

# Überblick über Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung von gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich

Dr. med. univ. Andrea McMillen

Matrikelnummer: 9001990

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades:

Master of Public Health

Universitätslehrgang Public Health

Medizinische Universität Graz

Betreuer: Dr. med. univ. Martin Sprenger, MPH

Wien, am 31.12.2014



## **Abstrakt**

Die Lebenserwartung steigt kontinuierlich, Infektionserkrankungen als Todesursache treten immer mehr in den Hintergrund. Nicht-übertragbare Erkrankungen, allen voran Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs und Stoffwechselerkrankungen stehen an der Spitze der Mortalitätstabellen und sind auch Hauptverursacher einer stark beeinträchtigten Lebensqualität in den letzten Jahre vor dem Tod. Gerade diese Erkrankungen können durch den Lebensstil sowohl positiv als auch negativ beeinflusst werden. Durch geeignete gesundheitsfördernde Programme, die nicht nur den individuellen Lebensstil der Menschen zu beeinflussen versuchen, sondern auch die Lebenswelt der Menschen dahingehend beeinflussen möchten, dass ein gesunder Lebensstil auch möglich und erstrebenswert erscheint, soll nicht nur die reine Lebenszeit verlängert werden, sondern vor allem die Gesundheit während der Lebenszeit so lange wie möglich erhalten bleiben.

Die Gesundheitsförderung zählt mittlerweile zu einer Pflichtaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich. Anhand umfangreicher Recherchen in öffentlich zugänglichen Medien und persönlicher Kontaktaufnahme mit zuständigen Personen in den Abteilungen für Gesundheitsförderung innerhalb der jeweiligen Versicherungsträger werden Programme im Rahmen der Gesundheitsförderung, welche von gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich in den Jahren 2012 und 2013 angeboten werden, in einer Übersicht dargestellt.

Obwohl 99% aller in Österreich gemeldeten Personen in zumindest einer gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt sind und somit die Gesundheitsförderungsprogramme der Krankenversicherungsträger eine potentiell enorme Reichweite hätten, erscheint die Gesundheitsförderung noch immer ein unterschätzter und vernachlässigter Bereich der Versicherungsträger zu sein aufgrund des äußerst geringen prozentualen Anteils der Ausgaben für die Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben, aber auch aufgrund der insgesamt doch enttäuschend niedrigen Erreichbarkeit von Versicherten mit den Programmen.

## **Abstract**

Life expectancy is increasing continuously, infectious diseases as causes of death occur more and more into the background. Non - communicable diseases, such as cardiovascular disease, cancer and metabolic diseases are at the top of the mortality tables and are the main cause of a severely impaired quality of life in the last years before the actual death. Especially these diseases may be affected by lifestyle both positive and negative.

By appropriate health programs that attempt to influence not only the individual lifestyle of the people but want to influence the lives of the people in such a way that a healthy lifestyle also appears possible and desirable , is not only the pure life time can be extended, but especially the Health retained as long as possible during the lifetime .

Health promotion is now one of a compulsory task of statutory health insurance in Austria. Based on extensive research in publicly accessible media and personal contacts of responsible persons in the departments or units responsible for health promotion of the respective insurance carriers are health promotion programs , which are offered by statutory health insurance in Austria in the years 2012 and 2013 , presented in a summary.

Although 99 % of all persons registered in Austria are in at least one statutory health and protect the health promotion programs of health insurance would have a potentially huge reach , health promotion a " stepchild " of the insurance carrier appears to be still , what am extremely small percentage of expenditure for health promotion can be seen in the total expenditure , but also on the whole disappointing low accessibility of the insured with the programs.

## **Danksagung**

Ich möchte mich bei meiner Familie bedanken für die freie Zeit, die mir geschenkt wurde, um den Lehrgang besuchen zu dürfen und diese Arbeit schreiben zu können.

Ich danke dem Team, im Besonderen auch dem Lehrgangsleiter und Betreuer dieser Arbeit, Dr. Martin Sprenger und allen Teilnehmern des Public Health Lehrganges 2010/2012 für die schöne Zeit, die wir zusammen verbringen durften.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich die Tatsache, dass ich – als eine bis vor kurzem ausschließlich in der Krankenversorgung tätige Ärztin - erst durch das Schreiben dieser Arbeit so nach und nach verstanden habe, um was es eigentlich in der Gesundheitsförderung wirklich geht. Ich nehme die gewonnenen Erkenntnisse als Geschenk an.

# Eidesstattliche Erklärung

---

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

Wien, am 31.12.2014

Unterschrift

# Inhaltsverzeichnis

Abstrakt .....	2
Abstract.....	3
Danksagung.....	4
Eidesstattliche Erklärung.....	5
Inhaltsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	9
1 Einleitung und Hintergrund der Arbeit.....	11
1. TEIL .....	13
2 Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich.....	13
3 Die gesetzlichen Krankenversicherungen im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens.....	16
3.1 Die Krankenversicherung innerhalb der Sozialversicherung.....	16
3.2 Merkmale der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich .....	17
3.3 Rechtsgrundlagen.....	19
3.3.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen in der Krankenversicherung .....	19
3.3.2 Verankerung der Gesundheitsförderung in den Sozialversicherungsgesetzen ..	20
3.3.3 Art. 15a B-VG und die Gesundheitsreform 2013.....	22
3.4 Die gesetzlichen Krankenversicherungen in Zahlen.....	25
4 Gesundheit und Gesundheitsziele.....	27
4.1 Definition von Gesundheit aus verschiedenen Blickwinkeln .....	27
4.2 Österreichische Rahmengesundheitsziele .....	29
5 Gesundheitsförderung – Definition, Entwicklung und Abgrenzung zur Primärprävention	31
6 Gesundheitsförderung in ihren unterschiedlichen Ansätzen.....	40
6.1 Gesundheitsförderung ohne Beeinflussung des Kontextes .....	41
6.1.1 Individuell ansetzende Gesundheitsförderung ohne Beeinflussung des Kontext 41	
6.1.2 Setting basierte Gesundheitsförderung ohne Beeinflussung des Kontextes .....	42
6.1.3 Bevölkerungsbasierte Gesundheitsförderung ohne Beeinflussung des Kontextes 42	
6.2 Gesundheitsförderung mit Beeinflussung des Kontextes .....	43

6.2.1	Individuell ansetzende Gesundheitsförderung mit Beeinflussung des Kontexts	43
6.2.2	Setting basierte Gesundheitsförderung mit Beeinflussung des Kontextes.....	44
6.2.3	Bevölkerungsbasierte Gesundheitsförderung mit Beeinflussung des Kontextes	51
2.	TEIL .....	53
7	Überblick über Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich.....	53
7.1	Trägerübergreifende österreichweite Maßnahmen der GF.....	57
7.1.1	BGF – Österreichisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung .....	57
7.1.2	„Gesunde Schule“ und „Service Stelle Schule“ .....	61
7.1.3	Richtig Essen von Anfang an (REVAN) .....	64
7.1.4	Frühe Hilfen .....	66
7.2	Trägerübergreifende bundesländerweite Maßnahme der GF .....	67
7.3	GF in der WGKK .....	68
7.4	GF in der NÖGKK .....	71
7.5	GF in der BGKK.....	75
7.6	GF in der OÖGKK .....	78
7.7	GF in der SGKK.....	81
7.8	GF in der STGKK .....	84
7.9	GF in der TGKK.....	87
7.10	GF in der KGKK.....	90
7.11	GF in der VGKK .....	92
7.12	GF in der BVA.....	94
7.13	GF in der SVA der gewerblichen Wirtschaft .....	98
7.14	GF in der SVA der Bauern (SVB) .....	105
7.15	GF in der VAEB.....	110
7.16	GF in den Betriebskrankenkassen .....	115
8	Zusammenfassung und Diskussion.....	119
	Literaturverzeichnis.....	131

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BGBL	Bundesgesetzblatt
BGF	Berufliche Gesundheitsförderung
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
B-KUVG	Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BSVG	Bauern - Sozialversicherungsgesetz
BVA	Bundesversicherungsanstalt = Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
B-ZV	Bundes - Zielsteuerungsvertrag
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
G&B	Gestalten und Bewegen
GF	Gesundheitsförderung
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSVG	gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
G-ZG	Gesundheits- Zielsteuerungsgesetz
ICD	International Statistical Classification of Diseases
KFA	Krankenfürsorgeanstalten
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
L-ZV	Landes - Zielsteuerungsvertrag
MbM	Mitarbeiter bewegen Mitarbeiter
NÖ	Niederösterreich
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk Berufliche Gesundheitsförderung
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ORF	Österreichischer Rundfunk
PGA	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
REVAN	Richtig Essen von Anfang an
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VVGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	World Health Organisation = Weltgesundheitsorganisation
WieNGS	Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule
WiG	Wiener Gesundheitsförderung
WS	Workshop

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i>	<i>Anspruchsberechtigte in der Krankenversicherung 2008 – 2013</i>	<i>S. 25</i>
<i>Tabelle 2:</i>	<i>Anspruchsberechtigte Personen in der Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt 2013 nach Versicherungsträger</i>	<i>S. 26</i>
<i>Tabelle 3:</i>	<i>Versichertenstruktur der WGKK 2013</i>	<i>S. 68</i>
<i>Tabelle 4:</i>	<i>Versichertenstruktur NÖGKK 2013</i>	<i>S. 71</i>
<i>Tabelle 5:</i>	<i>Versichertenstruktur BGKK 2013</i>	<i>S. 75</i>
<i>Tabelle 6:</i>	<i>Versichertenstruktur OÖGKK 2013</i>	<i>S. 78</i>
<i>Tabelle 7:</i>	<i>Versichertenstruktur SGKK 2013</i>	<i>S. 81</i>
<i>Tabelle 8:</i>	<i>Versichertenstruktur STGKK 2013</i>	<i>S. 84</i>
<i>Tabelle 9:</i>	<i>Versichertenstruktur TGKK 2013</i>	<i>S. 87</i>
<i>Tabelle 10:</i>	<i>Versichertenstruktur KGKK 2013</i>	<i>S. 90</i>
<i>Tabelle 11:</i>	<i>Versichertenstruktur VGKK 2013</i>	<i>S. 92</i>
<i>Tabelle 12:</i>	<i>Versichertenstruktur BVA 2013</i>	<i>S. 94</i>
<i>Tabelle 13:</i>	<i>Versichertenstruktur SVA 2012</i>	<i>S. 98</i>
<i>Tabelle 14:</i>	<i>Versichertenstruktur SVB 2012</i>	<i>S. 105</i>
<i>Tabelle 15:</i>	<i>Versichertenstruktur VAEB 2013</i>	<i>S. 110</i>
<i>Tabelle 16:</i>	<i>Anspruchsberechtigte in den Betriebskrankenkassen</i>	<i>S. 116</i>
<i>Tabelle 17:</i>	<i>Zusammenfassung der GF-Maßnahmen der GKK's</i>	<i>S. 121</i>
<i>Tabelle 18:</i>	<i>Zusammenfassung der GF-Maßnahmen der Versicherungsträger außer den GKK's</i>	<i>S. 122</i>
<i>Tabelle 19:</i>	<i>Teilnehmer am Programm REVAN 2013 nach Bundesländern</i>	<i>S. 123</i>
<i>Tabelle 20:</i>	<i>Anzahl aller gelisteten Betriebe im ÖNBGF bis zum Jahr 2014</i>	<i>S. 124</i>
<i>Tabelle 21:</i>	<i>Gegenüberstellung der Anzahl der Betriebe im ÖNBGF und der Anzahl aller aktiven Betriebe in Österreich 2012/2014</i>	<i>S. 125</i>
<i>Tabelle 22:</i>	<i>Verwendung der Finanzmittel der Krankenversicherungsträger nach Ausgabenposition</i>	<i>S. 126</i>

<i>Tabelle 23: Absolute und prozentuale Ausgaben für GF und sonstige Maßnahmen nach Versicherungsträger</i>	S. 127
<i>Abbildung 1: Sozialversicherungsträger in Österreich</i>	S. 16
<i>Abbildung 2: Ausgaben der sozialen Krankenversicherungen im Jahr 2013</i>	S. 26
<i>Abbildung 3: Unterzeichnete BGF-Charta der Medizinischen Universität Graz</i>	S. 59
<i>Abbildung 4: Die gesundheitsfördernde Schule</i>	S. 62

## 1 Einleitung und Hintergrund der Arbeit

Die Lebenserwartung ist in den letzten Jahrhunderten kontinuierlich angestiegen. Man geht davon aus, dass zurzeit die Lebenserwartung pro Jahrzehnt um ein Jahr steigt. Der Anstieg der Lebenserwartung ist aber nur zu einem geringen Teil auf den medizinischen Fortschritt in der Krankenbehandlung zurückzuführen. Zu mindestens zwei Drittel beruht sie auf die besseren Lebensbedingungen, vor allem auf bessere Hygiene, bessere Ernährung, bessere Bildung und gesundheitsgerechterem Verhalten aufgrund zunehmenden Wissenstands in der Bevölkerung. Die Leistungsfähigkeit eines nationalen Gesundheitssystems wird oft dahingehend bewertet, dass Ausgaben für medizinische Forschung und Krankenversorgung mit der jeweiligen Lebenserwartung im Land in Beziehung gesetzt werden. Hält man sich aber vor Augen, dass die Qualität der Krankenversorgung nur einen geringen Teil zur steigenden Lebenserwartung beiträgt, dann wird auch verständlich, dass trotz Explosion der Ausgaben in das System der Krankenversorgung die Lebenserwartung dadurch nicht mehr merklich zu steigern ist.<sup>1</sup>

Eine wesentliche Tatsache ist auch die ungleiche Verteilung von Gesundheit innerhalb einer Bevölkerung. Teilt man eine Bevölkerung aufgrund ihres Einkommens in vier Teile, so werden Menschen des einkommensstärksten Viertels im Durchschnitt 5 – 10 Jahre älter als jene Menschen aus dem einkommensschwächsten Viertel. Zudem manifestieren sich chronische Erkrankungen um einige Jahre früher, je niedriger das Einkommen ist. Ursächlich hierfür dürfte die größere Gesundheitsbelastung durch schlechtere Lebensbedingungen sein sowie eine größere Neigung zu gesundheitsriskantem Verhalten. Geringe Bildung und damit oft verbundenes geringes Einkommen, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, mangelhafte soziale Integration sind auffallend häufig mit riskantem Gesundheitsverhalten im Hinblick auf Ernährung, Bewegung, Stressverarbeitung, Konsum von Suchtmittel einschließlich Tabak und Alkohol vergesellschaftet.<sup>1</sup>

Krankenversicherungen sind historisch gewachsene Institutionen, und wurden ursprünglich mit der Intention geschaffen, das Ereignis „Krankheit“ finanziell für die Versicherten abzusichern. Mittlerweile obliegen den gesetzlichen Krankenversicherungen zahlreiche Pflichtaufgaben sowie einige freiwillige Aufgaben<sup>2</sup>, die zusammen in den letzten Jahrzehnten zu einer zunehmenden Steigerung der Ausgaben geführt haben.<sup>3,4</sup>

Bereits vor über 10 Jahren publizierte der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, dass durch langfristig geplante Gesundheitsförderung und Prävention ein Einsparungspotential der Gesundheitsausgaben von zumindest 25-30% zu erreichen sei.<sup>5</sup> Somit ist es naheliegend, dass sich auch Krankenversicherungsträger in zunehmendem Maße mit Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigen.

Einen Auftrag für die Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen bzw. Gesundheitsförderung in ihren Leistungskatalog aufzunehmen haben die Krankenversicherungsträger aber auch seit 1992 per Gesetz.<sup>6</sup>

In Österreich sind 99% der Bevölkerung anspruchsberechtigt in zumindest einer Krankenversicherung.<sup>7</sup> Langfristig geplante und flächendeckend durchgeführte Gesundheitsförderungsprogramme der Krankenversicherungsträger könnten somit zu einer hohen Erreichbarkeit derselben führen. 2011 beschlossen und 2012 per Gesetz verankert, gibt es für Österreich nun Rahmengesundheitsziele.<sup>8</sup> Sowohl mit diesen als auch mit der kurze Zeit später entwickelten Gesundheitsförderungsstrategie<sup>9</sup> wurden wesentliche Eckpunkte eine Neuorientierung der österreichischen Gesundheitspolitik festgelegt. Die Grundrichtung ist eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik mit dem Fokus auf die kollektive Gesundheit der Bevölkerung insgesamt unter besonderer Beachtung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen und unter Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten.

