

**hinsehen.zuhören.aktivieren**

## **Die Rolle von Sozial- und Beratungseinrichtungen in der Gesundheitsförderung**

Eine Strategie zur Erreichung sozioökonomisch benachteiligter Gruppen am Beispiel Zahngesundheit erörtert in einer Machbarkeitsanalyse.

### **Masterarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades

### **Master of Public Health**

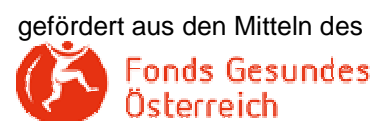
**Bernadette Jauschneg | 9510425**

**Betreuerin: Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Ursula Trummer, MSc**

Center for Health and Migration

Universitätslehrgang Public Health

Medizinische Universität Graz



Graz, Mai 2015

## Zusammenfassung

In den vergangenen Jahrzehnten konnte, unterstützt durch eine gut implementierte Gruppenprophylaxe, eine deutliche Verbesserung der Zahngesundheit in Österreich erreicht werden. Einem größer werdenden Anteil an Kindern und Jugendlichen mit gesunden, kariesfreien Zähnen steht dabei eine kleiner werdende Gruppe mit einem hohen Kariesvorkommen gegenüber. Diese zunehmende Polarisierung stellt die Zahngesundheitsförderung vor die Herausforderung, Strategien im Erreichen der Hochrisikogruppen, insbesondere der Kinder von 0 bis 4 Jahren aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen, zu entwickeln. Dies ist von besonderer Relevanz, da Karies zwar nicht heilbar, jedoch durch vergleichsweise einfache und frühzeitige Maßnahmen wie eine wirkungsvolle Mundhygiene, Fluoridierung oder zahngesunde Ernährung viel erreicht und damit auch viel Leid vermieden werden kann.

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit einem neuen Ansatz im Erreichen der Risikogruppe unter Einbeziehung bereits vorhandener Strukturen auseinander. Es wird der Frage nachgegangen, welche Rolle bestehende Sozial- und Beratungseinrichtungen mit Zugang zur Zielgruppe als Multiplikatoren in der Zahngesundheitsförderung einnehmen können. Dabei wird auf die Sinnhaftigkeit, den Bedarf und die Möglichkeiten im Rahmen der Strukturen und des Auftrages von Sozial- und Beratungseinrichtungen eingegangen. Des Weiteren werden die erforderliche Unterstützung und Begleitung beleuchtet und abschließend Handlungsempfehlungen festgelegt.

Als Methodik wurde die Machbarkeitsstudie gewählt. In einem beginnenden, theoretischen Teil erfolgt eine Beschreibung des Hintergrundes sowie des nationalen und internationalen State of the Art. Die Basis der anschließenden Machbarkeitsüberprüfung stellen vier Experteninterviews dar, deren Ergebnisse in die weiterführende Maßnahmenbeschreibung einfließen. Den Abschluss bilden Handlungsempfehlungen für Politik, Gesundheitsförderung und eine Diskussion der Arbeit.

Festgestellt wurde, dass eine Multiplikatorenrolle von Sozial- und Beratungseinrichtungen einen Nutzen sowohl für die Zahngesundheitsförderung wie auch für die Sozial- und Beratungseinrichtungen als Kooperationspartner und natürlich die eigentliche Zielgruppe der sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerung darstellen kann. Die Sinnhaftigkeit und Machbarkeit entsprechender Maßnahmen wurde auch von Seiten der befragten Experten bestätigt, wenngleich als Herausforderung immer wieder die knappen Ressourcen und die zum Teil vorherrschenden existentiellen Problemstellungen von Seiten der Klienten angeführt werden. Dem ist bei der Planung möglicher Interventionen besondere Beachtung zu schenken.

Durch das Einbeziehen bereits vorhandener Strukturen und deren Zugang zur Zielgruppe, die Einbindung von Menschen in ihrer professionellen Rolle als Berater und ihre zusätzliche Qualifizierung im Bereich der Zahngesundheit werden neue Möglichkeiten im Erreichen einer Karies-Risikogruppe geschaffen und zugleich eine vertiefende Auseinandersetzung aller beteiligten Einrichtungen durch eine Professionen übergreifende Zusammenarbeit geschaffen.

## Abstract

Oral health considerably improved significant during the recent decades through the support of a well implemented group prophylaxis program. An increasing proportion of children and adolescents has healthy teeth without carious lesions. of children But there is a small (and diminishing) number with a very high burden of carious lesions. The increasing gap represents a challenge for oral prevention: How to develop strategies to reach high risk groups - especially children in the age of 0 to 4 years, living in socially disadvantaged parts of the population. Carious lesions cannot be healed, but rather simple and timely measures – as effective oral hygiene, fluoridation and dietary modification – can have big effects and can help to avoid unnecessary suffering.

This thesis deals with a new approach to reach high risk groups by using already existing institutions. Which role can/could already existing social and care institutions play, who work already with the target group? Can they be multipliers in oral prevention? Social and care institutions have distinct structures and mandates which have to be considered when reasons, needs and capabilities are analyzed. Further the support and coaching needed by these institutions for supporting oral prevention are described and finally recommendations for further actions are provided.

A feasibility study was chosen as methodological approach. After presenting the theoretical background the national and international state of the art is outlined. Based on four expert interviews possible measures are further elaborated and included into the feasibility study. The final part covers the discussion and recommendations for governmental health and prevention policies.

It has to be concluded, that the role of multipliers of social and care institutions in the field of oral prevention can result in benefits for the target group of socially disadvantaged children. Institutions themselves can also benefit by being part of new cooperations. The reasonability and feasibility of the proposed measures were confirmed by the experts. Nevertheless there are major challenges: The limited resources in the institutions and sometimes the existential needs of the children can and do lead to other priorities than oral prevention. This has to be carefully considered when measures are planned.

By using existing institutions and their access to the target group new possibilities for oral prevention arise. The advisory capabilities of the professionals working in these institutions could be enhanced by adding qualification in the field of oral health. This could lead to better access and prevention for children with high risk of carious lesions. And it could lead to an improved involvement of the institutions as well as to a better interdisciplinary collaboration.

## Dank

*Dankbarkeit ist das Gedächtnis des Herzens.  
J.-B. Massillon*

Die intensive Auseinandersetzung mit vorherrschenden sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten, mit den Möglichkeiten – und insbesondere den Grenzen – im Schaffen von mehr Chancengerechtigkeit, aber auch laufende Pressemeldungen die so viele Missverhältnisse – nah und fern – aufzeigen, haben mir insgesamt wieder das Bewusstsein dafür geschärft, wie viel Grund es für mich gibt dankbar - auf vielen Ebenen - zu sein.

### *Von den Wurzeln*

Meinen Eltern, die ihren Weg schon vor langer und noch längerer Zeit zu Ende gegangen sind und mir doch einen Pfad geebnet haben, der mir eine gute Basis für meinen eigenen Weg war. - *Der Pfad wird mir immer Teil sein!*

### *Quer durch die Lebensjahre*

All jenen Menschen, die mich im privaten und beruflichen Kontext begleitet, unterstützt und gefordert haben, die – für kurz, länger oder immer noch - da waren und sind, die mir neue Impulse gegeben und Richtungen aufgezeigt haben, von denen ich lernen und an ihnen wachsen durfte und darf. - *Es ist die Summe aller Begegnungen, die mit bedingen was war, wie es ist und was möglich wird!*

### *Von der Lehr(gangs)-Zeit und dem Dank in viele Richtungen*

An alle am Lehrgang Beteiligten: in Organisation, Planung, (Beg-)Leitung, ReferentInnen wie auch KollegInnen. An Styria vitalis und den Fonds Gesundes Österreich für die je Teilfinanzierung des Lehrganges. An meine Masterthesis-Betreuerin Dr.<sup>in</sup> Trummer für die laufenden Feedback(mail)schleifen, Änderungs- und Optimierungsvorschläge aber auch die Freiheiten in Bezug auf Rahmen, Struktur und Inhalt meiner Arbeit sowie an Dr. Ulf Zeder für die Zweit-Begutachtung. Und natürlich an meine Interviewpartnerinnen und -partner für ihre Zeit, ihre Expertise und für die weit über die Interviews hinaus anregenden Gespräche. - *Das Lernen fand hier auf vielen Ebenen statt!*

### *Vom Unterwegs sein und Ankommen*

Meinem Lebenspartner und Wegbegleiter Georg - für das zur Ruhe kommen in einer sehr intensiven, arbeits-, lehr- und lernreichen Zeit, für jeden Meter der gemeinsam auf zwei, drei oder vier Rädern zurückgelegt wurde, für das Erkunden von Neuem und das Aufsuchen von Vertrautem, für die ehrliche Kritik und die klare Analyse, für das laufende Korrekturlesen, den unaufgeregten Zugang und so vieles mehr. - *Es gibt noch Vieles was erlebt, entdeckt und erfahren werden kann!*

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, beziehungsweise die wörtlich und sinngemäß entnommenen Stellen anderer Autorinnen und Autoren als solche kenntlich gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>Ausgangslage .....</b>	<b>1</b>
1.1.1	Bedeutung der sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit .....	2
1.1.2	Gesundheitliche Chancengerechtigkeit.....	3
1.1.3	Soziale Ungleichheit und Zahngesundheit.....	5
1.1.4	Sozial- und Beratungseinrichtungen als Multiplikatoren .....	10
1.1.5	Ein neuer Ansatz in der Gesundheitsförderung .....	12
<b>1.2</b>	<b>Zielsetzung und Forschungsfragen .....</b>	<b>13</b>
1.2.1	Zielsetzung .....	14
1.2.2	Forschungsfragen.....	14
1.2.3	Nutzen .....	15
<b>1.3</b>	<b>Eingrenzung der Zielgruppe und des Themas.....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>State of the Art.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>17</b>
2.1.1	Health in all Policies (HiAP).....	20
2.1.2	Public Health Strategien zur Verhinderung und Reduktion von Karies.....	21
<b>2.2</b>	<b>Nationale und internationale Projekte.....</b>	<b>22</b>
2.2.1	Gruppenprophylaxe in Österreich .....	23
2.2.2	Zähne. Zeigen .....	24
2.2.3	„Gesund sind wir stark!“ in Kreuzberg .....	26
2.2.4	Preventive Health care project – Denmark.....	29
2.2.5	Oral health programme for Scottish children: Childsmile .....	29
<b>3</b>	<b>Methodik.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1</b>	<b>Die Auswahl der Methodik .....</b>	<b>31</b>
3.1.1	Theoretischer Teil: Ausgangslage, Literatur und Projekte .....	32
3.1.2	Empirischer Teil: Machbarkeitsanalyse.....	32
3.1.3	Einschränkungen.....	34
<b>3.2</b>	<b>Beschreibung der Methodik.....</b>	<b>34</b>
3.2.1	Theoretischer Zugang und Erhebung des State of the Art.....	35
3.2.1.1	Schlüsselwörter .....	35
3.2.2	Experteninterviews .....	35
3.2.2.1	Exkurs: Änderungen des ursprünglichen Vorhabens.....	37
3.2.2.2	Ziel und Fokus der Interviews .....	38
3.2.2.3	Die Befragung.....	39

3.2.2.4	Transkription und Auswertung.....	40
3.2.3	Sinnhaftigkeit und Machbarkeitsanalyse .....	41
<b>4</b>	<b><i>Ergebnisse und Machbarkeitsanalyse</i></b> .....	<b>41</b>
<b>4.1</b>	<b>Ergebnisse aus den Experteninterviews</b> .....	<b>41</b>
4.1.1	Inhaltsübersicht: Kernfragen und Ergebnisse aus den Experteninterviews.....	42
4.1.2	Bedarf an Information und Handlungskompetenz für Eltern 0 – 4-Jähriger .....	44
4.1.3	Offenheit der Klienten .....	46
4.1.4	Sinnhaftigkeit einer Intervention zur Zahngesundheit .....	48
4.1.5	Bereitschaft und Einschätzung der Machbarkeit.....	50
4.1.6	Erforderliche Unterstützung.....	52
4.1.7	Nutzen .....	53
4.1.7.1	Ebene Multiplikatoren .....	53
4.1.7.2	Ebene sozioökonomisch benachteiligte Familien .....	54
4.1.7.3	Ebene Gesundheitsförderung .....	54
4.1.7.4	Ebene Volkswirtschaft .....	54
<b>4.2</b>	<b>Bedarf und Projektbegründung</b> .....	<b>55</b>
<b>4.3</b>	<b>Projekt- und Maßnahmenplanung</b> .....	<b>56</b>
4.3.1	Setting.....	57
4.3.2	Zielgruppe.....	57
4.3.2.1	primäre Zielgruppe .....	57
4.3.2.2	Sekundäre Zielgruppe .....	58
4.3.3	Zielsetzung und Indikatoren .....	58
4.3.3.1	A1: Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote .....	59
4.3.3.2	A2: Gesundheitsfördernde Strategien auf Ebene Politik und Organisation .....	60
4.3.3.3	A3: gesundheitsförderndes soziales Engagement.....	60
4.3.3.4	Gesundheitskompetenzen.....	60
4.3.3.5	Auswirkungen .....	61
4.3.4	Aktivitäten und Methoden .....	61
4.3.4.1	Aufbau von Kooperationspartnerschaften und einem Netzwerk.....	61
4.3.4.2	Interventionen von Sozial- und Beratungseinrichtungen.....	62
4.3.4.3	Niederschwellige, zielgruppenadäquate und praxisnahe Angebote .....	63
4.3.4.4	Informationsmaterial.....	64
<b>4.4</b>	<b>Organisation und Projektsteuerung</b> .....	<b>64</b>
4.4.1	Projektaufbau und Rollen .....	64
4.4.1.1	Projektsteuerung .....	64
4.4.1.2	Partnernetzwerk .....	65
4.4.1.3	Fachbeirat.....	65
4.4.2	Evaluationskonzept .....	66

4.4.2.1	Planungsqualität .....	66
4.4.2.2	Strukturqualität .....	67
4.4.2.3	Prozessqualität .....	68
4.4.2.4	Ergebnisqualität .....	68
4.4.3	Projekttablauf .....	70
4.4.3.1	Projektvorbereitung .....	70
4.4.3.2	Projektmanagement .....	70
4.4.3.3	Projektstrukturaufbau .....	71
4.4.3.4	Projektumsetzung .....	71
4.4.3.5	Projektabschluss .....	72
4.4.3.6	Dokumentation und Evaluation .....	72
4.4.4	Zeit- und Meilensteinplan .....	73
4.4.5	Anforderungen und Qualifikationen .....	74
4.4.5.1	Projektsteuerung .....	74
4.4.5.2	Multiplikatoren .....	74
4.4.5.3	Fachbeirat .....	74
4.4.6	Partnerschaften, Kooperationen und Vernetzung .....	75
4.4.6.1	Sozial- und Beratungseinrichtungen .....	75
4.4.6.2	Politisch Verantwortliche, Fachexperten und Gesundheitsförderung .....	75
4.4.6.3	Kommunikation und Information .....	75
4.4.7	Dokumentation .....	76
4.4.8	Evaluation .....	76
4.4.9	Ressourcen .....	76
4.4.9.1	Sachaufwendungen und finanzielle Ressourcen .....	76
4.4.9.2	Personelle und fachliche Ressourcen .....	77
4.4.9.3	Strukturelle, persönliche und soziale Ressourcen .....	78
4.4.10	Einflussgrößen .....	79
4.4.10.1	Vertragliche Einflussgrößen und Politik .....	79
4.4.10.2	Inhaltliche Positionierung von Sozial- und Beratungseinrichtungen .....	79
4.4.10.3	Zur Verfügung stehende Ressourcen der Multiplikatoren .....	80
<b>5</b>	<b>Handlungsempfehlungen .....</b>	<b>81</b>
<b>5.1</b>	<b>Potentiale .....</b>	<b>81</b>
<b>5.2</b>	<b>Prämissen und Rahmenbedingungen .....</b>	<b>81</b>
<b>5.3</b>	<b>Qualitätssicherung .....</b>	<b>82</b>
5.3.1	Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung .....	83
<b>5.4</b>	<b>Anforderungen, Herausforderungen und Lösungsansätze .....</b>	<b>84</b>
5.4.1	Bedarf an Information und Handlungskompetenz für Eltern 0 – 4-Jähriger .....	84
5.4.1.1	These .....	84



5.4.1.2	Fazit und Herausforderung.....	84
5.4.1.3	Empfehlung .....	85
5.4.2	Erforderliche Unterstützung für Multiplikatoren .....	86
5.4.2.1	These.....	86
5.4.2.2	Fazit und Herausforderung.....	86
5.4.2.3	Empfehlung .....	87
5.4.3	Bereitschaft und Einschätzung der Machbarkeit.....	87
5.4.3.1	These.....	87
5.4.3.2	Fazit und Herausforderung.....	88
5.4.3.3	Empfehlung .....	88
5.4.4	Offenheit der Klienten zum Thema Zahngesundheit.....	89
5.4.4.1	These.....	89
5.4.4.2	Fazit und Herausforderung.....	89
5.4.4.3	Empfehlungen .....	89
5.4.5	Empfehlungen für Politik und Praxis .....	90
5.4.5.1	Chancen und Grenzen im Erreichen der Zielgruppe.....	90
5.4.5.2	Health in all Policies .....	91
5.4.5.3	Nachhaltigkeit durch das Nutzen vorhandener Strukturen.....	91
5.4.5.4	Bündeln von Kompetenzen .....	91
5.4.5.5	hinsehen, zuhören, aktivieren .....	92
<b>6</b>	<b><i>Diskussion und Konklusion</i></b> .....	<b>92</b>
<b>6.1</b>	<b>Die Theorie</b> .....	<b>92</b>
<b>6.2</b>	<b>Die Praxis</b> .....	<b>93</b>
<b>6.3</b>	<b>Kritische Reflexion</b> .....	<b>94</b>
<b>7</b>	<b><i>Literaturverzeichnis</i></b> .....	<b>96</b>
<b>8</b>	<b><i>Anhang</i></b> .....	<b>101</b>
<b>8.1</b>	<b>Interviewleitfaden</b> .....	<b>101</b>

### Wichtiger Hinweis:

*In dieser Arbeit erfolgt aufgrund der leichteren Lesbarkeit keine Genderung. Es wird die männliche Form verwendet, wobei sich alle Zusammenhänge natürlich gleichermaßen auf beide Geschlechter beziehen. Ausnahmen stellen Funktionen dar, die ausschließlich von Frauen ausgeübt wurden und werden, wie etwa Zahngesundheitserzieherin, oder übernommene und als solche gekennzeichnete Zitate.*

## Abbildungs-, Graphik- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Strategien der Zahngesundheitsförderung. Eigene Darstellung 2014.....	9
Abbildung 2: Prozessverlauf Masterthesis. Eigene Darstellung 2015. ....	31
Graphik 1: Soziale Ungleichheit nach Mielck 2000 in BZgA 2013. ....	2
Graphik 2: Determinantenmodell Zahngesundheit nach Dahlgreen und Whitehead 1991. Darstellung Styria vitalis 2012. ....	6
Graphik 3: Multiplikatoren vervielfältigen Botschaften nach Blümel und Lehmann in BzGA 2010.	11
Graphik 4: Die vier Säulen der Kariesprophylaxe. Kerschbaum und Sax 2012. ....	22
Graphik 5: Ziele, Einflussfaktoren und Gesundheitsdeterminanten nach dem Schweizer Ergebnismodell. Eigene Darstellung 2015. ....	58
Graphik 6: Schulungskonzept für Multiplikatoren. Eigene Darstellung 2015. ....	63
Graphik 7: Qualitätsdimensionen. Meidlinger et al 2014. ....	66
Graphik 8: Public Health Action Cycle. Kolip 2006. ....	82
Tabelle 1: Interview 1. Eigene Darstellung 2015.....	39
Tabelle 2: Interview 2. Eigene Darstellung 2015.....	39
Tabelle 3: Interview 3. Eigene Darstellung 2015.....	40
Tabelle 4: Interview 4. Eigene Darstellung 2015.....	40
Tabelle 5: Inhaltliche Übersicht - Ergebnisse Experteninterviews I. Eigene Darstellung 2015. ....	42
Tabelle 6: Inhaltliche Übersicht - Ergebnisse Experteninterviews II. Eigene Darstellung 2015. ....	43
Tabelle 7: Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote. Eigene Darstellung 2015.....	59
Tabelle 8: Gesundheitsfördernde Strategien auf politischer und organisationaler Ebene. Eigene Darstellung 2015. ....	60
Tabelle 9: gesundheitsförderndes soziales Engagement. Eigene Darstellung 2015.....	60
Tabelle 10: Gesundheitskompetenzen. Eigene Darstellung 2015. ....	60
Tabelle 11: Projektsteuerung. Eigene Darstellung 2015.....	64
Tabelle 12: Bewertungsskala zur Zielerreichung. Meidlinger et al 2014 nach Kolip 2013: 32. ....	69
Tabelle 13: Zeit- und Meilensteinplan. Eigene Darstellung 2015.....	73
Tabelle 14: Sachaufwand. Eigene Kalkulation 2015.....	77
Tabelle 15: Projektsteuerung. Eigene Kalkulation 2015. ....	78

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

In nationalen und internationalen Studien wird bereits seit Jahren auf einen Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Gesundheitszustand und sozialer Benachteiligung hingewiesen und ein entscheidender Einfluss der Sozialstruktur auf die Gesundheit festgestellt (vgl. Hurrelmann et al 2006: 14ff).

*„Diese Zusammenhänge sind in der Regel linear: Je ungünstiger der sozioökonomische Status, desto höher die Sterblichkeit und desto niedriger die Lebenserwartung. Gleiches gilt für Erkrankungen.“ (Hurrelmann et al 2006 nach Mackenbach: 17)*

Dementsprechend lassen sich auch in Österreich wachsende Unterschiede in Bezug auf gesundheitliche Risiken, Morbidität und Mortalität bedingt durch sozioökonomische Einflüsse feststellen. Auswertungen des europäischen Haushaltspanels bestätigen etwa den Zusammenhang zwischen der Abnahme des sozioökonomischen Status und dem parallelen Anstieg von Erkrankungsrisiko und Mortalität (vgl. ÖBIG 2002: 8). Begründet ist dies unter anderem in gesundheitlichen Belastungen, einem gesundheitsriskanten Lebensstil sowie vorhandenen Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status (vgl. Gerlinger et al 2004: 44).

Das Österreichische Institut für Gesundheitswesen (ÖBIG 2002: 8) führt folgende Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheit an:

- wirtschaftliche Ressourcen und soziales Umfeld, wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, niedriges Einkommen, Bildungsarmut oder schlechte Wohnverhältnisse
- persönliche Risikofaktoren wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Behinderung
- gesundheitsschädigendes Verhalten, wie etwa Rauchen oder starker Alkoholkonsum
- unzureichende Gesundheitsversorgung durch beispielsweise eine schlechte oder sehr hochschwellige Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen

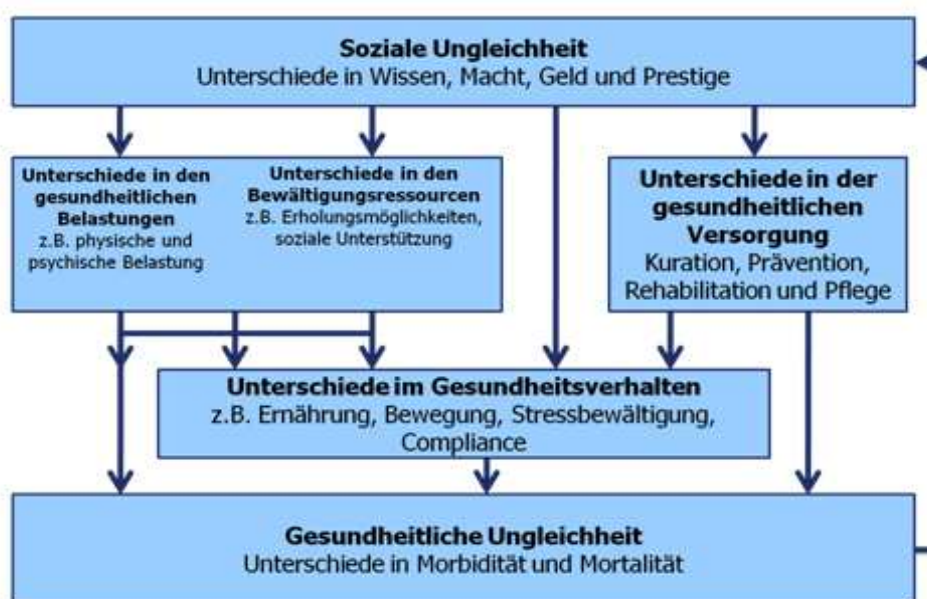
Der Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ dient der Darstellung eben dieser Wechselbeziehung von sozialer Ungleichheit und der gesundheitlichen Lage (vgl. Hurrelmann et al 2006 nach Mielck: 11).

### 1.1.1 Bedeutung der sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Soziale und wirtschaftliche Benachteiligung führt häufig zu Ungleichheit in Bezug auf Gesundheitschancen. Schlechtere Lebensbedingungen und ein riskanteres Gesundheitsverhalten tragen dabei wesentlich zu verstärkten Gesundheitsbelastungen bei sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen bei. Als wichtigste Indikatoren bei der Messung sozialer Benachteiligung werden dabei materieller Wohlstand, Bildung und berufliche Stellung angeführt. Ein niedriger sozialer Status wie auch Armut zeigen insbesondere bei dieser Gruppe Auswirkungen hinsichtlich einer schlechteren Gesundheit und eine bereits frühe Prägung schichtspezifischer Muster. Kinder und Jugendliche aus dieser Bevölkerungsschicht sind dabei besonders betroffen (vgl. BZgA 2013: 1-5).

Die KiGGS Studie, eine Langzeitstudie des Robert Koch Institut zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2006), weist bereits in der Basiserhebung die schlechteren Gesundheitsindikatoren von Kindern und Jugendlichen aus sozioökonomisch benachteiligten Familien auf. Kinder und Jugendliche aus sozial niedrigen Statusgruppen haben demzufolge nachweisbar ein höheres Risiko einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand oder auch psychische Auffälligkeiten zu entwickeln. Ferner wird eine geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen wie auch unregelmäßige zahnärztliche Untersuchungen bei dieser Personengruppe festgestellt (Lampert et al 2014: 766-768).

Die Folgen sozialer Ungleichheit werden in der folgenden Graphik von Mielck dargestellt:



Graphik 1: Soziale Ungleichheit nach Mielck 2000 in BZgA 2013.

Als mögliche Auswirkungen von sozialer Ungleichheit werden etwa gesundheitliche Belastungen oder unzureichende Bewältigungsressourcen aber auch Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen aufgezeigt (vgl. BZgA 2013).

Zusammenfassend kann angeführt werden, dass eine Korrelation zwischen Gesundheit und sozioökonomischem Status in einer Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten (vgl. BZgA 2013; Lampert et al 2014; Mielck 2005; ÖBIG 2002, Ziller 2009) festgestellt wurde und als gesichert gilt.

### 1.1.2 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Verschiedene nationale Strategien setzen sich in den letzten Jahren mit dem Fördern von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit auseinander. Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011 (Bundesministerium für Gesundheit 2011) hat etwa zum Ziel allen Kindern und ihren Familien eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und ihnen dafür bestmöglich Unterstützung zu bieten. Die Gesundheitsförderung wie auch die Prävention spielen in diesem Kontext im Sinne der Minimierung von Risikofaktoren und der Stärkung von Schutzfaktoren eine wesentliche Rolle.

Dem Themenbereich Gesundheitliche Chancengerechtigkeit wird beispielsweise mit den Zielen

- Förderung Gesundheitlicher Chancengerechtigkeit für sozial Benachteiligte,
- Förderung der Chancengleichheit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche sowie
- Verbesserung der Früherkennung und gezielten Förderung bei Kindern und Jugendlichen

besondere Bedeutung beigemessen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Die Rahmen-Gesundheitsziele Österreich sind darauf ausgerichtet, die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstand, Einkommen oder Lebensumstände sicher zu stellen. In einem breit angelegten, sektorenübergreifenden Prozess unter Einbindung aller relevanten politischen und gesellschaftlichen Bereiche wurden 10 Rahmen-Gesundheitsziele erarbeitet. Ziel 2 widmet sich konkret der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit für

alle Bevölkerungsgruppen. Ihm wurde eine besondere Relevanz beigemessen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2012: 5ff):

*„Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen.“  
(Bundesministerium für Gesundheit 2012: Ziel 2)*

Die im Jahr 2012 beschlossene Gesundheitsförderungsstrategie 2012 bis 2016 legt den Rahmen für ein abgestimmtes, ziel- und wirkungsorientiertes, qualitätsgesichertes und partnerschaftliches Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung fest. Die inhaltliche Ausrichtung orientiert sich dabei an den Rahmen-Gesundheitszielen und den damit in Zusammenhang stehenden Landes-Gesundheitszielen (Land Steiermark 2012, 2013).

Gesundheitsförderungs- oder Präventionsprogramme und die Umsetzung von Maßnahmen finden häufig institutionalisiert statt. Als besonders geeignet erweisen sich dabei Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen und Schulen, da in diesen Einrichtungen alle Kinder und Jugendlichen in bestimmten Altersgruppen, unabhängig von sozioökonomischem Status und Herkunft, erreicht werden. Des Weiteren bieten die Institutionen Möglichkeiten des Elternkontaktes in unterschiedlichen Formen, wie etwa schriftliche Informationen, Vorträge, direkte Ansprache und Sprechtag. Eine Schwäche liegt hier im Erreichen der Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren. Demgemäß bedarf es Maßnahmen im Erreichen von Eltern der 0 – 4-Jährigen, insbesondere jener, welche institutionell (noch) nicht erfasst sind.

Erfolgversprechende Strategien im Ermöglichen gesundheitlicher Chancengerechtigkeit erfordern eine Berücksichtigung der sozialen Lage, wie auch das Robert Koch Institut im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung feststellt:

*„Die statusspezifischen Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellen hohe Anforderungen an die Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung.“ (Robert Koch-Institut 2015: 1)*

Zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen ist der Lebensweltenansatz, im Sinne einer niederschweligen und zugehenden Strategie, als erfolgversprechend anzuführen. Das Nutzen bereits vorhandener Strukturen, Einrichtungen und Kompetenzen auf unterschiedlichen Ebenen wie Bund, Länder und

Gemeinden sowie eine enge Zusammenarbeit aller Akteure könnte einen Zugang zu den schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen ermöglichen (vgl. Ziller 2009: 95).

*„Gesundheitliche Risiken und Beeinträchtigungen lassen sich zumeist auf belastende Lebensverhältnisse zurückführen. Erfolgreich sind Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit daher vor allem dann, wenn sie auf dem Setting Ansatz basieren, die Menschen also dort abholen, wo sie wohnen, arbeiten, zur Schule gehen oder ihre Freizeit verbringen.“ (Lampert et al 2008: 15)*

Neben den Anforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit keine alleinige Aufgabe von Gesundheitsförderung oder Prävention sein kann. Einer auf die Lebenswelten, Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppe abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention unter Einbeziehung des Health in all Policies Ansatzes, also einer Beteiligung aller relevanten Politikfelder, kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu.

### 1.1.3 Soziale Ungleichheit und Zahngesundheit

Die Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und Zahngesundheit unterscheiden sich nur unwesentlich von jenen in Hinblick auf allgemeine gesundheitliche Bereiche. So entstehen aus derselben Problemlage wie zum Beispiel sozialer Ungleichheit häufig sowohl allgemeine als auch zahnmedizinische Erkrankungen. Soziale Ungleichheit wie geringe Bildung und niedriges Einkommen führen in den westlichen Industrieländern zu schlechterer Zahngesundheit bei Menschen aus sozioökonomisch benachteiligten Schichten (Ziller 2009: 87ff).

Die OECD (2009: 36) beschreibt, dass sozial benachteiligte Personen, insbesondere Kinder, von Zahnerkrankungen stark betroffen sind. Der Zusammenhang zwischen ungesunden Lebensgewohnheiten, wie etwa eine stark zuckerhaltige Ernährung, und unzureichenden oder fehlenden vorbeugenden Maßnahmen wie richtige Mundhygiene oder Fluoridanwendung wird dabei hervorgehoben.

