modell, das S-ENS Modell und das von der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelte SOPHIA Modell (Sozialpädiatrisches Programm Hannover jugendärztliche Aufgaben) zur Früherkennung notwendiger Therapien und Förderungen. Weiters findet durch die elektronische Dokumentation der Untersuchungsergebnisse die wichtigste epidemiologisch Gesundheitserhebung im Kindesalter statt, da landesweit Daten zum Gesundheitszustand aller Kinder eines kompletten Jahrgangs erhoben werden. Aber auch die schulärztlichen Untersuchungen in anderen Schulstufen werden dokumentiert und ausgewertet. Diese Auswertung der erhobenen Daten wird in einem jährlichen Gesundheitsbericht veröffentlicht und dient als wichtige Informations- und Handlungsgrundlage für Entscheidungsträger in Gesundheitswesen und -politik. Dies zeigt, wie es der deutsche Sozialpädiater Schlack formulierte, dass es mit harten Daten und guter Argumentation gelingen kann, auch in Zeiten knapper Kassen den öffentlichen Jugendgesundheitsdienst aufzustocken.

In Österreich werden entsprechend dem § 66 des Schulunterrichtsgesetzes alle Schüler/innen einmal jährlich schulärztlich untersucht. Das sind über 1 Million Untersuchungen pro Jahr. Seit 1994 werden die Untersuchungsdaten von der Statistik Austria nicht mehr ausgewertet, eine Situation die auch in den Rechnungshofberichten von 1998 und 2005 beklagt wird. Eine Aktualisierung und Modernisierung der Gesundheitspflege der Schüler/innen und eine klare, transparente Struktur des derzeit in Bund, Länder und Gemeinden zersplitterten Schulärzteswesens ist auch in Österreich dringend erforderlich. Standardisierte Untersuchungen sollten als wichtiges Präventionsinstrument zur Anwendung kommen und gleichzeitig die benötigten epidemiologisch Daten für notwendige Entscheidungen und Planungen in Gesundheitswesen und -politik liefern.

Einheitlicher Tenor in der Diskussion war, Investitionen in Kinder- und Jugendgesundheit lohnt sich!

\* (Ein Mangel an Fördermaßnahmen führt jedoch zu: signifikant schlechteren Schulleistungen, 3 x so häufig fehlenden Ausbildungen (16 % vs. 6 %), 3 x so häufig länger Arbeitslosigkeit (12 % vs. 4 %), 3 x so häufig kinderpsychiatrischen Störungsbildern (46 % vs. 14 %) mit späteren Störungen des Sozialverhaltens und 4 x so häufiger Straffälligkeit im Jugendalter (22 % vs. 5,8 %))

### **Die Bedeutung des Medienkonsums auf das Übergewicht unserer Kinder** (Alexander Riegler<sup>1</sup>, Silvia Hirsch<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Medizinische Universität Wien)

Studien zufolge ist bereits jedes fünfte Kind in Österreich übergewichtig oder adipös (Elmadfa et al. 2008). Das ruft die Notwendigkeit hervor, sich eingehender mit dieser Problematik zu beschäftigen und über präventive Maßnahmen nachzudenken. Der verstärkte Einzug von digitalen Medien in unseren Alltag bringt es mit sich, dass sich auch die Freizeitaktivitäten der Kinder und Jugendlichen geändert haben. Da für die Entstehung des Übergewichtes eine Vielzahl



Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

von Einflussfaktoren von Bedeutung sind, stellt sich die Frage, welche Rolle dabei der Lebensmittelwerbung während der Kindersendungen zugesprochen werden kann.

Im Zuge einer empirischen Studie wurden 153 Kinder eingeschlossen, ihnen wurde je nach Zuteilung ein Werbeblock, bestehend aus sechs Werbespots, mit salzigen, süßen oder lebensmittelunabhängigen Nahrungsmitteln gezeigt. Untersucht wurde, ob der gezeigte Werbeblock samt anschließendem Cartoon einen Einfluss auf das Essverhalten hat.

Es konnte gezeigt werden, dass die Kinder konform zur Literatur (Halford et al., 2004) signifikant mehr Lebensmittel konsumiert haben, wenn in den Werbeblöcken Lebensmittel angepriesen wurden. Entgegen anderer Erhebungen haben bereits Übergewichtige nicht mehr als die anderen Kinder gegessen. Weiters konnte nicht nachgewiesen werden, dass wenn Werbungen für pikante oder süße Produkte gezeigt wurden, dies zu einer gleichzeitigen Erhöhung der Verzehrmenge geführt hätte.