In der vorliegenden Arbeit soll nachgegangen werden, in welchem Ausmaß die gesetzlichen Krankenversicherungsträger ihren gesetzlichen Auftrag in Bezug auf Gesundheitsförderung nachkommen und inwieweit sie ihren Beitrag dazu leisten, die Gesundheitsziele zu erreichen.

## 1. TEIL

### 2 Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich

Vorläufer der gesetzlichen Sozialversicherung waren die „Bruderladen“. Diese boten einen gewissen finanziellen Schutz nach Unfällen und bei Berufskrankheiten im Bergbau an sowie finanzielle Unterstützung bei Invalidität eines Bergmannes. Die ersten Erwähnungen des Bruderladenwesens gehen auf das Mittelalter zurück und die Mitgliedschaft war auf freiwilliger Basis. Erst 1854 wurde das „Allgemeine Berggesetz“ erlassen, das einen Beitrittszwang im Bruderladen vorsah bzw. musste jeder Bergwerksbesitzer zwingend einen Bruderladen gründen.<sup>10</sup>

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts entstand aufgrund der zunehmenden Industrialisierung eine neue soziale Schicht, die aus Fabrikarbeitern, Tagelöhner und Hilfsarbeitern bestand und zum überwiegenden Teil verarmt war. Etwa zur gleichen Zeit wurden Dienstgeber vom Staat verpflichtet, die Gebühren für einen Krankenhausaufenthalt für ihre Arbeitnehmer innerhalb des ersten Monats zu bezahlen. 1859 wurde in Folge die erste Gewerbegesetzordnung erlassen, die den Unternehmern vorschrieb, für ihre Arbeitnehmer Krankenkassen einzurichten. Da ein Ignorieren dieses Gesetzes kaum zu Sanktionen führte, gab es nur wenige Fabriken, die so eine Kasse für ihre Arbeiter gründeten. Diese wurden zudem von den Fabrikseigentümern verwaltet.<sup>11</sup>

Mitte des 19. Jahrhundert nahm der Unmut dieser „arbeitende Klasse“<sup>12</sup> zunehmend zu und sie begann sich, zu organisieren. Es wurden Vereine gegründet, sogenannte Hilfskassen, die den Mitgliedern finanzielle Unterstützung bei Krankheit und Erwerbslosigkeit anbot.

1867 erhielten die bis dahin gegründeten privaten Arbeitervereine, eine rechtliche Grundlage. Die größte Kasse dieser Art war zum damaligen Zeitpunkt die Allgemeine Arbeiter- Kranken- und Invalidenkasse in Wien, die 1868 gegründet wurde. Somit bestand die österreichische Versicherungslandschaft bis zum Jahr 1888 aus Fabriks-, Genossenschafts- und Vereinskrankenkassen sowie den Bruderladen und religiösen Hilfsvereinen.<sup>10</sup>

Otto von Bismarck, der erste Reichskanzler des deutschen Reiches, erließ in Deutschland von 1883-1889 Gesetze, welche die Umsetzung zu einer sozialen

Pflichtversicherung, welches eine Kranken-, Unfall-, Alters- und Invaliditätssicherung miteinschloss, förderte.<sup>13</sup>

1889 wurde in Ö, in Anlehnung an das Bismarck'sche Sozialversicherungssystem in Deutschland, zuerst das „Arbeiterunfallversicherungsgesetz“, danach das erste „österreichische Krankenversicherungsgesetz“ und wenige Monate später das „Bruderladengesetz“ erlassen, in denen sämtliche gewerbliche und industrielle Arbeiter und Angestellte, mit Ausnahme der Landarbeiter, erfasst wurden. Gleichzeitig wurde die Selbstverwaltung der Versicherungen eingeführt. Ein großer Anteil der Bevölkerung war jedoch immer noch nicht versichert: Arbeiter der Land- und Forstwirtschaft, Dienstboten, Bedienstete von Stadt, Land, Gemeinden sowie nicht arbeitende Familienangehörige.<sup>14</sup> 1909 wurde ein Gesetz zur Alterssicherung der Privatangestellten erlassen als Vorläufer der Pensionsversicherung.

Während des ersten Weltkrieges wurde ein Staatsamt für soziale Fürsorge und Volksgesundheit errichtet, dessen erster Staatssekretär der Sozialdemokrat Ferdinand Hanusch wurde.<sup>15</sup> Ein Problem stellte die hohe Anzahl der unterschiedlichen Kassen dar, sie sich nach und nach gebildet hatte. 1914 gab es insgesamt 480 Bezirkskrankenkassen, 1099 Betriebskrankenkassen, 1127 Genossenschaftskrankenkassen und 216 Vereinskassen.<sup>16</sup> aufgrund des ersten Weltkrieges war es manchen kleineren Kassen fast nicht möglich, sich wirtschaftlich am Leben zu erhalten. Mit dem Krankenkassenkonzentrationsgesetz von 1919 wurden viele kleine Kassen zusammengelegt.<sup>11</sup>

Durch das Kassenorganisationsgesetz vom Dezember 1926 wurde die Anzahl der Kassen weiter reduziert. So gab es 1927 nur mehr 45 Bezirkskrankenkassen, 30 Betriebskrankenkassen, 46 Genossenschaftskassen und 30 Vereinskassen.<sup>16</sup> Die Allgemeine Arbeiter-Kranken- und Invalidenkasse fusionierte mit der Bezirkskrankenkasse und es entstand die „Wiener Gebietskrankenkasse“.<sup>11</sup>

Es folgten zahlreiche Novellierungen der Krankenversicherungsgesetze, in der zunächst Staatsdiener krankenversicherungspflichtig wurden, in Folge dann alle in einem Arbeits-, Dienst- oder Lohnverhältnis stehenden Personen und wenige Jahre später auch Land- und Forstarbeiter versicherungspflichtig wurden sodass die Anzahl der Versicherten von 6,5 % im Jahr 1890 auf 60% 1930 gestiegen war.<sup>15</sup>

Die Weltwirtschaftskrise zu Beginn der 30iger Jahre erfasste auch die Krankenkassen aufgrund der steigenden Arbeitslosenrate, sodass sich Krankenkassen in Hauptverbände und Arbeitsgemeinschaft zusammen schlossen.<sup>17</sup> Mit Ausbruch des

zweiten Weltkrieges verloren die Kassen die Selbstverwaltung in Anlehnung an das deutsche System und wurde durch das „Führerprinzip“ ersetzt. 1947 regelte das Sozialversicherungsüberleitungsgesetz erneut die Selbstverwaltung und gleichzeitig wurde der Hauptverband als Dachorganisationen der Sozialversicherungen geschaffen.<sup>18</sup>

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) wurde am 1.1.1956 erlassen. Es besteht aus 10 Teilen und vereint die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für den überwiegenden Teil der Angestellten und Arbeiter ( im Gewerbe, Handel, Industrie und Bergbau, Verkehr, Land- und Forstwirtschaft) sowie den Kreis der mitversicherten Personen und die Krankenversicherung der meisten Pensionisten. Ausnahme stellen die Beamten dar, die in ihrer eigenen Beamtenversicherung (BVA) kranken- und unfallversichert, aber nicht pensionsversichert sind. Statt einer „Pension“ erhalten sie einen sogenannten Ruhegenuss vom Staat.

Seit 1956 gab es zahlreiche Anpassungen und Ergänzungen zu den formulierten Gesetzen aufgrund gesellschaftlicher und sozialpolitischer Entwicklungen; die wesentlichen Gesetze und Regelungen sind bis heute jedoch gleich geblieben.

### 3 Die gesetzlichen Krankenversicherungen im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens

#### 3.1 Die Krankenversicherung innerhalb der Sozialversicherung

In Österreich gibt es im Jahr 2013 insgesamt 22 Sozialversicherungsträger, die Leistungen in der Kranken-, Unfall – und Pensionsversicherung erbringen. Im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sind alle Sozialversicherungsträger zusammengeschlossen und zur Wahrnehmung und Koordinierung gemeinsamer Interessen und Tätigkeiten verpflichtet. Der Hauptverband ist somit der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.<sup>19</sup>



Abbildung 1: Sozialversicherungsträger in Österreich<sup>19</sup>

Bei der überwiegenden Anzahl der Versicherungsträger beschränkt sich die Tätigkeit auf eine der drei Versicherungssäulen. Je zwei Versicherungsträger sind jedoch für die Durchführung von zwei bzw. aller Versicherungszweige zuständig.

Zusätzlich gibt es dienstherrliche Einrichtungen, die sogenannten Krankenfürsorgeanstalten (KFA), die je nach Dienstbehörde für Beamten auf Landes – und Gemeindeebene die Krankenversicherung und teilweise auch die Unfallversicherung übernimmt. Bei ihnen handelt es sich um keine Krankenversicherungsträger im sozialversicherungsrechtlichen Sinn, sondern ihr Auftrag und ihr Zuständigkeitsbereich ergibt sich aus der dienstrechtlichen Fürsorgepflicht des Dienstgebers gegenüber des Dienstnehmers im Krankheitsfall. Die

gesetzliche Regelung dazu ist im §2 des Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (B-KUVG) festgelegt und die Krankenfürsorgeanstalten werden aufgrund landesgesetzlicher Regelungen oder Gemeinderatsbeschlüssen eingerichtet. Sie gehören demnach nicht dem Hauptverband an und unterliegen auch nicht der Aufsichtsbehörde durch das Ministerium. In Österreich gibt es insgesamt (noch) 16 Krankenfürsorgeanstalten bzw. Kranken – und Unfallfürsorgeanstalten, 3 wurden in den letzten Jahren geschlossen:<sup>20</sup>

- Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien
- Krankenfürsorge der Beamten der Stadtgemeinde Baden
- Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz
- Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeindebeamte
- Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte
- Oberösterreichische Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge
- Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrats Steyr
- Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels
- Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadt Villach
- Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg
- Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz
- Kranken- und Unfallfürsorge der Beamten der Landeshauptstadt Innsbruck
- Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer
- Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten
- Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten
- Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein

### 3.2 Merkmale der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich<sup>21</sup>

- **Pflichtversicherung**

In Österreich herrscht das Gesetz der Pflichtversicherung. Die Risikogemeinschaft der Sozialversicherung entsteht kraft Gesetz und ist somit unabhängig vom Willen des Einzelnen, aber auch unabhängig von einer Anmeldung oder Beitragsleistung.

Im Gegensatz zur Versicherungspflicht, wie sie beispielsweise in Deutschland vorherrscht, kann sich der Einzelne seine gesetzliche Krankenversicherung nicht aussuchen, sondern das Gesetz der Pflichtversicherung ordnet jede Person einem

vorgegebenen Versicherungsträger zu. Diese Zuordnung erfolgt hauptsächlich nach der Art des Beschäftigungsverhältnisses sowie Beschaffenheit des Dienstgebers.

- **Versicherungsschutz auch ohne Beitragsleistung**

Bestimmte Angehörige, wie zum Beispiel Kinder, Eltern, Ehegatten sind auch ohne eigene Beitragsleistung in der Krankenversicherung mitversichert.

- **Fehlende Riskenauslese**

Das Gesetz gibt vor, wer in die Krankenversicherung aufgenommen wird. Es gibt keine Riskoauslese und die Ablehnung von Versicherten mit hohem Krankheitsrisiko ist nicht möglich.

- **Solidaritätsprinzip**

Die Höhe der Versicherungsleistung bei eingetretenem Krankheitsfall ist unabhängig von den zuvor geleisteten Beitragszahlungen. Das wird unter anderem dadurch ermöglicht, dass mit den Beitragszahlungen der Besserverdienenden zum Teil die Versicherungsleistungen von schlechter verdienenden Personen mitabgedeckt wird (Solidaritätsprinzip im Beitragsrecht).

Die Höhe der Beitragszahlungen richtet sich nach dem Einkommen, wobei es eine Höchstbeitragsgrundlage gibt, und ist unabhängig von Gesundheit oder Krankheit und unabhängig vom Alter der Person (Solidaritätsprinzip im Leistungsrecht).

- **Fehlende Gewinnorientierung**

Die Krankenversicherungsträger sind zur ordnungsgemäßen und sparsamen Mittelverwendung verpflichtet, handeln aber grundsätzlich nicht gewinnorientiert.

- **Selbstverwaltung**

Die Krankenversicherungsträger werden von den betroffenen Personengruppen eigenständig verwaltet. Diese Selbstverwaltung war eine der zentralen Forderungen der Arbeiterbewegung im 19. Jahrhundert und wurde, nach deren Durchsetzung nur

während der Geltungsdauer der deutschen Reichsversicherungsordnung 1939 – 1947 unterbrochen.

Die Selbstverwaltung, die ein Teil der öffentlichen Verwaltung ist, kommt dadurch zustande, dass der Staat auf die Führung, zu der er eigentlich verpflichtet wäre, verzichtet und die Aufgaben der Verwaltung sogenannten Selbstverwaltungskörpern überträgt und sich selbst ein Aufsichtsrecht behält. Sinn und Zweck der Selbstverwaltung ist das rasche und unbürokratische Verwaltungshandeln der Versicherungsträger, das zudem durch die Dezentralisierung möglichst versicherungsnah und sachkundig erfolgen kann.

### **3.3 Rechtsgrundlagen**

#### **3.3.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen in der Krankenversicherung**

Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) ist die Kranken-, Unfall- Pensionsversicherung geregelt.

Die Krankenversicherung nach dem ASVG wird von den 9 Gebietskrankenkassen, den 6 Betriebskrankenkassen und der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau durchgeführt.

Alle übrigen Versicherungsträger werden als Sonderversicherungsträger bezeichnet, weil sie nicht das ASVG bei der Durchführung der Krankenversicherung anwenden, sondern das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (SVA der gewerblichen Wirtschaft), das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (Sozialversicherungsanstalt der Bauern), Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (BVA-Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter).

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) trat erstmals 1956 in Kraft mit mittlerweile zahlreichen beschlossenen Novellen, hauptsächlich aufgrund der Notwendigkeit, die Finanzierbarkeit unter den vorgegebenen Rahmenbedingungen sicher zu stellen. Die veränderten Rahmenbedingungen in den letzten Jahrzehnten betrafen vor allem den demographischen Wandel mit einer Überalterung der Gesellschaft sowie die Fortschritte in der Medizin und konsekutiv der Fortschritt beim Einsatz von –teuren- technischen Errungenschaften.

### 3.3.2 Verankerung der Gesundheitsförderung in den Sozialversicherungsgesetzen

Die Tätigkeiten der Versicherungsträger werden in Pflichtleistungen, Pflichtaufgaben und freiwillige Leistungen eingeteilt. Zu den Pflichtleistungen gehören die Versicherungsfälle der Krankheit (Krankenbehandlung, Anstaltspflege, medizinische Hauskrankenpflege), Versicherungsfälle der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (Krankengeld), Versicherungsfall der Mutterschaft (Wochengeld, Kinderbetreuungsgeld), Zahnbehandlung und Zahnersatz, Hilfe bei körperlichen Gebrechen (Hilfsmittel, Heilbehelfe) und Früherkennung von Krankheiten und Erhaltung der Volksgesundheit (Jugendlichenuntersuchung, Vorsorge- bzw. Gesundenuntersuchung). Die Gesundheitsförderung gehört zusammen mit den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation zu den Pflichtaufgaben der Sozialversicherungsträger. Zu den freiwilligen Leistungen zählen die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Kuraufenthalte, Erholungsaufenthalte) und Maßnahmen zur Krankheitsverhütung.