*Menschen mit einer schlechten oralen Gesundheit können unter Schmerzen und Beschwerden, funktionalen Einschränkungen, niedrigem Selbstwertgefühl und einer allgemeinen Unzufriedenheit mit ihrem Äußeren leiden. Zahn- und sonstige Mundkrankheiten stellen daher ein großes öffentliches Gesundheitsproblem dar.*

Zahnerkrankungen hängen in starkem Maße mit bestimmten Lebensgewohnheiten, z.B. einer zuckerreichen Ernährung, zusammen, werden aber auch durch den Einsatz bzw. Nichteinsatz vorbeugender Schutzmaßnahmen wie Fluoridanwendungen und einer guten Mundhygiene beeinflusst. Benachteiligte und sozial ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen sind von Zahnerkrankungen übermäßig stark betroffen. (OECD 2009 nach WHO 2003: 34)

Der Bericht zeigt ferner einen Veränderungsprozess von der Zahnmedizin hin zur Vorbeugung beziehungsweise minimal-invasiven Behandlungen auf. Angestrebt wird eine Verbindung von nationalen Programmen zur Verhütung chronischer Krankheiten mit generellen Schwerpunkten der Gesundheitsförderung, die sich sowohl an die breite Bevölkerung als auch an Risikogruppen wie sozioökonomisch Benachteiligte („common risk factor approach“) richtet (vgl. OECD 2009: 34).

Das „Determinantenmodell Zahngesundheit“ beschreibt in Anlehnung an das „Policy Rainbow“-Modell nach Dahlgreen und Whitehead (1991) die wesentlichen Faktoren, welche Einfluss auf die (Zahn-) Gesundheit der Bevölkerung nehmen.



Graphik 2: Determinantenmodell Zahngesundheit nach Dahlgreen und Whitehead 1991. Darstellung Styria vitalis 2012.



Das Modell beschreibt die wechselseitige Einflussnahme der vier Ebenen, die auf die Entwicklung der Gesundheit des Menschen im Zentrum Einfluss nehmen. Neben durch Interventionen beeinflussbare Determinanten werden die nicht veränderbaren Faktoren Erbanlagen, Alter und Geschlecht angeführt.

Als veränderbare und beeinflussbare Determinanten werden

- die Verhaltens- und Lebensweisen des Einzelnen,
- soziale und kommunale Netzwerke,
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie
- allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt

dargestellt.

Die individuell beeinflussbaren Verhaltens- und Lebensweisen von Personen werden in dieser Beziehung als besonders bedeutend erachtet. Dazu zählen etwa allgemeine Bewältigungsstrategien wie auch die Fähigkeit der richtigen Mundhygiene, Wissen und Ernährungsgewohnheiten. Weitere Einflussebenen stellen soziale und kommunale Netzwerke dar, die durch familiäre Unterstützung, gesunde Zähne als Statussymbol und dergleichen beeinflusst werden können. Maßnahmen wie zum Beispiel Gruppenprophylaxe, Informationen zu Mundgesundheit und gesunder Ernährung oder Fluoridberatung beeinflussen die Lebensbedingungen und können auf dieser Ebene Veränderung bewirken.

Die sozioökonomische, kulturelle und physische Umwelt charakterisiert die vom Individuum am wenigsten beeinflussbare Ebene. Ein Einwirken auf die Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung ist hier etwa durch die Förderpraxis auf kommunaler, nationaler und internationaler Ebene, durch Werbung oder Kollektivprophylaxe wie zum Beispiel Trinkwasser- oder Salzfluoridierung möglich. Projekte und Programme in der Gesundheitsförderung und Prävention sollten diese Einflussfaktoren stets in Betracht ziehen (vgl. Styria vitalis 2012).

Im Sinne des Risikofaktor Ansatzes („common risk factor approach“) sind Maßnahmen zur Verbesserung der Mundgesundheit immer im Kontext des Einflusses soziopolitischer Faktoren zu entwickeln und mit allgemeinen Zielen der Gesundheitsförderung zu verbinden. Eine isolierte Betrachtung lässt außer Acht, dass zahnmedizinische Erkrankungen bei sozioökonomisch Benachteiligten häufig mit allgemeinen Risiken verbunden sind. Dies resultiert unter anderem aus Verhaltensweisen, die auch andere

Störungen, wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hervorrufen können (vgl. Ziller 2009:92).

Das Institut der Deutschen Zahnärzte stellte fest, dass vom generellen Trend zur Verbesserung der Mundgesundheit alle, somit auch Bevölkerungsgruppen mit geringem sozialen Status, profitieren. Zugleich konnte jedoch auch eine verstärkte Polarisierung bemerkt werden. Demnach verhalten sich Gruppen aus niedrigeren sozialen Schichten weniger gesundheitsorientiert und leiden in höherem Maß an Erkrankungen. Zwischen 1997 und 2005 wurde eine deutliche Reduktion der Risikogruppe von an Karies erkrankten Kindern festgestellt, jedoch wies zugleich eine deutlich kleinere Gruppe<sup>1</sup> dasselbe Ausmaß an Karies auf. Die Risikogruppe ist dabei zwar kleiner geworden, jedoch innerhalb der Risikogruppe<sup>2</sup> das Ausmaß der Karies nicht nennenswert zurückgegangen (vgl. Institut der Deutschen Zahnärzte-IDZ 2006: 18).

Die frühkindliche Karies stellt im Bereich der Mundgesundheit eine der am meisten verbreiteten Zivilisationskrankheiten dar. Bei Störungen der wesentlichsten Funktionen der Zähne wie Kaufunktion, soziale Funktion, Phonetik – Lautbildung, Platzhalterfunktion sowie psychische Funktion können weitreichende Gesundheitsfolgen auftreten:

- *Vorzeitiger Verlust der 6-Jahr-Molaren, damit des ersten bleibenden, im Milchzahngewiss nicht vorhandenen Zahnes*
- *Notwendigkeit kieferorthopädischer Interventionen wegen fehlender Platzhalter für das bleibende Gebiss*
- *Ästhetische und damit häufig auch psychische/soziale Beeinträchtigungen*
- *Störungen in der Sprachbildung und damit häufig auch psychosoziale Beeinträchtigungen (Styria vitalis 2011)*

Die Zahngesundheit hat einen bedeutenden Einfluss auf die psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung von Kindern. Da es sich bei Karies um eine vermeidbare Erkrankung handelt, die jedoch bereits mit dem ersten Zahndurchbruch auftreten kann, stellt die Prävention dieser ab dem frühen Kindesalter eine wichtige Public Health Aufgabe dar (vgl. Platt et al. 2000: 7-8).

---

<sup>1</sup> 1997: 61 Prozent aller Karieserkrankungen verteilt auf rund 22 Prozent der Kinder. 2005 konzentrierte sich dasselbe Ausmaß an Karies auf 10,2 Prozent der Kinder (vgl. Institut der Deutschen Zahnärzte- IDZ, 2006: 18).

<sup>2</sup> Der Risikogruppe werden alle 12-Jährigen mit mehr als zwei kariösen, gefüllten oder wegen Karies fehlenden Zähnen zugerechnet (Institut der Deutschen Zahnärzte- IDZ, 2006: 18).

Die Zahngesundheit Sechsjähriger in der Steiermark weist seit 1986, unterstützt durch das flächendeckend umgesetzte Steirische Kariesprophylaxeprogramm in Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen und Volksschulen sowie einer begleitenden Elterninformation, eine kontinuierliche Verbesserung auf. Studien wie etwa die vierteljährlich durchgeführten Zahnstatuserhebungen in Österreich belegen jedoch auch, dass Zahngesundheit, bezogen auf den sozioökonomischen Status der Bevölkerung, ungleich verteilt ist (Sozialgradient) und 20 % der Sechsjährigen 81 % des Kariesvorkommens in sich vereinen (vgl. Bodenwinkler et al. 2012).

Karies entwickelt sich häufig bereits vor dem vierten Lebensjahr und damit dem Kindergartenalter, weshalb hier ein Lückenschluss im Erreichen der Eltern von 0 – 4-Jährigen, insbesondere sozioökonomisch benachteiligten Familien, erforderlich ist. Durch das Zusammenwirken einander ergänzender Strategien, wie eine flächendeckende Kariesprophylaxe für alle Kinder von 4 bis 10 Jahren, begleitende Elterninformation sowie neue Formen im Erreichen der 0 – 4-Jährigen, insbesondere aus sozioökonomisch benachteiligten Familien, erfolgt ein Beitrag zur Erzeugung von Chancengerechtigkeit in der (Zahn-)Gesundheit:

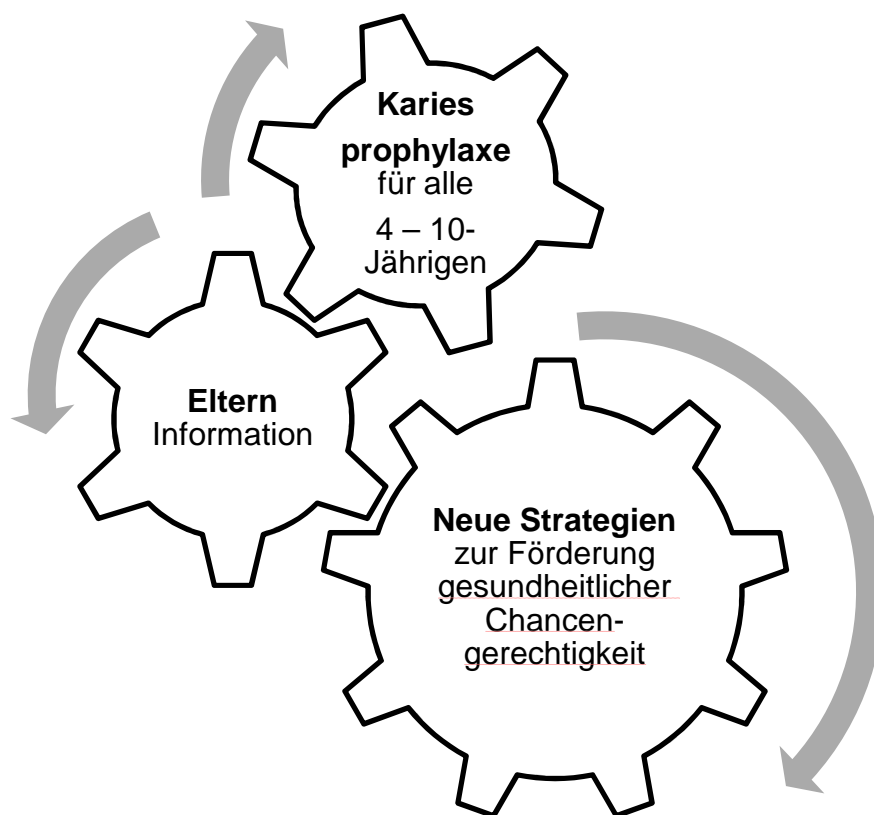


Abbildung 1: Strategien der Zahngesundheitsförderung. Eigene Darstellung 2014.

Wenngleich eine generelle Verbesserung der Zahngesundheit in den vergangenen Jahren festgestellt werden konnte, so bleiben Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien weiterhin als Hauptrisikogruppe bestehen und sind höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt als Kinder aus sozioökonomisch höher gestellten Familien, wie auch die angeführten Quellen beschreiben. Die Herausforderung liegt folglich im Erreichen der Risikofamilien um durch gezielte Interventionen Unterstützung in der Erhaltung beziehungsweise Verbesserung der Zahngesundheit leisten zu können.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) führt 12 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten an:

- *Konzeption, Selbstverständnis*
- *Zielgruppe*
- *Innovation und Nachhaltigkeit*
- *Multiplikatorenkonzept*
- *Niedrigschwellige Arbeitsweise*
- *Partizipation*
- *Empowerment*
- *Settingansatz*
- *Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung*
- *Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung*
- *Dokumentation und Evaluation*
- *Kosten-Nutzen-Relation (BzGA 2011:16-20)*

Das in den Kriterien angeführte Multiplikatorenkonzept sieht eine systematische Einbindung und bei Bedarf Qualifizierung von Multiplikatoren vor (vgl. BzGA 2011: 17).

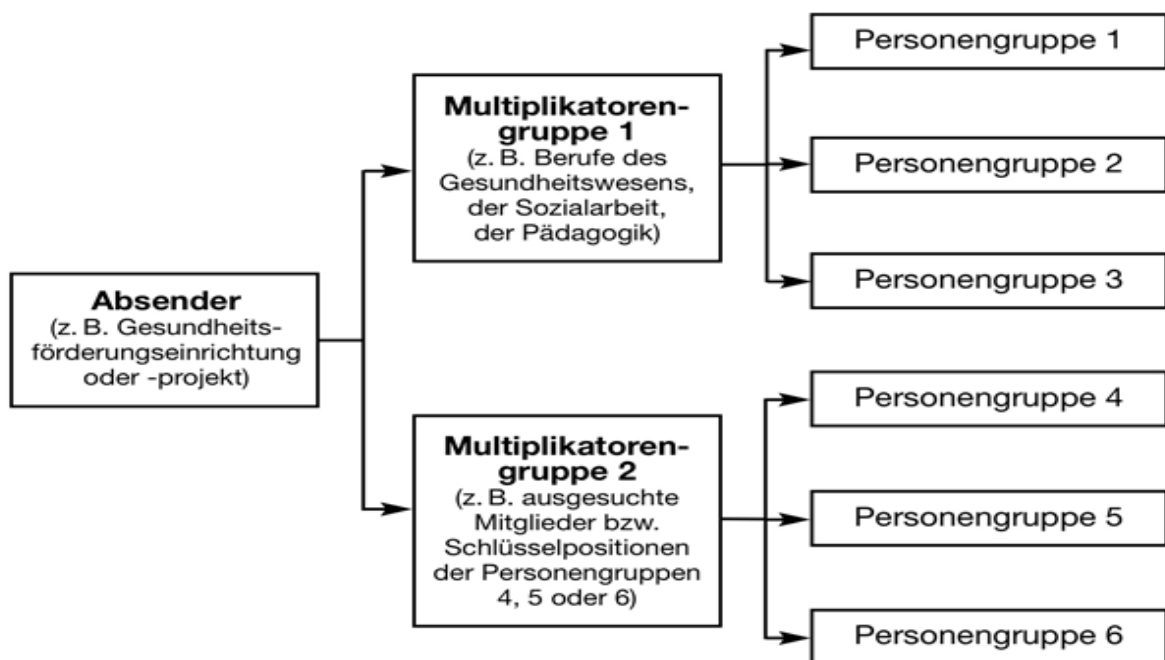
#### 1.1.4 Sozial- und Beratungseinrichtungen als Multiplikatoren

Als Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung werden Institutionen und Personen beschrieben, die durch einen professionellen Zugang oder ehrenamtlich auf die Förderung der Gesundheit bei der Zielgruppe hinwirken. Dies können Bereiche der Familienhilfe und –beratung, der Sozialarbeit und –pädagogik wie auch das Schul- oder Gesundheitswesen sein. Als relevante Gruppe werden ferner Entscheidungsträger aus der Politik genannt, aufgrund ihrer Möglichkeit Strukturen und Verhältnisse wesentlich mitgestalten und –bestimmen zu können.

Folgende Strategien werden in der Qualifizierung und Beauftragung von Multiplikatoren unterschieden:

- Eine Angebotssetzung und Qualifizierung wie etwa Fortbildungsveranstaltungen oder Schulungen für Personengruppen aus Institutionen mit einem erwarteten hohen Multiplikationseffekt. Angestrebt wird die Weitergabe des erworbenen Wissens und der Handlungskompetenzen im Rahmen des beruflichen Wirkungsbereiches.
- Die Qualifizierung und Begleitung von Betroffenen, wie beispielsweise sozial benachteiligte Personen oder Migranten, als Multiplikatoren. Diese auch als Peers bezeichneten Personen erwerben ihr Wissen zur Weitergabe an die Zielgruppe sowie zur persönlichen Anwendung des Erlernten und der damit verbundenen Vorbildwirkung in ihrer Lebenswelt.

(vgl. BzGA 2011: 559ff)



Graphik 3: Multiplikatoren vervielfältigen Botschaften nach Blümel und Lehmann in BzGA 2010.

Um eine zielgruppenadäquate und folgend lebensweltnahe Weitergabe und Vermittlung der intendierten Informationen und Botschaften zu erreichen werden von Lehmann und Blümel folgende Voraussetzungen genannt:

- *Ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen ihnen (Anmerkung: den Multiplikatoren) und den in der Gesundheitsförderung Tätigen,*

- *Glaubwürdigkeit und Akzeptanz bei den Zielgruppenmitgliedern,*
- *Kompetenzen in Fragen der Gesundheit und zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung (BzGA 2010).*

Das Einbinden von Multiplikatoren stellt eine Erweiterung im Zugang zur Zielgruppe dar und macht eine an den Lebens- und Arbeitswelten der Betroffenen orientierte Angebotssetzung möglich. Lebensweltorientierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen stehen auch im Fokus internationaler und nationaler Bestrebungen sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen im Gesundheitsbereich besser zu erreichen.

Diese sind unter anderem durch

- den Setting-Ansatz: Orientierung an Lebenswelten von Zielgruppen, wie etwa Stadtteilen,
- die Zielgruppenorientierung: Menschen in schwieriger sozialer Lage werden erreicht, sowie
- einer an der Bevölkerungsgruppe orientierten, partizipativen Angebotssetzung gekennzeichnet (vgl. Wright et al 2009: 157ff).

Das gezielte Einsetzen von Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung erfordert neben einer entsprechenden Qualifizierung eine laufende Begleitung, Vernetzung und Überprüfung wie auch eine hohe Motivation und angemessen zur Verfügung stehende Ressourcen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird der Fokus ausschließlich auf die Rolle von jenen Personen und Institutionen gerichtet, die aus dem professionellen Zugang ihrer jeweiligen Tätigkeit in Sozial- oder Beratungseinrichtungen eine Multiplikatorenrolle in der Gesundheitsförderung einnehmen können.

### 1.1.5 Ein neuer Ansatz in der Gesundheitsförderung

Die unter Kapitel 1.1.4 angeführten lebensweltorientierten Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen legen eine Kooperation der Gesundheitsförderung mit Sozial- und Beratungseinrichtungen nahe. Diese stehen im Rahmen ihrer Tätigkeit mit sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Kontakt und werden von diesen aufgesucht. Unterstützt durch das vorhandene Vertrauensverhältnis zwischen Beratenden und Klienten können bei sichtbarem oder kommuniziertem Handlungsbedarf niederschwellige Informationen und eine aktivierende Ansprache hinsichtlich zahngesundheitsfördernder und präventiver Möglichkeiten zu einer Änderung auf der

Verhaltensebene beitragen. Die Nutzung bereits vorhandener, flächendeckender Strukturen und der bereits bestehende Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen ermöglichen eine ressourcenschonende Umsetzung und stellen eine längerfristige, nachhaltige Umsetzung sicher. Die Überprüfung von Sinnhaftigkeit und Machbarkeit dieses neuen Ansatzes stellt den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit dar.

Der Fokus im Rahmen dieser Arbeit wird auf Sozial- und (Eltern-)Beratungseinrichtungen gelegt, deren unmittelbarer Auftrag nicht Themen rund um Gesundheit, Gesundheitsförderung oder Prävention beinhaltet, die jedoch aufgrund ihrer Tätigkeit unter anderen Eltern von 0 – 4-Jährigen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsschichten zur Zielgruppe haben. Resultierend daraus wurden nachfolgende Ziele und Forschungsfragen festgelegt.

## 1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Als Ausgangspunkt der vorliegenden Machbarkeitsanalyse steht die Hypothese, dass im Rahmen der Tätigkeit von Sozial- und Beratungseinrichtungen Verbesserungsbeziehungsweise Veränderungsmöglichkeiten und Bedarfe in Bezug auf die Zahngesundheit von Kindern zwischen 0 – 4 Jahren sichtbar sind, vorausgesetzt dass eine Sensibilisierung der Beratenden in Bezug auf die Thematik vorhanden ist. Davon ausgehend stehen die weiteren Hypothesen:

- Die bereits vielfältigen anderweitigen Aufgaben von Sozial- und Beratungsstellen erfordern
  - ein Agreement mit den Auftraggebern und Trägern der jeweiligen Einrichtungen,
  - klare, konkrete Hilfestellung und Handlungsanweisungen zum Ansprechen der Thematik Zahngesundheit durch eine Auseinandersetzung mit der Thematik innerhalb der Einrichtung (allgemeine, auf die Bedarfe der Einrichtung abgestimmte Schulung/Sensibilisierung) und die damit in Zusammenhang stehenden Ressourcen (Beispiel Schulungen im Rahmen der Arbeitszeit),
  - die Kompetenz kurze, klare Handlungsempfehlungen (hinsichtlich richtiger Mundhygiene, zahngesunder Ernährung und erforderlicher Zahnarztbesuch) geben zu können,
  - niederschwelliges Informationsmaterial zur allfälligen Weitergabe mit den wesentlichen Informationen zu den im vorhergehenden Punkt genannten Themen.

- Der Kontakt im Rahmen eines Beratungssettings lässt auf Belastungen schließen, die nicht unmittelbar mit der (Zahn-)Gesundheit der Klienten und deren Familien in Zusammenhang steht. Das Ansprechen eines in diesem Kontext neuen Themas ist situationsabhängig zu beurteilen und kann zum geeigneten Zeitpunkt durch eine unterstützende, aktivierende Kurzintervention und konkrete Handlungsempfehlungen eine Veränderungsbereitschaft in Bezug auf die Mundhygiene, den Zahnarztbesuch oder hinsichtlich des Ernährungsverhaltens mit sich bringen.
- Die empfohlenen Maßnahmen orientieren sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen, werden als Ergänzung zum jeweiligen einrichtungsspezifischen Auftrag gesehen und sind mit den jeweiligen Akteuren akkordiert.

### 1.2.1 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Sinnhaftigkeit, den Bedarf und den Nutzen von gesundheitsförderlichen Akzenten im Rahmen des Handlungsfeldes von Sozial- und Beratungseinrichtungen zu ermitteln, weiterführend die Machbarkeit und Umsetzungsmöglichkeit von spezifischen Maßnahmen hinsichtlich der Finanzierung und erforderlichen Ressourcen (Mitarbeiter, Infrastruktur, Technische Ausstattung, Zeit) zu erforschen sowie entsprechende Handlungsempfehlungen festzulegen.

Dies erfolgt in einem ersten Teil durch einen theoretischen Zugang, der die Ausgangslage und den State of the Art beschreibt sowie eine Definition des Begriffs Multiplikatoren vornimmt. In einem zweiten Teil werden ausgehend von Experteninterviews die Sinnhaftigkeit und Machbarkeit der Mitwirkung von Sozial- und Beratungseinrichtungen in der Gesundheitsförderung ausgearbeitet. Den Abschluss bilden Handlungsempfehlungen und eine Diskussion auf Basis der aus der vorliegenden Arbeit gewonnenen Erkenntnisse.

### 1.2.2 Forschungsfragen

#### *Forschungsfrage 1:*

Wird im Rahmen des (Sozial-)Beratungssettings ein Bedarf an gezielter Information und Handlungskompetenz betreffend die Zahngesundheit von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren deutlich?



*Forschungsfrage 2:*

Welche Unterstützung, welche Informationen beziehungsweise welchen Schulungsbedarf brauchen Mitarbeiter von Sozial- und Beratungseinrichtungen um gezielte, klare Informationen zur Zahngesundheit an ihre Klienten weitergeben zu können und lassen die strukturellen und kulturellen organisationalen Rahmenbedingungen der Institutionen eine gezielte Intervention zu?

*Forschungsfrage 3:*

Sind Klienten von Sozial- und Beratungseinrichtungen im Rahmen von Beratungssettings offen für Informationen zur Erhaltung beziehungsweise Verbesserung der Zahngesundheit ihrer Kinder und bereit entsprechende Maßnahmen zu setzen?

*Forschungsfrage 4:*

Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse und einer Befragung von Experten beziehungsweise Akteuren ableiten?

### 1.2.3 Nutzen

Der Nutzen der vorliegenden Arbeit liegt in folgenden Bereichen vor:

- Nutzen für die Gesundheitsförderung: Durch das Aufzeigen von Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligung von Sozial- und Beratungseinrichtungen als Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung sowie einen breiteren Zugang zur Zielgruppe sozioökonomisch Benachteiligter.
- Nutzen für Sozial- und Beratungseinrichtungen: Durch deren Stärkung als Kooperationspartner in der Gesundheitsförderung und die Kompetenzerweiterung im Bereich der Zahngesundheitsförderung.
- Nutzen für das Gesundheitswesen: Durch neue, Disziplinen übergreifende Strategien im Erreichen sozioökonomisch Benachteiligter und einem damit in Verbindung stehenden Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.
- Nutzen für Kinder von 0 bis 4 Jahren, insbesondere aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen: Durch die Erhaltung beziehungsweise Verbesserung ihrer Zahngesundheit.

### 1.3 Eingrenzung der Zielgruppe und des Themas

Folgende Eingrenzungen im Rahmen der thematischen Auseinandersetzung liegen vor:

- Regionale Eingrenzung: Durch den Fokus auf die Möglichkeiten in der Stadt Graz.
- Thematische Eingrenzung: Durch die Einschränkung auf das Thema Zahngesundheit.
- Eingrenzung der Zielgruppe: Der Schwerpunkt liegt im Erreichen von Eltern 0 bis 4-jähriger Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Mittels einer Überprüfung der Umsetzbarkeit von präventiven Informationstätigkeiten von Sozial- und Beratungseinrichtungen soll eine Grundlage für eine allenfalls mögliche regionale Ausrollung geschaffen werden. Der Fokus auf das Thema Zahngesundheit soll auch Basis für die Beantwortung der Frage sein, inwieweit dieser Ansatz für weitere gesundheitsförderliche Themen geeignet ist.

Zielgruppe der Machbarkeitsanalyse sind Sozial- und Beratungseinrichtungen in Graz, mit einem Ausblick auf eine Ausweitung über die gesamte Steiermark, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit Eltern von 0 – 4-jährigen Kindern in Kontakt treten und damit einen wesentlichen Beitrag zur Vermittlung zahngesundheitsförderlicher Informationen leisten können. Hier sollen Synergien und vorhandene Strukturen genutzt werden. Ausgewählt wurde diese Zielgruppe infolge der schweren Erreichbarkeit 0 – 4-jähriger Kinder, da diese zumeist institutionell wie etwa in Kinderbildungs- und –betreuungseinrichtungen noch nicht erfasst sind. Jedoch profitieren Kinder dieser Altersgruppe am längsten von gesundheitsförderlichen Interventionen.

Nicht-Zielgruppe der vorliegenden Arbeit sind:

- Sozial- und Beratungseinrichtungen, die als Kern- oder Teilauftrag die Gesundheitsförderung bereits integriert haben wie beispielsweise IKEMBA, Verein für Interkultur, Konfliktmanagement, Empowerment, Migrationsbegleitung, Bildung und Arbeit sowie OMEGA, Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration
- Erwachsene Frauen und Männer aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit Bedarf an zahnärztlicher Versorgung

## 2 State of the Art

### 2.1 Literatur

Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen weisen einen schlechteren Mundhygienestatus auf und sind häufiger von Karies betroffen als Kinder und Jugendliche mit höherem sozioökonomischen Status (vgl. Bodenwinkler et al., 2012). Insbesondere im Hinblick auf das Kariesvorkommen bis zum 3. Lebensjahr ist eine verstärkte Aufklärung von Eltern bereits in der Schwangerschaft wie auch im ersten Lebensjahr des Kindes erforderlich. In dieser Altersgruppe handelt es sich zumeist um die frühkindliche Karies, zu der Nuckelflaschenkaries (NCC) und „early childhood caries“ (ECC) gehören. Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien haben ein erhöhtes Risiko an early childhood caries zu erkranken (Splieth et al 2009: 119ff).

Die Aufklärung sollte vor allem Wissen über Nuckelflaschenkaries, Empfehlungen zur zahngesunden Ernährung, Fluoridberatung und ein Mundhygienetraining vermitteln. Auch vorangegangene Zahnstatuserhebungen zeigen, dass Karies und der sozioökonomische Status einer Familie in einem engen Zusammenhang stehen. Dabei bieten Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen wie auch Volksschulen solide Lebenswelten zur Förderung der Mundhygiene durch Gruppenprophylaxe. Insgesamt tragen bevölkerungs-, gruppen- und individualprophylaktische Maßnahmen, eine damit in Zusammenhang stehende Verbesserung der Zahnpflege und eine regelmäßige zahnärztliche Versorgung zu einem kontinuierlichen, verbesserten Mundhygienestatus bei (vgl. Österreichische Zahnärztekammer 2012).

Gleichwohl darf nicht außer Acht gelassen werden, dass ein Fünftel der 6-Jährigen 81 % des Kariesvorkommens in sich vereinen. Dies resultiert zum einen aus einer mangelnden Mundhygiene und zahnschädigender Ernährung. Zum anderen werden Angebote zur Zahngesundheitsvorsorge nicht wahrgenommen (vgl. Bodenwinkler et al. 2007). Ein wichtiger Schritt im Ausgleich von Differenzen bei der Mundgesundheit sozioökonomisch Benachteiligter ist eine aktive Präventionspolitik für diese Gruppen. Ein möglicher Zugang ist eine verstärkte Aufklärung von Eltern. Zugangsmöglichkeiten bieten sowohl die aufsuchende Arbeit in Settings, wie auch (soziale) Vereine und andere Einrichtungen wie zum Beispiel Sozial- und Elternberatungsstellen des Landes. Die Wirksamkeit von Prävention zeigt eine Zunahme des Anteils naturgesunder Zähne bei Kindern niedriger

sozialer Schichten in den vergangenen 20 Jahren, obgleich nicht im selben Ausmaß wie bei Kindern und Jugendlichen aus höheren sozialen Schichten (vgl. Ziller 2009: 91).

Um Zahngesundheit von Anfang an zu ermöglichen ist das Erreichen der Eltern 0 – 4-Jähriger besonders wichtig. Sie sind es, die in den ersten Lebensjahren eine zahngesunde Entwicklung durch richtige Mundhygiene, zahngesunde Ernährung und den frühzeitigen Zahnarztbesuch sicherstellen können. Im Sinne eines Public Health Ansatzes sollte hier ein spezifisches Eingehen auf sozioökonomisch benachteiligte Gruppen erfolgen.

*„Gesundheitliche Risiken und Beeinträchtigungen lassen sich zumeist auf belastende Lebensverhältnisse zurückführen. Erfolgreich sind Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit daher vor allem dann, wenn sie auf dem Setting Ansatz basieren, die Menschen also dort abholen, wo sie wohnen, arbeiten, zur Schule gehen oder ihre Freizeit verbringen.“ (Lampert et al 2008: 15)*

Im Ergebnisbericht der Zahnstatuserhebung von 2011 (Bodenwinkler et al 2012) wird Bezug auf die volkswirtschaftlichen Folgekosten genommen und eine der Zielgruppe entsprechende Prävention angeregt:

*Aus gesundheitsökonomischer Sicht führt aber mangelnde Prävention/Therapie von Kariesfolgen zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten. Abhilfe kann nur spezielle Betreuung von Risikogruppen - unter Berücksichtigung soziokultureller Einflussfaktoren - im jeweiligen Setting schaffen. Das moderne Gesundheitssystem muss das Gesundheitsniveau breiter Bevölkerungsschichten anheben und auch für ein entsprechendes die (zahn)gesunde Lebensweise förderndes soziales und gesellschaftliches Umfeld sorgen. (Bodenwinkler et al 2012: 62)*

Intensivierte Bestrebungen im Erreichen von Risikogruppen sollten auch vor dem Hintergrund erfolgen, dass Eltern in sozial belasteten Situationen Prophylaxe- und Vorsorgeangebote zur Zahngesundheit kaum in Anspruch nehmen und darin mit ein Grund für den langsamen Kariesrückgang („Caries Decline“) angenommen werden kann. Für die Erreichung des WHO Zieles von 80 % kariesfreien Sechsjährigen bis zum Jahr 2020 bei derzeit 64 % in der Steiermark wird neben der flächendeckenden Umsetzung der Gruppenprophylaxe in Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtungen und Volksschulen

das Erreichen der Eltern von 0 – 4-Jährigen, insbesondere sozioökonomisch benachteiligter Gruppen, als wesentlich erachtet (vgl. Bodenwinkler et al 2012: 58ff).

Sozial- und Beratungsstellen bieten eine Möglichkeit der Erreichbarkeit dieser vulnerablen Gruppe und nehmen damit eine wichtige Rolle als Multiplikatoren ein. Der mögliche Transfer von relevanten Informationen und Handlungsanleitungen im Rahmen von Sozial- und Beratungssettings setzt an unterschiedlichen Einflussfaktoren für die Gesundheit an:

- Armut und soziale Ausgrenzung,
- soziale Verhaltensmuster und dadurch beeinflusstes individuelles Verhalten
- soziale Unterstützung,
- soziale Organisation,
- frühkindliche Entwicklung und Ernährung (vgl. WHO 2004: 16-17).