Teilweise wird der Einfluss der Lebensmittelwerbung auf das Essverhalten noch kritisch betrachtet oder abgestritten. Anhand der Studie konnte aber aufgezeigt werden, dass erst das Zusammenspiel aus inaktiver Freizeitgestaltung, erhöhter Mediennutzung, Einfluss der Werbung und ungesunder Ernährung hauptverantwortlich für die Gewichtszunahme ist.

Literaturverzeichnis:

Elmadfa I., Freisling H., Nowak V., Hofstätter D. et al. (2008). Österreichischer Ernährungsbericht 2008. URL: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/6/0/CH1048/CMS1288948560136/der\\_gesamte\\_ernaehrungsbericht.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/6/0/CH1048/CMS1288948560136/der_gesamte_ernaehrungsbericht.pdf)

## **Von behandelten PatientInnen zu handelnden Patientengruppen!**

### **Ansätze zur strukturierten Kooperation von Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern** (Daniela Rojatz)

Die beiden hier zusammengeführten Studien beleuchten Konzepte zur Implementierung einer strukturierten Kooperation von Selbsthilfegruppen (SHG) und Krankenhäusern (Forster, Rojatz 2011) sowie die daraus resultierende Kooperationspraxis (Rojatz 2012).

SHG gewinnen zunehmend an Bedeutung und suchen häufig die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern. Diese sind zunehmend gefordert, sich gegenüber SHG zu positionieren. Die Zusammenarbeit war bislang vom Engagement einzelner Personen getragen. Zur Institutionalisierung der Zusammenarbeit gibt es mittlerweile in sechs Bundesländern entsprechende Initiativen. Hierbei kommt themenübergreifenden Selbsthilfedachverbänden (Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen) eine Schlüsselrolle zu. Grob lassen sich drei Ansätze zur Etablierung einer strukturierten Zusammenarbeit unterscheiden: „Selbsthilfegruppen greifbar im Spital“ (Wien), „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ in Anlehnung an das gleichnamige Hamburger Modellprojekt, welches in vier Bundesländer (Ktn, Sbg, Oö, T) implementiert wird und „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NÖ“ mit eigenem Konzept. Den „Selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern“ ist gemein, dass Bereiche der Zusammenarbeit über Standards (Kriterien) definiert und evaluiert werden. Bei erfolgreichem Durchlaufen dieses Bewertungsverfahrens wird die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zeitlich begrenzt verliehen. Die Wiener Maßnahme verzichtet auf Auszeichnung und Vergabeverfahren. Trotz einiger Unterschiede lassen die drei Konzepte inhaltliche Gemeinsamkeiten erkennen: In den Krankenhäusern werden Ansprechpersonen für Selbsthilfe definiert, PatientInnen über SHG informiert, Kooperationsverträge abgeschlossen und Möglichkeiten zum Fach- und Erfahrungsaustausch („Austauschforen“) geschaffen.

Die aktuelle Kooperationspraxis wurde im Rahmen einer Studie des Dachverbandes der NÖ Selbsthilfegruppen erhoben. Zwischen 2008 und 2012 wurden etappenweise fast alle NÖ Landeskliniken als „Selbsthilfefreundlich“ ausgewiesen, welches als Öffnung der Krankenhäuser (und zunehmend auch der MitarbeiterInnen) für Selbsthilfe verstanden werden



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

kann. SHG werden vorrangig als komplementäre Ressource erkannt und unterstützt. Eine stärker mitgestaltende Rolle in einer Einbeziehung in Krankenhausprozesse erfolgt – ähnlich wie in Deutschland – nur selten. Die befragten Selbsthilfebeauftragten (n=4) und SHG-VertreterInnen (n=8) zeigen sich offen für eine mitgestaltende Rolle von SHG. Sie verweisen aber auch auf die Themenabhängigkeit der Beteiligungsmöglichkeiten sowie auf beidseitige Ressourcenbeschränkungen. Die Tätigkeit als SelbsthilfebeauftragteR läuft ohne definierte Zeitressourcen nebenbei mit. Kleine, lose organisierte, vorrangig nach innen-orientierte Selbsthilfegruppen haben andere Möglichkeiten und Bedürfnisse als große, nach außen-orientierte Selbsthilfeorganisationen. Zur Reflexion und Weiterentwicklung der Zusammenarbeit kann an den geschaffenen „Austauschforen“ angesetzt werden. Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen können dabei als Moderatoren und Motoren fungieren. In einem Kooperationsdreieck mit SHG und Krankenhaus können gemeinsam und schrittweise, aufbauend auf den neu etablierten Strukturen, weitere Kooperations- und Partizipationsmöglichkeiten für SHG im Krankenhaus geschaffen werden.