Geregelt ist dies für die Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau im ASVG, welches aus 10 Teilen besteht, wobei der zweiten Teil die Gesetze zu den Leistungen der Krankenversicherung enthält (§§ 116 – 220).<sup>22</sup> Im §116 werden die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich definiert:

*„Die Krankenversicherung trifft Vorsorge*

*1.für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;*

*2.für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und der Mutterschaft;*

*3.für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für die Hilfe bei körperlichen Gebrechen;*

*4.für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;*

*5. für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention..“*

Im § 154 b, Absatz 1, werden die Aufgaben des Versicherungsträgers betreffend der Gesundheitsförderung und Prävention konkretisiert:

*Die Krankenversicherungsträger haben im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dazu beizutragen, den Versicherten und deren Angehörigen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie*

*damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, indem sie insbesondere über Gesundheitsgefährdung, die Bewahrung der Gesundheit und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen - ausgenommen Arbeitsunfälle - aufklären, und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden, Krankheiten und Unfälle - ausgenommen Arbeitsunfälle - verhütet werden können. Dazu sind gezielt für Gruppen von Anspruchsberechtigten abgestellt auf deren Lebenswelten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und daraus abgeleitete Maßnahmen anzubieten.<sup>23</sup>*

§ 447h im 8. Teil (Aufbau der Verwaltung), Abschnitt V besagt, dass im Hauptverband ein Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung zu errichten ist. Im 3. Absatz wird festgelegt, wofür die Versicherungsträger die finanziellen Mittel aufwenden müssen, wobei auch die Sondersicherungsträger in die Bestimmungen miteinbezogen werden:

*Die Mittel des Fonds sind für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie für vom Hauptverband koordinierte Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention zu verwenden. Mindestens 10% dieser Mittel sind jeweils für bundesweite Maßnahmen zur Förderung und Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention zu verwenden; der Hauptverband hat die Verwendung dieser Mittel bis 31. August jedes Jahres zu planen und mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen abzustimmen. Die Überweisung der verbleibenden Mittel an die Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter als Träger der Krankenversicherung erfolgt nach Maßgabe des Einlangens unter Berücksichtigung der Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Beschluss der Trägerkonferenz.*

Für die Sondersicherungsanstalten gelten ähnliche Bestimmungen. Im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG), welches 1957 erlassen wurde, sind die Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Abschnitt II des zweiten Teiles, 3 99b, Absatz 1 geregelt.

Beim Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) aus dem Jahr 1978, regelt § 96b, Absatz 1, die Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention.

Ebenso verhält es sich beim Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG), wo im Unterabschnitt II des Abschnitts II des zweiten Teiles zur Bestimmung der Leistungen der Krankenversicherung im § 65 b die Gesundheitsförderung und Prävention geregelt ist.

Die Gesetzestexte zur Gesundheitsförderung und Prävention sind bei allen 3 Sondersicherungsanstalten gleichlautend zu dem Gesetzestext im ASVG.

### 3.3.3 Art. 15a B-VG und die Gesundheitsreform 2013

Im Artikel 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes ist geregelt, dass Bund und Länder untereinander Vereinbarungen treffen können bezüglich der Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches. Aufgrund dieser Rechtsgrundlage wurde im BGBl I Nr. 105/2008 eine Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zwischen Bund und Ländern getroffen. 2013 wurde zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungen ein Übereinkommen über die Errichtung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystem getroffen (Art. 15a Zielsteuerung – Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013, Artikel 1):

*„Die Vertragsparteien kommen überein, beginnend mit 1. Jänner 2013 eine integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Sozialversicherung als gleichberechtigter Partner einzurichten und gemeinsam weiterzuentwickeln.“<sup>24</sup>*

Dazu wurden in den Bundes-Zielsteuerungsverträgen (B-ZV) und Landes-Zielsteuerungsverträgen (L-ZV) Grundsätze, Ziele und Maßnahmen sowie Messgrößen und Zielwerte für eine vierjährig dauernde Zielsteuerungsperiode festgelegt. Eines der Ziele lautet *„Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention“* unter anderem durch eine *„zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention.“* Es wird nachdrücklich auf die Notwendigkeit einer „Health in all Policies“ (Gesundheit in allen Politikfeldern) hingewiesen: *„Durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren soll die Gesundheit der Bevölkerung wirksam und nachhaltig gefördert werden.“<sup>25</sup>*

Auf Basis dieser Neuregelung müssen in allen Landesgesundheitsfonds eigens dafür geschaffene Sondervermögen mit eigenem Verrechnungskreis als sogenannte Gesundheitsförderungsfonds“ eingerichtet werden, das wiederum im ASVG geregelt wird:

*(1) Die Sozialversicherungsträger als Träger der Krankenversicherung haben sich an den in den jeweiligen Landesgesundheitsfonds nach § 19 G-ZG eingerichteten Gesundheitsförderungsfonds zu beteiligen.*

*(2) Die Mittel werden durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger im Verhältnis der Versichertenzahlen des zweitvorangegangenen Jahres aufgebracht. Dieses Verhältnis ist von der Trägerkonferenz festzustellen. Die Mittel sind am 20. April jeden Jahres im Wege des Hauptverbandes im Verhältnis der zu Grunde gelegten Versichertenzahlen an den jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu überweisen. Die Beträge der gesetzlichen Krankenversicherungsträger an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sind so zu überweisen, dass sie am jeweils vorletzten Bankarbeitstag vor dem Überweisungstermin bei diesem eingetroffen sind.<sup>26</sup>*

Am 21. März 2014 wurde durch die Bundes-Zielsteuerungskommission die sogenannte Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags beschlossen. Das zentrale Ziel der Gesundheitsförderungsstrategie liegt darin, durch verstärkte Umsetzung von breit abgestimmten, qualitätsgesicherten, wirksamen und effizienten Gesundheitsförderungsmaßnahmen einen Beitrag für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich zu leisten.<sup>27</sup> Weitere Ziele sind:

- Unterstützung der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele und der Landesgesundheitsziele
- Stärkung und Weiterentwicklung der politikübergreifenden Zusammenarbeit im Sinne von Health in All Policies
- Förderung einer breit abgestimmten Vorgehensweise im Bereich Gesundheitsförderung
- Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung
- Beitrag zum Kapazitätsaufbau im Bereich Gesundheitsförderung
- Verbreitung gut entwickelter Praxisbeispiele

Die Gesundheitsförderungsstrategie bildet somit einen Rahmen für die Stärkung von zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich, dessen Gültigkeit auf die folgenden 10 Jahre ausgerichtet ist und die in diesem

Zeitrahmen schrittweise umgesetzt werden soll. Für die Periode 2013 – 2016 wurden folgende priorisierte Schwerpunkte festgelegt:

- I. Frühe Hilfen
- II. Gesunde Kinderkrippen und Gesunde Kindergärten
- III. Gesunde Schule
- IV. Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter
- V. Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen
- VI. Soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen

### 3.4 Die gesetzlichen Krankenversicherungen in Zahlen<sup>7</sup>

In Österreich existieren zurzeit insgesamt 19 gesetzliche Krankenversicherungen. Dabei handelt es sich um 9 Gebietskrankenkassen (GKK, je eine pro Bundesland), 6 Betriebskrankenkassen (BKK), 2 Krankenkassen für selbständig Erwerbstätige (SVA - Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und SVB - Sozialversicherungsanstalt der Bauern), eine Krankenkasse für öffentlich Bedienstete (BVA) sowie die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB):<sup>28</sup>

Im Jahr 2013 waren in Österreich 8.426.311 Personen gemeldet, davon waren 8.342.875 anspruchsberechtigt in der Krankenversicherung. Geschützte Personen in der sozialen Krankenversicherung machen somit 99 % der österreichischen Bevölkerung aus.

Geschlecht	Jahr	Alle Anspruchsberechtigten	d a v o n		von den Angehörigen sind Kinder
			Beitragsleistende	Angehörige	
Männer und Frauen	2008	8.049.580	5.988.514	2.061.066	1.606.516
	2009	8.085.295	6.043.089	2.042.206	1.601.348
	2010	8.131.341	6.105.882	2.025.459	1.592.932
	2011	8.208.011	6.198.006	2.010.005	1.586.568
	2012	8.273.700	6.288.432	1.985.268	1.572.333
	2013	8.342.875	6.366.794	1.976.081	1.571.901

Tabelle 1: Anspruchsberechtigte in der Krankenversicherung 2008 - 2013<sup>29</sup>

Die anspruchsberechtigten Personen teilen sich in 6.366.794 Beitragsleistende und 1.976.081 mitversicherte Angehörige auf.

Innerhalb der Gruppe der Beitragsleistenden fallen 63 % auf Erwerbstätige und freiwillig Versicherte und 37 % auf Pensionisten.

Die Wiener Gebietskrankenkasse ist mit fast 1,6 Millionen Anspruchsberechtigten (im Jahr 2013) die größte Krankenkasse in Österreich.

Bezeichnung	Insgesamt	Wien	Nieder- österreich	Burgenland	Ober- österreich	Steiermark	Kärnten	Salzburg	Tirol	Vorarlberg	unbekannt (Ausland)
<b>Personen<sup>1</sup> insgesamt</b>	8.342.875	1.652.201	1.600.572	274.966	1.358.095	1.192.351	553.349	528.956	695.825	361.854	124.706
<b>Summe VSTR (VH)<sup>2</sup></b>	9.013.541	1.765.331	1.764.245	303.912	1.447.711	1.298.575	598.748	573.048	751.546	384.499	125.926
GKK Wien	1.588.174	1.306.358	212.969	25.368	6.634	11.067	4.091	2.501	2.422	941	15.823
GKK Niederösterreich	1.168.439	99.626	1.008.882	20.967	11.949	7.785	1.640	1.092	851	293	15.354
GKK Burgenland	202.420	5.387	11.028	162.847	394	6.554	176	108	118	48	15.760
GKK Oberösterreich	1.192.331	7.995	26.808	925	1.117.625	6.733	2.639	10.483	1.921	469	16.733
GKK Salzburg	449.072	2.460	1.642	217	21.050	4.382	2.704	402.082	2.647	295	11.593
GKK Steiermark	924.281	4.790	3.780	9.017	3.308	877.147	5.478	1.824	966	386	17.585
GKK Tirol	568.018	3.232	2.578	408	1.703	1.770	4.158	2.939	541.488	1.336	8.406
GKK Kärnten	427.291	2.726	1.101	252	665	5.374	411.788	698	1.236	113	3.338
GKK Vorarlberg	312.552	1.296	460	80	495	582	554	384	1.998	300.660	6.043
VA öffentl. Bediensteter	779.948	129.828	198.596	35.237	59.693	129.111	61.206	57.504	71.659	33.675	3.439
SVA der gew. Wirtschaft	748.194	156.583	137.981	25.554	107.381	99.560	50.277	54.957	73.023	33.004	9.874
SVA der Bauern	369.814	3.981	100.315	17.452	84.554	77.031	30.840	21.903	26.161	7.226	351
VAEB	231.088	25.173	50.684	4.967	31.703	44.662	22.887	16.515	26.890	6.034	1.573
BKK Austria Tabak	2.201	657	686	56	388	179	42	33	148	10	2
BKK Verkehrsbetriebe	19.506	14.898	3.909	505	51	82	22	9	4	2	24
BKK Mondi	2.795	158	2.562	4	48	15	-	-	3	-	5
BKK VABS	13.106	58	53	26	33	12.850	62	4	3	3	14
BKK Zeltweg	4.286	78	150	8	24	3.846	165	5	6	3	1
BKK Kapfenberg	10.025	47	61	22	13	9.845	19	7	2	1	8

<sup>1</sup> Jede Person wird nur einmal gezählt

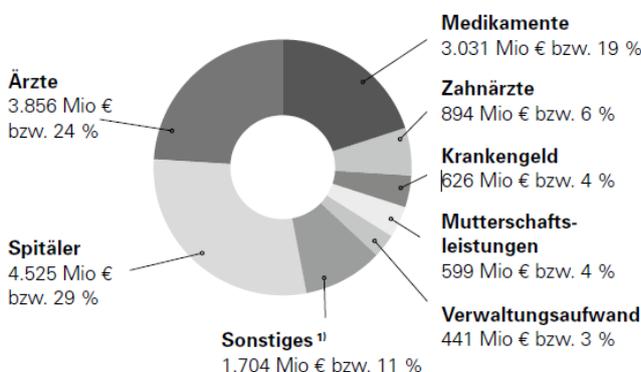
<sup>2</sup> Personen, die bei mehreren Versicherungsträgern anspruchsberechtigt sind, werden bei jedem Versicherungsträger einmal gezählt.

**Tabelle 2: Anspruchsberechtigte Personen in der Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt 2013 nach Versicherungsträger<sup>29</sup>**

Die Einnahmen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen betragen im Jahr 2013 rund 15,8 Milliarden Euro und teilen sich auf in Beiträge für Versicherte, Vermögenserträge, Rezeptgebühren, Leistungssätze, Mittel aus dem Ausgleichsfonds und sonstige Einnahmen. Die Ausgaben betragen im Jahr 2013 15.676 Millionen Euro und verteilen sich folgendermaßen:

### Ausgaben der sozialen Krankenversicherung im Jahre 2013

Gesamtausgaben: 15.676 Mio. € (= 100 %)



1) Med. Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung, Transportkosten, Abschreibungen etc.

Der Hauptanteil (78 %) wird für die Krankenversorgung ausgegeben.

Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention sind unter „Sonstiges“ subsummiert.

**Abbildung 2: Ausgaben der sozialen Krankenversicherungen im Jahr 2013<sup>7</sup>**

## 4 Gesundheit und Gesundheitsziele

### 4.1 Definition von Gesundheit aus verschiedenen Blickwinkeln

Kindern erklärt man den Begriff „Gesundheit“ oft als das Gegenteil von Krankheit. „Gesund“ und „krank“ werden auch im allgemeinen Sprachgebrauch als Antonyme verwendet. Fühlt man sich nicht gesund, bezeichnet man sich als krank. Häufig werden auch Umschreibungen wie „nicht ganz gesund“, „ein bisschen krank“, „schwer krank“ oder „todkrank“ in der Alltagssprache verwendet. Intuitiv scheint jedem bewusst zu sein, dass „gesund sein“ und „krank sein“ keine kontradiktorischen Gegensatzpaar darstellen wie z.B. „tot“ und „lebendig“, sondern dass zwischen „gesund“ und „krank“ eine graduelle Antonymie vorherrscht, ähnlich wie bei „heiß“ und „kalt“.

Im Gesundheitswesen wurde diesem „Wissen“ aber lange Zeit nicht Rechnung getragen. Die WHO definierte 1946 Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen<sup>.30</sup> Trotz Erweiterung des Begriffs „Gesundheit“ auf soziale und damit in Folge auch auf ökonomische Aspekte, bildet der Begriff Gesundheit weiterhin das Gegenteil von Krankheit ab. Die Definition von Gesundheit im Sinne der WHO lässt zudem den Schluss zu, dass es „Gesundheit“ nur theoretisch gibt, denn ein Zustand vollständigen Wohlbefindens sowohl in körperlich-geistiger als auch sozialer Hinsicht ist mit der Realität des Menschseins und der damit verbundenen ständig notwendigen Anpassungs- und Umwandlungsprozesse des Lebens nicht vereinbar.

Der amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky beschrieb Ende der siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts in seinem dynamischen Modell von Gesundheit und Krankheit, dass der Mensch sich ständig auf einem Kontinuum zwischen diesen beiden Polen bewege.<sup>31</sup> Bildlich dargestellt kann man sich eine Wippe vorstellen, an deren einen Ende sich der Zustand vollkommener Gesundheit, am anderen Ende der Zustand der absoluten Krankheit = Tod befindet.

Weiterhin bleiben Gesundheit und damit auch Krankheit jedoch abstrakte Begriffe und sagen nichts über die Zuordnung der jeweiligen Person auf dem Kontinuum aus. Gesundheit und Krankheit werden individuell erlebt und bewertet. Es stellt sich in Folge die Frage, wer darüber entscheidet, ob eine Person gesund oder krank ist bzw. wo auf dem Kontinuum sich eine Person befindet.