Kerschbaum und Sax beschreiben im Rahmen der Tagung „Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern“ die zunehmende Polarisierung des Kariesvorkommens als besondere Herausforderung in der oralen Prävention. Die Verbreitung von Karies weist international große Unterschiede zwischen Kindern aus privilegierten Schichten und sozioökonomisch benachteiligten Familien, wie auch Familien mit Migrationshintergrund, auf (vgl. Kerschbaum et al 2012: 36ff).

Dem Erreichen von Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen sollte neben Programmen zur Gruppen- und Basisprophylaxe besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. In Anlehnung daran stellen Kerschbaum und Sax fest:

*„Umso wichtiger ist es auf dem Weg zum WHO-Ziel „Gesundheit für alle Menschen“, neben der Basisprophylaxe Programme zu starten, die sich auf die intensive zahngesundheitliche Vorsorge der Kinder aus Familien in schwierigeren Lebenslagen konzentrieren.“ (Kerschbaum et al 2012: 37)*

Die vorliegende Arbeit zur Analyse der möglichen Rolle von Sozial- und Beratungsstellen im Hinblick auf diese Thematik erforscht neue Wege für die Prävention und Gesundheitsförderung, ermöglicht das Aufzeigen von Chancen und Herausforderungen und hat damit große Relevanz für Public Health.

### 2.1.1 Health in all Policies (HiAP)

Health in all Policies beschreibt eine multisektorale Strategie, welche durch die Identifikation von Gesundheitsdeterminanten (vgl. Kapitel 1.1.3) und die Berücksichtigung des Themas Gesundheit in allen Politikbereichen zu einer positiven, gesundheitsfördernden Gesamtentwicklung der Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung beitragen kann.

*„Health in All Policies (dt. „Gesundheit in allen Politikfeldern“) ist ein gesundheitspolitischer Ansatz, der durch die verstärkte Berücksichtigung des Themas Gesundheit in allen politischen Sektoren mit ihren jeweils spezifischen Zielen und Prioritäten zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik beitragen will.“ (FGÖ 2013:4)*

Dem zugrunde liegt die Annahme, dass Gesundheit zu weiten Teilen durch verhältnisbezogene Faktoren wie etwa die Lebens- und Arbeitsbedingungen, das sozioökonomische, soziale und kommunale Umfeld beeinflusst wird und aus diesem Grund politische Entscheidungen und Maßnahmen aus unterschiedlichsten Politikbereichen stark Einfluss nehmen können.

Eine weitere wesentliche Rolle spielen verhaltensbezogene, auf die individuelle Lebensweise rückführbare, Faktoren. Diese sind im Erwachsenenalter zunehmend verstärkt durch das eigene Verhalten determiniert, was jedoch im Kindes- und Jugendalter nur bedingt Gültigkeit hat. In dieser Lebensphase nehmen insbesondere die Eltern sowie andere wichtige Bezugspersonen aber auch Institutionen wie zum Beispiel Schulen und Kindergärten sowie das gesamte soziale Umfeld noch großen Einfluss auf die Lebensweise. Das wird beispielsweise bei den Themen Ernährung und Bewegung deutlich (vgl. FGÖ 2013: 4ff).

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (2005: 9) beschreibt folgende Schwerpunkte als Basis einer multisektoralen Gesundheitspolitik:

- Chancengleichheit: Diese wird als zentrale Bedingung für die Schaffung von Gesundheit und Wohlbefinden genannt. Aus diesem Grund sollte die Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen stets unter besonderer Berücksichtigung möglicher Wirkungen auf sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen erfolgen.
- Empowerment: Als weitere Basis für die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden werden die Stärkung und Befähigung der Individuen durch

Partizipation in den unterschiedlichsten Lebensbereichen angeführt. Insbesondere durch Information und Bildung sollen die erforderlichen Voraussetzungen zur gesellschaftlichen Partizipation geschaffen werden.

- Partnerschaftliche Zusammenarbeit: eine erfolgreiche multisektorale Gesundheitspolitik bedarf einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure. Zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden ist eine sektoren- und institutionenübergreifende Zusammenarbeit von Verantwortlichen aller relevanten Politikfelder und –ebenen erforderlich.

Mittels einer Politikfelder übergreifenden Implementierung des Themas Gesundheit wird eine Verbesserung der kollektiven Gesundheit sowie eine Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit angestrebt (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2005: 9).

### 2.1.2 Public Health Strategien zur Verhinderung und Reduktion von Karies

Internationale vergleichende Querschnittstudien weisen in Westeuropa und den USA in den vergangenen 40 Jahren auf eine kontinuierliche Verminderung des Zahnkariesbefalls hin. Zu diesem Rückgang an Karieserkrankungen („Caries Decline“) haben bevölkerungs-, gruppen- und individualprophylaktische Maßnahmen beigetragen:

- Die Bevölkerungsprophylaxe, wie beispielsweise die Fluoridierung von Trinkwasser und Speisesalz oder Aufklärungskampagnen, ist von staatlich-institutionellen Bestimmungen gesteuert und weist insbesondere bei Risikogruppen Präventionseffekte auf.
- Die Gruppenprophylaxe beschreibt alle Maßnahmen zur Verbesserung und Erhaltung der Zahngesundheit durch Erziehungs-, Aufklärungs- und Motivationsarbeit in Gruppen und gilt als besonders effektiv. Sie findet meist institutionalisiert, in Kinderbildungs- und –betreuungseinrichtungen oder Schulen, statt und ermöglicht damit das Erreichen aller Kinder und Jugendlichen unabhängig von sozialem Status.
- Die Individualprophylaxe erfolgt in der zahnärztlichen Praxis und umfasst die Maßnahmen Information, Motivation und Instruktion zur richtigen Mundhygiene, die professionelle Zahnreinigung, bei Bedarf Fluoridierung oder die Fissurenversiegelung.

Eine mit diesen auf unterschiedlichen Ebenen gesetzten Interventionen verbundene Verbesserung der individuellen Mundhygiene, die Zufuhr von Fluoriden durch Zahnpasten sowie die zahnärztliche Versorgung als Vorsorgemöglichkeiten oraler Erkrankungen

können als Gründe für eine Verbesserung des Zahnstatus angeführt werden. Der wissenschaftliche Fortschritt im Bereich der Zahnmedizin hinsichtlich Diagnostik Prävention und Therapie, aber auch ein wachsendes Bewusstsein bei der Bevölkerung betreffend richtiger Mundhygiene, tragen weiters zur kontinuierlichen Verbesserung der Zahngesundheit bei (vgl. Ziller, Oesterreich 2006: 31-32; ÖZK 2012: 8, 70).

## 2.2 Nationale und internationale Projekte

Die Mundgesundheit leistet einen wesentlichen Beitrag zum physischen und psychischen Wohlbefinden. Auf nationaler und internationaler Ebene gibt es diverse Bestrebungen und Strategien zur Verbesserung der Zahngesundheit bei sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Im Sinne eines Public Health Ansatzes gilt es einen Zugang zu Personen mit niedrigem Bildungsniveau, geringem Einkommen oder sonstigen Benachteiligungen zu schaffen. Dies erfolgt durch adäquate Information zur richtigen Mundhygiene, zahngesunder Ernährung und dem Abbau von Hemmschwellen, beispielsweise sprachlicher, psychischer oder monetärer Art, bei der Inanspruchnahme von zahnärztlicher Hilfe (vgl. IfGP 2009: 18ff).

Eine umfassende und wirksame Mundhygiene umfasst die regelmäßige und richtige Zahnpflege, eine zahngesunde Ernährung, eine regelmäßige Fluoridzufuhr durch die Zahnpasta sowie den regelmäßigen Zahnarztbesuch. Frühzeitige, geregelte zahnärztliche Abklärungen ermöglichen ein frühzeitiges Zuführen zur richtigen Therapie bei einer Diagnosestellung und fördern den Angstabbau gegenüber dem Zahnarzt. Gesunde Zähne resultieren demzufolge aus den vier Säulen der Kariesprophylaxe:



Graphik 4: Die vier Säulen der Kariesprophylaxe. Kerschbaum und Sax 2012.



Ziel der Kariesprophylaxe ist die Motivation und Kompetenz der richtigen Mundhygiene und zahngesunden Ernährung durch eine altersgerechte Information und Putztrainings zu fördern sowie zum regelmäßigen Zahnarztbesuch anzuregen.

Die Wirkung von Präventionsmaßnahmen zeigt sich auch in einer Zunahme naturgesunder Zähne bei 12-Jährigen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen in den letzten 15 Jahren, wenngleich nicht im selben Ausmaß wie bei Gleichaltrigen aus höherer sozialer Schicht. Dies weist auch darauf hin, dass sozioökonomisch Benachteiligte zwar in einem geringeren Ausmaß, aber doch von präventiven Maßnahmen profitieren (vgl. Ziller 2009: 91).

### 2.2.1 Gruppenprophylaxe in Österreich

Die Dokumentation der Kariesprophylaxeaktivitäten in Österreich (Sax 2007) weist auf Kariesprophylaxeprogramme in allen Bundesländern Österreichs hin, die in manchen Regionen flächendeckend umgesetzt werden. Die Leistungen und Angebote der Programme umfassen altersgerechte Trainings zur richtigen Mundhygiene, zahngesunden Ernährung und Information zum Zahnarztbesuch, unterscheiden sich jedoch in Umfang und Form der Umsetzung. Einen weiteren Bestandteil stellen Elterninformationsveranstaltungen und in einigen Fällen zahnärztliche Untersuchungen dar. Das Leistungsangebot richtet sich je nach Schwerpunktsetzung der umsetzenden Organisationen und Einrichtungen auf Basis der zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen.

Die Gruppenprophylaxe wird in erster Linie von Zahngesundheitserzieherinnen, teilweise auch von Zahnärzten durchgeführt. In allen Programmen besteht zumindest eine enge Kooperation mit einem oder mehreren Zahnärzten. Zielgruppe der Prophylaxeaktivitäten in Österreich sind Kinder in Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen und Volksschulen sowie deren Eltern und Pädagogen. Wenngleich in Frequenz und Art der Durchführung unterschiedliche Zugänge vorliegen orientieren sich alle an den Standards der oralen Gruppenprophylaxe in Österreich (vgl. ÖBIG 2010: 5ff, ÖZK 2012: 78-82).

Bereits 2007 wurde auf Basis der Erhebung zur Dokumentation Kariesprophylaxe in Österreich ein Bedarf an Zahngesundheitsförderung für 0 – 3-Jährige festgestellt, da bei Kindern in Betreuungseinrichtungen bereits vermehrt Zahnschäden festgestellt wurden. Empfohlen wurde in diesem Zusammenhang eine Ausweitung von

Kariesprophylaxeaktivitäten auf Zielgruppen wie Schwangere sowie Eltern 0 – 3-jähriger Kinder (vgl. BMG 2009; ÖBIG 2010: 3).

Neben einer flächendeckenden Umsetzung der Gruppenprophylaxe in Kinderbildungs- und –betreuungseinrichtungen und Volksschulen, wie sie etwa in der Steiermark erfolgt, sowie der in diesem Zusammenhang erfolgenden Elterninformation scheint hier mehr denn je ein Lückenschluss im Erreichen der Eltern 0 - 4-jähriger Kinder, insbesondere sozioökonomisch benachteiligter Familien, erforderlich.

### 2.2.2 Zähne.Zeigen: Kariesprophylaxe für sozioökonomisch benachteiligte Kinder mit und ohne Migrationshintergrund

Die österreichweite Zahnstatuserhebung bei Sechsjährigen im Jahr 2006 wies 62 % kariesfreie 6-Jährige in der Steiermark, und damit eine deutliche Verbesserung des Zahnstatus dieser Altersgruppe, auf. Allerdings wurde auch deutlich, dass 20 % der Kinder 81 % des Kariesvorkommens auf sich vereinen und deren Eltern häufig einen geringeren Bildungsstatus aufweisen oder/und einen Migrationshintergrund haben.

Wie bereits frühere internationale Erhebungen machten diese Ergebnisse deutlich, dass Maßnahmen zur Zahngesundheit so früh wie möglich, also bereits in frühester Kindheit, gesetzt werden müssen und es spezifischer Maßnahmen im Erreichen sozioökonomisch Benachteiligter bedarf. Ausgehend davon wurde im Jahr 2009 das Projekt Zähne.Zeigen – Kariesprophylaxe für sozioökonomisch benachteiligte Kinder mit und ohne Migrationshintergrund von Styria vitalis<sup>3</sup> konzipiert.

Durch eine Projektförderung des Fonds Gesundes Österreich sowie durch Mittel des Landes Steiermark wurden die Voraussetzungen für die Projektdurchführung geschaffen. Die Organisation und Steuerung des Projektes erfolgte durch eine Projektkoordination von Styria vitalis. Ferner wurde eine Steuergruppe, bestehend aus Kooperationspartnern, der Geschäftsführung von Styria vitalis und der Projektkoordinatorin eingesetzt. (vgl. Krenn 2009; Styria vitalis 2011).

Als Zielgruppe des Projektes wurden sozial benachteiligte Familien, Alleinerziehende oder Erziehungsberechtigte mit und ohne Migrationshintergrund mit Kindern von 0 bis 4 Jahren

---

<sup>3</sup> Styria vitalis, gemeinnütziger, unabhängiger Verein für Gesundheitsförderung und Prävention in der Steiermark. [www.styriavitalis.at](http://www.styriavitalis.at)

definiert. Die Durchführung erfolgte im Zeitraum 2010 – 2014 in den ländlichen Bezirken Bruck/Mur und Feldbach sowie den Grazer Stadtbezirken Lend und Eggenberg.

Die Auswahl der Bezirke erfolgte anhand folgender Kriterien:

- *Anzahl an Geburten in Bezirken/Stadtteilen sowie Anteil an Geburten von Nicht-ÖsterreicherInnen*
- *Anteil der MigrantInnen an der Wohnbevölkerung in den Bezirken*
- *Regionale Ergebnisse der Zahnstatuserhebung des ÖBIG 2006*
- *Anteil an sozioökonomisch benachteiligten Familien (Krenn 2009)*

Als methodischer Zugang wurde die Ausbildung von Peers gewählt. Dabei wurden Betroffene zu Experten zum Thema Zahngesundheit und durch zielgerichtete, aufsuchende und niederschwellige Informationsweitergabe, Praxistrainings und Vorbildwirkung als Multiplikatoren in den angeführten Settings tätig. Folgende Vorteile konnten in Bezug auf diesen Ansatz im Rahmen der Evaluation ermittelt werden:

- Ein direkter, niederschwelliger Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Personen wurde möglich.
- Informelle und formelle Strukturen unterschiedlicher Kulturen konnten genutzt werden.
- Eine muttersprachliche Beratung und Informationsweitergabe wurde angeboten.
- Ein individuelles Eingehen auf Bedürfnisse war realisierbar.
- Die Qualifizierung zur Zahngesundheitsmentorin sicherte Migrantinnen eine Zusatzqualifizierung sowie eine bezahlte Beschäftigung und hatte die Anerkennung und Wertschätzung von persönlichen Kompetenzen, Empowerment der Mentorinnen sowie gefestigtere, bessere Deutschkenntnisse zur Folge.

Die Qualifizierung von muttersprachlichen Mentorinnen für Zahngesundheit in Anlehnung an die Ausbildung der Zahngesundheitserzieherinnen im Rahmen des steirischen Kariesprophylaxeprogrammes stellte eine wesentliche Strategie dar. In weiterer Folge übernahmen die Mentorinnen in ihren jeweiligen Lebensumwelten wie etwa Sozial- und Beratungseinrichtungen oder auf öffentlichen Plätzen Beratungs- und Aufklärungsarbeit zur Zahngesundheit in ihren bestehenden Netzwerken. Darüber hinaus wurden Kooperationspartnerschaften mit regionalen Einrichtungen des Sozial- und Integrationsbereiches, der Mütter-, Still-, Schwangerschaftsberatung oder öffentlichen Einrichtungen wie etwa Elternberatungsstellen oder Migrantinnenorganisationen gebildet. In diesen Settings wurde wiederkehrend Information basierend auf den vier Säulen der Zahngesundheit an Eltern 0 – 4-jähriger Kinder weitergegeben.

Die Maßnahmen umfassten

- niederschwellige, aufsuchende Informationsgespräche mit praxisnahen Übungen wie etwa ein gemeinsames Putztraining in den beschriebenen Settings sowie
- die Weitergabe eines Informationsblattes mit den wesentlichen Informationen zur Zahngesundheit, verfügbar in neun Sprachen.

Zur Qualitätssicherung wurden gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen mit den steirischen Zahngesundheitserzieherinnen, regelmäßige inhaltliche und organisatorische Teamtreffen sowie externe Hospitationen festgelegt und eine externe Evaluation beauftragt (vgl. Krenn 2009; Styria vitalis 2011).

Als Projekterfolge wurden der im Anschluss erfolgte österreichweite Transfer von Know-How sowie ein stärkeres Bewusstsein der Relevanz von Zahngesundheit bei den Kooperationspartnern, den Zahngesundheitsmentorinnen und deren Umfeld, sowie den im Rahmen des Projekts erreichten Eltern angeführt. Das Projekt Zähne.Zeigen wurde Ende 2013 abgeschlossen, die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt wurden in das flächendeckende Kariesprophylaxeprogramm der Steiermark - umgesetzt von Styria vitalis - integriert. In erster Linie wurde das durch verstärkte Bestrebungen im Erreichen von Eltern 0 – 4-jähriger Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen und Netzwerkarbeit deutlich (vgl. Schlemmer 2014).

### 2.2.3 „Gesund sind wir stark!“ in Kreuzberg

Projektziel von „Gesund sind wir stark!“ war die Förderung eines gesunden Lebensstils von Schwangeren und Familien mit Kindern von 0 – 3 Jahren, vorrangig mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund, die institutionell noch nicht erfasst und damit über andere Präventionsprogramme noch nicht erreicht waren. Der Schwerpunkt lag dabei auf dem Multiplikatorenkonzept, indem professionelle Berufsgruppen aus sozialen Einrichtungen wie etwa Hebammen, Erzieher oder Mitarbeiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und des sozial-medizinischen Dienstes zu Gesundheitstrainern ausgebildet wurden und im Rahmen ihrer Beratungs- und Betreuungsarbeit mit der Zielgruppe arbeiteten. Dies erfolgte unter anderem durch Hausbesuche, Einzel-, Gruppenangebote und –betreuung sowie durch Fortbildungsangebote. Ferner wurden besonders engagierte Eltern aus dem Projekt-Stadtteil mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund zu Gesundheitsmentoren ausgebildet.

Insgesamt standen im Projektjahr 2009 47 Gesundheitstrainer sowie 10 Gesundheitsmentoren zur Verfügung. Im Anschluss an die Qualifizierung erfolgte die Praxisphase, in welcher die Gesundheitstrainer das erworbene Wissen im Rahmen ihrer professionellen Beratung und Begleitung der Zielgruppe weitergaben. Die Gesundheitsmentoren vermittelten ihre Erfahrungen und ihr Wissen hingegen vorwiegend in ihrem privaten Umfeld. Die Qualitätssicherung der Praxisphase erfolgte durch Qualitätszirkel, Supervision und individuellem Coaching für Trainer und Mentoren sowie eine Begleitung durch das Projektteam.

Themenschwerpunkte des Projektes waren Übergewicht und Adipositas. In Deutschland stellt dies in erster Linie ein Problem der unteren sozialen Schichten dar und ist besonders häufig bei Kindern mit Migrationshintergrund zu beobachten. Ausgehend davon, dass allgemeine Präventionsprogramme sich in erster Linie an die deutschstämmige Mittelschicht richten und sozial Benachteiligte wie auch Familien mit Migrationshintergrund kaum erreichen, setzt das Projekt „Gesund sind wir stark“ eben da an. Die Teilnehmer der Schulung wurden vorwiegend über persönliche Ansprache gewonnen, wobei bei der Auswahl der künftigen Trainer und Mentoren bereits gut ausgebaute Strukturen und Netzwerke des Projektbezirks genutzt werden konnten.

Parallel dazu wurden themenbezogene, interdisziplinäre und ressortübergreifende Netzwerke zur Steuerung der kommunalen Gesundheitspolitik aufgebaut, die von den Trainern und Mentoren genutzt und unterstützt wurden. Die Ausbildung sensibilisierte die jeweiligen Berufsgruppen noch stärker zu den Themen Gesunder Lebensstil, ein gesundes Aufwachsen von Kindern sowie die Ressourcen und Bedarfe der Zielgruppe. Durch ihre gesetzlich verankerte Koordinations- und Vernetzungsaufgabe beabsichtigte die Plan- und Leitstelle Gesundheit eine Fortführung des Angebotes über die Projektlaufzeit mit seinem Abschluss im Jahr 2010 hinaus und steht weiterhin als Ansprechpartner für Trainer und Mentoren zur Verfügung.

Projekträger war das „Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH“ (ZAGG) in Kooperation mit der Plan- und Leitstelle Gesundheit (Berlin-Friedrichshain-Kreuzberg) und der „SW – Ernährungswissenschaftliche Dienstleistungen“. Die Qualitätssicherung wurde durch eine externe Evaluation sowie ein internes Qualitätsmanagement wahrgenommen. Eine Qualifizierung der Gesundheitstrainer und –mentoren auf Basis wissenschaftlich anerkannter Richtlinien und Empfehlungen sowie regelmäßige Supervisionen und Qualitätszirkel für die Gesundheitstrainer und –mentoren im Abstand von sechs Wochen stellten dabei zentrale Eckpunkte dar. Die Begleitung nach der Schulung erfolgte durch

das Projektteam, das sich aus Vertretern der am Projekt beteiligten Partner zusammensetzte. Die Tätigkeit der Trainer und Mentoren wurde dokumentiert, gemeinsam besprochen und ausgewertet. Den Trainern und Mentoren wurde darüber hinaus ein kostenloses Medienpaket mit Broschüren, CD's und Videos, teilweise auch in türkischer und arabischer Sprache, zur Verfügung gestellt. Die vermittelten Ausbildungsinhalte fanden mehrerlei Anwendung, einerseits im persönlichen und privaten Kontext, andererseits durch die Weitervermittlung an Menschen im Rahmen der professionellen, beruflichen Tätigkeit (vgl. BZgA 2011: 303ff).

In der Evaluation wurden

- die gute Qualifizierung der Gesundheitstrainer und – mentoren im Rahmen der Fortbildungen sowie die Begleitung darüber hinaus,
- die Nutzung vorhandener Strukturen und der damit leichtere Zugang zur Zielgruppe über den beruflichen Kontext der Trainer sowie die bestehenden sozialen Kontakte der Mentoren,
- das Anwenden spezifischer Beratungs- und Kommunikationsstrategien wie etwa anschauliche Materialien durch die Trainer und Mentoren,
- das gute Netzwerk innerhalb des Bezirks und
- erforderliche und unterstützende Voraussetzungen wie zum Beispiel Vertrauen zwischen Trainern oder Mentoren und der Zielgruppe

als förderliche Bedingungen zum Gelingen des Projektes und Erfolgsfaktoren angeführt.

Insbesondere die Ausbildung professioneller Berufsgruppen zu Gesundheitstrainern wird als erfolgversprechender Ansatz genannt. Der berufliche Hintergrund der Trainer, die über ihre Tätigkeit bereits im Kontakt mit der Zielgruppe Menschen in sozial-benachteiligten Lebenslagen stehen, stellte sich unter anderem durch die nicht erforderliche aktive Akquise und das meist bereits vorhandene Vertrauen als unterstützend für den Zugang zu den Zielpersonen dar. Zur Erreichung von Migranten wird es zudem als vorteilhaft beschrieben, wenn Trainer der gleichen Herkunftskultur angehören oder die Sprache der Zielgruppe sprechen.

Auch die Qualifizierung von Laien zu Gesundheitsmentoren wird im Sinne der Erreichung der Zielgruppe als positiv bewertet, jedoch die Ausführung der Tätigkeit im Rahmen eines Ehrenamtes als problematisch betrachtet.

Als hinderlich wurden

- ein nicht vorhandenes Bewusstsein der eigenen Beratungstätigkeit, insbesondere von Seiten der Mentoren bei spontanen Kontakten, das sich auch durch eine fehlende systematische Erfassung und Dokumentationen ausdrückte,
- ungünstige Rahmenbedingungen, durch mangelnden Spielraum das in den Fortbildungen erworbene Wissen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit angemessen umzusetzen sowie
- der Zeitmangel durch vielfache bereits vorhandene Verpflichtungen im beruflichen und privaten Kontext

beschrieben (vgl. Max-Rubner-Institut 2010: 48ff).

#### 2.2.4 Preventive Health care project – Denmark

Das Preventive Health care project in Dänemark hat zum Ziel, Zahngesundheit als festen Bestandteil des Alltags von Erziehern, Pädagogen und Kinderärzten zu machen und sie damit auch im Sozial- und Bildungsbereich präsent sein zu lassen. Dieser Zugang erfolgt über lokale klinische Einrichtungen, die von allen Gemeinden verpflichtend eingerichtet werden müssen.

Diese Einrichtungen ermöglichen allen Kindern und Jugendlichen einen freien Zugang zu Leistungen und Angeboten in der Zahngesundheit und stellen damit Gesundheitserziehung und Prävention von 0 bis 18 Jahren sicher. Der erste Besuch eines Neugeborenen in der klinischen Einrichtung wird vom lokalen Zahngesundheitsservice organisiert, in weiterer Folge werden Eltern durch eine Einladung über den freien Zugang ihres Kindes zur Zahnhygiene informiert und haben über die Einrichtungen auch Zugang zu individuellen, maßgeschneiderten Informationen und präventiven Maßnahmen. Durch die umfassenden Maßnahmen konnte der Zahnstatus dänischer Kinder in den vergangenen 40 Jahren signifikant verbessert werden (Patel 2012:10).

#### 2.2.5 Oral health programme for Scottish children: Childsmile

Ausgehend von einem Pilotprogramm zur Kinder-Mundgesundheit, durchgeführt in zwei Regionen Schottlands von 1997 bis 1998 und 2003 bis 2004, wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder-Mundgesundheit von Geburt an gesetzt. Das Programm wurde

ursprünglich in Gebieten mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Familien umgesetzt und führte zu einer erheblichen Reduktion von Karies bei Kindern.

Die Maßnahmen beinhalteten die Weitergabe kostenloser fluoridierter Zahnpasten, gesundes Essen und Trinken in Kindergärten sowie eine Motivation zum präventiven Zahnarztbesuch. Als Folge des Pilotprogrammes entwickelte sich das nationale Mundgesundheitsprogramm Childsmile, das sich an alle schottischen Kinder richtet. Durch einen universellen, themengerichteten Ansatz beabsichtigt Childsmile eine Verringerung von Ungleichheiten in der Mundgesundheit und folgt dabei den Prinzipien der Ottawa Charta: Wissenstransfer, Nachhaltigkeit, soziale Gerechtigkeit und Gleichheit.

Gesundheitsprogramme erreichen häufig in erster Linie gebildete und gesunde Menschen, demzufolge Childsmile bewusst Menschen mit sozial niedrigem Status zu erreichen versucht. Ziel ist, Zahngesundheit von der Geburt an möglich zu machen.

Familien mit Neugeborenen in benachteiligten Regionen Schottlands werden dabei von einem *health visitor* besucht, der eine Risikobeurteilung hinsichtlich einer Karieserkrankung des Kindes vornimmt. Dies erfolgt anhand von Feststellungen, ob etwa die Eltern regelmäßig zum Zahnarzt gehen oder unter Umständen ältere Geschwister eine Karieserkrankung oder Zahnverlust aufweisen. Die Familien erhalten darüber hinaus Informationen und Anleitungen zur richtigen Zahnhygiene und zur zahngesunden Ernährung.

Die allgemeinen Maßnahmen für alle Kinder beinhalten eine sechsmalige Verteilung von Zahnbürsten und fluoridhaltiger Zahnpaste bis zum Alter von fünf Jahren. Außerdem werden in Regionen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Familien in allen Kindergärten und Schulen täglich Zähne geputzt.

Eine weitere Maßnahme von Childsmile stellen die Behandlung mit Fluoridlack sowie die Fissurenversiegelung bei Kindern mit entsprechendem Bedarf dar. Diese präventiven Leistungen der Zahnärzte werden über das Programm finanziert und ermöglichen damit auch Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien eine Minimierung des Kariesrisikos. Die deutliche Verbesserung des Zahnstatus schottischer Kinder wird insbesondere auf das Programm Childsmile zurückgeführt (vgl. Chambers 2012: 6-7; NHS 2015).



## 3 Methodik

### 3.1 Die Auswahl der Methodik

Um eine bestmögliche klare Aussage in Bezug auf Machbarkeit und Sinn einer Implementierung des Themas Gesundheitsförderung, im Konkreten der Zahngesundheitsvorsorge, in Sozial- und Beratungseinrichtungen zu erhalten wurde die Methode der Machbarkeitsanalyse gewählt. Die vorliegende Arbeit klärt dabei den Bedarf, die Sinnhaftigkeit, die praktische und organisatorische Umsetzungsmöglichkeit von Maßnahmen wie auch die Bereitschaft seitens Sozial- und Beratungseinrichtungen. Ferner werden erforderliche Ressourcen wie Personal, Budget, Infrastruktur, technische Ausstattung und Zeit beleuchtet.

Im Zentrum der Untersuchung standen Fragen nach

- dem Bedarf an Information und Handlungskompetenz betreffend die Zahngesundheit,
- der Möglichkeit und Bereitschaft an Interventionen im Rahmen des Sozial- und Beratungssettings,
- den strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen,
- den erforderlichen Ressourcen wie auch
- den notwendigen Maßnahmen zur Unterstützung bei einer Implementierung.

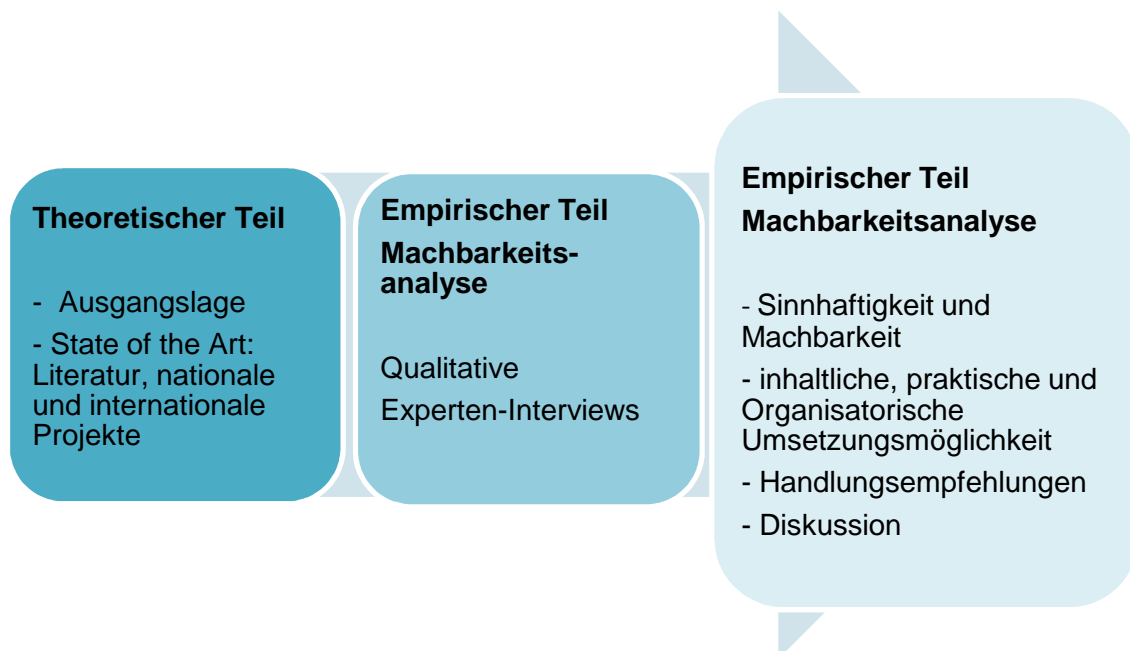


Abbildung 2: Prozessverlauf Masterthesis. Eigene Darstellung 2015.

### 3.1.1 Theoretischer Teil: Ausgangslage, Literatur und Projekte

In einem theoretischen Teil wurden die Ausgangslage und der Hintergrund zum Forschungsthema erarbeitet und daraus resultierend vier Forschungsfragen formuliert. In einem weiteren Schritt wurden der aktuelle Wissenstand (State of the Art) sowie nationale und internationale Projekte durch eine umfassende Literaturrecherche erhoben. Ziel dieser Recherchen war es, die Basis auf welcher sich die Forschungsfragen ableiten zu beschreiben beziehungsweise Projekte und Interventionen auf nationaler und internationaler Ebene mit ähnlicher Ausrichtung zu recherchieren um auf Best Practice Beispiele zurückgreifen zu können.