Forster R, Rojatz D (2011): Selbsthilfegruppen als Partner der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Eine Analyse am Beispiel krankenhausbbezogener Kooperationsprojekte. Institut für Soziologie, Universität Wien. Forschungsbericht.  
Rojatz D (2012): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NÖ: Krankenhäuser und Selbsthilfegruppen kooperieren. Entwicklungsprozess und Kooperationspraktiken. St. Pölten: Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen.

### **„Gesunde Schule, bewegtes Leben“ – das Schulische Gesundheitsförderungsprogramm der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse** (Corinna-Maria Schaffer, Steiermärkische Gebietskrankenkasse)

Das Programm „Gesunde Schule, bewegtes Leben“ der STGKK, als Service Stelle Schule Steiermark, zielt darauf ab, auf Basis der Grundsätze der Gesundheitsförderung den Lebensraum Schule für alle Beteiligten positiv zu gestalten und einen schulischen Weiterentwicklungsprozess zu initiieren.

Der Focus liegt auf Hauptschulen und Neue Mittelschulen im städtischen Bereich, um auch sozial Benachteiligte zu erreichen. Den Rahmen für die Umsetzung des mehrjährigen Programms bilden der Public Health Action Cycle und das Determinantenmodell von Dahlgren & Whitehead.

1. Ist-Analyse: durch eine fundierte SchülerInnen- und LehrerInnenbefragung werden konkrete Handlungsfelder abgeleitet.
2. Planung: In der neu entwickelten „Ideenwerkstatt“ (SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern) und im „Ziele-Workshop“ (Gesundheitsteam) werden partizipativ die Maßnahmen definiert/priorisiert.
3. Umsetzung: maßgeschneiderte Module für alle Zielgruppen (u.a. LehrerInnengesundheit, und MultiplikatorInnenschulungen für die Nachhaltigkeit) werden den Schulen angeboten. Die Schulen erhalten eine finanzielle Unterstützung.
4. Evaluation: Mittels jährlicher Reflexions-Workshops und Abschlussberichten wird der Verlauf des Projektes evaluiert.

Mittlerweile zählen 62 Schulen zum Netzwerk „Gesunde Schule, bewegtes Leben“. Entscheidend für einen nachhaltigen Erfolg sind eine ausführliche IST-Analyse und das Einbeziehen aller Player der Schule, wie durch die „Ideenwerkstatt“. Für eine Verankerung des Projekts im Schulalltag ist eine aktive Unterstützung der Direktion unabdingbar. Die Vernetzung zwischen den Schulen ist ein wichtiger Motor für die Nachhaltigkeit. Dass es gelungen ist positive Auswirkungen für die gesamte Schule zu erreichen bestätigen 70 Prozent. Bei 89 Prozent der Befragten wäre ein derartiges Projekt ohne die STGKK nicht zustande gekommen.



## **Das Konzept ‚Circusschule‘ als Maßnahme zur Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche**

(Astrid Spatzier, Universität Salzburg)

Das Pilotprojekt zur ‚Circusschule‘ als Präventivmaßnahme zur Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche fand an der Volksschule Anthering im Jahr 2010/2011 unter der Leitung von Mag. Evelyn Daxner-Ehgartner statt. Begleitet wurde die Umsetzung von einer Evaluierung durch Masterstudierende der Universität Salzburg aus unterschiedlichen Disziplinen wie beispielsweise von Frau Nöbauer aus Sicht der Gesundheitskommunikation. Darüber hinaus demonstrieren nachfolgende Ausführungen, inwieweit sich das Projekt ‚Circusschule‘ als Kommunikationsarena zur Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche eignet.