Geht man vom Bezugssystem der betroffenen Person aus, ist verständlich, dass die Zuordnung rein subjektiv ist. Gesundheit oder Krankheit ist das subjektive Erleben der eigenen Leistungsfähigkeit und Genussfähigkeit in verschiedenen Aspekten der für das Individuum wichtigen Lebensbereiche, wobei das subjektive Erleben dabei bewertet wird.<sup>32</sup> Ein Mensch kann sich krank oder gesund fühlen, ohne dass es dazu ein nachweisbares Korrelat braucht. Ein Hypochonder wird sich häufig in irgendeiner Form krank fühlen und ein Mensch, der an einer unheilbaren Krankheit oder Behinderung leidet, kann sich nichtsdestotrotz gesund fühlen. Studien haben ergeben, dass es in der Bewertung des subjektiven Erlebens und Zuordnung zu Gesundheit und Krankheit sowohl große Unterschiede hinsichtlich der sozioökonomischen und kulturellen Herkunft gibt, als auch hinsichtlich des Lebensalters, des Geschlechts und der religiösen Orientierung. Jugendliche aus den westlichen Industrieländern assoziieren Gesundheit häufig mit Krankheit und deren Vermeidung, wobei hingegen Jugendliche aus dem nordarabischen und südostasiatischen Raum Gesundheit mit Lebensfreude, Lebenskraft und ausreichend Nahrung in Verbindung bringen. Männer assoziieren mit Gesundheit vorrangig auch die Ebene der Leistungsfähigkeit, während Frauen tendenziell auch die psychische Dimension miteinbeziehen.<sup>33</sup>

Ende der 80iger Jahre wurden mit Methoden der qualitativen Sozialforschung erstmalig im deutschsprachigen Raum Gesundheitstheorien von erwachsenen Laien bzw. ihrer Konstruktion von Gesundheit erforscht.<sup>34</sup> Dabei überwogen die positiven Bestimmungen im Zusammenhang mit dem Begriff Gesundheit gegenüber den negativen Bestimmungen:

<b>Positive Bestimmungen</b>	<b>Negative Bestimmungen</b>
Generelle Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit	Das Fehlen spezifischer körperlicher oder psychischer Beschwerden
Leistungsfähigkeit in Beruf, Sport und Alltag	Die Abwesenheit von Krankheit
Stärke, Kraft und Energie auf körperlicher und seelischer Ebene	Das Fehlen allgemeiner gesundheitlicher Probleme
Körperliches und seelisches Wohlbefinden	
Harmonie zwischen Mensch und Umwelt	

Aus Sicht der medizinischen Wissenschaft ist Krankheit dann vorhanden, wenn Symptome oder auffällige Befunde vorhanden sind. Dabei handelt es sich um subjektiv

erfahrbare und/oder objektiv messbare Abweichungen von einem physiologischen Gleichgewicht oder einer biologischen Norm. Gesundheit ist somit das Fehlen von Symptomen bzw. das Vorhandensein von Befunden, die innerhalb der Schwankungsbreite der biologischen Norm liegen. Diese Dichotomie von Gesundheit und Krankheit erscheint als Handlungsspielraum für Fachkräfte in einem System, welches ausgerichtet ist, kranke Menschen zu behandeln und gesunde Menschen in Ruhe zu lassen, essentiell.

Auf diese Sichtweise aufbauend ist unser heutiges Gesundheitswesen entstanden. Es war lange Zeit ausschließlich auf das Erkennen und Behandeln von Krankheiten ausgerichtet. Im ICD – Code, der „internationalen statistischen Klassifizierung der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ sind in der 10. Revision der WHO bereits über 12.000 Krankheiten klassifiziert. Die Herausgabe der 11. Revision wird für das Jahr 2017 erwartet.<sup>35</sup>

## 4.2 Österreichische Rahmengesundheitsziele

Am 29. Juni 2012 wurden in der 2. Bundesgesundheitskonferenz 10 Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich beschlossen, welche im Herbst 2011 von einem sektorenübergreifenden und interdisziplinär zusammengesetzten Plenum erarbeitet wurde.<sup>36</sup> Im Sinne der „Health in all Policies“ Strategie waren bei der Ausarbeitung der Ziele über 30 Institutionen beteiligt, darunter alle relevanten politischen Ressorts des Bundes und der Länder, alle Sozialversicherungen und Sozialpartner, Vertreter gesundheitsrelevanter Berufsgruppen sowie Vertreter von Kindern, Jugendlichen und Senioren als auch Vertreter der Armutskonferenz. Die 10 Ziele wurden folgendermaßen formuliert:

- Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
- Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

- Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
- Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich zu gestalten und unterstützen
- Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmittel für alle zugänglich machen
- Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
- Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern
- Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Damit sind alle relevanten politischen und gesellschaftlichen Bereich angesprochen und aufgefordert, sich aktiv an der „Health in all policies“ zu beteiligen.

Diese Ziele sollen einen gemeinsamen Handlungsrahmen für die kommenden zwei Jahrzehnte bilden, um die Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen zu verbessern. Konkret sollen die Ziele dazu beitragen, dass die mit Gesundheit verbrachte Lebenszeit um zumindest 2 Jahre steigt.

Ein konkretes Strategiekonzept mit Definition von Wirkungszielen und Maßnahmen für 4 priorisierte Ziele wurde 2013 und 2014 von intersektoral besetzten Arbeitsgruppen ausgearbeitet, wobei zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit 2 Berichte fertiggestellt waren:<sup>37</sup>

- Bericht der Arbeitsgruppe *Ziel 3*: „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.“
- Bericht der Arbeitsgruppe *Ziel 6*: „Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen

Ein Bericht der Arbeitsgruppen zum Ziel 1 und Ziel 2 waren bis Dezember 2014 noch nicht abrufbar.

## 5 Gesundheitsförderung – Definition, Entwicklung und Abgrenzung zur Primärprävention

Nach Gerald Caplan, einem amerikanischen Sozialpsychiater, setzt die Primärprävention vor dem Beginn einer Krankheit ein und hat somit als Ziel, eine Erkrankung überhaupt zu verhindern. Primärprävention beinhaltet somit alle

*„Maßnahmen zur Vermeidung krankheitsauslösender Ursachen (Exposition) und Verringerung bzw. Verhinderung eines personengebundenen Risikos (Disposition, verhaltensorientierte Risikofaktoren).“<sup>38</sup>*

Ein typisches Beispiel für die Primärprävention ist die Kariesprophylaxe, speziell bei Kindern.

Im Gegensatz dazu setzt die Sekundärprävention dann an, wenn die Krankheit bereits begonnen hat, der Erkrankte jedoch von ihr noch nichts bemerkt oder bemerken kann. Zu den klassischen Maßnahmen der Sekundärprävention zählen z.B. das Screening von Krebserkrankungen oder die Vorsorgeuntersuchungen.

Die Grenzen zwischen Primär- und Sekundärprävention sind jedoch oft nicht eindeutig auszumachen. Je nachdem, wie zum Beispiel Übergewicht definiert wird, würde eine Gewichtsreduktion zu den primärpräventiven Maßnahmen zählen (Übergewicht = Risikofaktor für Erkrankungen) oder als sekundärpräventive Maßnahme (Übergewicht = „beschwerdefreie“ Erkrankung). Auch werden Maßnahmen zur Tabak- bzw. Suchtprävention einmal zur Primär-, ein anderes Mal zur Sekundärprävention gezählt, je nachdem, ob man Menschen dazu bringen will, überhaupt nicht mit dem Suchtmittel anzufangen oder bereits Süchtigen helfen möchte, vom Suchtmittel wegzukommen.

Noch verschwommener ist allerdings die Grenze zwischen Gesundheitsförderung und Primärprävention.

Auf den ersten Blick haben Maßnahmen zur Primärprävention und Maßnahmen der Gesundheitsförderung große Ähnlichkeiten, sodass beiden Begriffe für viele das gleiche bedeuten und beide Begriffe zum Teil auch von Fachleuten des Gesundheitssystems häufig bedeutungsgleich verwendet werden. Wenn man sich intensiv mit der Thematik der Primärprävention und Gesundheitsförderung einliest, dann erscheint es fast so, dass es zwei Lager gibt: die einen unterstreichen die Unterschiede der Primärprävention von der Gesundheitsförderung, die anderen meinen, dass eine Trennung zwischen Gesundheitsförderung und Primärprävention

gar nicht möglich sein, ja sogar unsinnig sei, weil beide Strategien Hand in Hand gehen.

Die Autorin dieser Arbeit hat sich jedoch dem Standpunkt angeschlossen, dass es durchaus Unterschiede zwischen Programmen der Gesundheitsförderung und jenen der Primärprävention gibt, obwohl es viele Projekte gibt, die beide Strategien miteinander vereinen. Tatsächlich scheinen bei näherer Betrachtung die Unterschiede viel kleiner zu sein als die Gemeinsamkeiten. Ziel sowohl der Prävention als auch der Gesundheitsförderung ist die Entwicklung von mehr Gesundheit durch Verhinderung von Krankheit bzw. Vermeidung und krankmachendem Verhalten. Die Primärprävention hat jedoch immer eine bestimmte Zielgruppe im Visier und einen bestimmten Risikofaktor, den es zu vermeiden gibt. Die Gesundheitsförderung ist hingegen viel weiter gefasst.

Am 21. November 1986 wurde in Ottawa eine Charta zur Gesundheitsförderung verabschiedet, die die Gesundheitsförderung folgendermaßen beschreibt:

*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und die damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“<sup>39</sup>*

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Primärprävention und Gesundheitsförderung ist die grundsätzliche Denkweise „was erhält den Menschen gesund“ in der Gesundheitsförderung (Gesundheitsparadigma - Salutogenese) und „was macht den Menschen krank“ in der Prävention (Krankheitsparadigma - Pathogenese). Während die Prävention – oft mit erhobenem Zeigefinger - krankheitsverursachende Risiken und risikoreiches Verhalten aufspürt, geht die Gesundheitsförderung auf Schatzsuche, um vorhandene gesundheitserhaltene Ressourcen und Chancen zu fördern. Die

gesundheitlichen Themen bei der Prävention sind vorgegeben und werden nach neuesten medizinischen Kenntnissen erarbeitet (z.B. Krebsvorsorge oder Kariesprophylaxe), wobei die Maßnahmen auf einen definierten Endpunkt abzielen (z. B. Vermeidung von Karies). Die Themen der Gesundheitsförderung sind hingegen viel unspezifischer und kommen aus den Lebenswelten selbst. Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen auf eine Einflussnahme auf die sogenannten Determinanten von Gesundheit.

Durch die Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten sollen sozialen, wirtschaftlichen und organisatorischen Bedingungen für die Herstellung von Gesundheit verbessert werden. Determinanten von Gesundheit sind zum einen personale Faktoren, wie Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, genetische Disposition, körperliche Konstitution, Lebensgewohnheiten, Bildungsgrad, Persönlichkeitsstruktur und zum anderen soziale Faktoren wie die wirtschaftliche Lage, Wohnverhältnisse, Umweltqualität, Arbeitsbedingungen, Verkehrssicherheit und die soziale Integration. Die Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Versorgungsqualität des Gesundheitssystems bilden die dritte Säule der Gesundheitsdeterminanten, wobei diese Säule nur für maximal 20 Prozent der Varianz von Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung verantwortliche ist.<sup>40</sup>

Den beiden britischen Gesundheitswissenschaftlern Michael Marmot und Richard G. Wilkinson zufolge sind die zehn wichtigsten Determinanten von Gesundheit:<sup>41</sup>

- Armut und soziale Ausgrenzung
- Soziale Unterschiede während des Lebenslaufs
- Soziale Verhaltensmuster und dadurch strukturiertes individuelles Verhalten
- Soziale Organisation, sozialer Stress und Gesundheit
- Soziale Unterstützung und sozialer Zusammenhalt, soziales Kapital
- Frühkindliche Entwicklung
- Das psychosoziale Arbeitsumfeld
- Mobilität und Verkehr
- Nahrungsmittel
- Arbeitslosigkeit

Die Determinantenorientiertheit der Gesundheitsförderung ist ein zentraler Aspekt, welchen man bei Programmen der Primärprävention nicht erwartet oder zumindest nicht in den Vordergrund stellt.

Ein weiterer Unterschied der Gesundheitsförderung zur Primärprävention liegt darin, dass Gesundheitsförderung zu jedem Zeitpunkt im Leben Sinn macht, also auch nach

Eintritt einer Erkrankung bzw. auch „bis zum letzten Atemzug“. Spricht man in der Versorgungsmedizin nach Krankheitseintritt von Tertiärprävention, um das Fortschreiten einer Erkrankung zu behindern und Folgeerkrankungen zu vermeiden bzw. von Palliativmedizin, wenn es dann nur mehr darum geht, Schmerzen zu lindern, so bleiben die Ansätze und Ziele der Gesundheitsförderung doch die gleichen. Sieht man sich das dynamische Modell von Gesundheit und Krankheit von Antonovsky an, dann ist es nicht schwer, sich vorzustellen, dass Gesundheitsförderung in jedem Moment ansetzen kann. Ziel ist es, dem Pol der vollkommenen Gesundheit auf Dauer möglichst nahe zu kommen. Wobei es die „vollkommene Gesundheit“ nicht gibt und das Modell der Wippe, wie bereits beschrieben dahingehend hinkt, dass es zwar Pole gibt, diese jedoch in unendlicher Weite liegen. Es gibt in der Praxis den Zustand der vollkommenen Gesundheit ebenso wenig wie es den Zustand der vollkommenen Krankheit gibt; dieser wäre ident mit dem Tod – das Kontinuum bezieht sich jedoch ausschließlich auf (noch) lebende Menschen. In die Praxis umgesetzt bedeutet das folglich, dass es keinen Menschen gibt, und sei er noch so krank, bei dem nicht ein Rest von Gesundheit vorhanden ist, die gefördert werden kann. Je näher sich der Mensch im Kontinuum am Pol der vollkommenen Gesundheit wiederfindet, desto umfassender kann die vorhandene Gesundheit gefördert werden.

Gemäß der Ottawa Charta der WHO sollte sich die Gesundheitsförderung auf fünf Handlungsebenen abspielen:

a) Handlungsebene Politik

Gesundheitsfördernde Politik sollte ihren Ausdruck zum Beispiel in Gesetzesinitiativen, steuerlichen Maßnahmen und organisatorisch strukturellen Veränderungen finden. Den Politikern müssen die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen, gerade wenn diese Entscheidungen nicht direkt den medizinischen, sondern den sozialen und wirtschaftlichen Bereich betreffen, bewusst werden.

b) Handlungsebene Lebenswelten

Hierbei geht es um die Schaffung gesundheitsförderliche Lebenswelten. Der Sorge um die Umwelt sollte großes Augenmerk geschenkt werden. Die Erhaltung der natürlichen Ressourcen sollte zu eine globalen Aufgabe größter Wichtigkeit werden. Schule, Arbeit und Familie sollten eine Quelle der Gesundheit sein.

#### c) Handlungsebene Gemeinde

Der Lebensraum Gemeinde sollte den Menschen, die dort wohnen, eine gesunde Lebensgestaltung ermöglichen und sie zu solch einer hinführen. Gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen sollten größtmögliche Unterstützung erhalten. Gemeinden sollte eine gewisse Selbstbestimmung erhalten, notwendige gesundheitsförderliche Aktivitäten durchführen zu können und somit bei der Entscheidung von Prioritäten, Planung und Umsetzung von Strategien selbstbestimmt agieren zu können. Nachhaltige Gesundheitsförderung fordert Beteiligung der Bürger und die Bereitschaft, sich auf Veränderungen einzulassen.