### 3.1.2 Empirischer Teil: Machbarkeitsanalyse

In Rahmen der Machbarkeitsüberprüfung wurde die Methode der qualitativen Interviews gewählt. Mittels einer Befragung von fünf Experten aus Sozial- und Beratungseinrichtungen anhand leitfadengestützter Interviews sollten die Sinnhaftigkeit sowie die Möglichkeit einer Umsetzung aus Sicht der potentiellen Kooperationspartner erhoben werden. Letztendlich stellten sich, wie in Kapitel 3.2.2 näher ausgeführt, vier Experten als Interviewpartner zur Verfügung. In erster Linie dienten die Interviews der Einschätzung hinsichtlich Bedarf, Sinn, Möglichkeiten und Grenzen der gestellten Forschungsfragen und Hypothesen sowie dem Ausloten der Bereitschaft seitens der Zieleinrichtungen.

Die Interviews wurden nach erfolgter Zustimmung aller Interviewten digital aufgezeichnet und im Folgenden transkribiert. Durch eine empfohlene Veränderung der Interviewpartner von Seiten einer angefragten öffentlichen Einrichtung wurden zwei ursprünglich für die Interviews geplante Personen durch einen Interviewpartner ersetzt, der durch sein Aufgabengebiet den Zugang zur geforderten Zielgruppe in optimaler Form abdeckt. Aufgrund des kleinen Samples von vier Interviews wurde von der ursprünglich geplanten Auswertung mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002:114) Abstand genommen und aus den aufgezeichneten Interviews die bedeutendsten Aussagen in Bezug auf die Bereitschaft und die Möglichkeiten aus dem Blickwinkel der Interviewten entnommen.

Die Interviews mit den Experten wurden im Rahmen eines Gespräches geführt, die Kontaktaufnahme mit den Experten erfolgte parallel zur Erarbeitung des theoretischen Parts. Alle Interviewpartner weisen eine hohe Expertise in Theorie und Praxis hinsichtlich

der professionellen Führung und strategischen Weiterentwicklung von Sozial- und Beratungseinrichtungen auf.

*Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten „von innen heraus“ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen. Diese bleiben Nicht-Mitgliedern verschlossen, sind aber auch den in der Selbstverständlichkeit des Alltags befangenen Akteuren selbst in der Regel nicht bewusst. Mit ihren genauen und „dichten“ Beschreibungen bildet qualitative Forschung weder Wirklichkeit einfach ab, noch pflegt sie einen Exotismus um seiner selbst willen. Viel mehr nutzt sie das Fremde oder von der Norm Abweichende um das Unerwartete als Erkenntnisquelle und Spiegel, der in seiner Reflexion das Unbekannte im Bekannten und Bekanntes im Unbekannten als Differenz wahrnehmbar macht und damit erweiterte Möglichkeiten von (Selbst-)Erkenntnis eröffnet. (Flick et al. 2008: 14)*

Die Experteninterviews dienen auch in dieser Arbeit als Orientierung und Möglichkeit, das Wissen und die Kompetenzen der Befragten in Bezug auf die Strukturen und Abläufe des ihnen übertragenen Verantwortungsbereiches zu nutzen und aus ihren jeweiligen Funktionen heraus Informationen und Einschätzungen zum Forschungsthema zu erhalten. Mittels teilstrukturiertem Interviewleitfaden und offenen Fragestellungen wurde ein explorativer Charakter der Interviews ermöglicht.

In einem weiteren Schritt erfolgten die Maßnahmenplanung und Beschreibung der Projektorganisation und -steuerung unter der Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Literatur und den Experteninterviews. Abschließend wurden auf Basis der vorliegenden Daten Handlungsempfehlungen beschrieben, die sich aus der Beantwortung der Forschungsfragen sowie der Überprüfung der angeführten Hypothesen ergeben.

Laut Ziller unterscheiden sich die Probleme der Zahnmedizin im Hinblick auf Zusammenhänge von Mundgesundheit und sozialem Status nur unwesentlich von den Problemen der allgemeinen Medizin (vgl. Ziller 2009:87). Vor diesem Hintergrund scheint eine Überprüfung der Umsetzbarkeit von präventiven Interventionen von Sozial- und Beratungseinrichtungen hinsichtlich der Mundgesundheit als Grundlage für eine mögliche spätere Ausweitung im Hinblick auf weitere gesundheitsförderliche Themen als geeignet.

### 3.1.3 Einschränkungen

Die Einschränkungen beziehen sich einerseits auf die Wahl der Experten beziehungsweise Einrichtungen sowie andererseits auf das Wirkungsgebiet. Als Experten wurden ausschließlich Personen relevanter Träger und Auftraggeber von Sozial- und Beratungseinrichtungen mit Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Familien mit Kindern von 0 – 4 Jahren kontaktiert. Der Wirkungsbereich von drei befragten Experten liegt in der Stadt Graz beziehungsweise auch Graz Umgebung. In Hinblick auf eine mögliche steiermarkweite Ausrollung erstreckt sich ein Experteninterview auf Einrichtungen im gesamten Bundesland. Durch die ausgewählten Experten konnte zwar ein breites Spektrum an Sozial- und Beratungseinrichtungen mit Zugang zur Zielgruppe abgedeckt werden, jedoch muß auch angemerkt werden, dass im Kontext dieser Arbeit nur ein Ausschnitt der steirischen Sozial- und Beratungslandschaft beteiligt werden konnte.

Eine weitere Einschränkung liegt bei der Zielgruppe. Besonders bei den Themen Zahngesundheit und sozioökonomisch benachteiligte Gruppen wäre ein Fokus auf Familien mit Migrationshintergrund und deren Erreichbarkeit von großem Interesse. Da eine spezifische Auseinandersetzung mit diesem Thema jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, wurde dieses nur insofern erwähnt, als es im Rahmen der Experteninterviews thematisiert wurde. Hier wäre eine vertiefende Auseinandersetzung in einem anderen Zusammenhang von Interesse. Zum Teil wurde die Thematik bereits in Arbeiten aufgegriffen (vgl. Langmann 2013; Mayer 2010; Bodenwinkler et al 2012).

## 3.2 Beschreibung der Methodik

Die vorliegende Masterarbeit hat zum Ziel die Möglichkeit, die Sinnhaftigkeit und Bereitschaft der Implementierung von gesundheitsförderlichen Themen, mit Schwerpunkt Zahngesundheit, im Rahmen der Kerntätigkeiten von Sozial- und Beratungsstellen zu untersuchen und die Machbarkeit zu überprüfen. Ferner sollen die damit verbundenen Chancen und Schwächen betrachtet werden. Die Ergebnisse dieser als Machbarkeitsanalyse angelegten Arbeit basieren auf nachfolgenden Strategien.

### 3.2.1 Theoretischer Zugang und Erhebung des State of the Art

Zur Beschreibung der Ausgangslage, Hintergründe und der Erhebung des State of the Art wurde auf Projektberichte und -evaluationen, Studienergebnisse sowie Publikationen einschlägiger Organisationen zurückgegriffen. Die erforderlichen Zahlen, Daten und Fakten zur Zahngesundheit und ihrem Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status wurden mittels nationaler Berichte zum Zahnstatus, Literaturrecherche in online Literaturdatenbanken (PubMed, Cochrane Library, Google Scholar), Berichte nationaler und internationaler Institutionen wie etwa die Gesundheit Österreich GmbH oder die OECD ermittelt. Des Weiteren wurden ausgewählte Fachbücher und -zeitschriften herangezogen.

#### 3.2.1.1 Schlüsselwörter

Im Rahmen der Recherche wurden folgende Schlüsselwörter eingesetzt: gesundheitliche Chancengerechtigkeit, soziale Benachteiligung, Zahngesundheit / oral health, Kariesprophylaxe, Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung, Zahnstatus, frühkindliche Karies / early childhood dental caries, caries decline, sozioökonomischer Status / socioeconomic status.

### 3.2.2 Experteninterviews

Als Grundlage zur Feststellung von Möglichkeiten, Sinnhaftigkeit, Bereitschaft und Machbarkeit wurde die qualitative Forschungsmethode der leitfadengestützten Interviews gewählt. Dafür wurden Experten aus Sozial- und Beratungseinrichtungen gewählt, die aufgrund ihrer Funktion über ein spezifisches Wissen betreffend Abläufe, Erfahrungen und Strukturen ihrer Organisation oder Institution verfügen. Die Interviews hatten zum Ziel, das Einnehmen einer Multiplikatorenrolle von Sozial- und Beratungseinrichtungen in der Zahngesundheitsförderung mit relevanten Akteuren zu reflektieren, die Sinnhaftigkeit zu überprüfen und die Bereitschaft von Seiten der Akteure festzustellen.

Unter relevanten Akteuren werden im Kontext dieser Arbeit Schlüsselpersonen aus Sozial- und Beratungseinrichtungen mit Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Familien mit Kindern von 0 bis 4 Jahren verstanden, die neben den fachlichen, organisatorischen und strukturellen Kenntnissen ihres jeweiligen Tätigkeitsbereiches zugleich Möglichkeiten der Einflussnahme und Entscheidungskompetenz innerhalb ihrer

Einrichtungen haben, folglich in einer leitenden Funktion tätig sind. Die Experteninterviews dienten in weiterer Folge als Grundlage für die Ausarbeitung von konkreten Maßnahmen und Handlungsempfehlungen.

Die Auswahl der Experten erfolgte auf folgender Basis:

- Recherche von Sozial- und Beratungseinrichtungen in der Steiermark, deren Trägern und Auftraggebern. Einschlusskriterium hierbei war der Zugang der Einrichtungen zur Zielgruppe sozioökonomisch benachteiligte Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren.
- Die Funktion der zu befragenden Personen und deren Möglichkeit der Einflussnahme auf relevante Entscheidungen und Entwicklungen. Als Einschlusskriterium wurde im Rahmen dieser Arbeit eine leitende Funktion festgelegt (vgl. Behrmann, 2009: 54-55).

Als Interviewpartner ausgeschlossen wurden Personen aus Einrichtungen ohne Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Eltern oder Bezugspersonen mit Kleinkindern. Daraus folgend wurden fünf Personen unterschiedlicher Bereiche, Träger und öffentlicher Einrichtungen in der Steiermark im Sozial- und Beratungsdienst angefragt.

Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu sichern wurde bei der Auswahl der Interviewpartner darauf geachtet, dass sie in Einrichtungen mit ähnlichen Standards tätig sind und gleichartige Funktionen inne haben. So sind alle Befragten in einer leitenden, strategischen Funktion tätig und haben im Rahmen ihres beruflichen Kontextes Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Familien.

Um als Interviewerin besser in den Prozess einsehen und bei Bedarf intervenieren zu können wurden offene Fragen im Rahmen eines persönlichen Gespräches gestellt. Die Anfrage zum Interview wurde je per Mail, einhergehend mit einer Beschreibung des Forschungsthemas sowie des Anliegens der Verfasserin, gestellt. In den darauffolgenden Tagen wurde telefonisch Kontakt aufgenommen und die Termine mit den Interviewpartnern vereinbart. Der Interviewleitfaden wurde den Interviewteilnehmern vorab per E-Mail übermittelt um eine Vorbereitung auf das Interview zu ermöglichen. Nach Rücksprache mit den Befragten und deren Zustimmung zu Beginn der Interviews wurden die Gespräche digital aufgezeichnet.

Von allen Interviewpartnern wurden informed consents<sup>4</sup> zur Nennung von Name, Funktion und Einrichtung im Rahmen der Arbeit eingeholt, wobei ein Interviewpartner eine Anonymisierung des Namens wünschte.

Folgende Personen und Einrichtungen wurden angefragt und stellten sich als Interviewpartner zur Verfügung (vgl. Kapitel 3.2.2.3):

- Dr. Werner Sauseng, Magistrat Graz, Amt für Jugend und Familie
- Mag. David Prabitz, Caritas Steiermark, Sozialberatung
- Anonym, Land Steiermark, Abteilung 11
- Dr.<sup>in</sup> Isa Gruaz, Caritas Steiermark, Familienhilfe

Als Befragungsdesign wurde das Experteninterview als spezielle Form des Leitfaden-Interviews gewählt. Hierbei wurde insbesondere der von Flick (2008) genannte Anspruch gewählt, die Lebenswelten - in diesem Fall die jeweiligen Sozial- und Beratungssettings - aus ihrem Inneren heraus näher zu beleuchten, Strukturen und Muster aufzuzeigen um dadurch neue Erkenntnisse zu erhalten.

Das Leitfaden-Interview versteht sich als teilstrukturiertes Verfahren und ist durch einen Leitfaden mit offen formulierten Fragen auf Basis konzeptiver und theoretischer Vorüberlegungen gekennzeichnet. Die offene Fragestellung ermöglicht eine Annäherung an ein offenes Gespräch und den Befragten eine möglichst freie Bezugnahme auf die Fragestellung. Der Leitfaden bietet eine Struktur, die eine höhere Vergleichbarkeit der Daten ermöglicht (vgl. Mayring 2002: 66-70).

### *3.2.2.1 Exkurs: Änderungen des ursprünglichen Vorhabens*

- Die anfängliche Intention Möglichkeiten für den Raum Graz auszuloten wurde um eine Interviewanfrage beim Land Steiermark Abteilung Soziales erweitert. Dieses Interview sollte einen Blick über den städtischen Raum hinaus bieten und die Möglichkeiten einer Ausrollung auf die gesamte Steiermark durch eine Kooperation mit der Sozialarbeit, der Elternberatung und den Elternberatungszentren aufzeigen.
- Eine weitere Abweichung ergab sich in der Anzahl der Interviewpartner. Angefragt wurden ursprünglich zwei Experten des Magistrates Graz, jedoch stellte sich heraus dass die Zuständigkeitsbereiche der angefragten Personen den Einschlusskriterien in

---

<sup>4</sup> Einwilligung und Zustimmung nach erfolgter Information

Bezug auf die Zielgruppe nicht entsprechen. Seitens des Magistrates wurde daraufhin ein Experte dessen Funktion und Tätigkeitsbereich alle geforderten Kriterien in vollstem Maße abdecken vorgeschlagen. Daraus resultierend wurden gesamt vier anstelle der vorab fünf geplanten Interviews vereinbart.

Da mit den vier Interviewpartnern die Kommunikation mit den bedeutendsten Einrichtungen und Trägern von Sozial- und Beratungseinrichtungen mit Zugang zur geforderten Zielgruppe in Graz und der Steiermark gewahrt ist wurden keine weiteren Experten angefragt.

### 3.2.2.2 Ziel und Fokus der Interviews

Primäres Ziel der Experteninterviews war, die Bereitschaft seitens der befragten Institutionen zum Vorhaben zu sondieren und eine Einschätzung zur Sinnhaftigkeit und Durchführung auf Basis der jeweiligen Rahmenbedingungen, Strukturen und Schwerpunkte zu erhalten. Zudem wurde in den Interviews auf die Vorstellungen der Experten im Hinblick auf eine zukünftige Durchführung eingegangen und konkrete Vorschläge, Wünsche und Bedarfe geäußert. Die Gespräche wurden in Form von leitfadengestützten, qualitativen Interviews von 43 bis 68 Minuten Dauer zu drei Schwerpunktbereichen durchgeführt (vgl. Anhang 1 Interviewleitfaden):

1. allgemeine Fragen zur Institution, Zielgruppe, zum Angebot und der Inanspruchnahme
2. Zahngesundheit und Zahngesundheitsförderung bei der Zielgruppe Eltern von 0 – 4-Jährigen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen
  - Fragen zu bereits vorhandenen, vermuteten oder etwa sichtbaren Bedarfen im Hinblick auf die Zahngesundheit
  - Einschätzung zur Offenheit der Zielgruppe für das Thema und der mögliche Auswirkungen von Interventionen
3. strukturelle und organisationale Rahmenbedingungen
  - Möglichkeiten der Intervention
  - Sinnhaftigkeit des Vorhabens
  - Erfordernisse von Seiten der Auftraggeber
  - erforderliche Unterstützung von Seiten der Gesundheitsförderung

Als sekundäres Ziel lässt sich die Kommunikation des Themas in einem Expertenumfeld anführen.



### 3.2.2.3 Die Befragung

Insgesamt wurden vier Interviews mit Vertretern von Sozial- und Beratungseinrichtungen geführt, deren Tätigkeitsbereiche sich über das gesamte Stadtgebiet von Graz und teilweise Graz-Umgebung sowie in einem Fall auf die gesamte Steiermark erstrecken. Die Befragung zu Einrichtungen steiermarkweit wurde im Hinblick auf eine mögliche Ausrollung über das gesamte Bundesland Steiermark geführt.

Nachfolgende Tabellen geben einen Überblick zu den Interviewpartnern, der Relevanz ihrer Einrichtung für das vorliegende Thema und zur Interviewstruktur.

Interview 1	Dr. Werner Sauseng
Datum, Zeit	Mittwoch, 18.02.2015 von 11 bis 12.05 Uhr
Interviewdauer	46 Minuten
Ort	Magistrat Graz, Keesgasse 6 – Ärztlicher Dienst
Funktion und Institution	Amt für Jugend und Familie der Stadt Graz, Leiter ärztlicher Dienst. Unter anderem zuständig für die Gesundheitsfürsorge und -vorsorge an den städtischen Elternberatungsstellen, Kinderkrippen, Kindergärten, sozialpädagogischen Kinder- und Jugendwohngemeinschaften und in den Horten sowie die Schulärztliche Versorgung an allen städtischen Pflichtschulen
Zugang zur Zielgruppe	Elternberatung an 15 Standorten in Graz sowie neue Modelle im Erreichen von vulnerablen Gruppen

Tabelle 1: Interview 1. Eigene Darstellung 2015.

Interview 2	Mag. David Prabitz
Datum, Zeit	Donnerstag, 19.2.2015, 10 – 10.50 Uhr
Interviewdauer	43 Minuten
Ort	Caritas Marianum, Graz Mariengasse – Büro Mag. Prabitz, Sozialberatung
Funktion und Institution	Leiter der Sozialberatung für Österreicherinnen und Österreicher und EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, Caritas Steiermark
Zugang zur Zielgruppe	Unterstützungs- und Beratungsstelle zur Existenzsicherung in den essentiellen Lebensbereichen Familie, Wohnen, Lebensbedarf.

Tabelle 2: Interview 2. Eigene Darstellung 2015.

Interview 3	Anonym
Datum, Zeit	Montag, 23.2.2015 von 16 bis 17.15 Uhr
Interviewdauer	68 Minuten
Ort	Land Steiermark, Graz Burggasse – Büro des Referates, Abteilung 11
Funktion und Institution	Referat für Elternberatungsstellen und Sozialarbeit, Abteilung 11 Soziales, Land Steiermark
Zugang zur Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elternberatungszentren an 7 Standorten in der Steiermark</li> <li>▪ Elternberatungsstellen an 53 Standorten in der Steiermark</li> <li>▪ Sozialarbeit</li> </ul>

Tabelle 3: Interview 3. Eigene Darstellung 2015.

Interview 4	Dr. <sup>in</sup> Ines Gruaz
Datum, Zeit	Mittwoch, 25.2.2015 von 9 bis 10.20 Uhr
Interviewdauer	72 Minuten
Ort	Caritas Paulinum, Graz Grabenstraße – Büro Dr. <sup>in</sup> Gruaz, Familienhilfe
Funktion und Institution	Leitung Familienhilfe und –beratung Graz und Graz-Umgebung der Caritas Steiermark
Zugang zur Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 23 Familienhelferinnen in Graz und Graz-Umgebung</li> <li>▪ rund 100 Familienhelferinnen steiermarkweit</li> <li>▪ Sozialraumorientierung</li> </ul>

Tabelle 4: Interview 4. Eigene Darstellung 2015.

### 3.2.2.4 Transkription und Auswertung

Die Interviews wurden nach erfolgter Zustimmung der Interviewten digital aufgezeichnet und im Folgenden wörtlich transkribiert. Dafür erfolgte eine Übertragung in reines Schriftdeutsch, das bedeutet, dass Dialektformulierungen bereinigt und Satzbaufehler behoben wurden. Diese Vorgehensweise wird laut Mayring als geeignet betrachtet, sofern bei den Interviews die inhaltlich-thematische Ebene im Fokus steht und die Interviewten als Experten fungieren (vgl. Mayring 2002: 91).

Die Auswertung der Interviews erfolgte aufgrund des verhältnismäßig kleinen Samples und der Vergleichbarkeit der vorhandenen Daten durch eine sinngemäße Zusammenfassung von Aussagen beziehungsweise durch als solche gekennzeichnete wörtliche Zitate. Die wesentlichsten Aussagen und Bezugnahmen zu den Kernfragen werden im Kapitel 4.1 dargelegt.

### 3.2.3 Sinnhaftigkeit und Machbarkeitsanalyse

Die Experteninterviews dienten der Feststellung von Sinn, Bereitschaft und Machbarkeit der Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zum Thema Zahngesundheit in Sozial- und Beratungseinrichtungen aus deren Perspektive. Die Ergebnisse bildeten in weiterer Folge die Grundlage für die Machbarkeitsüberprüfung und die Handlungsempfehlungen. Dabei wurden folgende Bereiche näher bearbeitet:

- die Ergebnisse der Interviews
- die inhaltliche Ausrichtung und Maßnahmenplanung
- die organisatorische und praktische Umsetzung
- die wirtschaftliche Machbarkeit
- die institutionellen Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung des zugrunde liegenden Auftrages sowie der rechtlichen Umsetzungsmöglichkeit.
- die Ressourcen und Verfügbarkeit von Personen, Infrastruktur, Material und Zeit

Im Rahmen der Machbarkeitsüberprüfung wurde versucht, Antworten auf die unter Kapitel 1.2 formulierten Forschungsfragen zu erhalten sowie die Planung und Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen auf Basis definierter Qualitätskriterien (FGÖ 2013, BZgA 2013) zu beschreiben.

## 4 Ergebnisse und Machbarkeitsanalyse

### 4.1 Ergebnisse aus den Experteninterviews

Bezug nehmend auf die unter Kapitel 1.2 angeführten Forschungsfragen wird nachfolgend eine Darstellung der Interviewergebnisse in Bezug auf die Kernfragen abgebildet.

Des Weiteren werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews unter den aufgezählten Schwerpunkten zusammengefasst:

- Bedarf an Information und Handlungskompetenz für Eltern 0 – 4-Jähriger
- Offenheit der Klienten
- Sinnhaftigkeit einer Intervention zur Zahngesundheit
- Bereitschaft und Einschätzung der Machbarkeit
- erforderliche Unterstützung
- Nutzen und Gesamteinschätzung

#### 4.1.1 Inhaltsübersicht: Kernfragen und Ergebnisse aus den Experteninterviews

a) Interviewergebnisse in Bezug auf die Kernfragen zur Förderung der Zahngesundheit bei der Zielgruppe Eltern von 0 - 4-Jährigen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen

<p>Gibt es einen Bedarf und die erforderliche Offenheit bei Eltern von 0 - 4-Jährigen?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Die Relevanz des Themas wird übereinstimmend bestätigt.</li><li>• Fragen zur Pflege der Zähne und zur richtigen Ernährung oder auch Hygiene sind Thema.</li><li>• Es werden Eltern aus allen sozialen Schichten erreicht, wobei das Beratungssetting an sich eine gewisse Offenheit voraussetzt.</li><li>• Insbesondere bei längerfristigen, intensiveren Begleitungen durch Sozial- und Beratungseinrichtungen werden Bedarfe sichtbar.</li></ul>
<p>Macht die Maßnahme Sinn?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Das aktive Ansprechen der Zahngesundheit wird als sinnvoll und bedeutend eingeschätzt</li><li>• Es wird von einer positiven Resonanz ausgegangen.</li><li>• Eine Intervention in diesem Rahmen ermöglicht einen individuellen Zugang, der das Umfeld des Kindes, die Möglichkeiten, Ressourcen und Bedarfe einbezieht.</li><li>• Wenn es etwa um Existensicherung geht ist eine Intervention zur Zahngesundheit nachrangig und entsprechend nicht oder in einem späteren Verlauf zu setzen.</li></ul>
<p>Ist die Bereitschaft für eine Kooperation der Sozial- und Beratungseinrichtung mit der Gesundheitsförderung gegeben?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die generelle Bereitschaft und das Interesse an einer Implementierung des Themas Zahngesundheit wird von allen Experten ausgedrückt.</li><li>• Eine Kooperation wird mitunter als sinnvolle Ergänzung und Erweiterung an Kompetenzen gesehen.</li><li>•Eine Umsetzung sollte jedoch stets im Kontext des Beratungsanlasses (Klienten) als auch des vorhandenen Rahmens, insbesondere der Zeit, entschieden werden.</li></ul>

Tabelle 5: Inhaltliche Übersicht - Ergebnisse Experteninterviews I. Eigene Darstellung 2015.

b) Interviewergebnisse in Bezug auf die Kernfragen zu den organisationalen und strukturellen Rahmenbedingungen von Sozial- und Beratungseinrichtungen in Hinblick auf eine Implementierung des Themas Zahngesundheit im Rahmen ihrer Tätigkeit

<p>Ist die Umsetzung von Maßnahmen implementier- und machbar?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Machbarkeit wird im Kontext der vorhandenen Strukturen, des Kernauftrages und der allgemeinen Rahmenbedingungen wie etwa die zeitlichen Ressourcen gesehen. Von drei Experten wird die Machbarkeit positiv eingeschätzt. Aus einem Interview wird deutlich, dass im Rahmen dieses Settings ausgenommen der Weitergabe von Informationsmaterial aus vorwiegend zeitlichen Gründen keine weiteren Interventionen möglich sind.</li></ul>
<p>Was ist für eine Umsetzung erforderlich?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Zustimmung von Seiten der Auftraggeber und Träger der Sozial- und Beratungseinrichtungen</li><li>• Basisinformationsmaterial in relevanten Sprachen</li><li>• Aus-, Fort- oder Weiterbildungen zum Thema Zahngesundheit</li><li>• Vernetzung und Austausch</li><li>• Materialien zum Weitergeben wie etwa Zahnbürsten</li></ul>
<p>Welcher Nutzen ist zu erwarten?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nutzen für sozioökonomisch benachteiligte Familien mit Kindern von 0 bis 4 Jahren</li><li>• Nutzen für Multiplikatoren sowie Sozial- und Beratungseinrichtungen</li><li>• Nutzen für die Gesundheitsförderung</li><li>• volkswirtschaftlicher Nutzen</li></ul>

Tabelle 6: Inhaltliche Übersicht - Ergebnisse Experteninterviews II. Eigene Darstellung 2015.

#### 4.1.2 Bedarf an Information und Handlungskompetenz für Eltern 0 – 4-Jähriger

Die Relevanz des Themas wurde von allen Experten übereinstimmend bestätigt und als sehr hoch eingestuft. Insbesondere in der Elternberatung ist die Zahngesundheit besonders mit dem Durchbrechen des ersten Zahnes häufiges Thema im Rahmen der Beratungen. In diesem Zusammenhang wird von Sauseng (Interview 1) auch beschrieben, dass Fragen zur Pflege der Zähne von Seiten der Eltern in erster Linie in dieser Phase gestellt werden. Ernährung und die richtige Zahnpflege, wann mit dem Putzen der Zähne begonnen werden sollte, wie oft und wie die Reinigung der Zähne erfolgen sollte aber auch wie man das Kind motivieren kann, die Zähne putzen zu lassen, sind häufig Thema. Die Elternberatung, als laut Eigendefinition „*schon relativ niederschwellige Einrichtung*“, bietet sich seiner Einschätzung nach für prophylaktische Tätigkeit an:

*„Weil dort erreicht man dann schon Eltern mit Kindern von vier, fünf, sechs Monaten und wenn ich dort dann flächendeckend aufkläre, wie zum Beispiel das Trinkverhalten ausschauen sollte, also das mit den Saftflascherln, diese Dinge, wo eben wirklich ganz massive Schäden auftreten. Wenn man es schafft, das ein bisschen zu unterdrücken, das würde schon Auswirkungen haben.“ (Interview 1, Sauseng)*

Mit den Elternberatungsstellen des Magistrates Graz werden innerhalb der Stadt durch 15 Standorte die gesamte Fläche und auch alle Bevölkerungsschichten abgedeckt. Sichtbar sind hier auch große regionale Unterschiede. So gab es im vergangenen Jahr rund 7.000 Kontakte, davon über 1.000 Erstvorstellungen. Demnach werden bezugnehmend auf die Geburten zwischen 30 und 40 Prozent aller Kinder erreicht. Ebenso werden durch die von der Abteilung 11 Soziales, Land Steiermark eingesetzten sieben Elternberatungszentren und 53 Elternberatungsstellen in der gesamten Steiermark Eltern bereits sehr frühzeitig, das bedeutet bereits in den ersten Lebensmonaten der Kinder, erreicht. Die Intention ist auch hier, allen Eltern ein möglichst leicht zugängliches, unverbindliches Angebot zur Beratung zu bieten:

*„Der Ansatz ist, dass wirklich jeder kommen kann ohne groß ein Anmeldeformular auszufüllen. Man geht einfach hin und ist willkommen, also wir wollen die Hürden sehr klein halten.“ (Interview 3, Anonym)*

Es sind Eltern aus allen sozialen Schichten, die das Angebot in Anspruch nehmen. Vorträge und Workshops werden erfahrungsgemäß eher von besonders interessiertem Publikum, das in erster Linie der Mittelschicht zuzurechnen ist, besucht.

Die Mütter-Elternberatung und Einzelgespräche als sehr offenes, niederschwelliges und unverbindliches Angebot werden von Müttern unterschiedlichster sozialer Schichten genutzt. Diese sind speziell für das erste Lebensjahr des Kindes vorgesehen, wofür es generell ein sehr breites Angebot gibt. Im Jahr 2013 wurden in Elternberatungszentren und Elternberatung gesamt 43.000 Kontakte dokumentiert. Die Zahnpflege wird von Seiten der Eltern dann Thema, wenn der erste oder zweite Zahn da ist. Fragen sind, wann mit der Zahnpflege begonnen werden sollte, was zu beachten ist oder auch ab wann man mit dem Kind zum Zahnarzt gehen sollte oder auch zum Schnuller.

Diese Basisinformationen werden bei entsprechender Fragestellung auch in der Elternberatung oder den Gruppen weitergegeben. Der Bedarf wird vereinzelt auch in der Sprengelsozialarbeit sichtbar und wird dann auch konkret angesprochen beziehungsweise zu einer erforderlichen Behandlung aufgefordert. Die Elternberatungszentren mit Schwerpunkt im präventiven Bereich spielen dabei eine wesentliche Rolle, insbesondere da man auch hier bestrebt ist, belastete Familien verstärkt zu erreichen und damit bereits frühzeitig Interventionen setzen zu können (vgl. Interview 3, Anonym).

Auch im Rahmen der Sozialberatung der Caritas Steiermark ist Gesundheit zumindest indirekt immer wieder Thema:

*„Weil Gesundheit, biszuweilen das Gegenteil, nämlich Krankheit, Teil von dem ist, was die Lebenssituation ausmacht.“ (Interview 2, Prabitz)*

Die Sozialberatung ist eine Beratungsstelle der Caritas zur Existenzsicherung und als solche mit dem Fokus auf die essentiellen Lebensbereiche Lebensbedarf, Wohnen, Familie ausgerichtet. Eine Intervention zur Zahngesundheit wird in diesem Kontext natürlich dann erfolgen, wenn etwas wirklich auffällig ist. Dies ist auch Bestandteil der Sozialarbeit und ihrer ganzheitlichen Sichtweise (vgl. Interview 3, Prabitz). Jedoch erfolgen die Beratungen sehr konzentriert auf die wesentlichen, existentiellen Bereiche, dass in diesem Kontext sowohl zeitlich aber auch thematisch fraglich ist, ob auf mögliche zahngesundheitsförderliche Bedarfe eingegangen werden könnte. In erster Linie wird hier der Faktor Zeit als hinderlich angeführt und die alleinige Weitergabe von Informationsmaterial als zeitschonende Form der Informationsvermittlung als möglicherweise nicht zielführend gesehen:

*„Wenn das in Form der Mitgabe einer Broschüre oder so etwas ist, ist das kein Thema, das ist auch kein großer Aufwand. Ob das nur sinnvoll für die Leute ist, ob sie das durchlesen oder auch nicht [...] das bezweifle ich.“ (Interview 2, Prabitz)*

Die Familienhilfe der Caritas Steiermark betreut Familien mit Kindern in Notsituationen unterschiedlichster Art. Dies hat zur Folge, dass eine Familienhelferin mitunter bis zu sechs Monate als Unterstützung eingesetzt wird, mit Option auf eine einmalige Verlängerung. Durch die unmittelbare Unterstützungsleistung innerhalb der Familie spielen Themen wie Hygiene oder insbesondere auch Ernährung häufig eine wesentliche Rolle. Insbesondere im Hinblick auf Informationen zur richtigen Zahnpflege und einer zahngesunden Ernährung sieht Gruaz einen großen Bedarf an Information und Anleitung, die im Zuge des meist längeren Zeitraums des Familienhilfe Einsatzes mit eingebracht werden können. Jedoch verweist sie auch darauf, dass die Möglichkeiten Einsatzspezifisch beurteilt werden müssen, denn

*„[...] wenn fünf Kinder da sind und gerade das ganze Familiensystem zusammenbricht, steht das halt auch mal hinten an.“ (Interview 4, Gruaz)*

Im Rahmen spezifischer Projekte wie etwa „Wissen aus dem Küchenkastl“<sup>5</sup> oder durch den Einsatz von „HOT Trainerinnen“<sup>6</sup> werden ebenfalls Bedarfe sichtbar beziehungsweise bieten diese Angebotsformen auch die Möglichkeit einer gezielten Auseinandersetzung mit der Zahngesundheitsförderung (vgl. Interview 4, Gruaz).