Circus in Verbindung mit Schule beinhaltet konkret einen Lehrplan, der sich in Übungseinheiten auf spezifische Art und Weise dem Thema ganzheitliche Gesundheitsförderung mit Blick auf Bewegung, soziales Lernen sowie Kommunikation nähert. Konkret stützen sich Planung und Umsetzung auf die Säulen Freude an der Bewegung und Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des physischen, psychischen und sozialen Lernbereichs. Die ‚Circusschule‘ wurde im Rahmen des Pilotprojekts zur Gänze in den Lehrplan integriert. Unterstützung zur Abhaltung des Sonderlehrplans erhielten die Lehrkräfte durch SportlehrerInnen sowie speziell ausgebildete AkrobatInnen. Die in den Übungseinheiten vermittelten Inhalte wie Trommeln, Tanzen, Musizieren, Jonglieren, Bühnenspiel, Akrobatik, Basistraining etc. beziehen sich auf Bewegung, Integration, Spaß, Kreativität sowie Kommunikation und fördern dadurch sowohl physische Verbesserung sowie soziale Komponenten wie Selbst- und Fremdwahrnehmung als auch Konzentrationsfähigkeit.

154 SchülerInnen sowie acht KlassenleiterInnen nahmen an diesem Projekt teil. Die Ergebnisse aus qualitativen Interviews, teilnehmenden Beobachtungen sowie quantitativer Befragung verdeutlichen, dass sich ein Projekt wie die ‚Circusschule‘ zur Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche eignet. Konkret zeigen die Befunde durchwegs positive Wirkungen: Der im Vordergrund stehende Spaß wirkt sich förderlich auf die Motivation aus, fast alle SchülerInnen sind ausgeglichener, eine Übertragung der Thematik Gesundheit und Bewegung auf das außerschulische Leben findet eindeutig statt. Zudem geht aus der quantitativen Untersuchung hervor, dass 60 % der SchülerInnen aufgrund des Projekts lieber in die Schule gehen. 85 % der LehrerInnen und 64 % der Eltern konnten neue Talente bei ihren SchülerInnen/Kindern entdecken und 58 % der SchülerInnen geben an, durch das Projekt, vor allem nach viel Bewegung, besser lernen zu können. Besonders positiv sind die evaluierten Tendenzen hinsichtlich Gewichtsreduktion, gesundheitsbewusstes und selbstbewusstes Leben zu betonen.

Ausgehend von diesen Erkenntnissen wäre nun anzudenken, wie eine österreichweite, langfristige Umsetzung strategisch zu planen sei. Das Bewusstsein für Projekte dieser Art ist in die Köpfe der Menschen zu bringen, um vor allem PolitikerInnen von der Notwendigkeit derartiger Maßnahmen zu überzeugen.

## **„Wovon hängt die Entscheidung für oder gegen ein Stillen bei Betroffenen ab?“ Eine qualitative Analyse über die Einflüsse auf das Stillverhalten** (Silvia Steurer<sup>1</sup>, Helga Quirgst<sup>1</sup>, Katharina Viktoria Stein<sup>1</sup>, Thomas Ernst Dörner<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Medizinische Universität Wien)

Für Säuglinge gilt die Muttermilch als optimale und natürlichste Nahrungsquelle. Stillen hat einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes und die Gesundheit von Kind und Mutter.

Neben medizinischen Kontraindikationen gibt es viele andere Einflussgründe auf das Stillverhalten. Als Barrieren, die ein weiterführendes Stillen verhindern und zu frühzeitigem Abstillen führen, haben sich ein Mangel an Wissen, bereits kleinste Stillprobleme sowie das große Angebot und die Werbungspräsenz an Formulanahrung erwiesen. Zu Ressourcen, die am ehesten ein Stillen außerhalb der Geburtskliniken gewährleisten, gehört eine gute, postpartale Unterstützung durch das Fachpersonal.





Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

Während höher gebildete Frauen der Stillthematik häufig intellektuell begegnen und dadurch Körpersignale oft nicht wahrgenommen werden, setzen sich Frauen aus den unteren Bildungsschichten nur wenig mit dem Thema Stillen auseinander.

Vorinformation und Meinungsbildung bezüglich Stillen wird als hilfreich zur Gewährleistung eines besseren Umgangs in der akuten Situation erachtet. Stillen wird als sozial erlernte Fähigkeit angesehen. Besonders die Unterstützung durch den Partner und die Meinungen von Müttern und Großmüttern prägen das Verhalten postpartaler Frauen nachhaltig.