#### d) Handlungsebene Individuum

Hierbei geht es um die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Fähigkeiten, dem sogenannten „Empowerment“, sodass es den Menschen bestmöglich gelingt, ihr Leben und ihre soziale Lebenswelt selbst zu gestalten. Dies soll vor allem durch Information und gesundheitsbezogene Bildung geschehen, sodass es den Menschen besser möglich ist, mehr Einfluss auf ihrer eigene Gesundheit und Lebensweise zu haben und dass es ihnen leichter fällt, im Alltag Entscheidungen zu treffen, die ihrer Gesundheit förderlich sind. Des Weiteren sollen soziale Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit verbessert werden. Chronisch Kranke und Menschen mit einer Behinderung sollen ihr Leben angemessen bewältigen können und Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben erfahren.

#### e) Handlungsebene Gesundheitsdienst

Hierbei geht es vor allem um eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste über medizinisch-kurative Betreuungsleistungen hinaus. Ziel soll sein, ein Versorgungssystem zu schaffen, das auch auf die Förderung und Erhaltung von Gesundheit ausgerichtet ist und nicht nur die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen anbietet. Es soll ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass Gesundheit nicht hauptsächlich durch bessere Krankheitsversorgung entsteht. Hauptaugenmerk soll auf die Notwendigkeit der Koordination zwischen dem Gesundheitssektor im engeren Sinn und anderer gesundheitsrelevanter sozialen, politischen und wirtschaftlichen Sektoren gelegt werden.

1977 wurde von der 30. Versammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Programm „Health for all 2000“ (Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000)

verabschiedet.<sup>42</sup> Die Weltgesundheitsorganisation ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen. Sie wurde 1948 gegründet und beschäftigt sich vorrangig mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit.<sup>43</sup>

1978 wurde dieses Programm in der internationalen Konferenz in Alma Ata fortgeschrieben. Die WHO konstatiert dabei den dringenden Handlungsbedarf für alle Regierungen und dass die eklatante Ungleichheit in Bezug auf den Gesundheitszustand der Menschen weltweit nicht hinnehmbar sind. Es wird festgehalten, dass die Regierungen für die Gesundheit ihrer Bevölkerung verantwortlich seien. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass eine wirtschaftliche und soziale Entwicklung auf der Grundlage einer neuen Weltwirtschaftsordnung von grundlegender Bedeutung für die Verwirklichung von Gesundheit für alle darstelle und notwendig sei, um die Kluft zwischen entwickelten Ländern und Entwicklungsländern in Bezug auf den Gesundheitszustand der jeweiligen Bevölkerung zu verringern. Gesundheit für alle hat die Bedeutung, dass alle Völker ein Gesundheitsniveau erreichen, dass ihnen ermöglicht, ein gesellschaftlich aktives und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.<sup>44</sup>

Die ersten Konzepte zur Gesundheitsförderung wurden in den 1980iger Jahren in Australien, den Staaten Nordamerikas sowie den Industriestaaten Europas entwickelt. 1986 wurde in Ottawa im Rahmen der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung ein Konzept zusammengestellt, dass als eine Art Aktionsprogramm zur Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele „Gesundheit für alle 2000“ entwickelt wurde. Initiiert wurde das Konzept vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation und erfuhr danach eine weltweite Verbreitung.<sup>45</sup>

Auf der 2. internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, die nur 2 Jahre später in Adelaide, Australien, stattfand, wurde das Konzept ergänzt. Hierbei ging es hauptsächlich um die praktische Umsetzung der Aktionsstrategien. Als Schwerpunkte wurden die Unterstützung der Gesundheit von Frauen, Essen und Ernährung zur Überwindung von Hunger und Mangelernährung, Tabak und Alkoholgebrauch sowie Missbrauch und Schaffung unterstützender Umfelder und Umwelten gesetzt.<sup>46</sup>

3 Jahre später, 1991, fand in Sundsvall, Schweden, die dritte internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt. Bei dieser Konferenz, die somit 14 Jahre nach der Zielvereinbarung von Alma Ata und 5 Jahre nach Veröffentlichung der Ottawa Charta stattfand, gestanden sich die Teilnehmer ein, dass das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ nicht erreichbar sein wird. Schwerpunkt dieser Konferenz war die Betonung der Notwendigkeit von Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und

der Notwendigkeit, Gesundheits- und Umweltbereich miteinander zu verbinden. Als Ziel wurde vereinbart, das psychische, soziale, wirtschaftliche und politische Umfeld gesundheitsförderlich zu gestalten.<sup>47</sup>

1997 fand in Jakarta, Indonesien, die 4. internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt. Der Leitgedanke dieser Konferenz lautete: „Neue Akteure für eine neue Ära – Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert.“ Bei dieser Konferenz wurde die Jakarta-Erklärung verabschiedet. Es handelt sich dabei um ein Dokument, welches die Inhalte der Ottawa-Charta vertieft und ergänzt. Es fand eine Neubewertung von Determinanten der Gesundheit statt. Armut wird dabei als die mit Abstand größte Bedrohung von Gesundheit gesehen. Als weitere wichtige Gefährdung der Gesundheit werden unter anderem Bewegungsarmut, zunehmender Drogenmissbrauch und Zunahme von Gewalt im privaten und öffentlichen Bereich beschrieben. Die Globalisierung der Wirtschaft, der Finanzmärkte und des Handels, werden ebenso als wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit benannt wie auch der Anstieg neuer und wiederaufkeimender Infektionskrankheiten sowie die zunehmende Resistenzen diverser Antibiotika. Des Weiteren flossen in das Dokument Erfahrungen über bis dato effektive Gesundheitsförderung mit ein, wie z. B. die Effektivität von Gesundheitsförderung in Settings und Gesundheitsförderung, deren Ansätze auf einer Kombination aller 5 Handlungsstrategien der Ottawa-Charta basieren. Es wurden 5 Prioritäten in der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert festgelegt: Förderung sozialer Verantwortung für die Gesundheit, Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung, Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit, Stärkung der gesundheitsfördernden Potentiale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen sowie die Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung.<sup>48</sup>

Im darauf folgendem Jahr, im Mai 1998, wurde im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung, die einmal im Jahr in Genf stattfindet und als höchstes Entscheidungsorgan der WHO fungiert, unter anderem folgendes festgehalten:

„Wir erkennen an, dass die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens der Menschen das Endziel der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung darstellt. .... Wir betonen, dass es wichtig ist, bei der Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung soziale und wirtschaftliche Chancenungleichheit abzubauen. Deshalb muss unsere größte Aufmerksamkeit unbedingt denen gelten, die unsere Hilfe am dringendsten brauchen, die durch Krankheit belastet sind, gesundheitlich unzulänglich versorgt werden oder von Armut betroffen sind. Wir bestätigen unseren Willen, die Gesundheit zu fördern, indem wir die grundlegenden Determinanten und die

Grundvoraussetzungen von Gesundheit angehen. Wir erkennen an, dass Veränderungen im weltweiten Gesundheitszustand voraussetzen, dass wir der „Politik Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert“ durch relevante regionale und nationale Konzepte und Strategien Wirkung verleihen.“

Das gesundheitspolitische Rahmenkonzept „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“, abgekürzt GFA, ist als Antwort und fortführende Zustimmung zu sehen zu den Visionen einer „Gesundheit für alle“, welche in der Konferenz in Alma Ata 1978 festgehalten wurde. Dem Konzept liegt zu Grunde, dass die weltweit sechs Regionalbüros der WHO ihre Programme auf die Gesundheitsbedürfnisse der jeweiligen Mitgliedsstaaten abstimmen. Für die europäische Region der WHO erstellte das WHO Regionalbüro das Konzept „GESUNDHEIT21“, welches durch folgende Hauptelemente gekennzeichnet ist<sup>49</sup>:

- 3 Grundwerte, die die ethische Grundlage des Konzepts GFA bilden:
  - Gesundheit als fundamentales Menschenrecht
  - gesundheitliche Chancengleichheit und solidarisches Handeln zwischen Ländern und Bevölkerungsgruppen
  - Partizipation und Rechenschaftspflicht sowohl des Einzelnen als auch der Gemeinschaft in der gesundheitlichen Entwicklung
- 2 Hauptziele zur Erreichung einer besseren Gesundheit:
  - Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens
  - Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen
- 4 Hauptstrategien zur Erreichung der Zielsetzungen:
  - eine ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung durch auf das Gesundheitsresultat ausgerichtete Investitionen zur gesundheitlichen Entwicklung
  - psychische, wirtschaftliche, soziale, kulturelle und geschlechtsspezifische Auseinandersetzung und Beurteilung der Determinanten für Gesundheit
  - integrierte Familien – und gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung
  - partizipatorischer Gesundheitsentwicklungsprozess auf allen Ebenen – zu Hause, Schule, Arbeitsplatz, örtliche Gemeinde und Land

Mit der Schaffung der Gesundheitsrahmenziele für Österreich im Jahr 2011/2012 und Formulierung der Zielsteuerungsverträge 2013 im Rahmen der Gesundheitsreform, bei der sich die Politik dezidiert festgelegt hat, beim Thema Gesundheit die Gesundheitsdeterminanten verstärkt zu berücksichtigen und die Gesundheitsförderung zu forcieren, hat Österreich einen weiteren Schritt gesetzt, dem Ziel „Gesundheit für alle“ im eigenen Land näher zu kommen.

## 6 Gesundheitsförderung in ihren unterschiedlichen Ansätzen

Die Gesundheitsförderung lässt sich nach unterschiedlichen Gesichtspunkten einteilen. Je nachdem ob die gesundheitsförderliche Maßnahme ausschließlich auf das Verhalten des Einzelnen abzielt oder auf eine Veränderung der Rahmenbedingungen, des sogenannten Kontextes des Einzelnen, spricht man von einer verhaltensorientierten bzw. einer verhältnisorientierten Gesundheitsförderung. Unterscheidet man, ob die gesundheitsförderlichen Maßnahmen hauptsächlich einzelne Personen ansprechen soll oder eine Grundgesamtheit von Menschen, egal ob gesund oder krank, dann spricht man von einer individuellen Gesundheitsförderung bzw. einer bevölkerungsorientierten Gesundheitsförderung. Man kann eine Einteilung aber auch nach den Handlungsfeldern durchführen (Bewegung, Ernährung, Suchtmittel, psychische Gesundheit, usw.)

Rolf Rosenbrock, ein deutscher Gesundheitswissenschaftler, unterscheidet zwischen sechs unterschiedliche Strategietypen, wobei jede „sowohl das Moment der Belastungssenkung (= Primärprävention) als auch jenes der Ressourcenstärkung (= Gesundheitsförderung) enthält.“<sup>1</sup>

<b>Ansatz</b>	<b>Ohne Beeinflussung des Kontextes - Beispiele</b>	<b>Mit Beeinflussung des Kontextes – Beispiele</b>
<u>Individuum</u>	Ärztliche Beratung, Information Bewegungskurse	Präventiver Hausbesuch
<u>Setting</u>	Anti-Tabak Aufklärung in der Schule Gesundheitstag in der Gemeinde Obsttag im Betrieb	Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung, Gesunde Schule
<u>Bevölkerung</u>	Medienkampagnen wie z.B. "Obst ist gesund", "Rauchen gefährdet ihre Gesundheit"	Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen inkl. der Gastronomie

Rosenbrock geht es weniger um die Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Primärprävention, als mehr um die Frage, ob die Intervention in irgendeiner Form auch den Kontext miteinbezieht.

Je nach Interventionsebene unterscheidet man somit die individuell ansetzende Gesundheitsförderung von einer Gesundheitsförderung, die einen definierten Teil der Bevölkerung ansprechen soll (settingbasierte Gesundheitsförderung) bzw. die gesamte Bevölkerung eines Landes (bevölkerungsbasierte Gesundheitsförderung).

Als Setting in der Gesundheitsförderung bezeichnet man einen Sozialzusammenhang, der eine gewisse Zeitspanne umfasst und durch regionale Strukturen, formale Organisation oder aufgrund gleicher Erfahrung der Menschen oder ähnliche Lebenslage definiert ist und von dem Einflüsse auf Gesundheitsressourcen ausgehen können. Beispiel für Settings sind Bildungseinrichtungen (Kindergärten, Schulen), Freizeiteinrichtungen (Vereine), Betriebe oder die Gemeinde bzw. ein Stadtteil einer Großstadt. Aus diesem Ansatz heraus haben sich die schulische Gesundheitsförderung sowie die betriebliche Gesundheitsförderung bisher am meisten entwickelt.

Bevölkerungsbezogene Maßnahmen stellen komplexe Interventionen dar, weil sie zahlreiche Akteure unterschiedlicher Herkunft mit unterschiedlichen Interessen und zum Teil auch unterschiedlichen Zielvorstellungen einbeziehen. Die Maßnahmen sollten eine gesamtgesellschaftliche Reichweite haben. Vordergründig zielen sie darauf ab, kleine, aber weit verbreitete Änderungen für alle, zumindest jedoch für die meisten Mitglieder der Bevölkerung, zu erreichen. Derartige Ansätze stützen sich auf gesundheitswissenschaftliche Studien, die belegen, dass ein leichter Rückgang des Risikos in der Gesamtbevölkerung einen größeren Gesundheitsgewinn bringt als ein größerer Rückgang in einer kleineren Gruppe.<sup>50</sup>

Jede Maßnahme, unabhängig ob sie individuell, in einem Setting oder bevölkerungsbezogen ansetzt, kann die Veränderung des Kontextes, in dem die Gesundheitsförderung greifen soll, miteinbeziehen bzw. auch als vorrangiges Ziel definieren.

## **6.1 Gesundheitsförderung ohne Beeinflussung des Kontextes**

### **6.1.1 Individuell ansetzende Gesundheitsförderung ohne Beeinflussung des Kontext**

Hierzu zählen Information, Aufklärung und Beratung. Gesundheitsfördernde Inhalte werden zum Beispiel im Rahmen verschiedener Gesundheitskurse übermittelt. Persönliche Ressourcen, die der Gesundheit dienen, sollen dabei erkennbar und gestärkt werden, sodass das Selbstvertrauen und die Fähigkeit zur Selbsthilfe wachsen. Hierbei wird, wenn auch nur bedingt, auf den einzelnen Menschen eingegangen ohne jedoch seine Umwelt und seinen Alltag miteinzubeziehen.

### **6.1.2 Setting basierte Gesundheitsförderung ohne Beeinflussung des Kontextes**

Gesundheitsförderung, die in einem definierten Setting stattfindet, ohne jedoch das Setting selbst in irgendeiner Form zu verändern, wird als Gesundheitsförderung im Setting bezeichnet und findet zum Beispiel in Form von Kampagnen oder organisierten Projekten zum Thema Gesundheit statt.

### **6.1.3 Bevölkerungsbasierte Gesundheitsförderung ohne Beeinflussung des Kontextes**

Diese Art der Gesundheitsförderung ähnelt der Gesundheitsförderung im Setting, nur dass hierbei nicht nur eine bestimmte Gruppe angesprochen werden soll, sondern die gesamte Bevölkerung. Dabei gilt auch, dass die gesamte von der Maßnahme potentiell betroffene (gesunde oder kranke) Bevölkerung die gleiche Chance zur Inanspruchnahme der Maßnahme haben sollte. Somit sind die Themen auch sehr weit gefasst („Obst ist gesund“, „Rauchen gefährdet die Gesundheit“, „Sport hält gesund“ usw.) und allgemein gültig. Auch hierbei wird der Kontext des einzelnen nicht erfasst, sondern man erhofft durch allgemeine Information und Aufklärung ein stärkeres Bewusstsein für die eigene Gesundheit zu erzeugen mit konsekutiver gesundheitsförderlicher Verhaltensänderung. Es handelt sich hierbei meist um Kampagnen, deren Aufwand relativ gering und in der Organisation verhältnismäßig unproblematisch ist. Die gesundheitliche Wirkung wird in der Regel nicht evaluiert, der Nutzen solcher Kampagnen wird aber als äußerst gering eingeschätzt und wird eher der „symbolischen Politik“ zugeordnet.<sup>1</sup>

Durch Informationsvermittlung, Aufklärung und Beratung kann man Wissen gut aufbereiten und viele Menschen in einem kurzen Zeitraum damit erreichen. Betrachtet man aber die Tatsache, dass Gesundheit sehr ungleich verteilt ist und ein wesentliches Ziel der Gesundheitsförderung die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen darstellt, muss man erkennen, dass diese Art der Gesundheitsförderung sehr enge Grenzen hat und man muss die Frage stellen, welche Menschen hauptsächlich von dieser Art der Gesundheitsförderung einen Nutzen ziehen.