#### 4.1.3 Offenheit der Klienten

Ein aktives Ansprechen und Thematisieren einer zahngesunden Entwicklung innerhalb des Beratungssettings wird von den Interviewteilnehmern überwiegend als möglich und sinnvoll gesehen. Durch das in allen Fällen angestrebte und bestehende Vertrauensverhältnis wird von einer Grundoffenheit gegenüber gezielten Informationen oder allgemeinen Interventionen zur Zahngesundheit ausgegangen. Die Elternberatung in Graz, ein Angebot, das in erster Linie von Eltern mit sehr jungen Babys in Anspruch genommen wird, geht insbesondere in dieser Phase wo die ersten Zähne kommen von einem geeigneten Zeitpunkt für eine Intervention aus:

*„Also, die Eltern denken schon sehr früh an die kommenden Zähne und ich denke, da sind sie dann schon aufnahmefähig zu dem Thema.“ (Interview 1, Sauseng)*

---

<sup>5</sup> Mobile Familienbildung in verschiedenen Regionen: ein kostenloses Angebot für Familien zu unterschiedlichen, relevanten Themen

<sup>6</sup> Haushalts-Organisations-Training: spezifische Einsätze zu Themen wie Haushalts- und Alltagsorganisation, kindgerechtes Umfeld, Gesundheit und Körperpflege, Umgang mit Geld und Gestaltung des Familienalltags. HOT Einsätze werden gesondert beauftragt und von ausgebildeten HOT Trainerinnen (1 ½-jährige Ausbildung in Deutschland) durchgeführt 1 ½-jährige Ausbildung in Deutschland



Die Offenheit vonseiten der Eltern gegenüber Informationen zur Zahngesundheit wird dabei als hoch eingeschätzt:

*„Die Leute, die in die Elternberatung kommen haben möglicherweise eine gewissen Offenheit gegenüber gesundheitsfördernden Fragen, weil sie haben ja einen gewissen Grund, warum sie dort hingehen. Also möglicherweise ein fruchtbarer Boden, wo das hinfallen würde.“ (Interview 1, Sauseng)*

Auch beim Elternberatungsangebot des Landes Steiermark wird eine positive Resonanz auf spezifische Intervention vermutet:

*„Vor allem in der Mütter-Elternberatung. Weil das sind Kurzberatungen, wenn das in dem Zeitrahmen ist, wenn die Zähne kommen, dass man das anspricht, glaube ich dass da eine große Offenheit da ist. [...] das Bewusstsein zu stärken, dass die Milchzähne auch eine wichtige Funktion haben und man auch auf diese gut achten soll, weil so viel damit zusammenhängt und man nicht erst danach auf die Erhaltung der Zähne achten soll. Das wäre schon etwas, das man dadurch vielleicht auch eher erreiche, wenn man es gezielt anspricht.“ (Interview 3, Anonym)*

Diese Offenheit gegenüber relevanten Themen wird auch von der Sozialberatung der Caritas Steiermark wahrgenommen. In diesem Kontext, wo es um Existenzsicherung und die essentiellen Lebensbereiche geht, wird durch das freiwillige Aufsuchen der Beratungsstelle von einer gewissen Bereitschaft ausgegangen, die mitunter natürlich auch aus einer Zwangssituation heraus resultiert.

*„Und die Öffnung selber hängt dann von der Vertrauensbildung im Beratungskontext ab. Also da gibt es auch, wie Menschen halt unterschiedlich sind, die verschiedensten Charaktere, aber wir versuchen halt, dass wir eine Vertrauensbasis aufbauen können und dann begünstigt das die Öffnung natürlich.“ (Interview 2, Prabitz)*

Allein das Aufsuchen der Sozialberatung setzt eine Grundbereitschaft voraus, die mit einer Notsituation, also einem Zwang oder aber auch einem Bedürfnis verbunden ist. Wenn es hier gelingt, eine vertrauensbildende Beratungssituation zu schaffen und wenn etwas logisch erklärt wird, dann ist die Chance laut Prabitz (Interview 2) auch höher, dass Empfehlungen angenommen, „sich zu Herzen genommen“ werden und daraus eine Veränderung passiert.

In der Familienhilfe der Caritas wird ebenfalls von einer großen Offenheit von Eltern betreffend einer Intervention zur Zahngesundheitsförderung ausgegangen. Jedoch stehen auch in diesem Kontext in erster Linie die Basisversorgung und das Aufrechterhalten des Alltags im Vordergrund. Zugleich wird durch die meist längerfristige Begleitung von bis zu sechs Monaten eine Einflussnahme im Bereich der Zahnpflege und insbesondere der Ernährung auf verschiedenen Ebenen wie etwa dem gemeinsamen Zähneputzen mit den Kindern oder dem Einkauf von Nahrungsmitteln im Abgleich mit den vorhandenen Ressourcen möglich (vgl. Interview 4, Gruaz).

*„Die Zielgruppe ist einfach ganz niederschwellig, haben einfach ganz wenig zur Verfügung monatlich und da ist Thema bei uns eben immer diese Herausforderung, das ist ganz prinzipielles Thema bei uns: Ernährung. Welche Ressourcen sind vorhanden, was kann man damit tun.“ (Interview 4, Gruaz)*

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Akzeptanz und Offenheit durch die Eltern als sehr positiv bewertet wird.

#### 4.1.4 Sinnhaftigkeit einer Intervention zur Zahngesundheit

Die Sinnhaftigkeit einer Intervention zur Zahngesundheitsförderung im Rahmen der jeweiligen Settings und Tätigkeitsfelder wird von allen Experten als bedeutend eingeschätzt. Wenngleich insbesondere von Akteuren die in erster Linie mit Familien in Notsituationen betraut sind erforderliche Voraussetzungen wie etwa ein entsprechendes Zeitkontingent oder der passende Zeitpunkt für eine Intervention angeführt werden. Eine Intervention im Rahmen des Beratungssettings ermöglicht eine Einbettung des Themas in einen größeren Kontext und damit einen individuellen Zugang, der auch das jeweilige Umfeld des Kindes, die Möglichkeiten, Ressourcen und Bedarfe einbezieht.

*„Ja, das wäre sinnvoll, Zahngesundheit zum Thema zu machen. Und das wäre wahrscheinlich auch die nachhaltigere Art, um die Informationen weiter zu geben. Ich habe die Leute sowieso dort, die zum Thema Gesundheit beraten [...] die zu schulen, wenn die das dann weitertragen. [...] Also das wäre sicher der nachhaltigere Weg und sicher fachlich auch sinnvoll.“ (Interview 1, Sauseng)*

*„Aber ich denke so generell, bei Risiko- oder Gefährdungsabklärungen bei Kindern in diesem Alter, wenn man da auch zum Beispiel ein Infomaterial hätte, vielleicht auch in verschiedenen Sprachen, das man einfach mitgeben kann, das wäre auch eine Variante. [...] Da hat man dann auch den Zugang zu den Eltern, wenn wir mit*

*Familien arbeiten, wo es vielleicht einen Hilfebedarf gibt und das (Anmerkung der Interviewerin: die Zahngesundheit) vielleicht auch einen Teil darstellt. (Interview 3, Anonym)*

Mehrfach wurde von Interviewpartnern darauf hingewiesen, dass auch andere Strategien wie etwa aufsuchende Arbeit wünschenswert wären und im Rahmen ihrer Tätigkeitsfelder bereits diskutiert werden. Es gibt beispielsweise immer wieder Situationen wo Eltern in Phasen der Überforderung und Erschöpfung Beratungsangebote nicht aktiv in Anspruch nehmen. Eigentlich dann, wenn sie eine Unterstützung bräuchten. Die Ressourcen für Modelle der Unterstützung in solchen Fällen sind jedoch nicht vorhanden (vgl. Interview 3, Anonym).

Auch die Elternberatung des Magistrates Graz ist beim Erproben und Entwickeln einer flexiblen Form der Elternberatung in Ergänzung zum bestehenden Angebot. Zudem wird über Kooperationen mit Vertretern von Communities oder auch Vereinen eine bessere und breitere Erreichbarkeit der Zielgruppe sozioökonomisch Benachteiligter oder auch Familien mit Migrationshintergrund angestrebt (vgl. Interview 1, Sauseng).

Vor dem Hintergrund der Existenzsicherung, die den Kern der Sozialberatung darstellt wird das Thema Gesundheitsförderung allgemein wie auch die Zahngesundheit im Speziellen zwar als sinnvolles Thema für die Zielgruppe erachtet, jedoch wird wenig zeitlicher Spielraum für eine Implementierung des Themas gesehen.

*„Also im weitesten Sinne glaube ich, passt es sicher dazu, weil Gesundheit ein wesentlicher Faktor auch ist. Wobei unsere Beratungen natürlich sehr konzentriert sind. [...] Also wenn wir endlos viel Zeit hätten, dann würde das ganz sicher ein Thema werden: wie schaut es mit der Gesundheit der Kinder aus, was fehlt da. So sehe ich nicht so viel zeitlichen Spielraum. Aber ich würde es nicht als unpassend empfinden.“ (Interview 2, Prabitz)*

Es wird zwar explizit die Bereitschaft und Möglichkeit der Weitergabe von Informationsmaterial angeführt jedoch auch die Skepsis gegenüber der Wirksamkeit einer solchen alleinigen Maßnahme formuliert (vgl. Interview 2, Prabitz).

In der Familienhilfe ist die Thematik der Zahngesundheitsförderung aus Sicht der Verantwortlichen besonders gut angesiedelt. Die längerfristige Begleitung von - zumeist - sozioökonomisch benachteiligten Familien in Notsituationen ermöglicht neben den vielfältigen Tätigkeiten der Familienhelferin ein Einwirken sowohl im Bereich der Zahnhygiene wie auch im Besonderen der Ernährung, aber auch der Initiierung eines Zahnarztbesuches (vgl. Interview 4, Gruaz).

*„Das wird am ehesten glaub' ich im ersten Moment einmal der Familienhelferin auffallen, weil die ja zu Hause wirklich für die Kinder da ist. Also wir haben zum einen Teil Kinderentlastung und schauen wirklich geht es den Kindern gut [...] Das ist für uns sicher alltäglich ein Thema, weil die Familienhelferinnen sind ja bis zum Abend dort, in der Früh – wir gehen oft in der Früh in die Familie und machen die Kinder fertig für die Schule, weil die Eltern nicht können oder ausfallen.“ (Interview 4, Gruaz)*

Die Auseinandersetzung mit dem Thema in dieser Altersgruppe kann aus Sicht der Experten eine wichtige Unterstützung sein um die große Bedeutung der Milchzähne ins Bewusstsein zu bringen, zu einer regelmäßigen Zahnhygiene anzuregen und eine zahngesunde Ernährung zu fördern.

#### 4.1.5 Bereitschaft und Einschätzung der Machbarkeit

Von allen Experten wurden die generelle Bereitschaft und das Interesse an einer Implementierung des Themas Zahngesundheit wie auch die Relevanz des Themas bekundet. Jedoch wird die Machbarkeit auf Basis der vorhandenen Strukturen, des Kernauftrages und der allgemeinen Rahmenbedingungen, insbesondere der zeitlichen Ressourcen, bei einem Interview als nicht ausführbar eingeschätzt.

*„Das ist eine Ressourcenfrage. [...] Irgendwo gehört es natürlich dazu, Gesundheit sowieso, weil es ja immer ein Gegenspieler auch von einer allgemeinen Lebenssituation ist, aber auch ein Ausdruck, wie von Verwahrlosung, Disziplin, oder was auch immer stattfindet, was ja in den wirtschaftlichen Teil übergeht. Und das mit zu behandeln wäre sinnvoll. Nur wir haben durch die Notsituationen einfach nicht die Möglichkeiten ergänzt um die zeitlichen Ressourcen.“ (Interview 2, Prabitz)*

Alle weiteren Interviewpartner sehen Möglichkeiten einer Machbarkeit. Für die Elternberatungsstellen des Magistrates Graz wird es beispielsweise als eine sinnvolle Ergänzung und Erweiterung der Kompetenzen gesehen:

*„Ja, das wäre schon möglich. Wir sind ja ein Team von 8 Ärztinnen und Ärzten, die für die medizinische Beratung da zuständig sind [...] ich versuche alle paar Monate von extern auch jemanden zu einem gewissen Thema einzuladen, Fortbildung zu machen. Also, so etwas ist bei uns fix verankert. Im Rahmen von so einer Veranstaltung würde das auch zum Beispiel gut passen.“ (Interview 1, Sauseng)*

Auch von Seiten der Elternberatung des Landes Steiermark werden verschiedenste Möglichkeiten der Intervention benannt. Beginnend bei Informationsmaterial, das in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung steht, bis hin zum aktiven Ansprechen des Themas bei den Eltern oder auch im Rahmen von Schwerpunktveranstaltungen. Die Bereitschaft eine Multiplikatorenrolle in der Zahngesundheit einzunehmen ist auch hier gegeben und es werden auch klare Erwartungen an die Vermittlung der Inhalte für die Mitarbeiter der Elternberatung, zumeist Sozialarbeiter, formuliert:

*„Wichtig ist dabei, glaube ich, dass sie wirklich in ihrem speziellen Arbeitsfeld als Multiplikatoren gesehen werden. Weil ich glaube, dass es da unterschiedliche Fragen oder Bedarfe gibt, je nach Arbeitsfeld oder Berufsgruppe. [...] dass das anders ausgerichtet sein müsste, wenn man in die Dienstbesprechung der Sozialarbeiter geht. Wenn man da dann speziell auf das eingeht, was für sie dann auch im Arbeitsalltag mit Eltern, Familien gut einsetzbar oder brauchbar ist, dann wäre das sicher sehr interessant. [...] Also, es muß wirklich in der Multiplikatorenrolle in ihrem Arbeitsfeld abgestimmt sein.“ (Interview 3, Anonym)*

Schwierigkeiten, das Thema zu forcieren werden bei den kleineren Standorten mit Elternberatung gesehen, wo die Zeitbudgets sehr knapp sind. Hier wäre bei einer steiermarkweiten Umsetzung eine genaue inhaltliche Abstimmung erforderlich und gewünscht. Verwiesen wird in diesem Kontext auch auf derzeit laufende Umstrukturierungsprozesse, wo im Bereich der Bezirkssozialarbeit sehr viel Neues auf die Mitarbeiter zukommt und es damit einen sorgsam, dosierten Umgang mit neuen Themen braucht, der die Möglichkeiten und vorhandenen Ressourcen berücksichtigt (vgl. Interview 3, Anonym).

In der Familienberatung werden unterschiedlichste Möglichkeiten der Implementierung gesehen. Einerseits wird eine Schwerpunktthemensetzung in Projekten wie zum Beispiel „Wissen aus dem Küchenkastl“ (vgl. Kapitel 4.1.3) als passend angeführt, andererseits eine Einbindung des Themas Zahngesundheit im Rahmen der regelmäßigen Fortbildungen für Familienhelferinnen beziehungsweise auch für HOT-Trainerinnen befürwortet.

*„Man könnte auch als Weiterbildung einmal sagen, wir machen etwas, das die Zahngesundheit betrifft. [...] dass Zahn wieder mehr Thema ist, mit Gesundheit und Zähne, bisschen allgemeiner, vielleicht dass Ernährung wieder im Blickpunkt ist, also die (Anm.: die Familienhelferinnen) nehmen das sicher als sehr positiv an. Sie haben stetig Fortbildung, die fordern sie auch ein und ich genehmige das auch gern.“ (Interview 4, Gruaz)*

Angeführt wurde auch eine mögliche Implementierung des Themas Zahngesundheit im Rahmen der Ausbildung zur Familienhelferin, was allerdings eine direkte Abklärung mit dem Ausbildungszentrum der Caritas Steiermark erfordert. Auch um abzuklären, welche und ob konkrete Inhalte zur Zahngesundheitsförderung bereits Teil der Ausbildung darstellen (vgl. Interview 4, Gruaz).

#### 4.1.6 Erforderliche Unterstützung

Jene Interviewpartner die eine Machbarkeit in ihrem Setting sehen, führten auch klare Erwartungen in Hinsicht auf die erforderliche Unterstützung seitens der Gesundheitsförderung zur weiteren Qualifizierung und intensiveren Auseinandersetzung ihrer Teams mit dem Thema an.

*„Ich denke, das wäre jetzt nur ein geringer Aufwand an vielleicht Schulung, aktueller Stand Zahnpflege für Säuglinge und Kleinkinder zum Beispiel. Das könnte ein Vortrag sein. Verbunden vielleicht mit Informationsmaterial, das man auslegt, wo dann vielleicht Eltern doch auch das sehen und dann von sich aus das Thema ansprechen. So könnte ich es mir gut vorstellen.“ (Interview 1, Sauseng)*

Als hilfreiche Unterstützung wurde zusammenfassend angeführt:

- Basisinformationsmaterial zu den relevanten Themen der Zahngesundheit in relevanten Sprachen, formuliert in kurzer, prägnanter und einfach verständlicher Form
- Auseinandersetzung zum Thema mit den einzelnen Teams im Rahmen einer Fort- oder Weiterbildung
- Zahngesundheitserzieherin als Referentin im Rahmen von Schwerpunktangeboten oder Projekten
- Implementierung des Themas im Rahmen der Ausbildung
- Material zum Weitergeben wie etwa Zahnbürste, -becher oder -pasta oder eine Sanduhr

In allen Bereichen wird es in erster Linie einer vertiefenden Auseinandersetzung mit dem Thema, der Aktualisierung des Wissensstandes und einer Diskussion der Relevanz erfordern, um entsprechend den jeweiligen Möglichkeiten Interventionen zu setzen. Gesundheit im Allgemeinen und ihre Förderung, Erhaltung oder Wiedererlangung stellen sowohl in der Sozialarbeit, im ärztlichen Dienst als auch in der Familienhilfe einen wesentlichen Faktor dar. In diesem Kontext ist eine Multiplikatorenrolle für die Experten gut vorstellbar und sinnvoll.

*„Wir haben ja auch das Ziel, im Gesetz ist das ja auch drinnen, es geht um eine ganzheitliche und gesunde Entwicklung der Kinder und in diesem Alter hängt Gesundheit und Beziehung und Versorgen der Kinder, das hängt halt alles so eng zusammen.“ (Interview 3, Anonym)*

Gruaz (Interview 4) erwähnt auch, dass in der Familienhilfe eine Zahnbürste, Zahnpaste oder auch eine Sanduhr zum gemeinsamen Putzen mit den Kindern sehr unterstützend wäre. Diese Dinge bewirken in Familien die zumeist sehr wenig zur Verfügung haben sehr viel, da sie auch in Erinnerung bleiben wenn die Familienhilfe bereits nicht mehr in den Familien ist und häufig zu einem achtsameren Umgang anregen. Für die Teams ist eine Auseinandersetzung mit dem Thema Zahngesundheitsförderung über Schulungen oder gemeinsame Fort- und Weiterbildungen vorstellbar:

*„[...] es soll etwas Positives sein, wo man sagt, genau die Thematik, die bei uns eigentlich alltäglich drinnen ist und da gehört auch Essen, Ernährung, Hygiene, Waschen, Kinder dazu [...] das wäre für uns eine super Unterstützung und dann könnte man das gut umsetzen. Und die Familienhilfe hat immer gern etwas Praktisches [...].“ (Interview 4, Gruaz)*

#### 4.1.7 Nutzen

Der erwartete und anzunehmende Nutzen durch die Ausübung einer Multiplikatorenrolle der angeführten Sozial- und Beratungseinrichtungen in der Zahngesundheitsförderung ist auf verschiedenen Ebenen erkennbar:

##### 4.1.7.1 Ebene Multiplikatoren

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Zahngesundheit durch Fort- und Weiterbildung, Informationsmaterial aber auch durch Austausch und Diskussionen innerhalb der Teams führt zu einer Erweiterung von Wissen und Handlungskompetenz zum Thema Zahngesundheit, das im professionellen beruflichen Wirkungsfeld weitergegeben werden kann. Darüber hinaus ist von einer Kompetenzerweiterung in Bezug auf das Thema auszugehen, das auch im erweiterten persönlichen Umfeld positive Auswirkungen zur Folge haben kann.

#### 4.1.7.2 Ebene sozioökonomisch benachteiligte Familien

Im Rahmen bestehender Beratungs- und Unterstützungsleistungen die zu einem großen Teil freiwillig, in einigen Fällen jedoch auch verpflichtend, in Anspruch genommen werden (müssen) fließen Informationen zur richtigen Zahnpflege, grundlegende Informationen zum zahngesunden Essen und Trinken wie auch Informationen zum Zahnarztbesuch ein oder es können spezifische Fragen beantwortet werden. Das bestehende Vertrauensverhältnis und die zum Teil längerfristig angelegte Leistung zwischen Beratungsstelle und Klienten unterstützt eine Stärkung der Gesundheitsressourcen und –potentiale.

#### 4.1.7.3 Ebene Gesundheitsförderung

Die Kooperation mit externen Institutionen, die einen Zugang zur Zielgruppe Eltern 0 – 4-Jähriger aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen aufweisen, bringt Vorteile unterschiedlichster Art für die Gesundheitsförderung:

- Erhöhung der Reichweite durch die Kooperation mit externen Institutionen
- Nutzung bereits vorhandener Strukturen und ihrer Kompetenzen in Bezug auf die Zielgruppe
- ausgewählte Personen aus den Institutionen bringen ihre erworbene Expertise zum Thema Zahngesundheit im Rahmen ihrer professionellen Tätigkeit ein
- Erweiterung der Expertise durch Reflexion und Austausch mit unterschiedlichen Professionen und Institutionen
- Steigerung der Handlungskompetenz auf individueller und kollektiver Ebene

#### 4.1.7.4 Ebene Volkswirtschaft

Die systematische, kontrollierte Gruppenprophylaxe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen und Volksschulen spielte in den vergangenen Jahrzehnten ergänzend zur Bevölkerungsprophylaxe mit Fluorid eine wichtige Rolle. Eine Studie von Knees (1998) verweist auf 15 % geringere Kosten der Sozialversicherung während zugleich eine allgemeine Verbesserung der Zahngesundheit erreicht werden konnte.

*„Es konnte im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse gezeigt werden, daß die Prophylaxe einen positiven Quotienten aufweist, d.h. daß der Nutzen höher ist, als die von der Prophylaxe verursachten Kosten.“ (Knees 1998)*



Wenngleich nicht die gesamte Kostenverringerng auf die Prophylaxe zurückzuführen ist, so besteht doch ein Konsens darüber, dass die Kariesprävalenz in Ländern mit einem umfassenden Prophylaxekonzept am geringsten ist. Der Nettonutzen pro Zahngesundheitserzieherin wird laut Knees mit 3,7 beziffert. Dies bedeutet, dass ein investierter Euro in die Prophylaxe eine Ersparnis von 3,70 Euro an Behandlungskosten bringt (vgl. Styria vitalis 2011 nach Knees 1998).

Verstärkte Bestrebungen zielgruppenspezifische Maßnahmen für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen („hard to reach groups“) zu setzen haben das Potential jene Gruppe zu erreichen, die den höchsten Anteil des Kariesvorkommens in sich vereint. Diese Maßnahmen ermöglichen einerseits eine Kostenverringerng im Bereich der Sanierungskosten und weisen damit einen volkswirtschaftlichen Nutzen auf. Darüber hinaus können jedoch auch reduzierte Begleitzeiten der Eltern, insbesondere aber das verminderte Leid der betroffenen Kinder und die damit einhergehende erhöhte Lebensqualität angeführt werden.

## 4.2 Bedarf und Projektbegründung

Wie in Kapitel 1.1.4 ausgeführt stehen lebensweltorientierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen bereits im Fokus internationaler Bestrebungen um sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen im Gesundheitsbereich besser zu erreichen. Insbesondere wird in diesem Zusammenhang auf den Setting-Ansatz, die Zielgruppenorientierung sowie ein an der Bevölkerungsgruppe orientiertes Angebot hingewiesen (vgl. Wright et al 2009: 157ff).

Sozial- und Beratungseinrichtungen wie auch politische Entscheidungsträger werden als besonders relevante Gruppen in der Weitergabe spezifisch erworbener Kenntnisse und vorhandenen Wissens beschrieben. Dies resultiert aus ihrer Zugehörigkeit zu Institutionen mit einem angenommenen und erhofften hohen Multiplikatoreffekt sowie ihren Möglichkeiten, Strukturen und Verhältnisse mitbestimmen und –gestalten zu können (vgl. BzGA 2011: 559ff).

Eine Qualifizierung der Mitarbeiter von Sozial- und Beratungseinrichtungen und weiterführende relevante, individuelle und zielgruppenadäquate Interventionen zur Zahngesundheit im Rahmen ihrer professionellen Tätigkeit stellen eine Chance im Erreichen von sozioökonomisch benachteiligten Familien dar. Der Bedarf dahingehend wurde in den Kapiteln 1 und 2 näher erläutert.

Sozial- und Beratungseinrichtungen als Multiplikatoren in der Förderung der Zahngesundheit ermöglichen

- einen niederschweligen Zugang zur Zielgruppe durch bereits bestehende freiwillige oder verpflichtende Kontakte und die Nutzung bereits vorhandener Strukturen und Prozesse,
- die Einbindung struktureller, sozialer, personeller und persönlicher Ressourcen,
- eine nachhaltige, zahngesundheitsförderliche Entwicklung durch mitunter längerfristige Beratungsverläufe, die sich möglicherweise auch auf ältere oder nachfolgende Geschwisterkinder positiv auswirkt,
- die Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, sowie
- eine höhere Bereitschaft zur Veränderung von Seiten der Familien durch bereits bestehende Vertrauensverhältnisse.

Die Recherchen zum Thema haben keine vergleichbaren Interventionen in Österreich ergeben. Bei Projekten wie zum Beispiel Zähne. Zeigen (vgl. Kapitel 2.2.2) wurde der Fokus auf den Peer-Ansatz gelegt. Dabei werden Betroffene, wie sozial benachteiligte Personen oder Migranten, als Multiplikatoren eingesetzt um ihr erworbenes Wissen weitergeben und eine Vorbildwirkung in der eigenen Lebenswelt einnehmen zu können (vgl. BzGA 2011: 559ff).

Die Kooperationspartnerschaft mit Sozial- und Beratungseinrichtungen hat hingegen die Qualifizierung professioneller Berufsgruppen in der Zahngesundheitsförderung zum Ziel. Dabei sollen bereits bestehende Kontakte aus einem beruflichen, professionellen Kontext heraus genutzt und auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen werden.

Die Experteninterviews weisen die Bereitschaft von Sozial- und Beratungseinrichtungen auf, im Rahmen ihrer strukturellen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen das Thema Zahngesundheit zu implementieren. Zudem wird auf die hohe Relevanz des Themas und auch die Sinnhaftigkeit hervorgehoben.

### 4.3 Projekt- und Maßnahmenplanung

Ausgehend vom unter 4.2 näher beschriebenen Bedarf und der Projektbegründung wird im vorliegenden Kapitel die Projekt- und Maßnahmenplanung erstellt. Die Planung basiert auf der Annahme, dass die steirische Gesundheitsförderungseinrichtung Styria vitalis ein Pilotprojekt mit anschließender steiermarkweiter Ausrollung und Implementierung in das Steirische Kariesprophylaxeprogramm anstrebt.

### 4.3.1 Setting

Das Setting stellen Sozial- und Beratungseinrichtungen aus Graz dar. Voraussetzung ist ein Zugang zu Eltern von 0 – 4-Jährigen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen im Rahmen des beruflichen, professionellen Kontextes. Neben ihren Beratungstätigkeiten entsprechend ihrem jeweiligen Auftrag sind diese durch

- das bestehende Vertrauensverhältnis,
- bereits vorhandene Strukturen und
- den individuellen, direkten Kontakt mit der Zielgruppe

besonders geeignet, sozioökonomisch benachteiligte Menschen zu erreichen sowie gesundheitliche Benachteiligung zu erkennen und angemessene Interventionen zu setzen. Dabei kann auf folgende Ressourcen zurückgegriffen werden:

- strukturelle Ressourcen: bestehende Einrichtungen mit klar definiertem Angebot, dem Auftrag entsprechenden Leistungen, aufrechten Finanzierungsmodellen und einem professionellen Zugang
- soziale Ressourcen: im Rahmen des Beratungskontextes geschaffenes Vertrauensverhältnis und Einbettung in ein Netzwerk
- persönliche Ressourcen: individuelle Kompetenzen in Bezug auf Gesundheit, Kommunikation sowie bereits vorhandene Erfahrungen

Die Implementierung des Themas Zahngesundheit innerhalb der Strukturen von Sozial- und Beratungseinrichtungen, regelmäßige Reflexion und fachliche Unterstützung seitens einer Gesundheitsförderungseinrichtung unterstützen eine Veränderung in Bezug auf die Zahngesundheit vonseiten der Klienten.

### 4.3.2 Zielgruppe

#### 4.3.2.1 *primäre Zielgruppe*

Die primäre Zielgruppe stellen Sozial- und Beratungseinrichtungen und deren Mitarbeiter in ihrer professionellen Rolle dar. Die Qualifizierung von Mitarbeitern aus Sozial- und Beratungseinrichtungen trägt das Potential in sich, dass die vermittelten Inhalte im beruflichen Alltag integriert sowie Wissen zur Zahngesundheit und zahngesunder Ernährung in den Einrichtungen verankert wird.

#### 4.3.2.2 Sekundäre Zielgruppe

Die sekundäre Zielgruppe bilden die Klienten und Besucher von Sozial- und Beratungseinrichtungen, im Besonderen jene aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit Kindern von 0 bis 4 Jahren. Durch das bestehende Vertrauensverhältnis zu den Sozial- und Beratungseinrichtungen, die gezielt aufgesucht oder auch kontaktiert werden, ist ein niederschwelliger, zielgruppenspezifischer Wissenstransfer und eine damit einhergehende Verhaltensänderung möglich.

#### 4.3.3 Zielsetzung und Indikatoren

Die Formulierung der Ziele und Indikatoren orientiert sich am Schweizer Ergebnismodell, einem Instrument zur Reflexions- und Qualitätsentwicklung (vgl. quint essenz 2013).



Graphik 5: Ziele, Einflussfaktoren und Gesundheitsdeterminanten nach dem Schweizer Ergebnismodell. Eigene Darstellung 2015.

Ausgehend von den Ergebnisebenen

- Infrastrukturen und Dienstleistungen (A 1)
- Legislative, Administration, Organisation, Netzwerke (A 2)
- Gruppen, Gemeinschaften, Bevölkerung (A 3)
- Individuen (A 4)

werden die jeweiligen Maßnahmen, die Einflussfaktoren auf Gesundheitsdeterminanten, die Gesundheitsdeterminanten sowie die Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit ausgeführt.

#### 4.3.3.1 A1: Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote

Einflussfaktoren und Ziele	Indikatoren
Mitarbeiter in Sozial- und Beratungseinrichtungen sind zu den vier Säulen der Zahngesundheit geschult.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl an Einrichtungen, die eine Basisqualifizierung zur Zahngesundheit erhalten haben</li> <li>▪ Anzahl an geschulten Mitarbeitern aus Sozial- und Beratungseinrichtungen</li> </ul>
Regelmäßige Netzwerk- und Reflexionstreffen sind vereinbart	Anzahl an Netzwerktreffen entsprechend den Konzeptvorgaben und Protokollierung der Treffen
Geeignete Informationsmaterialien stehen zur Verfügung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überprüfung bestehender Informationsmaterialien auf ihre Aktualität und niederschwellige, verständliche Inhalte.</li> <li>▪ Bei Bedarf Überarbeitung oder Neuentwicklung geeigneter Informationsmaterialien.</li> </ul>	Aktuelles, leicht verständliches Informationsmaterial in verschiedenen relevanten Sprachen steht zur kostenlosen Weitergabe zur Verfügung.
Interventionen mit der sekundären Zielgruppe sind umgesetzt.	Dokumentation der Maßnahmen nach einer standardisierten Vorlage.