Maßnahmen für eine bessere Betreuung der gebärenden Frauen inkludieren eine verbesserte Verfügbarkeit von Kassenhebammen, die Vor- und Nachbetreuung der Geburt für alle sozialen Schichten gewährleisten, eine bessere Ausbildung von ExpertInnen sowie den Ausbau von „Stillfreundlichen Krankenhäusern“.

Flächendeckende Informationskampagnen Pro-Stillen und die Eingliederung von Säuglingsernährung in die frühe Ernährungsaufklärung können die Gesellschaft nachhaltig beeinflussen und schaffen ein stillfreundliches Umfeld.

Gerade weil Stillen eine der effizientesten und kostengünstigsten Maßnahme im Gesundheitsbereich darstellt, ist die Annäherung an die WHO-Empfehlungen der ausschließlichen Stilldauer von sechs Monaten erstrebenswert. Es bedarf des Verständnisses von Fachpersonal und Wissenschaftler für die praktischen Umstände, um sich dem Problem komplex annähern zu können. Aus der Diskussion im Anschluss an die Präsentation ergaben sich neue Aspekte zum Thema Ethik und Säuglingsabbildungen in Broschüren und die Frage nach der Wichtigkeit von Stillförderung in einem Land mit hoher Stillanfangsrate kam auf. Praxisbezogene Erfahrungsberichte von Teilnehmerinnen werteten die Diskussion auf. Das Thema Stillen und Stillförderung fand große Resonanz bei teilnehmenden Personen.

### **Explorativer Zugang zur erfolgreichen Implementierung des Konzepts der Bewegten Schule im Setting Volksschule** (Magdalena Thaller<sup>1</sup>, Florian Schnabel<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Fachhochschulstudiengänge Burgenland Ges.m.b.H.)

Die Realisierung von mehr Bewegung für Kinder ist eine große Herausforderung für alle, die für eine gesunde Entwicklung der Kinder verantwortlich sind. Die Volksschule als Ort, in dem Kinder viele Stunden ihres Alltags verbringen, muss aufgrund der Tatsache, dass immer mehr Kinder an den Folgen von Bewegungsmangel leiden, verstärkt auf die Bewegungsbedürfnisse der Kinder ausgerichtet werden. [1,4] Wie Titze et al. (2010) in Bezug auf allgemeine Gesundheitsförderung feststellen, ist es erforderlich nicht nur verhaltensbezogene (individuelle), sondern auch verhältnisorientierte (soziales Umfeld, Lebensraum, Politik) Strategien zur Beeinflussung des Bewegungsverhaltens – und somit zur Stärkung der Gesundheit – einzusetzen [3]. Dieser Ansatz findet sich in dem in der Literatur häufig beschriebenen Konzept der *Bewegten Schule* (z.B.: Hildebrandt-Stramann 2007; Müller, 2006; Kottmann, Küpper, Pack, 2005; Regensburger Projektgruppe, 2001; Laging, 2000) wieder. Das Konzept der *Bewegten Schule* zielt darauf ab, den Umfang an sitzender Haltung zu reduzieren, indem Bewegung in den Unterrichtsfächern und im Schulalltag zum Prinzip des Lernens und Lebens gemacht wird [2]. Bislang beschränkt sich jedoch ein großer Teil der Bewegungsförderung auf den Turnunterricht und die Zeit zwischen den Unterrichtseinheiten. Ausgehend von diesen theoretischen Überlegungen veranschaulicht dieser Beitrag Einflussfaktoren in Hinblick auf eine Einführung des Konzepts der *Bewegten Schule*. Ziel ist es, mit Hilfe einer qualitativen Erhebung die Einflussfaktoren für die Implementierung des Konzepts der *Bewegten Schule* im Setting Volksschule zu erfassen und Hindernisse bzw. Erfolgsfaktoren aufzuzeigen.

Hierzu wurde ein qualitativ-explorativer Ansatz gewählt. Für die Untersuchungsmethode sprechen eine flexible Durchführung und keine inhaltliche Prädetermination durch die Forscher. Zwischen Mai und Juni 2011 wurden insgesamt zehn Volksschuldirektorinnen mittels eines Interviewleitfadens – im Schnitt eineinhalb Stunden lang – befragt. Durch die Auswahl der zu befragenden Personen wurde ein breites Spektrum an Sichtweisen generiert. Die Strukturierung des



Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

Leitfadens beruht auf dem Konzept der *Bewegten Schule*. Dieser umfasst Fragen zu den folgenden Themenblöcken: Unterricht, Schulorganisation, außerunterrichtliche Angebote und Schulraum.