Gesundheitskurse werden überproportional häufig von Menschen besucht, die von vornherein ein reges Interesse an ihrer Gesundheit haben und aufgrund ihres sozialen Status auch die Zeit aufbringen können, solche Angebote wahrnehmen zu können. Bei dieser Art der passiven Rekrutierung von Teilnehmern sind Jugendliche, Männer, über 60-Jährige und Menschen aus sozial benachteiligten Schichten deutlich unterrepräsentiert.<sup>51</sup>

Die Maßnahme „Be Smart – Don’t start“<sup>52</sup> der in Deutschland bundesweiten Anti-Tabakaktion in den Schulen konnte nur mit geringem Erfolg aufwarten. Eine Analyse ergab keinerlei Auswirkungen bei den Hauptschülern und nur geringe, meist vorübergehende Wirkung bei den Gymnasiasten.<sup>53</sup>

Ein weiteres Problemfeld ergibt sich aus der Tatsache, dass es oft zu Schwierigkeiten kommt, theoretisches Wissen im Alltag mit seinen festgefahrenen Verhaltensmustern umzusetzen. Aus der Psychologie weiß man, dass Wissen alleine nur sehr selten zu einer erfolgreichen Verhaltensveränderung führt.<sup>54</sup> Menschen können aufgrund ihres Wissens zwar langfristige Entwicklungen erkennen und abschätzen, das praktische Handeln ist jedoch hauptsächlich gegenwartsbezogen. Mögliche zukünftige negative Folgen des gegenwärtigen Handels werden oft verdrängt. Das erklärt auch, warum Menschen weiterräumen, obwohl mittlerweile wissenschaftlich bewiesen ist, dass Rauchen für zahlreiche Erkrankungen ursächlich verantwortlich ist.<sup>55</sup>

## **6.2 Gesundheitsförderung mit Beeinflussung des Kontextes**

### **6.2.1 Individuell ansetzende Gesundheitsförderung mit Beeinflussung des Kontexts**

Hierbei wird das häusliche und familiäre Umfeld miteinbezogen indem nicht nur eine Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens angestrebt wird, sondern auch z. B. auf eine situationsgerechte Gestaltung der technischen Wohn- und sozialen Lebenssituation gezielt wird. Beispiele hierfür wären gesundheitsfördernde Aktivitäten, die in die Hauskrankenpflege miteinfließen indem alle noch vorhandene Ressourcen gefördert werden und die Kompetenzen des Patienten gestärkt werden unter Einbeziehung des gesamten häuslichen Umfeldes. Weitere Beispiele wären sogenannte präventive Hausbesuche, z.B. durch Sozialarbeiter, Hebammen oder Ärzte, bei denen sowohl der Gesundheit förderliche als auch hemmende Faktoren direkt im häuslichen Umfeld der Person ausfindig gemacht werden. In der Schweiz

wurde zum Beispiel beim Projekt EIGER zum Thema Gesundheitsförderung im Alter festgestellt, dass mit geriatrischen Hausbesuchen Pflegeheimweisungen und der Verlust der Selbständigkeit deutlich hinausgezögert werden konnten.<sup>56</sup>

### 6.2.2 Setting basierte Gesundheitsförderung mit Beeinflussung des Kontextes

Wird der Kontext eines Settings im Rahmen einer gesundheitsfördernden Maßnahme gezielt miteinbezogen, dann spricht man von der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings.

Der Kontext kann dahingehend beeinflusst werden, dass augenscheinlich Rahmenbedingungen verändert werden, wie zum Beispiel bauliche Maßnahmen.

In der überwiegenden Mehrheit handelt es sich aber um Veränderungen, die in Beziehungen der Individuen zueinander passieren. Man spricht dabei von der Veränderung des sozialen Kapitals einer Gemeinschaft/Gesellschaft/ Gruppe. Die Bezeichnung „soziales Kapital“ oder „Sozialkapital“ ist eine Erweiterung des Konzeptes der sozialen Kohäsion und der sozialen Beziehungen. Soziale Kohäsion beschreibt das Phänomen des Zusammenhalts von Gruppen in überschaubaren sozialen Einheiten wie zum Beispiel in der Familie, in einer Dorfgemeinschaft, in städtischen Bezirken, ländlichen Regionen, in einer Schulgemeinschaft, in einem Betrieb, in Vereinen oder aber auch in einer Partei. Eine wissenschaftliche Verbreitung hat das Konzept des sozialen Kapitals in den 1980er Jahren erfahren. Pierre Bourdieu, ein französischer Soziologe, hat als einer der ersten das Konzept folgendermaßen beschrieben:

Das soziale Kapital ist *„die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind.“*<sup>57</sup>

Somit ist soziales Kapital das Produkt eines Zeit- und Arbeitsaufwandes, der in Beziehungen investiert wird. Dieser Aufwand bestehe in permanenten materiellen als auch symbolischen Tauschaktionen. Tauschobjekte wären Gegenstände wie Geschenke oder Geld, oder auch Hilfeleistungen, Gefälligkeiten, Besuche oder Kommunikation. Die positiven Effekte einer Stärkung des sozialen Kapitals liegen je nach Blickwinkel in einem Wachstum der wirtschaftlichen Kräfte, einer Festigung der politischen Stabilität, eines Einflusses auf Bildungsprozesse und Sozialisation sowie eine Auswirkung auf die physische und psychische Gesundheit des einzelnen.

Pierre Bourdieu sieht einerseits das soziale Kapital als eine Art Katalysator für das ökonomische Kapital (Vermögensbildung) und das kulturelle Kapital (Aneignung von

Wissen und Fähigkeiten), andererseits entsteht soziales Kapital selbst wiederum durch den Einsatz von materiellem und kulturellem Kapital. Das soziale Kapital ist demzufolge eine abhängige Größe, variiert mit bereits vorhandenem Kapitalbesitz des einzelnen und ist in der Gesellschaft ebenso wie die anderen Kapitalarten ungleich verteilt. Bourdieu sieht das soziale Kapital hauptsächlich als eine individuell nutzbare Ressource.<sup>58</sup>

Im Gegensatz dazu sieht der amerikanische Soziologe James Coleman das soziale Kapital vornehmlich als Eigenschaft einer sozialen Einheit, in der Vertrauen und das Erfüllen von Verhaltenserwartungen zentrale Elemente darstellen. Für Coleman ist das soziale Kapital kein Kapitalvermögen des Individuum sondern Kapitalvermögen für das Individuum.<sup>59</sup>

Gemeinsam ist beiden Ansichten, dass viele unterschiedliche Ressourcen als soziales Kapital betrachtet werden können. Dazu zählen ökonomische Ressourcen (Geld leihen und verleihen, Schenkungen, Erbschaften), Wissenserwerb, der in weiterer Folge zu einem besseren Zugang zum Arbeitsmarkt und zu beruflichem Aufstieg führen kann, Bildung und Teilhabe an Netzwerken, Gruppen und Gemeinschaften, pflegerische Unterstützung (z.B. privat organisierte Kinderbetreuung oder Altenpflege, zahlreiche unterschiedliche Formen informeller Hilfsangebote) aber auch die vielen verschiedenen Angeboten an Alltagshilfen ( z. B. Reparaturen, Unterstützung bei Behördengängen oder Umzügen, Hilfe bei Wohnungssuche). Allgemein betrachtet fallen unter dem Begriff soziales Kapital alle Formen zwischenmenschlicher Zuwendung und Unterstützung, die eine wechselseitige persönliche Bezugnahme auf die andere Person als Voraussetzung haben.<sup>58</sup>

Die Stärkung und Vermehrung von sozialem Kapital in einer Population steht bei der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings im Mittelpunkt. Hierbei spielen Partizipation und Empowerment der Mitglieder des Settings eine zentrale Rolle. Partizipation in der Gesundheitsförderung bedeutet, dass sich die Beteiligten mit dem Vorhaben identifizieren und dadurch eine Art Betroffenheit entsteht. Aus dieser Betroffenheit heraus bildet sich die notwendige Motivation, an einem Veränderungsprozess aktiv und gestaltend teilzunehmen. Zu Beginn des Prozesses steht immer eine Analyse und Auseinandersetzung von gesundheitsbezogenen Problemen, die von den Nutzern dieses Settings selbst identifiziert werden. Darauf folgende Interventionen sollten anschließend von den Nutzern des Settings selbst angefordert und insbesondere mitgestaltet werden, sodass sich die Interventionen und die dadurch entstandenen Veränderungen nach den Bedürfnissen der Nutzer orientieren. Durch die aktive Teilnahme und Miteinbeziehung der

Betroffenen an Planung und Umsetzung von Interventionen würden die Veränderungsprozesse wirkungsvoller und nachhaltiger sein. Von einer „echten Partizipation“ wird dann gesprochen, wenn die Beteiligten eine Entscheidungsmacht haben.<sup>60</sup>

In der Gesundheitsförderung bezeichnet man mit Empowerment einen Prozess, durch den Menschen eine größere Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen.<sup>61</sup> In der Übersetzung dieses englischen Begriffs findet man „Befähigung, Ermächtigung, Mitwirkungsmöglichkeit, Machtgewinn.“<sup>62</sup> Im Grunde genommen ist Empowerment nichts anderes als das Ergebnis einer erfolgreichen Hilfe zur Selbsthilfe. Menschen sollen dabei ermutigt und unterstützt werden, ihre eigenen Stärken, Fähigkeiten und gesundheitsförderlichen Potentiale zu entdecken und dies auch zu nutzen, sodass sie ein größeres Ausmaß an Selbstbestimmung über ihr eigenes Leben und ihre Lebensgestaltung ausüben können. Motivierte Menschen neigen weniger dazu, in die „Fürsorge-Falle“ zu tappen und dabei ihre Kompetenzen an andere Menschen, Institutionen oder an die Umwelt bzw. an die Gesellschaft abzugeben. Gerade weil die Gesundheitsversorgung – die besser Krankenversorgung genannt werden sollte – eine von der Gesellschaft übernommene Aufgabe geworden ist, ist die Verlockung groß, Gesundheitskompetenzen ebenso an die Gesellschaft abzugeben.

Das Konzept des Empowerments kommt ursprünglich aus der gemeindebezogenen sozialen Arbeit der USA<sup>63</sup> und spielt in der Gesundheitsförderung in Hinblick auf die Gesundheitsdeterminanten eine zentrale Rolle. Menschen, die sich in einer sozial benachteiligten Lebenssituation befinden, kann die Ermutigung und Unterstützung bei der Wiederfindung verschütteter Ressourcen helfen, ihre Angelegenheiten wieder selbst in die Hand zu nehmen und nicht zu resignieren oder im besten Fall darauf zu vertrauen und zu warten, dass von selbst eine Veränderung passiert. Dazu gehört den Erhalt der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens zum persönlichen Thema zu machen wie zum Beispiel sich bewusster zu ernähren oder mehr Bewegung zu machen, aber auch, sich gegen gesundheitsschädliche Vorhaben in der Gemeinde (umweltschädigende Projekte), in der Schule (weniger Turnstunden) oder in einem Betrieb (Anbieten von fett- und ballaststoffarmen Kantinenessen) zu wehren.

Jene Settings, die bisher am meisten in der Gesundheitsförderung studiert wurden, sind das Setting Schule, Setting Gemeinde und Setting Unternehmen/Betrieb. Nachfolgend wird auf die Gesundheitsförderung in einem Unternehmen, die sogenannten betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und auf die schulischen Gesundheitsförderung näher eingegangen, weil hierbei die gesetzlichen

Krankenkassen eine wichtige Rolle übernommen haben. Die Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde spielt bei den gesetzlichen Krankenkassen eher eine untergeordnete Rolle und wird daher in diesem Kapitel nicht näher erläutert.

### 6.2.2.1 BGF – Betriebliche Gesundheitsförderung

Laut Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union umfasst die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft um Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen und Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu steigern indem Arbeitsbedingungen und die Arbeitsorganisation verbessert werden, eine aktive Beteiligung aller Mitarbeiter gefördert sowie die soziale Kompetenz des einzelnen gestärkt wird.<sup>64</sup> Zu den Krankheiten am Arbeitsplatz zählen alle Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle, aber auch Erkrankungen als Folge von Stress, Leistungsdruck, Mobbing oder auch eines belastenden Vorgesetztenverhaltens. In Abgrenzung zum Arbeitnehmerschutz, welcher vielen Rechtsnormen unterliegt, gesetzlich geregelt ist und sich schwerpunktmäßig auf Verhinderung krankmachende Faktoren konzentriert, ist die BGF eine freiwillige Unternehmensstrategie, bei der gesundheitsfördernde Potentiale im Mittelpunkt stehen und die auf eine aktive Beteiligung der Beschäftigten an der Förderung ihrer Gesundheit zielt. Gesundheitsförderliche Potentiale finden sich in einem Betrieb sowohl im Verhalten der Mitarbeiter als auch in den Verhältnissen (= betriebliche Rahmenbedingungen). Somit werden verhaltensorientierte und verhältnisorientierte Ansatzpunkte unterschieden. Verhältnisorientierte Gesundheitsförderung kann zum Beispiel bedeuten, dass den Mitarbeitern mehr Handlungs- und Kontrollspielraum eingeräumt wird, dass mehr Pausen eingeplant werden oder dass der Arbeitsplatz umgestaltet wird. Angebote zur Stressreduktion, zum Kompetenztraining oder diverse Schulungen würden einem verhaltensorientieren Ansatzpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung entsprechen.

Der Luxemburger Deklaration zufolge lassen sich die Grundsätze der BGF folgendermaßen zusammenfassen:<sup>64</sup>

- Schaffung einer Unternehmenskultur und Einhaltung entsprechender Führungsgrundsätze, in denen die Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, damit die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung ermutigt werden.

- Organisation des Arbeitsprozesses, die den Mitarbeitern ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und eigenen Fähigkeiten andererseits sowie Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit ermöglicht
- Verankerung von Gesundheitszielen vor allem in der Personalpolitik
- Integration eines Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- Partizipation der Mitarbeiter in gesundheitlichen Fragen
- Projektmanagement zur systematischen Durchführung der geplanten gesundheitsförderlichen Maßnahmen
- Ganzheitlichkeit im Sinne einer Verbindung von Risikoreduktion mit dem Ausbau von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen sowie einer geeigneten Mischung von strukturellen Veränderungen (verhältnisorientierten Maßnahmen) und individuumsbezogenen Angeboten (verhaltensorientierte Maßnahmen).

Die betriebliche Gesundheitsförderung geht davon aus, dass Arbeit eine der wichtigsten Gesundheitsressourcen sein kann unter den Voraussetzungen, dass die auszuübenden Tätigkeiten verständlich und handhabbar sind und als sinnhaft erlebt werden. Eine weitere Voraussetzung ist, dass es kaum zu Über – und Unterforderungen kommt, was meist dann der Fall ist, wenn die beruflichen Anforderungen mit den persönlichen Qualifikationen im Wesentlichen übereinstimmen. Nicht zuletzt sind ein wertschätzendes Arbeitsklima und der Zusammenhalt der Mitarbeiter innerhalb des Betriebes von großer Wichtigkeit.

Projekte der BGF sollten daher folgende Qualitätskriterien erfüllen:<sup>65</sup>

- BGF und Unternehmenspolitik  
Wird BGF als Führungsaufgabe wahrgenommen, dann ist damit eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg gegeben. BGF ist vom Wesen her einer Organisationsentwicklungsstrategie und sollte in bestehende Managementsysteme integriert werden.
- Personalwesen und Arbeitsorganisation  
Die Berücksichtigung von Fähigkeiten der Mitarbeiter im Rahmen der Arbeitsorganisation ist einer der wichtigsten Aufgaben gesundheitsgerechter Personalführung. Daher sollte die gesamte Belegschaft mit all ihren Ressourcen so gut wie möglich an der Planung und an Entscheidungen miteinbezogen werden. Führungskräfte haben zudem die Aufgabe, ein positives Arbeitsklima zu fördern.