Tabelle 7: Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote. Eigene Darstellung 2015.

#### 4.3.3.2 A2: Gesundheitsfördernde Strategien auf Ebene Politik und Organisation

Einflussfaktoren und Ziele	Indikatoren
Es bestehen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit Partnereinrichtungen.	Die Vereinbarungen liegen beiden Partnern in schriftlicher Form und unterzeichnet vor.
Eine partizipative Entwicklung der Schulungsunterlagen unter Beteiligung von Experten ist erfolgt.	Die Schulungsunterlagen liegen den Teilnehmern vor.

Tabelle 8: Gesundheitsfördernde Strategien auf politischer und organisationaler Ebene. Eigene Darstellung 2015.

#### 4.3.3.3 A3: gesundheitsförderndes soziales Engagement

Einflussfaktoren und Ziele	Indikatoren
Die im Rahmen der Schulung vermittelten Inhalte werden von den Netzwerkpartnern im Rahmen ihrer Tätigkeit integriert und vermittelt.	Die Dokumentation liegt in standardisierter Form vor.
Das erworbene Wissen ist in der Einrichtung verankert.	Zahngesundheit und die Interventionen werden innerhalb der Einrichtung reflektiert und kommuniziert.

Tabelle 9: gesundheitsförderndes soziales Engagement. Eigene Darstellung 2015.

#### 4.3.3.4 Gesundheitskompetenzen

Einflussfaktoren und Ziele	Indikatoren
Die primäre Zielgruppe hat ihre Gesundheitskompetenz erweitert und nutzt ihre Verantwortung im Bereich der Zahngesundheit.	Im Netzwerktreffen erhobene Erfahrungsberichte und erfolgte Reflexionen.
Das erworbene Wissen ist im Arbeitsalltag umsetzbar.	Dokumentation der Maßnahmen und Interventionen.
Die sekundäre Zielgruppe hat ihre Gesundheitskompetenz und –chancen in Bezug auf Zahngesundheit erweitert.	Im Netzwerktreffen erhobene Erfahrungsberichte und Reflexionen.

Tabelle 10: Gesundheitskompetenzen. Eigene Darstellung 2015.

#### 4.3.3.5 Auswirkungen

Durch die genannten Einflussfaktoren und Ziele sollen im Sinne der Wirkungsorientierung

- eine Verbesserung des Zahnstatus bei Kindern von 0 – 4 Jahren, insbesondere eine Senkung des Kariesvorkommens bei unter Sechsjährigen,
- die Erhaltung oder Wiederherstellung der Zahngesundheit bei Kindern von 0 – 4 Jahren,
- eine mögliche positive Auswirkung auf die Zahngesundheit von Geschwisterkindern,
- eine Erhöhung der Gesundheitskompetenz von sowohl Multiplikatoren als auch Familien aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen,
- eine Steigerung der Lebensqualität durch eine verbesserte Zahngesundheit sowie
- eine Erhöhung der Gesundheitschancen von sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen

erreicht werden.

#### 4.3.4 Aktivitäten und Methoden

Die Aktivitäten umfassen unter Einbeziehung der Interviewergebnisse wie auch der Literaturrecherche nachfolgende Interventionen und Maßnahmen:

##### 4.3.4.1 Aufbau von Kooperationspartnerschaften und einem Netzwerk

Für eine erfolgreiche Beteiligung von Sozial- und Beratungseinrichtungen in der Förderung der Zahngesundheit bei 0 - 4-Jährigen ist der Aufbau von Kooperationspartnerschaften erforderlich. In einem ersten Schritt erfolgt die Erhebung relevanter Sozial- und Beratungseinrichtungen in der Pilotregion Graz. Die Relevanz leitet sich aus dem Kontakt zur Zielgruppe der 0 – 4-Jährigen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen und deren Eltern ab. Mit den Einrichtungen werden Vernetzungsgespräche zum Ausloten einer Kooperationsbereitschaft geführt. Voraussetzung ist, dass die jeweilige Einrichtungsleitung wie auch die übergeordneten Träger einer Kooperation zustimmen, wie auch die erforderliche Bereitschaft und das Interesse seitens der Mitarbeiter gegeben ist. Im Falle einer weiterführenden Kooperation wird eine schriftliche Vereinbarung mit einer Beschreibung der wechselseitigen Pflichten und Leistungen zur weiteren Zusammenarbeit getroffen.

Die verbindliche Kooperationspartnerschaft beinhaltet die Teilnahme an einem Netzwerk. Die Netzwerktreffen werden halbjährlich festgelegt und dienen dem Erfahrungsaustausch, der Berichtslegung über die erfolgten Maßnahmen sowie der Weiterentwicklung der Interventionen auf Basis der Erfahrungen und wissenschaftlicher Grundlagen.

#### *4.3.4.2 Interventionen von Sozial- und Beratungseinrichtungen*

Sozial- und Beratungseinrichtungen als Kooperationspartner werden auf zwei Ebenen wirksam:

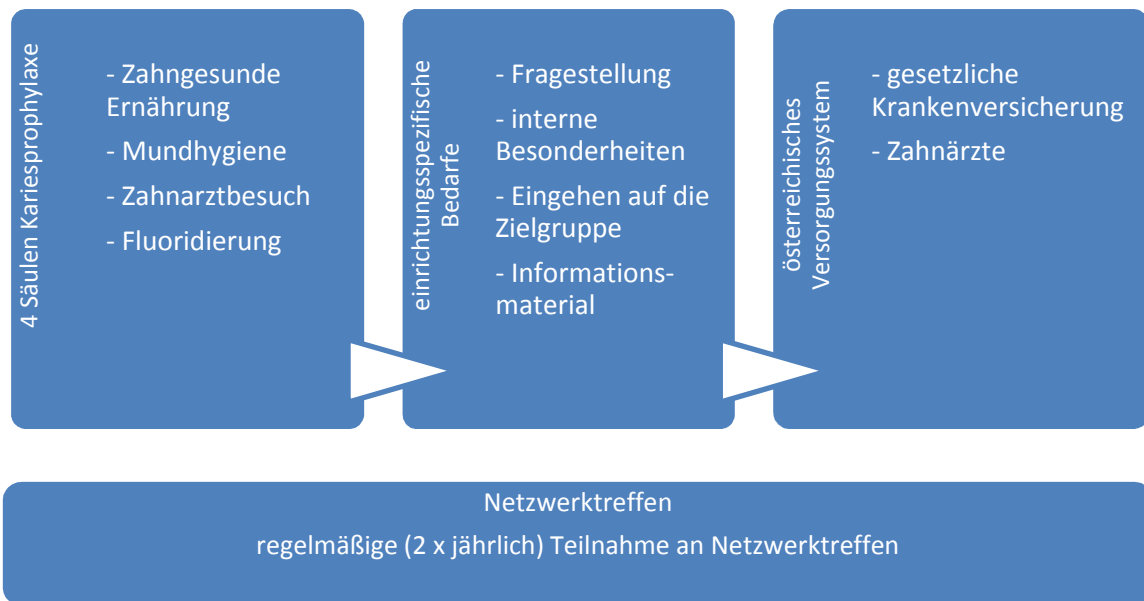
- Ebene 1: Auflegen und Weitergabe von Informationsblättern. Dieses steht in 15 relevanten Sprachen zur Verfügung und beinhaltet die wesentlichen Informationen zur Zahngesundheit von Anfang an.
- Ebene 2: Die Einrichtungen übernehmen die Kommunikation zur Förderung und Erhaltung von Zahngesundheit gegenüber ihrem Klientel im Rahmen der bestehenden Angebote, Kontakte und Beratungstätigkeiten, sofern ein dementsprechender Bedarf bei den Zielpersonen ersichtlich ist oder der Wunsch nach Information zur Zahngesundheit geäußert wird.

Die Schwerpunkte der Informationsweitergabe sowohl im Beratungssetting als auch durch das Informationsmaterial beziehen sich auf die vier Säulen der Kariesprophylaxe (vgl. Kapitel 2.2: Graphik 3). Eine weitere Voraussetzung stellt die Unterstützung bei der Inanspruchnahme des regionalen Versorgungssystems, etwa beim Aufsuchen einer Zahnarztpraxis, der Zahnklinik oder einer Zahnambulanz, dar.

##### *4.3.4.2.1 Schulungen für Mitarbeiter der Kooperationseinrichtungen*

Zur Sensibilisierung und inhaltlichen Vertiefung zum Thema Zahngesundheit werden Schulungen für Mitarbeiter der Kooperationseinrichtungen durchgeführt. Diese werden sowohl einrichtungsintern wie auch als offene Schulung für einzelne Mitarbeiter unterschiedlicher Einrichtungen angeboten. Voraussetzung ist eine freiwillige Teilnahme an den Schulungen und die Zustimmung seitens der Einrichtungsleitung. Das Curriculum für die Schulung orientiert sich einerseits an den vier Säulen der Kariesprophylaxe, andererseits werden individuelle Bedarfe und Fragestellungen seitens der teilnehmenden Personen und deren Einrichtungen berücksichtigt und in den Ablauf integriert. Ferner wird das österreichische Versorgungssystem in der Zahngesundheit thematisiert um eine angemessene Unterstützung und Vermittlung leisten zu können.





Graphik 6: Schulungskonzept für Multiplikatoren. Eigene Darstellung 2015.

Die Teilnahme an den Schulungen stellt die Basis für die Tätigkeit als Multiplikator in der Zahngesundheit dar, mit dem weiterführenden Ziel Aufklärungs- und Beratungstätigkeit zur Zahngesundheit in einem professionellen Kontext zu leisten.

#### 4.3.4.3 *Niederschwellige, zielgruppenadäquate und praxisnahe Angebote*

Über die Aufklärungs- und die Beratungstätigkeit hinaus können Vorträge oder Workshops für werdende Eltern sowie Väter, Mütter oder Erziehungsberechtigte von Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen angeboten werden. Vorrangiges Thema im Rahmen dieser Veranstaltungen sind die richtige Mundhygiene und zahngesunde Ernährung in Theorie als auch, zur intensiveren Auseinandersetzung, in der Praxis. Die praktische Vertiefung kann zum Beispiel durch ein Zahnputztraining oder die gemeinsame Zubereitung einer (zahn-)gesunden Jause erfolgen. Zudem werden der regelmäßige, frühzeitige Zahnarztbesuch sowie Fluoride thematisiert. Die Vorträge und Workshops werden kostenlos angeboten. Etwas Material für das Zahnputztraining oder Ernährungsworkshops wird von Seiten der Gesundheitsförderungseinrichtung zur Verfügung gestellt. Die angeführten Angebote werden von ausgebildeten Zahngesundheitserzieherinnen oder Ernährungsexperten durchgeführt.

#### 4.3.4.4 Informationsmaterial

Das Informationsmaterial sollte alle wesentlichen Informationen zur Zahngesundheit (vgl. Kapitel 2.2: Graphik 3) in klar verständlicher Form zusammenfassen. Hier kann auf bestehende Informationsmaterialien in 15 Sprachen zurückgegriffen werden. Die Informationsblätter wurden im Jahr 2014 erstellt und sind folglich auf aktuellem Wissensstand. Im Rahmen der Netzwerktreffen ist regelmäßig eine etwaige Anpassung, Aktualisierung oder erforderliche Adaptierung der Materialien zu prüfen.

Das Informationsmaterial kann Eltern bei Beratungsgesprächen persönlich weiter gegeben wie auch in den Sozial- und Beratungseinrichtungen zur freien Entnahme empfohlen werden. Die Erfahrungen aus bereits durchgeführten Projekten wie etwa Zähne. Zeigen (Schlemmer 2014) belegen jedoch auch, dass Informationsmaterial direkte Kommunikation und praktische Übungen nicht ersetzen.

### 4.4 Organisation und Projektsteuerung

Das vorliegende Kapitel setzt sich mit dem Projektaufbau und dem –ablauf wie auch der Dokumentation, Evaluation und den dafür erforderlichen Ressourcen auseinander. Erläutert wird eine mögliche Projektumsetzung, unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Literaturrecherche wie auch den Experteninterviews.

#### 4.4.1 Projektaufbau und Rollen

##### 4.4.1.1 Projektsteuerung

Die Projektsteuerung erfolgt durch die Gesundheitsförderungseinrichtung Styria vitalis. Hier wird ein Team aus Projektmitarbeitern zusammengesetzt, die in weiterer Folge für den gesamten Projektverlauf von zwei Jahren Verantwortung tragen:

Mitarbeiter	Projektrolle	Wochenstunden
MA 1	Projektsteuerung	10
MA 2	Projektkoordination	25
MA 3	Inhaltliche Projektmitarbeit	10
MA 4	Einbringen von Experten- und Praxiswissen im Rahmen der Schulungen	2,5

Tabelle 11: Projektsteuerung. Eigene Darstellung 2015.

Die Steuerungsgruppe setzt sich aus den angeführten Mitarbeitern zusammen. Sie trifft die erforderlichen Entscheidungen zur Projektentwicklung und –durchführung und ist für die internen Planungs- und Teamtreffen sowie die Steuerung des Gesamtprojektes verantwortlich.

#### *4.4.1.2 Partnernetzwerk*

Das Partnernetzwerk besteht aus Sozial- und Beratungseinrichtungen, die sich mittels Kooperationsvereinbarung zu einer Projektteilnahme entschieden haben. Die Teilnahme beinhaltet

- die Entsendung von zumindest zwei Mitarbeitern je Einrichtung zur Multiplikatorenschulung,
- die regelmäßige Teilnahme der benannten Mitarbeiter an den Netzwerktreffen,
- die Bereitschaft zu zahngesundheitsförderlichen und zielgruppenadäquaten Interventionen im Rahmen der Beratungstätigkeit,
- die Bereitstellung von Informationsmaterialien zur Zahngesundheit in der Einrichtung sowie
- eine regelmäßige Dokumentation der erfolgten Interventionen.

Das Netzwerk konstituiert sich mit einer Startklausur und dient dem Austausch, der Reflexion und Weiterentwicklung des Projektes. In weiterer Folge findet ein Netzwerktreffen je Quartal statt. Verpflichtend für alle Netzwerkteilnehmer sind die Teilnahme an der Multiplikatorenschulung und die Umsetzung des erworbenen Wissens im Rahmen der beruflichen Beratungstätigkeit.

#### *4.4.1.3 Fachbeirat*

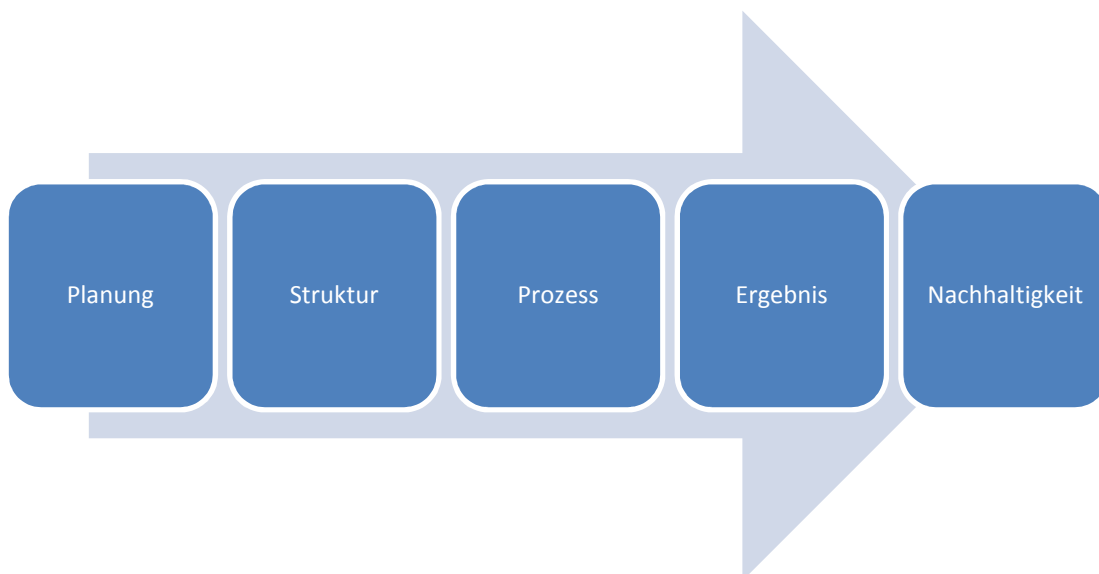
Der Fachbeirat versteht sich als Mittler zwischen Sozial- und Beratungseinrichtungen, politisch Verantwortlichen, Experten der Kinderzahngesundheit sowie der Gesundheitsförderung. Als Expertengremium fungiert der Fachbeirat als Reflexions-, Ideen- und Diskussionsforum und stellt die fachliche Begleitung des Projektes sicher. Dem Fachbeirat wird halbjährlich von Seiten der Steuerungsgruppe berichtet und er übernimmt eine beratende und begleitende Rolle.

Der Fachbeirat dient der Vernetzung übergeordneter Organisationen, der Einbindung von Entscheidungsträgern und Fachexperten sowie dem Zusammenführen unterschiedlicher

Expertisen. Weiters sind die Mitglieder des Fachbeirates Sprachrohr und Lobbyisten für die Projektziele in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen.

#### 4.4.2 Evaluationskonzept

Die externe Begleitung und Evaluation stützt sich auf die für die Gesundheitsförderung maßgeblichen vier Qualitätsdimensionen Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die letztlich eine Nachhaltigkeit des Projektes bewirken sollen (vgl. Kolip P. et al, 2013: 22). Für die verschiedenen Dimensionen werden Qualitätskriterien definiert, die dokumentiert und bewertet werden sollen um eine Optimierung des Projektes sowie der Maßnahmen zu erreichen.



Graphik 7: Qualitätsdimensionen. Meidlinger et al 2014.

##### 4.4.2.1 Planungsqualität

Die Planungsqualität setzt sich mit der Analyse von objektivem Bedarf und Bedürfnissen sowohl der direkten als auch der indirekten Zielgrupp auseinander. Des Weiteren werden Projekterfahrungen einbezogen, inhaltliche und organisatorische Planungsschritte verfeinert und theoriegestützte Interventionen entwickelt. Abschließend erfolgt eine Reflexion in Bezug auf die Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit der Interventionen in ausgewähltem Kontext.

Die entscheidenden Qualitätskriterien sind:

- Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten aller am Projekt Beteiligten sind klar definiert.
- Die Ist-Analyse in Form qualitativer Interviews mit Stakeholdern aus Sozial- und Beratungseinrichtungen ist erfolgt und ausgewertet.
- Der Bedarf für die geplanten Interventionen ist belegt und wird regelmäßig dokumentiert.
- Partizipation: die Zielgruppe ist definiert und wird in die Planung, Durchführung und Weiterentwicklung des Projekts eingebunden.
- Die Ziele Erhaltung und Verbesserung der Zahngesundheit bei 0 – 4-Jährigen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen sind definiert.
- Die Steuerungsgruppe präsentiert die Maßnahmenplanung dem Fachbeirat und dem Partnernetzwerk.
- Der Evaluations- und Endbericht ist erstellt und präsentiert.
- Der Zeithorizont ist klar eingegrenzt.
- Die finanziellen Ressourcen sind gesichert.

#### 4.4.2.2 Strukturqualität

Die Strukturqualität nimmt Bezug auf die Rahmenbedingungen der Sozial- und Beratungseinrichtungen, die als Netzwerkpartner am Projekt teilnehmen. Berücksichtigt werden dabei die personellen, technischen und finanziellen Ressourcen sowie die räumlichen Möglichkeiten.

Als Qualitätskriterien werden definiert:

- Ausreichende Personalressourcen für die zur Zielerreichung festgelegten Maßnahmen und Interventionen stehen zur Verfügung.
- Das Personal bringt einen professionellen, fachlichen Hintergrund mit und ist der Zielerreichung entsprechend qualifiziert.
- Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen wie zum Beispiel Räume, Informationsmaterial oder Zeitressourcen sind vorhanden.
- Einrichtungsinterne Strukturen für die Umsetzung etwaiger Veränderungsvorschläge und Anpassungen der Arbeitsabläufe sind vorhanden.

#### 4.4.2.3 Prozessqualität

Als ein wesentlicher Part der Qualitätsentwicklung ist die Prozessqualität anzusehen. Sie stellt über den gesamten Projektzeitraum hinweg eine Verbindung zu den umgesetzten Interventionen und Arbeitsabläufen her und überprüft durch Befragungen, systematische Reflexion und Dokumentation die planmäßige Umsetzung des Vorhabens beziehungsweise stellt organisatorische und inhaltliche Abweichungen fest. Die kontinuierliche Reflexion und Bewertung stellt eine Überprüfung der einzelnen Prozessschritte sicher und bietet die Möglichkeit frühzeitig Korrekturen, Anpassungen oder Optimierungen vorzunehmen, Lösungen zu erkennen und damit zu einer Effizienz- und Effektivitätssteigerung beizutragen.

Folgende Qualitätskriterien zur Prozessqualität werden festgelegt:

- Akzeptanz für das Projekt seitens der Sozial- und Beratungseinrichtungen.
- Laufende Überprüfung und Dokumentation der einzelnen Prozessschritte.
- Plangemäße Durchführung des Projektes.
- Die Schulungsmaßnahmen für Multiplikatoren und die definierten Interventionen entsprechen den Bedürfnissen der Zielgruppe und werden von dieser angenommen und positiv bewertet.
- Präsentation von Evaluations- und Endbericht für alle am Projekt Beteiligten.

#### 4.4.2.4 Ergebnisqualität

Diese Dimension hat zum Ziel, die Effektivität und Effizienz einer Maßnahme festzustellen. Dies erfolgt einerseits durch die Wirksamkeitsüberprüfung von Maßnahmen und der Erreichung festgelegter Ziele sowie andererseits durch eine Kosten- und Nutzenbewertung. Mittels der Erfassung von Zielerreichungsskalen werden verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen aus dem Prozess evaluiert und messbar gemacht. Ein weiteres Ziel ist die Bestimmung der Nachhaltigkeit des Projektes durch den Nachweis langfristiger Effekte einer Intervention, wie etwa wirksame Strukturveränderungen, die strukturelle und organisatorische Verankerung gesundheitsfördernder Angebote sowie durch erfolgten Kapazitätenaufbau (Capacity

Building<sup>7</sup>). Mittels Befragung und Reflexion der Multiplikatoren und der Dokumentation neuer Angebote und Strukturen erfolgt eine Bewertung der Ergebnisse zur Feststellung der Zielerreichung:

Skala	Zielerreichung
+2	viel mehr als erwartet
+1	mehr als erwartet
0	erwartetes Ergebnis
-1	weniger als erwartet
-2	viel weniger als erwartet

Tabelle 12: Bewertungsskala zur Zielerreichung. Meidlinger et al 2014 nach Kolip 2013: 32.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit werden folgende Qualitätskriterien definiert:

- Eine Befragung der Multiplikatoren erfolgt quartalsmäßig.
- Das Wissen zu zahngesundheitsrelevanten Themen wie Ernährung, richtige Mundhygiene, Zahnarztbesuch und Fluoridierung hat sich erhöht.
- Interventionen zur Zahngesundheit sind umgesetzt und institutionalisiert.
- Eine hohe Akzeptanz zur Netzwerkpartnerschaft innerhalb der Einrichtung.
- Weiterbildungs- und Reflexionsmöglichkeiten für die Multiplikatoren sind gewährleistet.
- Nachweisbare strukturelle Veränderungen innerhalb der Einrichtungen.
- Die Vorbildwirkung hinsichtlich der Zahngesundheit innerhalb der Einrichtung ist etabliert.
- Ein klares Bekenntnis seitens der Einrichtungen zur Auseinandersetzung mit dem Thema Zahngesundheit innerhalb der Einrichtung.
- Es besteht ein angemessenes Kosten-Nutzen Verhältnis .
- Regelmäßige Kommunikation der Ergebnisse an alle Beteiligten, relevante Umwelten und Stakeholder.

---

<sup>7</sup> Capacity Building (Kapazitätenaufbau) strebt eine effektive, nachhaltige Gesundheitsförderung durch den Aufbau von Wissen, Kompetenzen, Engagement, Strukturen, Systemen und Führungsqualitäten an (vgl. FGÖ 2013).

- Veröffentlichung der Ergebnisse mittels eines Berichtes.
- Eine Fortführung der Interventionen ist durch strukturelle und organisatorische Einbettung längerfristig gewährleistet.
- Das Projekt ist auf andere Einrichtungen und Regionen übertrag- und nutzbar.

(vgl. Kolip 2013; Meidlinger et al 2014: 22-29)

#### 4.4.3 Projektablauf

Das Pilotprojekt wird für einen Zeitraum von zwei Jahren festgelegt. In dieser Phase wird die Umsetzbarkeit des Projekts erprobt und evaluiert. Dies erfolgt durch das Gewinnen von Kooperationspartnern, Schulungen für Multiplikatoren, die weiterführende Implementierung in Sozial- und Beratungseinrichtungen sowie begleitende Netzwerktreffen. Längerfristiges Ziel ist Sozial- und Beratungseinrichtungen über den Projektzeitraum hinaus als Kooperationspartner und Multiplikatoren in der Zahngesundheitsförderung zu gewinnen und die Maßnahmen dauerhaft abzusichern. Darüber hinaus ist im Anschluss an das Pilotprojekt eine regionale Ausweitung erstrebenswert.

Der Projektablauf orientiert sich an nachfolgendem Verlauf mit den benannten Meilensteinen.

##### 4.4.3.1 *Projektvorbereitung*

- erste Kontaktaufnahme und Vernetzung mit relevanten Sozial- und Beratungseinrichtungen in der Zielregion Graz
- Vernetzung mit bedeutsamen Partnern der Zahngesundheit und Entscheidungsträgern

*Meilenstein 1:* Vier Träger von Sozial- und Beratungseinrichtungen haben die Kooperationsvereinbarung unterzeichnet.

##### 4.4.3.2 *Projektmanagement*

- regelmäßige Organisations- und Planungstreffen der Projektmitarbeiter
- Interner Team- und Referentenaufbau
- Installierung eines Partnernetzwerkes mit Multiplikatoren aus Sozial- und Beratungseinrichtungen



- Regelmäßiges Projektcontrolling
- Vergabe der externen Evaluation

*Meilensteine 2:*

- Das interne Team und das Multiplikatorennetzwerk sind konstituiert.
- Die Evaluation ist beauftragt.

#### *4.4.3.3 Projektstrukturaufbau*

- Installierung einer Steuergruppe
- Installierung eines Fachbeirates
- Startklausur mit Netzwerkpartnern
- Konzeptionierung der Schulung für Multiplikatoren

*Meilenstein 3:* Die Projektstruktur ist aufgebaut.

#### *4.4.3.4 Projektumsetzung*

- Vernetzung mit weiteren potentiellen Kooperationspartnern
- Training und Fortbildung für die Referenten der Schulungen
- Durchführung von Multiplikatorenschulungen für Mitarbeiter von Sozial- und Beratungseinrichtungen
- Erstellung eines Informationspaketes für Sozial- und Beratungseinrichtungen zur Weitergabe in ihren Einrichtungen beziehungsweise bei gezielten Interventionen
- Durchführung von Netzwerktreffen
- Tagung des Fachbeirats
- Steuergruppensitzung
- Regelmäßige Teamsitzungen
- fortwährende Interventionen in den Sozial- und Beratungseinrichtungen durch die Multiplikatoren
- Dokumentation der Multiplikatoren über erfolgte Aktivitäten

*Meilensteine 4:*

- Ein Informations- und Schulungspaket ist erstellt.

- Die Referenten sind auf die Ziele und Inhalte für die Schulungen abgestimmt und fortgebildet.
- Die Mitarbeiter von Sozial- und Beratungseinrichtungen sind geschult und setzen Interventionen durch Informations- und Beratungstätigkeit zur Zahngesundheit im Rahmen ihres Tätigkeitsbereiches.

#### *4.4.3.5 Projektabschluss*

- Erstellung eines Evaluations und Endberichtes
- Planung und Durchführung einer Enquete zu den Ergebnissen aus der Pilotphase, der Diskussion der Evaluationsergebnisse und Festlegung der Ausweitung der Kooperationspartnerschaften und Multiplikatorenschulungen auf weitere Regionen der Steiermark

#### *Meilensteine 5:*

- Die Projektdokumentation ist erstellt.
- Die Enquete wird unter Beteiligung der Netzwerkpartner und relevanter Stakeholder durchgeführt.

#### *4.4.3.6 Dokumentation und Evaluation*

- laufende Dokumentation aller Aktivitäten und Interventionen durch die Multiplikatoren in den Sozial- und Beratungseinrichtungen
- Protokollierung und Dokumentation im Rahmen der festgelegten Gremien, Netzwerktreffen und Teams
- begleitende, externe Evaluation
- Veröffentlichung des Evaluations- und Projektberichtes

#### *Meilenstein 6:*

- Die Dokumentationsform ist festgelegt.
- Der Evaluationsbericht ist erstellt und wird im Projektteam vorgestellt und diskutiert.
- Die Projektdokumentation ist erstellt und wird im Rahmen der Enquete präsentiert.

#### 4.4.4 Zeit- und Meilensteinplan

Projekt- Arbeits- pakete- Meilen- steine	Jahr 1												Jahr 2											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Phase 1: Projektvorbereitung</b>																								
AP 1.1 Erstkontakt und Vernetzung mit relevanten Sozial- und Beratungseinrichtungen in der Zielregion Graz																								
AP 1.2 Vernetzung mit relevanten Partnern der Zahngesundheit und Entscheidungsträgern																								
<b>MS 1: Einrichtungen haben die Kooperationsvereinbarung unterzeichnet</b>																								
<b>Phase 2: Projektmanagement</b>																								
AP 2.1 Organisations- und Planungstreffen der Projektmitarbeiter																								
AP 2.2 Interner Team- und Referentenaufbau																								
AP 2.3 Installation eines Multiplikatorennetzwerkes																								
AP 2.4 Projektcontrolling																								
AP 2.5 Vergabe der externen Evaluation																								
<b>MS 2.1: internes Team und Multiplikatorennetzwerk sind konstituiert</b>																								
<b>MS 2.2: Evaluation ist beauftragt</b>																								
<b>Phase 3: Projektstrukturaufbau</b>																								
AP 3.1 Installation der Steuergruppe																								
AP 3.2 Installation des Fachbeirats																								
AP 3.3 Startklausur mit Netzwerkpartnern																								
AP 3.4 Erstellung eines Konzeptes zur Multiplikatoren-schulung																								
<b>MS 3: Projektstruktur ist aufgebaut</b>																								
<b>Phase 4: Projektumsetzung</b>																								
AP 4.1 Vernetzung mit weiteren potentiellen Kooperationspartnern																								
AP 4.2 Training und Fortbildung für die Referenten																								
AP 4.3 Durchführung von Multiplikatoren-schulungen																								
AP 4.4 Erstellung eines Informationspaketes																								
AP 4.5 Durchführung von Netzwerktreffen																								
AP 4.6 Tagung des Fachbeirats																								
AP 4.7 Steuergruppensitzung																								
AP 4.8 regelmäßige Teamsitzungen																								
AP 4.9 laufende Interventionen der Multiplikatoren																								
AP 4.10 Dokumentation von Multiplikatoren über erfolgte Aktivitäten																								
<b>MS 4.1: Eine Informations und Schulungspaket ist erstellt</b>																								
<b>MS 4.2: Inhalte und Ziele für Schulung sind mit Referenten abgestimmt</b>																								
<b>MS 4.3: Interventionen in Sozial- und Beratungseinrichtungen sind erfolgt</b>																								
<b>Phase 5: Projektabschluss</b>																								
AP 5.1 Erstellung des Evaluations- und Endberichts																								
AP 5.2 Planung und Durchführung einer Enquete																								
<b>MS 5.1: Die Projektdokumentation ist erstellt</b>																								
<b>MS 5.2: Durchführung der Enquete</b>																								
<b>Phase 6: Dokumentation und Evaluation</b>																								
AP 6.1 Dokumentation der Aktivitäten in Sozial- und Beratungseinrichtungen																								
AP 6.2 Protokollierung und Dokumentation der Gremien																								
AP 6.3 Begleitende Evaluation mit externen Partnern																								
AP 6.4 Veröffentlichung des Evaluations- und Endberichts																								
<b>MS 6.1: Die Dokumentationsform ist festgelegt</b>																								
<b>MS 6.2: Der Evaluationsbericht ist erstellt und dem Projektteam präsentiert</b>																								
<b>MS 6.3: Der Evaluations- und Endbericht wird bei der Enquete präsentiert</b>																								

Tabelle 13: Zeit- und Meilensteinplan. Eigene Darstellung 2015.