Es ist von zentraler Bedeutung, dass die Bausteine des Konzepts der *Bewegten Schule* mit unterschiedlicher Gewichtung und Ausprägung in das Programm einer jeden Schule aufgenommen werden. Jedoch bedarf es hierfür einiger struktureller Veränderungen sowie Impulse zur langfristigen Etablierung gesundheitsfördernder Themenstellungen im Bereich Bewegung in Volksschulen.

Zu den Voraussetzungen einer Intensivierung und Implementierung von bewegungsorientierten Maßnahmen in den Schulalltag zählen – neben der Schaffung von Rahmenbedingungen – die Motivation, Unterstützung und Qualifizierung des Lehrpersonals. Anregungen zur Verankerung von bewegungsorientierten Maßnahmen können zwar von außen kommen, die entscheidende Initiative muss aber von der Schule selbst im Sinne einer schulautonomen Gesamtstrategie erfolgen. Es zeigt sich, dass eine erfolgsversprechende Umsetzung des Konzepts der *Bewegten Schule* im Wesentlichen vom Interesse sowie der Einstellung der Lehrerinnen und Lehrern zur Bewegung und Gesundheitsförderung geprägt wird. Sowohl die Schulleitung als auch das Lehrerkollegium müssen hinter dem Konzept stehen und es im Leitbild sowie dem Weiterbildungsprogramm verankern. Die Zusammenarbeit der Schulleitung mit dem Lehrerkollegium sowie die gegenseitige Wertschätzung nehmen ebenso Einfluss auf Umsetzung der einzelnen Bausteine des Konzepts. Neben dem schulinternen Personal sollen auch Eltern bzw. Erziehungsberechtigte als zentrale Mediatoren so intensiv wie möglich in die Arbeit einbezogen werden. Eine entscheidende Notwendigkeit wird vor allem in der Mitarbeit der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten bei Bewegungsveranstaltungen wie Schwimmen, Wandertagen oder Skikursen gesehen. Um dies zu gewährleisten, müssen Eltern über die Werte und Normen der Schule informiert werden. Auch die Zusammenarbeit mit öffentlichen Institutionen im Bewegungsbereich sowie mit regionalen Sportvereinen ist im Hinblick auf die Einführung dieses Konzeptes nach Meinung der Befragten von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus müssen an Volksschulen Strukturen geschaffen werden, in denen Bewegung möglich ist und zugleich gefördert werden kann, da die Umsetzung des Konzepts der *Bewegten Schule* wesentlich von baulichen Gegebenheiten, der Ausstattung der Räume sowie der Gestaltung des Freigeländes geprägt wird.

Dieser Beitrag verdeutlicht, dass eine ganzheitliche sowie nachhaltige Bearbeitung des Themas „Förderung körperlicher Aktivität im Setting Volksschule“ das Zusammenspiel verschiedener Instanzen und Personengruppen sowie strukturelle Veränderungen erfordert.

Wichtig ist hierbei vor allem, dass Lehrerinnen und Lehrer bei der Entwicklung einer *Bewegten Schule* unterstützt werden – sei es in der Begleitung von Veränderungsprozessen oder dem Bereitstellen von bewegungsorientierten Mitteln und Projekten. Des Weiteren schafft nur eine schrittweise Umsetzung von Veränderungsprozessen Akzeptanz und Bewusstseinsbildung bei allen Beteiligten. Bevor jedoch überhaupt Maßnahmen gesetzt werden, müssen erst einmal alle zuständigen Personen erkennen, dass die Schule, neben der Familie, ein Lebensraum von Kindern ist, in dem das Thema Gesundheit immer mehr an Bedeutung gewinnt. Die Erfahrungen, die Kinder in der Volksschule machen, wirken nachhaltig auf ihr gesamtes Leben. Daher bedarf es einer Verankerung des Themas Gesundheitsförderung in der Ausbildung der Lehrerinnen und Lehrer sowie einer gesetzlichen Verpflichtung von bewegungsorientierten Weiterbildungsmaßnahmen. Bewegungsförderung wird zwar von der Bildungspolitik sowie von den Lehrkräften als wichtiges Thema gesehen, jedoch weitgehend noch immer im Sinne der Gesundheitserziehung verstanden und umgesetzt. Doch nur eine bewegungsfreundliche Gestaltung der Schule kann dazu beitragen, dass Kinder positive Erfahrungen mit Bewegung verbinden und so zum lebenslangen Sport treiben angehalten werden. Hierfür braucht es allerdings eine normative Zielsetzung des Handels in Form eines Leitbildes sowie eine strategische Ausrichtung der Schulentwicklung anhand eines Schulprogrammes.