- Planung der BGF  
Die Erstellung eines klaren und verständlichen Konzeptes, welches allen Mitarbeitern bekannt gemacht werden soll, ist eine der Grundvoraussetzungen für den Erfolg der gesetzten Maßnahmen. Das Konzept sollte fortlaufend überprüft und gegebenenfalls verändert bzw. verbessert werden.
- Soziale Verantwortung  
Unternehmen tragen soziale Verantwortung ihren Mitarbeitern aber auch gegenüber dem Umgang mit natürlichen Ressourcen. Soziale Verantwortung bedeutet jedoch auch eine Rolle in Bezug auf die Unterstützung gesundheitsförderlicher Initiativen auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene einzunehmen.
- Umsetzung der BGF  
Die Maßnahmen der BGF bestehen immer aus personenbezogenen Interventionen (verhaltensorientiert) im Sinn einer Unterstützung eines gesundheitsgerechteren Verhaltens und aus bedingungsbezogenen Interventionen (verhältnisorientiert) im Sinn einer gesundheitsgerechteren Arbeitsgestaltung. Werden diese Maßnahmen systematisch durchgeführt und dauerhaft miteinander verknüpft, stellt dies eine wesentliche Voraussetzung dar für einen längerfristigen Erfolg der BGF.
- Ergebnisse der BGF  
Es ist von großer Bedeutung, dass die gesetzten Maßnahmen und deren Auswirkungen systematisch erfasst werden und so die Ergebnisse kontinuierlich in das Konzept der BGF einfließen können. Die Auswirkungen der BGF können anhand einer Reihe von kurz-, mittel- und langfristigen Indikatoren gemessen werden (z.B. Zufriedenheit der Mitarbeiter, Krankenstände, Personalfluktuationen, etc.)

1996 wurde das „Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“ (ENWHP) gegründet<sup>66</sup>, aufgrund dessen im März 2000 in Österreich ein Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung geschaffen wurde, bei dem die gesetzlichen Krankenversicherungen als Regionalstellen des Netzwerkes eine zentrale Funktion übernommen haben.

### 6.2.2.2 Schulische Gesundheitsförderung

Für die schulische Gesundheitsförderung gilt die Voraussetzung, dass das Thema „Gesundheit“ in den Schulen verankert wird.

Aus diesem Grund wurde 1997 im Grundsatzertlass über Gesundheitserziehung des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten folgendes festgehalten<sup>67</sup>:

*„Schulische Gesundheitsförderung umfasst nicht nur die Information über Gesundheitsthemen und das Einwirken auf das Verhalten des Einzelnen, sondern auch die Gestaltung eines gesundheitsfördernden Lebensraums. Gesundheitsförderung steht somit für ein neues und erweitertes Konzept, das in gleicher Weise die körperliche und geistige sowie soziale Gesundheit betont. Der Begriff der „sozialen Gesundheit“ verweist aber nicht nur auf die Beziehungen zu anderen Personen, sondern auch auf den Einfluss, den soziale Organisationen, wie Schulen als unmittelbare Lebenswelt haben.“*

Schulische Gesundheitsförderungsprojekte sollen folgende Qualitätskriterien aufweisen:

- Integration: alle Entscheidungsträger innerhalb der Schule müssen sich mit dem Projekt identifizieren und das Thema Gesundheit muss in das Schulleitbild Aufnahme finden.
- Partizipation: Die gesamte Schulbelegschaft muss sich aktiv am Projekt beteiligen, was bedeutet, dass sowohl SchülerInnen und LehrerInnen, als auch die Eltern und das nicht unterrichtende Personal in die Planung und Durchführung von Projekten miteinzubeziehen sind. Es bedeutet aber auch, dass schulische Rahmenbedingungen (Gestaltung der Stundenpläne, Lehrfächerverteilung, Pausenregelung, Jausenangebot, Raumbenutzung etc.) in die Überlegungen bei der Projektgestaltung mit einbezogen werden müssen.
- Ganzheitlichkeit: das gesundheitsfördernde Projekt soll sowohl das Verhalten der Mitglieder der Schulgemeinschaft betreffen als auch die Verhältnisse, somit die schulischen Rahmenbedingungen.
- Nachhaltigkeit: die Nachhaltigkeit von Maßnahmen sollte eines der wichtigsten Auswahlkriterien bei der Maßnahmenplanung eines Projektes darstellen, denn die gesundheitsförderlichen Veränderungen, die im Rahmen des Projektes erreicht werden konnten, sollten dessen Ablaufzeit überdauern.

- Projektmanagement: aufgrund der Tatsache, dass das gesundheitsförderliche Projekt parallel zum oft stressigen Schulalltag stattfindet, braucht es ein gesondertes Management, um die entstehenden Spannungsverhältnisse zu handhaben.
- Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit: jedes Projekt muss ausreichend dokumentiert werden, sodass für Außenstehende der Ablauf nachvollziehbar wird.
- Soziale Aspekte und Gender: Bedürfnisse von sozial benachteiligten Gruppen, wie zum Beispiel SchülerInnen mit Migrationshintergrund, finanziellen Problemen oder Behinderungen sollen explizit berücksichtigt werden und es soll auf genderspezifische Unterschiede Rücksicht genommen werden.

Im Jahr 2007 wurde das österreichweite Projekt „Gesunde Schule“ ins Leben gerufen, bei dessen Gründung der Hauptverband der Sozialversicherungsträger maßgeblich mitbeteiligt war. Mit der Einrichtung der sogenannten „Service Stelle Schule“ in 8 von insgesamt 9 Gebietskrankenkassen spielen diese eine wichtige Rolle bei der Umsetzung der schulischen Gesundheitsförderung in Österreich. Mittlerweile gibt es in allen Bundesländern zahlreiche regional organisierte zusätzliche Initiativen und Programme außerhalb der Strategie „Gesunde Schule“ mit jedoch sehr ähnlichen Zielsetzungen, bei denen die Krankenkassen allerdings keine Rolle spielen.

### **6.2.3 Bevölkerungsbasierte Gesundheitsförderung mit Beeinflussung des Kontextes**

Hierbei geht es hauptsächlich um die Forderung nach einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, einer sogenannten „Health in all Policies“. Dabei ist eine Zusammenarbeit in allen Politikfeldern gemeint durch eine verstärkte Berücksichtigung gesundheitsbezogener Themen in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Bereichen.<sup>68</sup>

Ein klassisches Beispiel ist der Versuch, dem Thema Nichtraucherschutz in Österreich Herr zu werden. 1962 wurde erstmals wissenschaftlich belegt, dass Tabakrauch eine gesundheitsschädigende Wirkung hat.<sup>69</sup> Mittlerweile konnte zudem durch zahlreiche Studien bestätigt werden, dass auch Passivrauch erhebliche gesundheitsschädigende Wirkungen hat.<sup>70</sup> Im Mai 2003 wurde im „Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakrauchs“ festgehalten, dass Passivrauchen zu Krankheit, Invalidität und Tod führt. Das übergeordnete Ziel des Übereinkommens ist es, „heutige

*und zukünftige Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, sozialen und die Umwelt betreffenden Folgen des Tabakkonsums und Passivrauchens zu schützen*,<sup>71</sup>. Österreich hat das Tabakrahmenübereinkommen im August 2003 in New York unterzeichnet. Erst im Juni 2005 wurde in Österreich ein Gesetz erlassen, das das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen verbietet.<sup>72</sup> Seit damals wurden die Bestimmungen zum Nichtraucherschutz weiter ausgebaut, insbesondere auch in den Bereich der Gastronomie hineingenommen. Aufgrund des massiven Widerstandes seitens der Wirtschaftsvertreter ist es jedoch bis heute nicht gelungen, in Österreich ein absolutes Rauchverbot in Gastronomiebetrieben durchzusetzen. Somit gibt es noch immer Arbeitsplätze in Österreich, die rechtmäßig keinen Schutz vor dem Passivrauchen bieten.

Ziel einer bevölkerungsbasierten den Kontext miteinbeziehenden Gesundheitsförderung muss somit sein, politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen und die Tragweite ihrer Entscheidungen bewusst zu machen.

## 2. TEIL

### 7 Überblick über Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich

Der 2. Teil der Arbeit soll einen Überblick über gesundheitsförderlichen Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich aufzeigen.

Es wurde versucht, Programme, Projekte und Initiativen der Gesundheitsförderung von jenen der (reinen) Primärprävention zu trennen und erstere aus einer Summe an Programmen zu identifizieren. Daher wurden Projekte die –nach Meinung der Autorin – eindeutig ausschließlich der Primärprävention zuzuordnen sind, nicht in diese Arbeit aufgenommen. Typische Beispiele der Primärprävention, die in dieser Arbeit somit nicht erfasst wurden, sind alle Initiativen gegen Karies, die von den meisten Versicherungsträgern durchgeführt werden: hierbei geht es um die konkrete Verhütung einer Erkrankung, nämlich Karies und der Ansatz ist die Risikovermeidung. Ein weiteres Beispiel der reinen Primärprävention wären Schutzimpfungen die aus demselben Grund daher nicht in die vorliegende Arbeit aufgenommen wurden.

Die Projekte, Programme und Initiativen wurde aus der Summer der Projekte, die die einzelnen Versicherungsträgern angaben, wenn nach Gesundheitsförderungsprogrammen gefragt wurde bzw. was in den Medien (Prospekten, Websites) als zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention zugehörig aufgelistet war, nach folgenden Kriterien identifiziert, um sie als Projekt der GF zuzuordnen:

- das Programm muss einen umfassenden Gesundheitsbegriff im Fokus haben
  - Fokus auf Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens und nicht auf das Aufspüren von Risikofaktoren bzw. Vermeidung eines definierten Risikofaktors
- Vorträge, Kurse, Kampagnen wurden dann als GF – Projekt bezeichnet, wenn nicht das gesundheitschädigende Verhalten, welches zu bestimmten Erkrankungen führt (z.B. Rauchen, Übergewicht, Sonnenbaden ohne Sonnenschutz) im Visier hat, sondern ein Verhalten, dass allgemein zur Erhaltung der Gesundheit beiträgt (wie z.B. gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung, Stressreduktion)

- keine Einschränkung der Zielgruppe betreffend des aktuellen Gesundheitszustandes:

es wurden bei den Abnehm-Programmen und Ernährungsberatungsprogrammen daher nur diejenigen Projekte in die Arbeit aufgenommen, bei denen auch die Teilnahme mit einem normalen BMI möglich und sinnvoll ist.

Aufgrund oben genannter Kriterien werden auch die Anti-Rauchprogramme und Tabakentwöhnprogramme in der vorliegenden Arbeit nicht angeführt, ebenso die Jugendlichenuntersuchungen, Gesundenuntersuchungen/Vorsorgeuntersuchungen, Impfkationen/Impfkampagnen, Projekte der Unfallverhütung und Mutter-Kind-Pass Untersuchungen.

Die Determinantenorientierung, eines der Kernanliegen der Gesundheitsförderung, wurde nichtsdestotrotz außer Acht gelassen, weil es zur Diskriminierung zwischen GF und PP keinen Beitrag geleistet hätte – die Beachtung der Determinanten spiegelt sich in vielen GF – Projekten nicht wider, vor allem bei den Vorträgen, Kursen , Kampagnen und organisierten Gesundheitstagen, aber auch bei Maßnahmenumsetzungen in der schulischen oder betrieblichen Gesundheitsförderung; eine Determinantenorientierung findet sich hingegen durchaus auch in manchen Projekten der reinen Primärprävention, wie z.B. der Kariesprophylaxe – Projekte, die z.B. Kindern mit Migrationshintergrund versucht vermehrt zu erfassen.

Die Trennung der GF von der Primärprävention bleibt, wie schon in einem vorangehenden Kapitel dieser Arbeit erwähnt, in der wissenschaftlichen Literatur , vor allem auch in Österreich, nicht unwidersprochen. Die Autoren des Evaluationsberichtes über die Tätigkeit des Fonds soziales Österreich „plädieren“ zum Beispiel sinngemäß dafür, dass die gegenseitigen Positionierungen Verhaltensprävention und risikosenkenden Strategien (Primärprävention) versus Verhältnisprävention und ressourcensteigernden Strategien (Gesundheitsförderung) generell verlassen werden sollten. Für die Autoren ist das eine Extrem der Primärprävention die klassische medizinische Prävention (z.B. Impfungen), von der sie das andere Extrem – nämlich die auf ressourcenerhöhende Gesundheitsförderung abzielende Strategie - abgrenzt. Dazwischen findet sich die risikofaktorensenkende Primärprävention. Die ressourcenerhöhende Gesundheitsförderung und die risikosenkende Primärprävention fasst er unter dem Begriff der sozialwissenschaftlichen Prävention zusammen, um diese von der medizinischen Prävention abzugrenzen.<sup>73</sup>

Die Autorin dieser Arbeit schließt sich der Argumentation des schwedischen Philosophen und Gesundheitswissenschaftlers Per- Anders Tengland an, der meint, schon alleine aufgrund der Tatsache, dass Gesundheitsförderung ohne Krankheitsvorbeugung (= Prävention) möglich ist, Prävention jedoch nicht ohne Gesundheitsförderung, ist zwar aufgrund des kausalen Zusammenhangs eine Verwandtschaft gegeben, nicht jedoch eine Nicht-unterscheidbarkeit.<sup>74</sup>

Diese Meinung ist aber keineswegs konträr zu den Auffassungen der Autoren des Evaluationsberichtes.

Im Endeffekt sind die Programme, Projekte und Aktionen, die im 2. Teil bei den Krankenversicherungsträgern aufgelistet werden, der ressourcensteigernden Gesundheitsförderung zuzurechnen, und somit der vorgeschlagenen Einteilung der Autoren des Evaluationsberichts dem einen Ende der Prävention zugehörig - in Abgrenzung zu medizinischen Prävention.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich, ausschließlich mit Krankenversicherungsträgern. Daher werden GF- Programme der Unfallversicherungsträger (AUVA, UV der gemischten Träger) nicht erwähnt. Ein Ausnahme bilden Projekte der SVB, weil bei diesem gemischten Träger die Abteilung, die mit der Sicherheit, Prävention und Gesundheitsförderung beauftragt ist, eine Mischabteilung zwischen der Krankenversicherung und der Unfallversicherung ist.

Die Methodik bestand vordergründig aus dem Sammeln von Informationen, die die von den einzelnen Versicherungsträgern für die Öffentlichkeit publiziert werden. Es wurde dabei systematisch vorgegangen und folgende Publikationen angefordert und verwendet:

- Alle allgemeinen Jahres-, Abschluss- bzw. Geschäftsberichte aller Versicherungsträger aus dem Jahr 2012 und sofern bereits publiziert auch aus dem Jahr 2013
- Eigene Jahresberichte der Abteilungen für Gesundheitsförderung und Prävention oder gleichgesinnter Abteilungen aus dem Jahr 2012 und sofern bereits publiziert auch aus dem Jahr 2013, sofern vorhanden
- Alle Erfolgsrechnungen und Versichertenstatistiken aus dem Jahren 2012 und sofern bereits publiziert auch aus dem Jahr 2013
- Informationen auf den Internetseiten aller Versicherungsträger einschließlich des Hauptverbandes zum Thema Gesundheitsförderung

- Alle Newsletter der Service Stelle Schule aus den Jahren 2012 und 2013
- Projektpfadfinder der Service Stellen Schulen
- alle Newsletter des ÖNBGF 2013 und Nr. 1-3 von 2014
- Broschüre des Hauptverband „Gesundheit macht Schule“
- Alle Evaluationsberichte für Gesamtösterreich auch als für jedes einzelne Bundesland beider Programme von REVAN aus dem Jahr 2013

Bei der Informationsbeschaffung wurden alle Kommunikationsmöglichkeiten ausgeschöpft: Internet, e-mail Verkehr, Telefonate, persönliche Gespräche in den Sozialversicherungsanstalten.