## 4.4.5 Anforderungen und Qualifikationen

### 4.4.5.1 *Projektsteuerung*

Die Projektleitung und -mitarbeiter verfügen über eine Grundqualifikation in den Bereichen Psychologie, Pädagogik oder Soziales sowie Grundlagen der Gesundheitsförderung und Public Health. Darüber hinaus verfügt das gesamte Projektteam über Praxiserfahrung in der Konzeptionierung und Umsetzung von Projekten und Programmen in der Gesundheitsförderung, vornehmlich auch in der Zahngesundheit.

### 4.4.5.2 *Multiplikatoren*

Die Multiplikatoren in Sozial- und Beratungseinrichtungen verfügen über eine psychosoziale, therapeutische oder medizinische Grundausbildung und sind professionell in ihren jeweiligen Funktionen tätig. Zur Ausübung ihrer Multiplikatorentätigkeit erhalten sie eine zusätzliche Qualifizierung im Bereich der Zahngesundheit und die Möglichkeit des Austausches und der Reflexion im Rahmen von Netzwerktreffen.

### 4.4.5.3 *Fachbeirat*

Der Fachbeirat setzt sich aus politischen Vertretern aus den Bereichen Gesundheit und Soziales, Experten der Kinderzahngesundheit und –heilkunde, Vertretern der Gesundheitsförderung sowie Experten aus Sozial- und Beratungseinrichtungen zusammen. Sie übernehmen als Repräsentanten der angeführten Bereiche eine beratende und begleitende Rolle und sind darüber hinaus Sprachrohr in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen. Die unterschiedlichen Perspektiven und Expertisen fließen durch Reflexion und Diskussion in das Projekt mit ein und fördern die Vernetzung übergeordneter Organisationen, Entscheidungsträger und Fachexperten.

## 4.4.6 Partnerschaften, Kooperationen und Vernetzung

### 4.4.6.1 *Sozial- und Beratungseinrichtungen*

Relevante und wesentliche Kooperationspartner sind Sozial- und Beratungseinrichtungen mit Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Diese Einrichtungen sind einerseits Netzwerkpartner, ausgedrückt durch eine beidseitig unterzeichnete Kooperationsvereinbarung. In dieser Funktion stellen sie Expertise, Erfahrungen und Profession sowie bestehende Strukturen und Ressourcen zur Zielerreichung zur Verfügung. Andererseits sind sie die direkte Zielgruppe für die Projektumsetzung, indem sie eine Multiplikatorenfunktion einnehmen.

### 4.4.6.2 *Politisch Verantwortliche, Fachexperten und Gesundheitsförderung*

Um das Projekt auf eine möglichst breite Basis zu stellen werden im Rahmen des Fachbeirates politische Entscheidungsträger aus den Bereichen Gesundheit und Soziales, Experten der Kinderzahngesundheit und –heilkunde wie etwa der STGKK und der Kinderzahnklinik Graz sowie Experten aus der Gesundheitsförderung und Public Health eingebunden. Durch die Vernetzung von Politik, Fachexperten und übergeordneten Organisationen werden relevante Entscheidungsträger aktiv eingebunden und eine fachübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht.

### 4.4.6.3 *Kommunikation und Information*

Die Kommunikation und Information richtet sich zu Beginn an relevante Partner aus Politik, Sozial- und Beratungseinrichtungen und einschlägige Fachexperten. Mit dem Ziel der Information, möglichen Kooperation und dem Einbringen der jeweiligen Expertise werden zu Projektbeginn Gespräche geführt und schriftliche Vereinbarungen getroffen, wenn es sich etwa um eine Netzwerkpartnerschaft oder die Beteiligung im Rahmen des Fachbeirates handelt. Eine regelmäßige Kommunikation, Reflexion und etwaige Anpassung der Maßnahmen erfolgt im Rahmen der Steuergruppe, der Netzwerktreffen wie auch im Fachbeirat. Mit dem Abschluss der Pilotprojektphase werden die Ergebnisse und Erfahrungen des Projektes den Netzwerkpartnern, dem Fachbeirat aber auch anderen interessierten Organisationen und Entscheidungsträgern in Form eines Berichtes zur Verfügung gestellt und nutzbar gemacht.

#### 4.4.7 Dokumentation

Das Dokumentationskonzept sieht eine Prozess- und Ergebnisdokumentation mit folgenden Maßnahmen für den gesamten Projektzeitraum vor:

- regelmäßige Dokumentation aller relevanten Projektschritte durch die Steuergruppe
- Protokollerstellung der regelmäßigen Steuergruppen Besprechungen
- Protokollerstellung von Netzwerktreffen und Fachbeirat
- Dokumentation der Interventionen durch die Multiplikatoren in Sozial- und Beratungseinrichtungen anhand eines standardisierten Dokumentationsleitfadens
- Überprüfung der Zielerreichung und Kommunikation der Ergebnisse an alle relevanten Akteure
- Dokumentation von Herausforderungen, Schwierigkeiten und positiven Erfahrungen
- Verfassen eines End- und Evaluationsberichts

Die umfassenden Dokumentationsschritte fließen in die Evaluation ein und ermöglichen außerdem einen Transfer von Erfahrung und Wissen für weitere Projekte und Organisationen.

#### 4.4.8 Evaluation

Wie unter Kapitel 4.4.1.4 näher ausgeführt stützt sich das Evaluationskonzept auf die vier Qualitätsdimensionen Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und wird unter professioneller, externer Begleitung durchgeführt. Im Rahmen der Prozessqualität findet eine laufende Evaluierung des Erreichens sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen statt und ermöglicht dadurch bei Bedarf eine Anpassung der Interventionen und Maßnahme. Die Evaluation nimmt während des gesamten Projektverlaufs Bezug auf die Umsetzung und Durchführung und gewährleistet durch den abschließenden Evaluationsbericht den Transfer erfolgreicher Prozesse, Erfahrungen und Ergebnisse.

#### 4.4.9 Ressourcen

##### *4.4.9.1 Sachaufwendungen und finanzielle Ressourcen*

An Sachaufwendungen werden Informationsblätter in relevanten Sprachen und diverses Material wie etwa Zahnbürsten zum Mitgeben und zum gemeinsamen Üben vorgesehen.

Die Vervielfältigung der Informationsblätter erfolgt über die Projekteinrichtung. Der Materialaufwand wird für den Projektzeitraum mit € 5.000,- veranschlagt. Darüber hinaus können Sponsoren für diverse Materialien angefragt und lukriert werden.

<b>Sachaufwand</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Kosten</b>
Druckkosten Infomaterial	20.000	500
Lernzahnbürsten	3.000	1.200
Becher	3.000	600
Zahnpasten	1.000	900
Sanduhren	1.000	1.800
<b>Summe</b>		<b>5.000</b>

Tabelle 14: Sachaufwand. Eigene Kalkulation 2015.

#### 4.4.9.2 Personelle und fachliche Ressourcen

Die personellen und fachlichen Ressourcen der Zielgruppe Sozial- und Beratungseinrichtungen sowie der Gesundheitsförderungseinrichtung stellen die wichtigste Voraussetzung für einen erfolgreichen Projektverlauf dar. Die Multiplikatorentätigkeit von Mitarbeitern der Sozial- und Beratungseinrichtungen wie auch deren Teilnahme am Netzwerk erfolgt im Rahmen ihrer professionellen Tätigkeit und erfordert daraus resultierend die Zustimmung von Entscheidungsträgern und Leitung der jeweiligen Einrichtung.

Diese erforderlichen personellen und zeitlichen Ressourcen werden im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit nicht ausgewiesen, gleichwohl stellen sie ein erhebliches Ausmaß dar und müssen je Einrichtung spezifisch berücksichtigt werden. Die Mitwirkung im Rahmen des Fachbeirates erfolgt ebenfalls im Rahmen der jeweils persönlichen beruflichen Funktion.

Für die Projektsteuerung, –organisation und –begleitung seitens der Gesundheitsförderungseinrichtung werden für den Projektzeitraum von zwei Jahren folgende Personalstunden budgetiert:

Wochenstunden	Projektrolle	Personalkosten
10	Projektsteuerung	31.200
25	Projektkoordination	62.400
10	Inhaltliche Projektmitarbeit	24.960
2,5	Einbringen von Praxiswissen im Rahmen der Schulungen (Zahngesundheitserzieherin)	4.600
	Externe Evaluation	20.000
	Expertise Zahnarzt, Ernährungsexperte auf Honorarbasis	4.800
	<b>Personal- und Honorarkosten gesamt</b>	<b>147.960</b>

Tabelle 15: Projektsteuerung. Eigene Kalkulation 2015.

#### 4.4.9.3 Strukturelle, persönliche und soziale Ressourcen

Maßgeblich für das Projektkonzept ist, dass auf bestehende Ressourcen zurückgegriffen wird, ohne weitere parallele Strukturen schaffen zu müssen. Dies bringt Vorteile auf struktureller, persönlicher wie auch sozialer Ebene mit sich:

- Kooperationen mit bereits bestehenden Einrichtungen in ihrer professionellen Funktion sowie Nutzung der Infrastruktur
- bereits bestehende Kontakte und ein vorliegendes Vertrauensverhältnis zu sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen
- das Einbringen unterschiedlicher Fachexpertisen im Rahmen der Multiplikatorentätigkeit, im Netzwerk und im Fachbeirat sowie eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit („Health in all Policies“)
- Vorbildwirkung von Multiplikatoren über ihren professionellen, beruflichen Kontext hinaus
- neue Kooperationen mit Experten aus themennahen, relevanten Bereichen
- das Einbringen von Gesundheitskompetenzen und persönlichen Erfahrungen wie auch das Engagement der Multiplikatoren und der Mitglieder des Fachbeirates

In allen Experteninterviews wurde der Faktor Zeit angesprochen. Dieser Ressource sollte bei der Planung, Organisation und Umsetzung, in enger Absprache mit den teilnehmenden Netzwerkpartnern und Multiplikatoren, besondere Beachtung gelten.



#### 4.4.10 Einflussgrößen

##### 4.4.10.1 Vertragliche Einflussgrößen und Politik

Die im Jahr 2012 im Landtag genehmigte Gesundheitsförderungsstrategie 2012 – 2016 bildet den Rahmen für ein breit abgestimmtes, ziel- und wirkungsorientiertes, qualitätsgesichertes und partnerschaftliches Handeln in der Gesundheitsförderung. Ihre inhaltliche Ausrichtung orientiert sich an den Rahmen-Gesundheitszielen und dem damit in Zusammenhang stehenden Landes-Zielsteuerungsvertrag. Mit dem Landes-Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016 (Zielsteuerung–Gesundheit), wurden die Vorgaben des Bundes-Zielsteuerungsvertrages und des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (G-ZG) auf Landesebene festgelegt (vgl. BMG 2012, Land Steiermark 2012 und 2013).

Der Artikel 12 „Stärkung der Gesundheitsförderung“ lautet:

*„Die Vertragsparteien bekennen sich auf der Grundlage des Bundes – Zielsteuerungsvertrages zum Aufbau der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen einer zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung inhaltlich abgestimmten, akkordierten Gesundheitsförderungsstrategie. Die regionale Umsetzung von Projekten und Maßnahmen aus diesem Vertrag und das begleitende Umsetzungsmonitoring erfolgt auf Basis der akkordierten Gesundheitsförderungsstrategie gemäß Art. 12 B-ZV.“ (Land Steiermark 2012, 2013: 46)*

Zum jetzigen Zeitpunkt ist eine Einschätzung welche konkreten Schwerpunkte seitens der Auftrag- und Fördergeber von Sozial- und Beratungseinrichtungen wie auch der Gesundheitsförderung nach den Landtagswahlen Ende Mai 2015 verfolgt werden nicht möglich. Anderweitige inhaltliche Schwerpunktangaben oder etwaige Kürzungen bei den potentiellen Partnereinrichtungen wie auch der Gesundheitsförderung könnten gegebenenfalls zu reduzierten und damit mangelnden Ressourcen für eine Implementierung des Themas Gesundheitsförderung in Sozial- und Beratungseinrichtungen führen oder generell abgelehnt werden.

##### 4.4.10.2 Inhaltliche Positionierung von Sozial- und Beratungseinrichtungen

Die Gesundheitsförderung stellt keinen unmittelbaren Auftrag von Sozial- und Beratungseinrichtungen dar. Der Fokus in Bezug auf Gesundheit liegt hier bislang bei der

Unterstützung zur und Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Dies erfolgt zum Beispiel durch Information über Leistungsansprüche im Gesundheitswesen oder Arzttempfehlungen in der Region. Der Kontakt beziehungsweise die Weitervermittlung bei sichtbaren oder kommunizierten gesundheitlichen Problemen erfolgt in erster Linie mit niedergelassenen und stationären Versorgungseinrichtungen. Die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit hingegen spielt im Rahmen des Beratungssettings keine oder nur eine nachgeordnete Rolle. Im Sinne des Health in All Policies Ansatzes (vgl. Kapitel 2.1.1) ist eine Kooperation zwischen Gesundheitsförderungseinrichtungen auf der einen Seite sowie Sozial- und Beratungseinrichtungen andererseits im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtentwicklung von Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung von großem Wert. Insbesondere die vom Bundesamt für Gesundheit (2005) genannten Schwerpunkte der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, des Empowerments und der partnerschaftlichen Zusammenarbeit verschiedenster relevanter Akteure finden im vorliegenden Ansatz Berücksichtigung.

#### *4.4.10.3 Zur Verfügung stehende Ressourcen der Multiplikatoren*

In der Gesundheitsförderung wie auch der Prävention besteht die Tendenz, diese Themen von außen abdecken zu wollen, dafür also externe Experten einzuladen die sich der Thematik über einen begrenzten Zeitraum hinweg annehmen. Dies ist etwa auch in der flächendeckenden Kariesprophylaxe der Fall, die im Sinne des Erreichens einer breiten Masse, unterstützt durch die erwiesenen positiven Effekte der Gruppenprophylaxe und gekennzeichnet von Kontinuität und Regelmäßigkeit über zumindest fünf, meist mehr, Jahre hinweg zweifellos wirksam ist, sofern sie in ein umfassenderes Maßnahmenpaket eingebettet ist. Dies bedeutet etwa die Einbeziehung der relevanten Umwelten, bei Kindern also in erster Linie die Eltern und Familien aber auch das Betreuungs- oder schulische Umfeld. Besonders in den ersten Lebensjahren ist jedoch der Zugang nahezu ausschließlich über die Eltern von Relevanz, da sie es sind, die für die Zahnhygiene vom ersten Zahn an, für eine zahngesunde Ernährung und eine frühzeitige zahnärztliche Versorgung Sorge tragen.

Durch die bestehenden Beratungskontakte mit Eltern 0 – 4-Jähriger ist eine hohe Erreichbarkeit der Zielgruppe gegeben. Besonderes Gewicht im vorliegenden Projektplan sollte daher die Bereitschaft und Möglichkeit des persönlichen Wirkens als Multiplikator innerhalb der oft begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen einnehmen.

## 5 Handlungsempfehlungen

### 5.1 Potentiale

Das Potential bei der Umsetzung der angeführten Maßnahmen und Interventionen wird vorwiegend durch die Gewährleistung folgender Qualitätskriterien gesehen:

- Gesundheitliche Chancengerechtigkeit durch gut zugängliche, niederschwellige Interventionen für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen.
- positiver, umfassender und dynamischer Gesundheitsbegriff
- Setting- und Determinantenorientierung durch eine nachhaltige, gesundheitsförderliche Veränderung von Strukturen und Prozessen sowie durch die Kooperation mit bereits bestehenden Einrichtungen
- die Veränderung von Gesundheitsdeterminanten durch beispielsweise niederschwellige Einflussnahme auf Verhaltensweisen und soziale sowie gesundheitliche Unterstützung
- Vernetzung und Kooperationen
- Ressourcenorientierung und Empowerment

(vgl. FGÖ 2013: 2-5)

### 5.2 Prämissen und Rahmenbedingungen

Das Vorhaben, dass Sozial- und Beratungseinrichtungen eine Multiplikatorenrolle in der Gesundheitsförderung übernehmen steht im Spannungsfeld zu den Anforderungen, Möglichkeiten, Ressourcen und Kernaufgaben der jeweiligen Träger und Stakeholder. Eine weitere Rolle spielen unter Umständen unterschiedliche sozialpolitische Interessenslagen und Debatten.

In den Experteninterviews wurden die Rahmenbedingungen mit Fragen zu

- den strukturellen und organisationalen Rahmenbedingungen der Institution und deren Möglichkeiten einer Intervention zur Zahngesundheit,
- den Möglichkeiten und der Sinnhaftigkeit im Rahmen des Tätigkeitsfeldes eine Multiplikatorenfunktion einzunehmen,
- den Erfordernissen von Seiten der Auftraggeber um eine solche Funktion einnehmen zu können, sowie

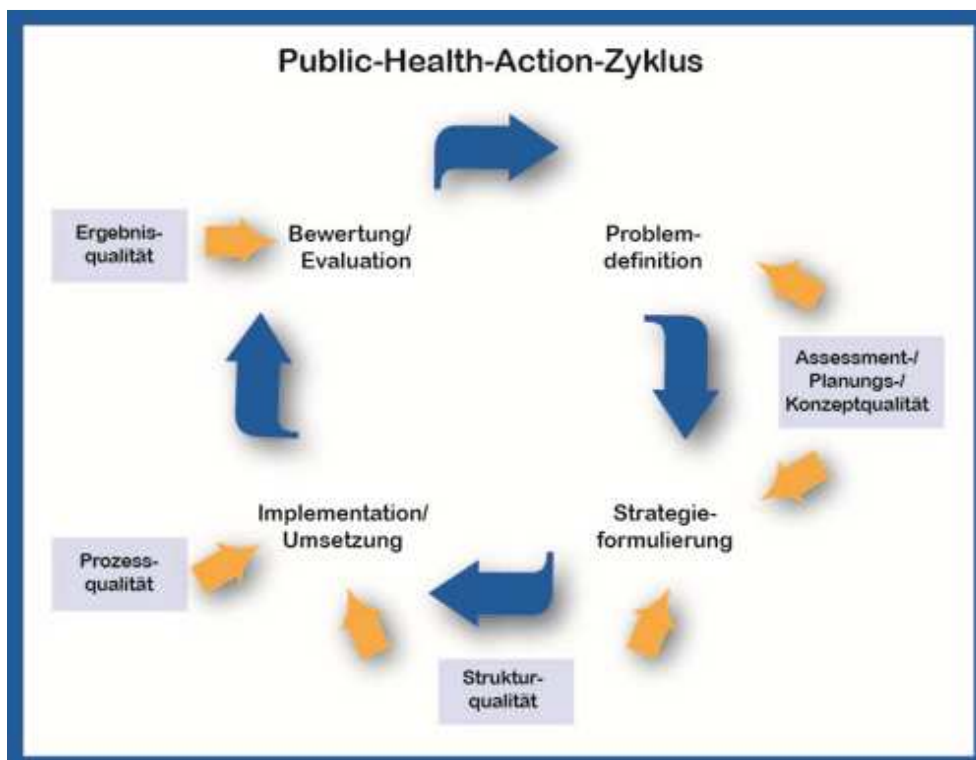
- den erforderlichen unterstützenden Maßnahmen für die Institution und deren Mitarbeiter um eine entsprechende Intervention und Hilfestellung bieten zu können

ermittelt.

Ferner ist es erforderlich eine klare Differenzierung innerhalb sozioökonomisch benachteiligter Bevölkerungsgruppen vorzunehmen. Es handelt sich hier um keine homogene Gruppe, sondern vielmehr gibt es meist große Unterschiede in den Strukturen, Rahmenbedingungen wie auch sozialen Kulturen und es lässt sich keine Universalmethode anwenden. Vielmehr sind genaues Beobachten, Differenzieren, Flexibilität sowie eine Auswahl an Zugängen und Formen der Beteiligung, des Empowerments, der Aktivierung und der Motivation erforderlich.

### 5.3 Qualitätssicherung

Eine professionelle Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen erfordert eine Qualitätssicherung in allen Projektphasen, welche die Erfassung, Bewertung und laufende Verbesserung von Projekten gewährleistet. Als Grundlage für die strategische Planung in Gesundheitsförderungsprojekten dient der Public Health Action Cycle, der als Arbeitsinstrument zur Qualitätsförderung in Gesundheitsförderungsprojekten eingesetzt wird (vgl. Ruckstuhl B. et al., 2008).



Graphik 8: Public Health Action Cycle. Kolip 2006.

Der Public Health Action Cycle beschreibt vier Qualitätsphasen, die den gesamten Projektzyklus umfassen und dadurch laufend Lernprozesse ermöglichen:

- *Phase 1, Bedarfserhebung (Assessment):* Die Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen, Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe.
- *Phase 2, Planung (Policy development):* Die Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionsstrategien.
- *Phase 3, Durchführung (Assurance):* Die Implementation und Umsetzung der Strategie.
- *Phase 4, Auswertung (Evaluation):* Die Prüfung von Akzeptanz und Wirksamkeit.

Die regelmäßigen Besprechungen und Treffen von Steuergruppe, Fachbeirat und den Netzwerkpartnern bewirken eine Überprüfung der Abläufe sowie das Erreichen der Meilensteine. Bedarfe und Bedürfnisse können geäußert, Schwierigkeiten und Ergebnisse besprochen werden. Bei Bedarf können erforderliche Adaptionen vorgenommen sowie die Veröffentlichung von Ergebnissen und Berichten freigegeben werden.

### 5.3.1 Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung

Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung wurden von verschiedenen Organisationen wie etwa dem Fonds Gesundes Österreich (2013) oder dem BZgA (2013) definiert. Als Grundlage dienen jeweils die in der Ottawa Charta von 1986 definierten Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, die eine Stärkung der Ressourcen und Potentiale von Menschen auf allen Ebenen anstreben.

In den Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (BZgA 2013) werden nachfolgende Prinzipien festgelegt, die auch dem vorliegenden Projektvorschlag als Richtlinie dienen:

- *Gesundheits- und Zielgruppenbezug*
- *Innovation und Nachhaltigkeit*
- *Partizipation und Empowerment*
- *Multiplikatorenkonzept*
- *niederschwellige Arbeitsweise*
- *Gestaltung der Lebenswelt – Setting-Ansatz*
- *Vernetzung*
- *Qualitätsentwicklung*

- *Dokumentation und Evaluation*
- *Kosten-Nutzen-Verhältnis (BZgA 2014: 14-21)*

Die laufende Überprüfung und das Bewerten der Qualitätskriterien, sowie mögliche erforderliche Korrekturen und Adaptionen im Prozessverlauf stellen die Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sicher (vgl. Kapitel 4.4.1.4).

Die Orientierung an entsprechenden Kriterien

- unterstützt beim Aufzeigen und Fördern wirksamer Strategien,
- stärkt evidenzgeleitete Gesundheitsförderung,
- dient einem gezielteren Einsatz begrenzter Ressourcen,
- trägt zu einem besseren Eingehen auf den Bedarf der Zielgruppen und deren Erreichen bei und
- fördert das Vermeiden unwirksamer Strategien (vgl. FGÖ 2013).

## 5.4 Anforderungen, Herausforderungen und Lösungsansätze

Mit Bezug auf die in Kapitel 1.2 formulierten Hypothesen und Forschungsfragen werden nachfolgend die Annahmen, Herausforderungen und Lösungsansätze beziehungsweise Empfehlungen beschrieben. Die dargelegten Herausforderungen und Empfehlungen resultieren aus der Perspektive und den Erkenntnissen der Autorin.

### 5.4.1 Bedarf an Information und Handlungskompetenz für Eltern 0 – 4-Jähriger

#### 5.4.1.1 *These*

Im Rahmen der Tätigkeit von Sozial und Beratungseinrichtungen werden Bedarfe, Verbesserungs- und Veränderungsmöglichkeiten in Bezug auf die Zahngesundheit von 0 – 4-Jährigen sichtbar, vorausgesetzt dass eine Sensibilisierung der Beratenden in Bezug auf die Thematik vorhanden ist.

#### 5.4.1.2 *Fazit und Herausforderung*

Die Forschungsfrage, ob im Rahmen des Sozial- und Beratungssettings ein Bedarf an gezielter Information und Handlungskompetenz betreffend die Zahngesundheit von

Kindern zwischen 0 und 4 Jahren deutlich wird lässt sich nach den erfolgten Recherchen, insbesondere durch die Experteninterviews, zustimmend beantworten.

Eigens angeführt werden kann dabei eine erforderliche vertiefende Auseinandersetzung innerhalb der Einrichtungen mit dem Thema Zahngesundheit

- zur Sensibilisierung in Bezug auf die Zahngesundheit und dem Wahrnehmen von Handlungsbedarf,
- zur Stärkung der Handlungskompetenz um im Anlassfall geeignete Interventionen leisten zu können,
- um auf diesbezügliche Fragen von Eltern relevante Informationen weitergeben zu können.

Als große Herausforderung sind dabei auf struktureller Ebene die vielfältigen Aufgaben und Themen von Sozial- und Beratungseinrichtungen bei zumeist sehr knappen Ressourcen anzuführen. Ferner sind auf personeller Ebene der Klienten vorhandene Belastungssituationen, häufig auch in existentieller Hinsicht, zu beachten. Die Stabilisierung des Alltags hat dabei höchste Priorität und macht möglicherweise ein Ansprechen der Zahngesundheit erst in einem späteren Verlauf der Beratung - unter Umständen in diesem Kontext auch gar nicht - möglich.

#### *5.4.1.3 Empfehlung*

Seitens der Entscheidungsträger aus Sozial- und Beratungseinrichtungen sollte eine uneingeschränkte Zustimmung zur Qualifizierung von Mitarbeitern aus ihrer Einrichtung zu Multiplikatoren in der Zahngesundheitsförderung vorhanden sein. Nur so lassen sich die erforderlichen Ressourcen insbesondere im Hinblick auf die geforderten zeitlichen Anforderungen mit dem bestehenden Auftrag vereinbaren. Die Ausübung der Multiplikatorenfunktion, wie etwa eine Schulung, regelmäßige Reflexion und Austausch sowie die Realisierung von Interventionen sollten mittels Genehmigung, Zustimmung und im Auftrag der jeweiligen Träger der Einrichtungen und im Rahmen des zur Verfügung stehenden Arbeitsrahmens erfolgen.

Die aktuelle Lage von Familien, vorhandene Belastungen und Bedürfnisse sollten sowohl im Hinblick auf die Entscheidung ob eine Intervention zur Zahngesundheit erfolgt als auch in der Festlegung der konkreten Hilfestellungen und Handlungsempfehlungen die sich an den Rahmen und Möglichkeiten orientieren, berücksichtigt werden. Dies erfordert eine zeitnahe Priorisierung und situationsabhängige Interventionen. Sowohl die Entscheidung

ob eine Intervention zur Zahngesundheit erfolgt als auch weiterführend die Wahl der Handlungsempfehlungen und Hinweise unter Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten erfordern eine hohe Sensibilität und Kompetenz seitens der Beratenden. Ein Forum zum Austausch, zur Reflexion oder Intervention sollte den Beratenden zur Verfügung stehen.

#### 5.4.2 Erforderliche Unterstützung für Multiplikatoren

##### 5.4.2.1 *These*

Sozial- und Beratungseinrichtungen sind mit vielfältigen, ihrem Auftrag entsprechenden Aufgaben betraut. Das Einnehmen einer Multiplikatorenrolle erfordert aus diesem Grunde eine bestmögliche Unterstützung und Aufbereitung des Themas:

- Eine klare, konkrete Hilfestellung und Handlungsanweisungen zum Ansprechen der Thematik Zahngesundheit durch eine Auseinandersetzung mit der Thematik innerhalb der Einrichtungen. Dies kann beispielsweise durch eine auf die jeweilige Einrichtung abgestimmte Schulung erfolgen.
- Damit in Zusammenhang stehende Ressourcen, wie etwa dafür zur Verfügung gestellte Arbeitszeit.
- Fachwissen zur Weitergabe von kurzen, klaren Handlungsempfehlungen in Bezug auf die Zahngesundheit
- Niederschwelliges Informationsmaterial zur Weitergabe

##### 5.4.2.2 *Fazit und Herausforderung*

Zur Frage, welche Unterstützung, Informationen oder auch Qualifizierung Mitarbeiter von Sozial- und Beratungseinrichtungen auf inhaltlicher Ebene aber auch in struktureller, kultureller und organisationaler Hinsicht benötigen, um gezielte, klare Informationen zur Zahngesundheit an ihre Klienten weitergeben zu können, lässt sich in erster Linie eine gute, wirkungsvolle Kooperation zwischen Gesundheitsförderungseinrichtungen und Sozial- und Beratungseinrichtungen anführen. Die Gesundheitsförderung sollte dabei ihr Wissen, ihre Kompetenzen sowie Informations- und Arbeitsmaterialien zur Zahngesundheit weitergeben und die Inhalte den Aufgabenbereichen und dem jeweiligen Bedarf der Einrichtung entsprechend aufbereiten. Sozial- und Beratungseinrichtungen stellen ihre Expertise, vorhandene Kontakte, die Strukturen, Rahmen und Ressourcen für



die zielgruppengerechte Weitergabe von Informationen zum Verbessern und zur Erhaltung der Zahngesundheit an ihre Klientel zur Verfügung.

Als Herausforderung werden dabei die knappen Ressourcen der Multiplikatoren und eine fallweise mögliche Diskrepanz zu den Beratungsthemen, wo es etwa um Existenzsicherung geht, gesehen. Ferner könnte eine gewisse Konkurrenzsituation von Gesundheitsförderung und Sozial- und Beratungseinrichtungen entstehen, die durch klare Vereinbarungen vermieden werden sollte.

#### 5.4.2.3 *Empfehlung*

Für eine adäquate Unterstützung von Multiplikatoren können folgende Empfehlungen angeführt werden:

- an den Bedürfnissen und Bedarfen der jeweiligen Einrichtung orientierte Schulung zum Thema Zahngesundheit
- niederschwelliges, bedarfsorientiertes (in relevanten Sprachen, in kurzer, gut verständlicher Formulierung) Informationsmaterial
- Erstellen einer Kooperationsvereinbarung
- Ausübung der Multiplikatorenrolle und aller damit in Verbindung stehenden Vernetzungen, Schulungen und Reflexionen im Rahmen der Arbeitszeit
- Implementierung des Themas Zahngesundheit im Rahmen von Aus- oder Fortbildungen
- Material zum Weitergeben, wie etwa Zahnbürsten, Zahnputzbecher oder Zahnpasten

Ziel im Sinne von Health in All Policies ist, die jeweiligen Kompetenzen bestmöglich zum Einsatz zu bringen und damit das Wirkungsfeld zur Verbesserung und Erhaltung der Zahngesundheit zu erweitern.

#### 5.4.3 *Bereitschaft und Einschätzung der Machbarkeit*

##### 5.4.3.1 *These*

Der Kontakt im Rahmen eines Beratungssettings lässt auf Belastungen schließen, die nicht unmittelbar mit der (Zahn-)Gesundheit der Klienten und deren Familien in Zusammenhang steht. Das Ansprechen eines nicht unmittelbar mit der Sozial- und

Beratungseinrichtung in Zusammenhang stehenden Themas erfordert eine situationsabhängige Beurteilung seitens der Multiplikatoren hinsichtlich eines geeigneten und erfolgversprechenden Zeitpunktes.

#### *5.4.3.2 Fazit und Herausforderung*

Die vielfältigen und zum Teil den Alltag der betreffenden Familien absichernden Aufgaben von Sozial- und Beratungseinrichtungen ermöglichen keine generelle festgelegte Intervention zur Förderung der Zahngesundheit. Jedoch ist eine situationsgemäße Beurteilung und Einschätzung des Bedarfs oder einer Notwendigkeit aus der jeweiligen professionellen Beratungshaltung heraus möglich und erforderlich. Eingebettet in den entsprechenden Rahmen, wie etwa einer erfolgten Sensibilisierung zum Thema, dem erforderlichen Wissen und der Unterstützung von Seiten der Arbeitgeber ist sowohl die Wichtigkeit einer entsprechenden Intervention als auch die Bereitschaft gegeben.

In den geeigneten Rahmenbedingungen wie auch der Abschätzung und Feststellung des passenden Zeitpunktes und der Wahl einer adäquaten, zielgruppenentsprechenden Intervention und Ansprache liegen hierbei die größten Herausforderungen und bedürfen eines professionellen Zugangs.