#### Literaturverweise

[1] Balster, Klaus & Neuhöfer, Friederike (2007). Bewegungskindergarten. In: Hunger, Ina & Zimmer, Renate: Bewegung – Bildung – Gesundheit: Entwicklung fördern von Anfang an. Hofmann, Schorndorf, S. 150-153.



- [2] Kanning, Martin & Schlicht, Wolfgang (2006): Präventive Interventionen in verschiedenen Settings. In: Bös, Klaus & Brehm, Walter, (2006): Handbuch Gesundheitssport. Hofmann, Schorndorf, S. 167-181.
- [3] Titze, Sylvia, Ring-Dimitriou, Susanne, Schober, Peter, Halbwachs, Christian, Samitz, Günther, Miko, Hans-Christian et al. (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Eigenverlag, Wien.
- [4] Verstraete, S. J. M., Cardon, G. M., De Clercq, D. L. & De Bourdeaudhuij, I. M. (2006): Increasing children's physical activity levels during recess periods in elementary schools: the effects of providing game equipment. In: European Journal of Public Health, 4, S. 415–419.

## 6. Lesenswertes

**Stigler, F.L., Starfield, B., Sprenger, M., Salzer, H.J., Campbell, S.M. (2012):** Assessing primary care in Austria: room for improvement. *Fam.Pract.*

### **Abstract:**

**BACKGROUND:** There is emerging evidence that strong primary care achieves better health at lower costs. Although primary care can be measured, in many countries, including Austria, there is little understanding of primary care development.

**OBJECTIVE:** Assessing the primary care development in Austria.

**METHODS:** A primary care assessment tool developed by Barbara Starfield in 1998 was implemented in Austria. This tool defines 15 primary care characteristics and distinguishes between system and practice characteristics. Each characteristic was evaluated by six Austrian primary care experts and rated as 2 (high), 1 (intermediate) or 0 (low) points, respectively, to their primary care strength (maximum score: n = 30).

**RESULTS:** Austria received 7 out of 30 points; no characteristic was rated as '2' but 8 were rated as '0'. Compared with the 13 previously assessed countries, Austria ranks 10th of 14 countries and is classified as a 'low primary care' country.

**CONCLUSION:** This study provides the first evidence concerning primary care in Austria, benchmarking it as weak and in need of development. The practicable application of an existing assessment tool can be encouraging for other countries to generate evidence about their primary care system as well

Link to full text:

<http://fampra.oxfordjournals.org/content/early/2012/11/10/fampra.cms067.full.pdf?keytype=ref&ijkey=EGcyrHjzzqYbPru>

**Kontakt:** Dr. Florian Stigler, MPH, Association of Young General Practitioners of Austria (JAMÖ),  
Waltendorfer Hauptstr. 173, 8042 Graz, Austria; E-mail: [stigler.florian@gmail.com](mailto:stigler.florian@gmail.com)



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

## 7. Tagungsankündigungen

- **4. EUFEP Kongress**

Thema: Adipositasprävention – eine (ge)wichtige Herausforderung

Kloster in Krems (Niederösterreich), 12.-13.06.2013

<http://www.eufep.at/>

- **ECER 2013**

The European Conference on Educational Research

Theme: Creativity and Innovation in Educational Research

Bahçeşehir University in Istanbul (Turkey), 09.-13.09.2013

<http://www.eera-ecer.de/ecer2013/>

Deadline for submission of proposals and abstracts: **01 February 2013**

- **21<sup>st</sup> IUHPE World Conference on Health Promotion**

Pattaya, Thailand, 25.–29.08.2013

<http://www.iuhpeconference.net/en/index.php>

Abstract Submission Deadline: **20 December 2012**



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

## 8. Wissenswertes

### Das Young Researchers in Health Network (YRIHN) stellt sich vor!

Das Young Researchers in Health Network wurde 2010 gegründet, um junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus allen Fachgebieten der Gesundheitsforschung international und multidisziplinär zu vernetzen. Dies geschah aus dem ganz konkreten Bedarf heraus, dass es bis dahin kein vergleichbares Angebot speziell für den Nachwuchs in den Gesundheitswissenschaften gab, die Probleme und Herausforderungen jedoch überall ähnlich sind.