#### *5.4.3.3 Empfehlung*

Die Bereitschaft und Machbarkeit begründen sich auf geeignete Rahmenbedingungen, welche eine entsprechende Intervention im Rahmen des Beratungssettings zulassen. Eine Sensibilisierung zum Thema Zahngesundheit integriert in die Aus-, Fort- oder Weiterbildungen von Beratungseinrichtungen, die Möglichkeit zur regelmäßigen Reflexion und zum Austausch sowie zur Verfügung stehende zeitliche und anderweitige Ressourcen sind mögliche Ansatzpunkte. Wichtig ist, dass die gesetzten Interventionen zur Zahngesundheit sowohl von den Multiplikatoren als auch den Eltern als bedeutsam, nützlich, machbar und unterstützend wahrgenommen werden.

#### 5.4.4 Offenheit der Klienten zum Thema Zahngesundheit

##### 5.4.4.1 *These*

Eine unterstützende, aktivierende Kurzintervention und konkrete Empfehlungen zur Umsetzung unter Berücksichtigung der vorherrschenden Gesamtsituation bewirkt, sofern zum geeigneten Zeitpunkt eingebracht, eine Veränderungsbereitschaft in Bezug auf die Mundhygiene, den Zahnarztbesuch sowie hinsichtlich des Ernährungsverhaltens.

##### 5.4.4.2 *Fazit und Herausforderung*

Die Frage inwiefern Klienten von Sozial- und Beratungseinrichtungen im Rahmen von Beratungssettings offen für Informationen zur Erhaltung oder Verbesserung der Zahngesundheit ihrer Kinder sind und die Bereitschaft für entsprechende Veränderungen vorhanden ist kann ebenfalls bezugnehmend auf den geeigneten Zeitpunkt und eine individuelle, den Klienten entsprechende Intervention beantwortet werden. Wie auch von Prabitz (Interview 2) angeführt, setzt allein das Aufsuchen einer Sozial- und Beratungseinrichtung eine Grundbereitschaft und Offenheit voraus. Durch das bestehende Vertrauensverhältnis werden Empfehlungen eher angenommen sodass daraus eine Veränderung stattfinden kann.

Die Herausforderung liegt dabei in der Herstellung eines Vertrauensverhältnisses und den erforderlichen zeitlichen Möglichkeiten. Ferner ist zum richtigen Zeitpunkt die passende Entscheidung für eine der Zielgruppe gemäßen Intervention erforderlich.

##### 5.4.4.3 *Empfehlungen*

Eine hohe Akzeptanz und vorhandene Offenheit der Eltern kann angesichts der Inanspruchnahme der (Sozial-)Beratung angenommen werden. Eine Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und der jeweils aktuellen Situation der Eltern ist dabei von hoher Bedeutung. Das Ansprechen des Themas Zahngesundheit und damit verbundener Handlungsempfehlungen sollen nicht zu Überforderung und einer damit verbundenen Ablehnung führen. Vielmehr sollte der Fokus auf das Aufzeigen von Handlungsoptionen innerhalb der aktuell vorhandenen Möglichkeiten gelegt werden.

#### 5.4.5 Empfehlungen für Politik und Praxis

Die Gesundheitsförderung hat in den vergangenen Jahren auch in der Gesundheitspolitik zunehmend an Stellenwert gewonnen. Dies findet Ausdruck in den Rahmen-Gesundheitszielen, dem Landeszielsteuerungsvertrag, der Kindergesundheitsstrategie wie auch der Gesundheitsförderungsstrategie (vgl. BMG 2011 und 2012, Land Steiermark 2012 und 2013). Sie alle weisen Ziele zur Verbesserung der Gesundheitschancen von sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen und der Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit auf.

Das Erreichen der Zielgruppe sozioökonomisch Benachteiligte stellen Prävention und Gesundheitsförderung vor große Herausforderungen. Bewährte Formen in institutionalisierten Settings wie etwa Kinderbildungs- und –betreuungseinrichtungen und Schulen erweisen sich dabei häufig als zu spät und bei zuweilen knappen Ressourcen und parallel wachsenden Anforderungen an die Gesundheitsförderung sind neue Formen im Zugang zur Zielgruppe unerlässlich, um die Familien so früh wie möglich zu erreichen.

Als bedeutend stellen sich der Autorin nach der umfassenden Auseinandersetzung mit diesem Thema sowohl in Theorie als auch Praxis nachgenannte Empfehlungen dar:

##### *5.4.5.1 Chancen und Grenzen im Erreichen der Zielgruppe*

Im Erreichen von sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen liegen viele Chancen aber auch Grenzen bezüglich einer Erhaltung oder Verbesserung der (Zahn-) Gesundheit der Betroffenen.

Wie im Zuge dieser Arbeit in Theorie und Praxis deutlich wurde, sind neben einer individualisierten Aktivierung, Motivation, Anleitung und Unterstützung zur Veränderung in Bezug auf das Zahngesundheitsverhalten entsprechende Rahmenbedingungen für die Familien unerlässlich. Diese Bedingungen beziehen sich beispielsweise auf eine Sicherung in existentiellen Bereichen wie etwa ausreichend Geld für Nahrung, Wohnen, Heizkosten aber auch im sozialen Kontext, wenn etwa psychische oder physische Gewalt vorliegen. Hier muß die Unterstützung in erster Linie der positiven Bewältigung des Alltages und der Existenzsicherung gelten. Erst in einem nächsten Schritt können konkrete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit gesetzt und wirksam werden.

#### 5.4.5.2 *Health in all Policies*

Wie aus den vorangegangenen Ausführungen deutlich geworden, kann das Herstellen von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit keine alleinige Aufgabe der Gesundheitsförderung oder Gesundheitspolitik sein. Durch die vielfältigen Faktoren welche Einfluss auf den sozioökonomischen Status wie auch gesundheitliche Chancengerechtigkeit nehmen ist hier in besonderem Ausmaß eine politikfelder- und sektorenübergreifende Gesundheitspolitik („Health in all Policies“) unter Berücksichtigung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Faktoren erforderlich (vgl. Kapitel 2.1.1).

#### 5.4.5.3 *Nachhaltigkeit durch das Nutzen vorhandener Strukturen*

Maßnahmen in Gesundheitsförderung und Prävention werden häufig als zeitlich begrenzte Projekte, finanziert durch eine gesonderte Projektförderung umgesetzt. Dies erlaubt das Erproben von innovativen, neuen Interventionen und trägt damit maßgeblich zur Weiterentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei. Die zeitliche Begrenzung von Projekten in Verbindung mit oftmals projektbezogen gebildeten Strukturen, eingesetztem Personal, Referenten oder Multiplikatoren bringt mit sich, dass Strukturen und damit auch durch den Projektverlauf zusätzlich qualifizierte Personen oftmals nicht mehr weiter aufrecht erhalten und beschäftigt werden können.

Das Bestreben, erfolgversprechende, wirksame Projekte nachhaltig in ein Regelsystem oder einen Programmstatus überführen zu können und die Ressourcen für die weitere Umsetzung zu sichern sollte fester Bestandteil von Projektplanungen und –reflexionen sein. Das Nutzen von bereits vorhandenen Strukturen, das Schaffen von Synergien über Politikfelder und Bereiche hinaus wie auch das Eingehen von Kooperationen sichert Schwerpunkte und Maßnahmen langfristig und ressourcenschonend ab und bietet einen neuen Zugang zur Zielgruppe. Durch den Effekt der Multiplikation wird das Thema über die Möglichkeiten einer einzelnen Einrichtung hinaus verbreitet.

#### 5.4.5.4 *Bündeln von Kompetenzen*

Gesundheitsförderung bedarf einer laufenden Weiterentwicklung, das Erproben innovativer und wirksamer Maßnahmen wie auch Professionalität und Kontinuität in der Umsetzung. Dies kann nur durch eine längerfristige Sicherheit in Bezug auf Finanzierung und Strukturen erfolgen. Das Bündeln der Gesundheitsförderung bei einer oder einigen

wenigen professionellen Einrichtungen, anstatt einzelner Projektfinanzierungen und das Festlegen von Kooperationen mit relevanten Partnern kann dabei zu einer qualitätsvollen, an den Lebenswelten der Bevölkerung orientierten und breiteren Gesundheitsförderung beitragen.

#### 5.4.5.5 *hinsehen, zuhören, aktivieren*

Die Förderung und Erhaltung der Gesundheit ist ein wichtiges Ziel und sollte allen Menschen gleichermaßen zur Verfügung stehen und ermöglicht werden. Gleichwohl gilt es in der Gesundheitsförderung ein realistisches Maß als Ziel festzusetzen.

Hier darf der Titel der Arbeit „hinsehen.zuhören.aktivieren“ noch einmal angeführt werden. Nur durch genaues Beobachten, Nachfragen und Zuhören bei der Zielgruppe und eine daraufhin abgestimmte Intervention wird eine förderliche Unterstützung möglich sein und wirkungsvolle, erfolgversprechende Veränderungen, unter Umständen auch nur in sehr kleinem Ausmaß, erreicht werden. Eine Politik der kleinen Schritte, die langfristig zu einem Mehr an Chancengerechtigkeit und Gesundheit beitragen kann.

## 6 Diskussion und Konklusion

### 6.1 Die Theorie

Die Literaturrecherche wie auch die Recherche in Bezug auf bereits erfolgte Maßnahmen zum Thema machten deutlich, dass es international wie auch national verschiedene Initiativen und Projekte zur Verbesserung der Zahngesundheit 0 – 4-Jähriger gab und nach wie vor gibt, deren Evaluationsberichte positive Ergebnisse aufzeigen. Jedoch hatten und haben diese häufig einen Projektstatus, was zur Folge hat, dass die Maßnahmen zeitlich und regional eingegrenzt erfolgen, mit begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen. Dies hat im Sinne der Erprobung von neuen, innovativen Ansätzen einen hohen Stellenwert, legt die Stärken und Schwächen der gewählten Strategien offen und ermöglicht damit eine Weiterentwicklung und Anpassung der Maßnahmen zur besseren Zielerreichung.

Als Schwäche ist hier anzuführen, dass die Maßnahmen oftmals mit dem Abschluss des Projektes enden, da die finanziellen und personellen Ressourcen auf den Projektzeitraum begrenzt sind. Insbesondere bei erfolgreichen und –versprechenden Interventionen sollte

aber auch im Sinne der Nachhaltigkeit rechtzeitig auf eine gute und mögliche Implementierung in ein Regelsystem ohne zeitliche Begrenzung und mit einer Ausrollung auf Regionen, die von den Maßnahmen profitieren könnten geachtet werden. Dies legt jedoch auch die Frage nach der Finanzierung und den personellen wie auch strukturellen Ressourcen offen.

Die Nutzung von bereits vorhandenen Strukturen, wie in der vorliegenden Arbeit beschrieben, kann dabei eine ressourcenschonende und zugleich niederschwellige Möglichkeit im Erreichen der Eltern von 0 – 4-Jährigen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen darstellen ohne neue Projektstrukturen schaffen oder aufbauen zu müssen.

## 6.2 Die Praxis

Aus den Experteninterviews wird deutlich, dass im Rahmen von Beratungssettings sowohl der Bedarf an Interventionen hinsichtlich der Zahngesundheit 0 – 4-Jähriger erkennbar ist als auch eine Verhaltensänderung seitens der Klienten im Hinblick auf Maßnahmen zur Verbesserung und Erhaltung der Zahngesundheit ihrer Kinder als möglich, zweifellos aber als positiver Aspekt, erachtet wird. Die von den Experten angeführten, wie auch die in den beschriebenen Projekten bereits erprobten, Interventionen weisen eine Vielfalt auf und unterstützen einen bedarfs- und bedürfnisorientierten Zugang.

Gleichwohl werden auch die knappen Ressourcen in den Sozial- und Beratungseinrichtungen angeführt, die eine Implementierung dieses weiteren Themas nur bedingt vorsehen können. Konkret weisen hier alle Interviewpartner darauf hin, dass es Interventionen im Bedarfsfall geben kann und soll. Insgesamt ist die Bereitschaft, die vorhandenen Strukturen zur Verfügung zu stellen und eine entsprechende Qualifikation der in den Einrichtungen tätigen Mitarbeiter zu fördern und zu unterstützen, gegeben.

Eine derartige Erweiterung der Kompetenzen wird auch als Chance und Gewinn für die Einrichtung im Gesamten wie für die Mitarbeiter im Einzelnen gesehen. Hinsichtlich der erforderlichen Qualifikationen werden konkrete Bedarfe wie etwa Schulungen oder Fortbildungen zum Thema Zahngesundheit genannt wie auch auf regelmäßige Begleitung und Reflexionen hingewiesen. Die strukturellen und kulturellen organisationalen Rahmenbedingungen der Institutionen werden von allen Interviewpartnern als geeignet für die Durchführung entsprechender Interventionen beschrieben. Insgesamt ist von einer hohen Motivationslage auszugehen. Die in den Forschungsfragen (vgl. Kapitel 1.2.2)

näher ausformulierten Fragen nach Sinn, Bedarf und Machbarkeit wurden demnach zustimmend beantwortet.

Als Herausforderungen sind vorrangig

- die verfügbaren zeitlichen Ressourcen,
- die klar definierte thematische Ausrichtung in Sozial- und Beratungseinrichtungen,
- sowie die mannigfaltigen Belastungen der Endzielgruppe

zu nennen.

Interventionen zur Erhaltung oder Verbesserung der Zahngesundheit tragen zwar zur positiven Beeinflussung der Lebensqualität von 0 – 4-Jährigen bei, müssen jedoch auch Rücksicht auf die Rahmenbedingungen der Sozial- und Beratungseinrichtungen nehmen. Zur wirksamen Förderung der Zahngesundheit von Kindern dieser Altersgruppe, deren Lebensqualität und die Erreichung dieser Zielgruppe können auf Basis der Literatur, der Experteninterviews, der Machbarkeitsanalyse sowie aus einem persönlichen Blickpunkt heraus Handlungsempfehlungen für die Politik und die Praxis gegeben werden (vgl. Kapitel 5.4.5).

### 6.3 Kritische Reflexion

Mit der vorliegenden Arbeit wurde, im Bestreben sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsschichten mit Interventionen zum Thema Zahngesundheit zu erreichen, ein neuer Ansatz untersucht. Unter Berücksichtigung personeller und finanzieller Ressourcen und knapper werdender öffentlicher Mittel liegt ein Zurückgreifen auf bereits bestehende Strukturen sowohl in räumlicher, wirtschaftlicher und personeller Hinsicht nahe. Aber auch die zu erwartende Multiplikation im Erreichen der Zielgruppe weist auf die Vorteile von sektorenübergreifenden Kooperationen hin. Zudem können die vorhandenen Strukturen wie auch bereits aufrechte Kontakte zu vulnerablen Gruppen unter den entsprechenden Bedingungen einen geeigneten Rahmen für bedarfsorientierte Interventionen bieten.

Darüber hinaus führt dieser Ansatz zu einer Vervielfältigung von Wissen und Kompetenzen zum Thema und erreicht durch den Effekt der Multiplikation einen ungleich größeren Personenkreis. Die Expertenbefragung zu Sinnhaftigkeit und Machbarkeit stellt die Grundlage für eine weiterführende Projektbeschreibung und –empfehlung dar. Vier Interviews mit Experten aus Sozial- und Beratungseinrichtungen, die eine innerstädtische oder auch landesweite Ausbreitung aufweisen, bestätigen den Sinn und die Machbarkeit.



An dieser Stelle muß ferner darauf hingewiesen werden, dass eine Projektumsetzung einrichtungsspezifischer Abklärungen hinsichtlich der zur Verfügung stehenden personellen und zeitlichen Ressourcen, der Möglichkeiten im Rahmen des bestehenden Auftrages und der individuellen Kompetenzen von Mitarbeitern bedarf. Eine weitere Kritik kann auch in Bezug auf die Zielgruppe angeführt werden. Hier wurde von der Autorin aus Gründen der Reduktion des Ausmaßes und der Komplexität keine weitere Differenzierung innerhalb der Gruppe sozioökonomisch Benachteiligter vorgenommen. Ein Fokus auf sozioökonomisch benachteiligte Familien mit Migrationshintergrund und etwaigen spezifischen Interventionen wäre in diesem Zusammenhang von großem Interesse und könnte in einem anderen Zusammenhang gesondert betrachtet werden.

Sozial- und Beratungsstellen als Multiplikatoren in der Zahngesundheitsförderung sind mit einem klar definierten Thema betraut, das kurze Interventionen in Form von Informationen, Handlungsanleitungen und –unterstützung mit zugleich weitreichenden positiven Auswirkungen ermöglicht. Inwieweit dies beispielgebend für weitere Schwerpunkte der Gesundheitsförderung Anwendung finden kann bedarf einer je themenspezifischen Beurteilung. Jedoch ist davon auszugehen, dass Modelle in der Gesundheitsförderung, die eine Multiplikatorentätigkeit von Sozial- und Beratungseinrichtungen vorsehen, eine thematische Fokussierung erfordern um eine Überforderung und -beanspruchung des Systems zu vermeiden.

Als wesentlich im Zuge der Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Thema sei abschließend noch angeführt, dass die Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und damit einhergehend die Reduktion sozialer Ungleichheit keine alleinige Aufgabe der Gesundheitsförderung sein kann.

*„Die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit in der heranwachsenden Bevölkerung kann jedoch nicht alleinige Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, sondern erfordert eine politische Gesamtstrategie und politikbereichsübergreifende Aktivitäten, unter Einbeziehung z.B. der Sozial-, Familien- und Bildungspolitik.“*  
(Robert Koch-Institut 2015: 12)

Vor diesem Hintergrund kann neben einer Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention die Bedeutung von Netzwerkpartnerschaften mit anderen Professionen und Settings hervorgehoben werden. Neben einem zu erwartenden volkswirtschaftlichen Nutzen durch rückläufige Kosten für Zahnbehandlungen und –sanierungen ist insbesondere auf den Gewinn an Lebensqualität und das verminderte Leid der betroffenen Kinder und Familien sowohl auf gesundheitlicher wie auch sozialer Ebene hinzuweisen.

## 7 Literaturverzeichnis

- Behrmann L., 2009: Praxisorientierter Leitfaden zur Anwendung der gängigsten Methoden der qualitativen Sozialforschung. In Zusammenarbeit mit den Bachelorstudierenden „Sozialwissenschaften“. Grundkurs „Angewandte Methoden“. In: <http://www.philso.uni-augsburg.de/lehrstuehle/soziologie/sozio2/ehemalige/Behrmann/Downloads/Reader.pdf>, Zugriff: 8.2.2015
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit), 2009: Standards in der oralen Gruppenprophylaxe in Österreich. Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates Kommission „Zahnmedizin, Prophylaxe“. Wien
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit), 2011: Kindergesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. In: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/8/9/CH1351/CMS1383063427315/kindergesundheitsstrategie\\_2011.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/8/9/CH1351/CMS1383063427315/kindergesundheitsstrategie_2011.pdf), Zugriff: 30.04.2014
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit), 2012: Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. In: [http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/rahmen-gesundheitsziele\\_240512.pdf](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/rahmen-gesundheitsziele_240512.pdf), Zugriff: 17.11.2014
- Bodenwinkler A., Kerschbaum J., Sax G., Städtler P., 2007: Zahnstatus 2006. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. GÖG/ÖBIG (Hrsg.), Wien. In: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Publ\\_ZS\\_06\\_6j.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Publ_ZS_06_6j.pdf), Zugriff: 2.11.2014
- Bodenwinkler A., Kerschbaum J., Sax G., 2012: Zahnstatus 2011 Sechsjährige in Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. GÖG/ÖBIG (Hrsg.), Wien. In: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/zahnstatus\\_2011.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/zahnstatus_2011.pdf), Zugriff: 02.11.2014
- Bundesamt für Gesundheit (Schweiz), 2005: Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Bern. In: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch), Zugriff: 5.1.2015
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), 2010: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Autoren Blümel S. und Lehmann F. In: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=141&marksuchwort=1>, Zugriff: 6.12.2014
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), 2011: Gesundheitsförderung Konkret. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Information. 5. und erweiterte Auflage. 16 – 20, 303 – 312.

- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), 2013: Soziale Lage und Gesundheit. In: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/hintergruende-daten-materialien/soziale-lage-und-gesundheit-ursachen/>, Zugriff: 24.11.2014
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), 2014: Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Heft 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. Herausgeber Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin. 14 – 21.
- Chambers S., 2012. Public Health and Dental Caries in Young Children in Deprived Communities in Scotland: *Scottish Universities Medical Journal*, 1.
- Fabris V., Faltin S., Fenninger E., Reisinger A., Schmid T., Schulte J., 2013 : Kinderarmut in Österreich. Bericht. Sozialökonomische Forschungsstelle, Volkshilfe. In: <https://www.volkshilfe.at/images/content/files/kinderarmut/Bericht-Kinderarmut- Volkshilfe-Langfassung-16-10-13.pdf> Zugriff: 14.05.2014
- Flick U., Steinke I., von Kardoff E. (Hg.), 2008: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. Auflage, Rowohlt Verlag.
- Flick U., 2011: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung, 4. Aufl., Rowohlt's Enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg.
- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2013: Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit. Ein Überblick über Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und relevante Policies in den Bereichen Bildung und Soziales Band Nr. 9 aus der Reihe Wissen. Wien. In: <http://www.fgoe.org>, Zugriff: 5.1.2015
- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2013: Qualitätskriterien zur Planung und Bewertung von Projekten in der Gesundheitsförderung. Fact Sheet, Gesundheit Österreich GmbH. In: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung>, Zugriff: 2.1.2015
- Gerlinger T., Rosenbrock R., 2004: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber, Bern.
- Hölling H., Schlack R., Kamtsiruris P., Butschalowsky H., Schlaud M., Kurth B.M. , 2012: Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Springer Verlag, Wiesbaden. In: Bundesgesundheitsblatt 2012, elektronischer Sonderdruck. In: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Bgbl\\_2012\\_55\\_836-842.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Bgbl_2012_55_836-842.pdf?__blob=publicationFile), Zugriff: 24.11.2014
- Hurrelmann K., Richter M. (Hrsg.), 2006: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- IfGP (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH), 2009: Sozioökonomische Benachteiligungen im Bereich Zahngesundheit. Bericht, Graz.

- Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), 2006: Vierte deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Kurzfassung. Im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. In: <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/dms/brosch.pdf>, Zugriff: 23.11.2014
- Kerschbaum J., Sax G., 2012: Über die Verzahnung von Gesundheit Migration und sozialer Herkunft. Vortrag am 22.11.2012, 14. Österreichische Gesundheitskonferenz: Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern. In: [http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/gemeinsam-gesundheitliche-chancengerechtigkeit-fordern-strategien-und-modelle-intersektoraler-zusammenarbeit/FGOE%20Tagung\\_2012\\_Kerschbaum\\_Sax.pptx](http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/gemeinsam-gesundheitliche-chancengerechtigkeit-fordern-strategien-und-modelle-intersektoraler-zusammenarbeit/FGOE%20Tagung_2012_Kerschbaum_Sax.pptx), Zugriff: 24.11.2014
- Kerschbaum J., Sax G., 2012: Über die Verzahnung von Gesundheit, Migration und sozialer Herkunft. In: Gemeinsam Gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern. Tagungsband der 14. Österreichischen Gesundheitskonferenz. Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.), Wien.
- Knees A., 1998: Eine Untersuchung über den volkswirtschaftlichen Nutzen der Kariesprophylaxe. Diplomarbeit am Institut für Wirtschafts- und Betriebswirtschaften der Technischen Universität Graz.
- Kolip P., Gerken U., Schaefer I., Mühlbach A. u. Gebhardt B., 2013: Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen. Evaluation settingorientierter Gesundheitsförderung. Beltz Juventa, Weinheim und Basel.
- Krenn I., 2009: Projektconcept Zähne. Zeigen. Graz.
- Lampert T., Mielck A., 2008: Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), 8 (2):7-16. In: [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggw\\_aufs1\\_0408.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs1_0408.pdf), Zugriff: 14.05.2014
- Lampert T., Müters S., Stolzenberg H., Kroll L.E., 2014: Messung des sozioökonomischen Status in der KIGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KIGGS Welle 1). KiGGS Study Group, Bundesgesundheitsblatt 2014-57. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Land Steiermark, 2012: Gesundheitsförderungsstrategie Steiermark. Umsetzungsperiode 2012 – 2016. Fachabteilung 8B - Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion), Graz.
- Land Steiermark, 2013: Landes-Zielsteuerungsvertrag. Zielsteuerung-Gesundheit. Abgeschlossen zwischen dem Land Steiermark und den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. Landtagsbeschluss Nr. 802 aus der 38. Sitzung der XVI Gesetzgebungsperiode vom 10. Dezember 2013. In: [http://www.landtag.steiermark.at/cms/dokumente/11407021\\_58064506/2d81c367/16\\_2300\\_1\\_BE.pdf](http://www.landtag.steiermark.at/cms/dokumente/11407021_58064506/2d81c367/16_2300_1_BE.pdf), Zugriff: 27.3.2015

- Langmann B., 2013: Zahngesundheit bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern in Österreich. Maßnahmenempfehlungen zur Erreichung der Zielgruppe. Masterarbeit. FH Joanneum, Gesundheitsmanagement und Tourismus.
- Max-Rubner-Institut (MRI) , 2010: Evaluation der Beratungen der Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen. Projekt „Gesund sind wir stark! Sagliki daha güclüyüz“ in Berlin. Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, Institut für Ernährungsverhalten, Evaluationsteam. Arbeitspapier 21. 48-55. In: <http://www.zagg.de/gesund-sind-wir-stark/de/medien/MRI-Bericht-Evaluation-gesund-sind-wir-stark.pdf>, Zugriff: 14.12.2014
- Mayer J., 2010: Migration und Gesundheit: mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. Masterarbeit. Medizinische Universität Graz, Gesundheits- und Pflegewissenschaft.
- Mayring P., 2002: Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Überarbeitete und neu ausgestattete Auflage 2002. Beltz Verlag, Weinheim und Basel. 91.
- Meidlinger P., Jauschneg B., Petschk K., Sendlhofer M., 2014: Miteinander Gesundheit fördern. Caritas Senioren- und Pflegewohnheim Hitzendorf. Schriftliche Arbeit Modul E.
- Mielck A., 2005: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Huber Verlag, Bern.
- OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development), 2009: Gesundheit auf einen Blick 2009. OECD Indikatoren, USA. In: <http://www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-communautaire-internationale/panorama-sante-indicateurs-ocde/panorama-sante-2009-indicateurs-ocde-de.pdf>, Zugriff: 14.12.2014
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), 2002: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Im Auftrag des Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien. 8. In: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Soziale\\_Ungleichheit.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Soziale_Ungleichheit.pdf), Zugriff: 17.11.2014
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), 2010: Kariesprophylaxe in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Dokumentation 2009, Wien.
- Österreichische Zahnärztekammer (ÖZK), 2012: Gesamtösterreichisches Prophylaxeprogramm der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Wien.
- Patel R., 2012: The State of Oral Health in Europe. Report Comissioned by the Platform of Better Oral Health in Europe, 10. In: <http://www.mah.se/PageFiles/49503/Report%20-%20the%20State%20of%20Oral%20Health%20in%20Europe.pdf>, Zugriff: 14.12.2014
- Platt L.J., Cabezas M.C., 2000: Early Childhood Dental Caries. Edited by Halfon N., Shulman E., Shannon M. u. Hochstein M. UCLA Center for Healthier Children, Families and Communities. In: <http://www.stopecc.com/wp-content/uploads/2009/04/Early-Childhood-Dental-Caries.pdf>, Zugriff: 15.3.2015.

- quint essenz, 2013: Ergebnismodell. Gesundheitsförderung Schweiz. In: <http://www.quint-essenz.ch/de/tools/1011>, Zugriff: 22.1.2015
- Robert Koch-Institut, 2015: Gesund aufwachsen – welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE Kompakt 6(1). Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 1/2015, 6. Jahrgang, Berlin. In: <http://www.rki.de/gbe-kompakt>, Zugriff: 4.3.2015
- Ruckstuhl B., Somaini B., Twisselmann W., 2008: Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich und Bundesamt für Gesundheit, Bern (Hrsg.). In: [http://www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung\\_der\\_Qualitaet.pdf](http://www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf), Zugriff: 14.12.2014
- Sax G., 2007: Kariesprophylaxe in Österreich. Dokumentation der Aktivitäten Stand 2006. Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien.
- Schlemmer G., 2011: Zwischenbericht Zähne.Zeigen. Styria vitalis, Graz.
- Schlemmer G., 2014: Evaluation Zähne.Zeigen. Endbericht. Styria vitalis, Graz.
- Splieth C., Treuner, A., Berndt, C., 2009: Orale Gesundheit im Kleinkindalter. Prävention und Gesundheitsförderung 4. Springer-Verlag, Heidelberg. 119 – 123.
- Styria vitalis, 2011: Das steirische Kariesprophylaxekonzept. Grundlagen, Konzept, Ergebnisse. November 2011, Graz.
- Styria vitalis, 2012: Determinanten Gesunder Zähne. Graz.
- Weischer C., 2007: Sozialforschung: Theorie und Praxis. Stuttgart: UTB
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) Europa, 2004: Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. 2. Ausgabe. Wilkinson R., Marmot M., (Redaktion). In: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98441/e81384g.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf), Zugriff: 14.05.2014
- Wright M.T., Block M., Unger H., 2009: Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Kolip P., Müller V.E. (Hrsg.). Verlag Hans Huber, Bern.
- Ziller S., Oesterreich D., 2006: „Dental Public Health“ in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Springer Medizin Verlag 2006. Prävention und Gesundheitsförderung 2007-2. 31-38.
- Ziller S., 2009: Mundgesundheit unter dem Aspekt der gesundheitlichen Ungleichheit. In: Wesenauer A., Sebinger S. (Hrsg.). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main. 87-103.

## 8 Anhang

### 8.1 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden zum Thema Sozial- und Beratungseinrichtungen als Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung. Eine Strategie zur Erreichung sozioökonomisch benachteiligter Gruppen am Beispiel Zahngesundheit.

#### I Einstieg

1. Was sind die wesentlichen Beratungsschwerpunkte und Tätigkeitsfelder ihrer Einrichtung / Institution / Organisation?
2. An welche Zielgruppe richtet sich die Beratung?
3. Wird die Beratung von Seiten der Zielgruppe in Anspruch genommen (freiwillig / verpflichtend)?
4. Wie hoch stufen Sie den Anteil an Elternteilen oder Eltern mit Kindern von 0 bis 4 Jahren ein?
5. Ist die Gesundheit der Klienten beziehungsweise derer Familienmitglieder im Beratungsverlauf Thema?

#### II Zahngesundheit und Zahngesundheitsförderung bei der Zielgruppe Eltern von 0 - 4-Jährigen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen

6. Wird im Rahmen der Beratungen ein Bedarf in Bezug auf die Zahngesundheit der 0 – 4- jährigen Kinder der Klienten deutlich? Durch zum Beispiel
  - 6.1 direkte Fragestellungen seitens der Klienten: den geäußerten Wunsch nach Information zur richtigen Zahnpflege oder Unterstützung bei der Wahl eines Zahnarztes beziehungsweise das Ansprechen von Zahnschmerzen beim Kind
  - 6.2 sichtbare Zahnschäden beim Kind / bei mehreren Kindern
7. Woran wird der Bedarf noch deutlich?

8. Wird auf den Bedarf eingegangen und wenn ja, wie?
9. Sind Ihre Klienten Ihrer Einschätzung nach im Rahmen des Beratungssettings offen für Informationen zur Erhaltung und Verbesserung der Zahngesundheit ihrer Kinder?
10. Können gezielte Interventionen zur Zahngesundheit im Beratungssetting unterstützend und förderlich auf die Zahngesundheit bei sozial Benachteiligten einwirken?
11. Welche Auswirkungen könnten diese Interventionen aus Ihrer Sicht haben?

### III strukturelle und organisationale Rahmenbedingungen

12. Bieten die strukturellen und organisationalen Rahmenbedingungen Ihrer Institution die Möglichkeit einer Intervention in Bezug auf die Zahngesundheit?
  - 12.1 Welche Interventionsmöglichkeiten sehen Sie in diesem Zusammenhang?
13. Eine Funktion als Multiplikator in der Zahngesundheitsförderung auszuüben würde bedeuten, dass Ihre Institution und die darin wirkenden Personen aus ihrem professionellen Zugang heraus auf die Zahngesundheit bei der Zielgruppe hinwirken. Ist aus Ihrer Sicht eine Multiplikatoren-Funktion Ihrer Institution möglich und sinnvoll?
14. Was ist von Seiten Ihrer Auftraggeber erforderlich um eine Multiplikatoren-Funktion hinsichtlich der Zahngesundheit übernehmen zu können?
15. Welche Unterstützung brauchen Sie, beziehungsweise Mitarbeiter ihrer Einrichtung, um entsprechende Hilfestellung und Unterstützung zur Zahngesundheit an ihre Klienten weiter geben zu können?