YRIHN bietet eine Plattform zum Erfahrungs- und Wissensaustausch, organisiert Pre-Conferences und Workshops bei Konferenzen wie der iHEA, ECHE, EHMA oder der INIC. Außerdem informiert YRIHN über seine Homepage und den Newsletter über die aktuellsten Veranstaltungen, Jobs und Calls.

Das Angebot richtet sich speziell an PhDs und PostDocs, mit dem gemeinsamen Thema „Gesundheit“. YRIHN ist davon überzeugt, dass nur eine interdisziplinäre Auseinandersetzung damit eine Zukunft hat. Deswegen setzen sich die Mitglieder aus allen Forschungsrichtungen zusammen, wie zum Beispiel Ökonomie, Public Health, Soziologie, Management, Medizin, Pflege oder Recht – denn je mehr Fächer vertreten sind, desto besser lässt sich die Zukunft gestalten. Derzeit zählt YRIHN 160 Mitglieder auf allen 5 Kontinenten. Nähere Informationen zum Young Researchers in Health Network finden sich hier: [www.youngresearchersinhealth.net](http://www.youngresearchersinhealth.net).

Um einen Überblick und Einblick in die facettenreiche Welt der Gesundheitsforschung zu geben, ist YRIHN Gasteditor eines Special Issue des International Journal for Behavioural and Health Research, mit dem Titel "Healthcare Research – the Status Quo and New Developments". PhD Studierende und PostDocs können hier ihre Arbeiten einreichen und so das Bild der Trends und Hot Topics zum Forschungsschwerpunkt Gesundheit mit gestalten. Nähere Informationen zu Einreichfristen und Anforderungen finden sich hier: <http://www.inderscience.com/info/ingeneral/cfp.php?id=1996>.

Für weitere Information kontaktieren Sie bitte:

Young Researchers in Health Network  
c/o Institute of Social Medicine  
Center for Public Health  
Medical University Vienna  
Rooseveltplatz 3  
A-1090 Vienna, Austria  
Tel: +43 1 40160 34885; Fax: +43 1 40160 934882  
K. Viktoria Stein, PhD  
[viktoria.stein@youngresearchersinhealth.net](mailto:viktoria.stein@youngresearchersinhealth.net)  
Susanne Bethge  
[susanne.bethge@youngresearchersinhealth.net](mailto:susanne.bethge@youngresearchersinhealth.net)



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research

Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

## **European Health Award 2012:**

**Der European Health Award 2012 geht an das European Health Literacy Projekt (HLS-EU) – Wir gratulieren herzlich!**

Der diesjährige European Health Award 2012 wurde beim European Health Forum Gastein dem European Health Literacy Projekt (HLS-EU) verliehen. In dem Projekt wurde die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in 8 Mitgliedsstaaten der EU, darunter auch in Österreich, gemessen. An dem Projekt-Konsortium war das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research maßgeblich beteiligt, nicht nur verantwortlich für den Österreich-Teil, sondern auch für die Datenanalyse und die vergleichende Berichtlegung der internationalen Ergebnisse.





Österreichische Gesellschaft für Public Health – Austrian Public Health Association – ÖGPH ([www.oeph.at](http://www.oeph.at))  
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research ([www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at))

---

## 9. Impressum

ÖGPH, Österreichische Gesellschaft für Public Health  
c/o Wiener Medizinische Akademie für Ärztliche Fortbildung und Forschung (WMA)  
Herr Manuel Hötzendorfer  
Alser Straße 4, 1090 Wien  
Telefon: +43 1 4051383 14  
Fax: +43 1 4078274  
E-Mail: [mah@medacad.org](mailto:mah@medacad.org)  
Redaktion und verantwortlich für den Inhalt:  
LBIHPR, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research  
Untere Donaustraße 47, 1020 Wien  
Redaktionsteam: Priv.-Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür; Dr. med. Martin Cichocki, MPH;  
Philipp Petersen; Kontakt: [philipp.petersen@lbihpr.lbg.ac.at](mailto:philipp.petersen@lbihpr.lbg.ac.at)