In einem eigenen Kapitel werden GF-Programme beschrieben, die von vielen Versicherungsträgern gemeinsam durchgeführt werden und sich zumeist auf ganz Österreich erstrecken. Dazu zählen Projekte im Rahmen der BGF, die Strategie der „Gesunden Schule“, das Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ und die „Frühen Hilfen“. All diese Projekte werden beim Überblick der einzelnen Versicherungsträger nicht mehr im Detail erwähnt, außer der Versicherungsträger bietet eine Besonderheit im Rahmen des Projektes an, wie z.B. eine spezifische Maßnahmenumsetzung.

Beim Überblick der einzelnen Versicherungsträger wird auch die Anzahl der Anspruchsberechtigten in der Krankenversicherung als auch die Versichertenstruktur erwähnt und gegebenenfalls Besonderheiten, die damit in Verbindung stehen.

## 7.1 Trägerübergreifende österreichweite Maßnahmen der GF

### 7.1.1 BGF – Österreichisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung

1996 wurde das „Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“ (ENWHP) gegründet.<sup>75</sup> Die Kontaktstelle in Österreich liegt bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkassen. Um die Ideen der betrieblichen Gesundheitsförderung regional zu verbreiten wurde im Jahr 2000 das „Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“<sup>76</sup> (ÖNBGF) ins Leben gerufen, welches aus den drei Sozialpartnern (Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeiterkammer, Österreichischer Gewerkschaftsbund), der österreichischen Industriellenvereinigung, der nationalen Gesundheitsförderungsorganisation FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) sowie dem Hauptverband der Sozialversicherungsträgern besteht. Den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherungen kommt hierbei eine wichtige Rolle zukommt. Die Koordinationsstelle des österreichischen Netzwerkes ist auch hier bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angesiedelt und die Regionalstellen sind bei den Landesgebietskrankenkassen eingerichtet mit Ausnahme des Bundeslandes Vorarlberg; dort wird die Regionalstelle vom Fonds Gesundes Vorarlberg geführt. Im Laufe der Zeit haben sich auch einige überregionale Krankenversicherungsträger dem Netzwerk angeschlossen, wie die VAEB, AUVA, BVA und zuletzt die SVA.

Die Aufgaben bzw. Angebote der Krankenversicherungsträger als Regionalstellen für das Österreichische Netzwerk BGF sind folgende:

- Eine unverbindliche Erstberatung des Betriebes
- Unterstützung und Beratung bei der Erstellung eines Projektkonzepts
- Unterstützung und Beratung bei der Planung, IST-Analyse und Erstellung von Gesundheitsbefragungen und Gesundheitsberichten
- Krankenstandsauswertungen ab einer Mitarbeiterzahl über 50
- Teilnahme in der Steuerungsgruppe
- Bereitstellung von GesundheitszirkelmoderatorInnen
- Unterstützung bei Förderansuchen
- Abwicklung der Bewerbung für das Gütesiegel
- Nominierung von Betrieben für die Vergabe des BGF-Preises

Nicht alle Angebote werden kostenlos zur Verfügung gestellt und die Kostenpflicht variiert auch von einer Gebietskrankenkasse zur anderen. Krankenstandsauswertungen sind bei allen GKK kostenpflichtig außer bei der OÖGKK

und teilweise bei der STGKK. Die Erstberatungen und Beratungsleistungen bei der Projektplanung und Konzepterstellung werden allerdings von allen GKK kostenlos zur Verfügung gestellt.

Die Regionalstellen fungieren aber nicht nur als Berater und Unterstützer, sondern es werden auch konkrete Angebote zur Maßnahmenumsetzung im Rahmen von 2 Bewegungstools angeboten:

- MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen (MbM)  
Bei diesem Projekt handelt es sich um ein Ausbildungsmodul, bei dem freiwillige MitarbeiterInnen von den jeweiligen Versicherungsträgern dafür ausgebildet werden, ihren KollegInnen Ausgleichsübungen zu zeigen und Ratschläge für körpergerechtes Arbeiten zu vermitteln. Der Vorteil wird darin gesehen, dass die geschulten MitarbeiterInnen die genauen Arbeitsabläufe und Arbeitsbelastungen ihrer KollegInnen kennen und individuell und situationsgerecht auf die speziellen Erfordernisse eingehen können. MbM ist ursprünglich als Tochterprogramm eines AUVA Programms hervorgegangen.
- Gestalten & Bewegen (G&B)  
Dieses Projekt hat sich aus dem Programm MbM heraus entwickelt aus dem Gedanken heraus, das MbM eher für sitzende Berufe konzipiert wurde und den Erfordernissen von Mitarbeitern, welche in einem Produktionsbereich tätig sind, nicht gerecht wurde. Es handelt sich bei G&B um einen 2tägigen Workshop, der direkt vor Ort im jeweiligen Betrieb durchgeführt wird. Die Teilnehmer sollen ihre individuellen belastenden Arbeitssituationen erkennen lernen. Im Anschluss werden Verbesserungsvorschläge erarbeitet und Ausgleichsübungen erlernt.

Zusätzlich bieten alle Versicherungsträger in irgendeiner Form Angebote zur Raucherentwöhnung für die Mitarbeiter an, meisten in Form von Vorträgen, Workshops oder Beratungen, oft auch im Zusammenhang mit dem österreichischen Rauchertelefon.

Manche Versicherungsträger bieten darüber hinaus noch gesonderte Maßnahmen an, die, sofern vorhanden, bei den einzelnen Trägern beschrieben werden.

Das Unterzeichnen der BGF Charta stellt den ersten Schritt auf dem Weg zur BGF dar und zählt als Absichtserklärung eines Unternehmens oder Betriebes „*seine Unternehmenspolitik maßgeblich an den Prinzipien der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu orientieren*“:



*Abbildung 3: Unterzeichnete BGF-Charta der Medizinischen Universität Graz*

Falls innerhalb von zwei Jahren keine Schritte im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung gesetzt werden, verfällt die Charta.

Betriebe, die BGF nach den Kriterien des Europäischen Netzwerkes verwirklicht haben oder zumindest einige der Qualitätskriterien erfüllt haben und dabei durch besonderen Einfallsreichtum und Kreativität auffallen, erhalten das BGF Gütesiegel verliehen. Es ist 3 Jahre lang gültig und kann anschließend durch eine neuerliche Überprüfung auf jeweils weitere 3 Jahre verlängert werden.

Um herausragende BGF Projekte besonders hervorzuheben, kann der BGF-Preis verliehen werden. Dafür muss ein Projekt durchgeführt und bereits evaluiert worden sein. Die Nominierung erfolgt über die Regionalstellen, die Vergabe des Preises über obliegt eine international besetzte Fachjury. Der BGF-Preis wird in 3-Jahresabständen

je einmal für Betriebe unter und über 100 Mitarbeitern vergeben. Die SVA der gewerblichen Wirtschaft vergibt parallel dazu einen Sonderpreis.

Es gibt im Internet eine Datenbank, unter der alle Charta- und Gütesiegelbetriebe in ganz Österreich abgerufen werden können. Die Datenbank wird vom österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt.<sup>77</sup>

Nachdem ein Betrieb das Gütesiegel erworben hat, gibt es die Möglichkeit, durch kontinuierlichen Erfahrungsaustausch im Netzwerk der Regionalstelle, aber auch im österreichischen und europäischen Netzwerk weiteren Wissenszuwachs zu erlangen. Abgesehen von der Einbindung in ein Netzwerk bieten manche GKK langfristige Unterstützungsangebote an, die - sofern vorhanden - bei den einzelnen Trägern gesondert beschrieben werden.

Im Rahmen der Strategie des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz, die auch der Arbeitnehmerschutzgesetz – Novelle im BGBl I Nr. 118/2012 Rechnung trägt, wurde im Jänner 2013 ein auf 2 Jahre ausgerichtetes Projekt zum Thema „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ gestartet, dessen Projektleitung dem IfGP obliegt unter der Mitarbeit der BVA, der AUVA, der SVA der gewerblichen Wirtschaft und aller Gebietskrankenkassen bis auf die BGKK. Die erklärten Projektziele wurden folgendermaßen definiert:<sup>78</sup>

- ❖ Erhöhung des Bekanntheitsgrades der von den Sozialversicherungsträgern angebotenen Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit
- ❖ Erarbeitung von Qualitätskriterien zu Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz und Erstellung eines Selbstbewertungstools für Betriebe
- ❖ Erstellung eines Handlungsleitfadens für diejenigen Personen im Betrieb, die mit der Umsetzung eines BGF Projektes betraut werden
- ❖ Erstellung eines einheitlichen Konzepts und Umsetzung von Qualifizierungsmaßnahmen für betriebliche Entscheidungsträger und Fachkräfte aus der Gesundheitsförderung.

„Work. In tune with life. Move Europe.“ ist eine Kampagne, bei der es darum geht, die Bedeutung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz zu bewerben und damit auf die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung in diesem Bereich aufmerksam zu machen. Sie wird von den Gebietskrankenkassen als Regionalstellen des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung unterstützt und mitgetragen.

Für Klein- und Kleinstbetriebe wurde ein eigenes BGF-Modell entwickelt, das sich den speziellen Gegebenheiten dieser Unternehmen, insbesondere der oft geringeren zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen anpasst. Die Grundlage für dieses Modell bildeten Erfahrungen der NÖGKK im „Regionenprojekt Melk“, bei dem in den Jahren 2007 und 2008 bei insgesamt 45 Kleinbetriebe BGF-Projekte mit Hilfe der NÖGKK und des FGÖ's umgesetzt und evaluiert wurden. Das Modell kann als „abgespeckteres Modell“ des eigentlichen BGF Modells gesehen werden, enthält aber nichtsdestotrotz alle wesentlichen Elemente die notwendig sind, um aus einem Betriebe einen gesundheitsförderlichen Betrieb zu machen: Erstberatung, Führungskräfte- und MitarbeiterInnenworkshop, Zusammenführungsworkshop, Umsetzungsphase und Evaluation.

### 7.1.2 „Gesunde Schule“ und „Service Stelle Schule“

Schulische Gesundheitsförderung soll Schule zu einer gesundheitsfördernden Lebenswelt formen. Aus diesem Grund wurde im Frühling 2007 vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger das „Projekt Gesunde Schule“ gegründet.<sup>79</sup> Als Pilotprojekt war es auf 2 Jahre ausgelegt und sollte die Themen Bewegung, gesunde Ernährung, Suchtproblematik, psychosoziales Wohlbefinden sowie materielle Umwelt und Sicherheit in die Schulen tragen. Aus diesem Projekt heraus hat sich die nationale Initiative „Gesunde Schule“ etabliert mit folgenden Zielsetzungen.<sup>80</sup>

- Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt und Arbeitsumwelt zu gestalten unter Einbeziehung aller im schulischen Alltag beteiligten Personen.
- Persönliche Kompetenzen und Leistungspotentiale der SchülerInnen in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Handeln und Wissen zu fördern, sodass diese fähig sind, ihre Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen.
- Kommunikative und kooperative Kompetenzen von LehrerInnen, Eltern und SchülerInnen zu fördern.
- Netzwerk zwischen Schulen und regionalem Umfeld aufbauen.
- Innovative Projekte und Maßnahmen zu dokumentieren und verbreiten - eine gesundheitsfördernde Schule setzt gezielte Aktivitäten und führt diese koordiniert durch und stimmt Projekte und Maßnahmen aufeinander ab.

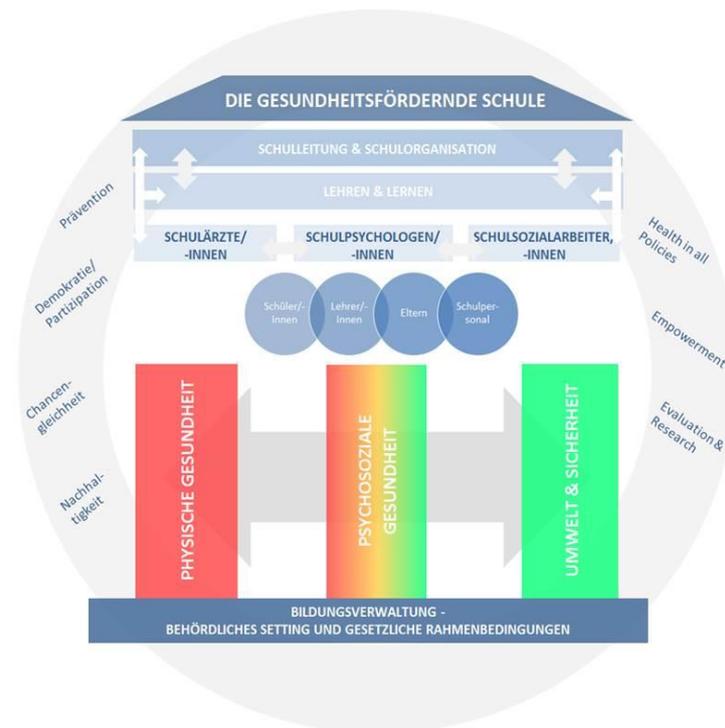


Abbildung 4: Die gesundheitsfördernde Schule<sup>81</sup>

Nach Bernhard Badura sind drei Bereiche entscheidend für einen gesundheitsförderlichen sozialen Rückhalt bei den Lehrkräften: gegenseitige Hilfe und soziale Unterstützung, gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln; mitarbeiterInnenorientierte Führung durch die Schulleitung.<sup>82</sup>

Um die Zielsetzungen einer „Gesunden Schule“ voranzutreiben, wurde von den Gebietskrankenkassen die sogenannte „Service Stelle Schule“ ins Leben gerufen. Wurden zu Beginn in 5 Gebietskrankenkassen Servicestellen eingerichtet (NÖGKK, OÖGKK, KGKK, SGKK, STGKK), haben 2014 bereits alle bis auf die Burgenländische Gebietskrankenkasse eine Service Stelle Schule. Unterstützende Partnerträger sind die BVA, die AUVA und die SVA der Bauern. Die Servicestellen sehen sich im jeweiligen Bundesland als Drehscheibe für gesundheitsförderliche Aktivitäten im schulischen Bereich und als Dienstleister für alle Betroffenen der Lebenswelt Schule. Als solche wollen sie auch das Interesse für die schulische Gesundheitsförderung wecken. Es gibt Leistungen, die von allen „Service Stelle Schule“ in den jeweiligen Gebietskrankenkassen angeboten werden; Leistungen die darüber hinausgehen werden – soweit vorhanden - gesondert bei den jeweiligen Versicherungsträgern beschrieben. Generell werden angeboten:

- Beratung und Hilfestellung bei der Planung und Organisation von schulischen Gesundheitsprojekten
- Beratung und Hilfestellung bei der Durchführung der Projekte, insbesondere im Rahmen einer durchgehenden Prozessbegleitung
- Vermittlung von Kontakten zu Experten im Bereich der Gesundheitsförderung
- Bereitstellung von Informationsmaterialien

Dazu wird unter anderem für Schulen das Arbeitshandbuch „Gesundheitsradar“ bereitgestellt, mit dessen Hilfe Schulen die Frage beantworten können „Wo steht unsere Schule in Bezug auf Gesundheit?“<sup>83</sup> Mit Hilfe dieses Leitfadens sollen zunächst gesundheitsbelastende Faktoren in der eigenen Schule identifiziert und benannt werden. Aus diesem Wissen heraus sollen in einem zweiten Schritt nach Möglichkeiten gesucht werden, Gesundheitsressourcen zu entdecken und auszubauen. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Stärkung des sozialen Kapitals innerhalb der Schulgemeinschaft und auf Stärkung des sozialen Rückhalts unter den Lehrern und Lehrerinnen gelegt. Der „Gesundheitsradar“ dient aber auch dazu, bereits laufende gesundheitsfördernde Projekte zu evaluieren und eventuell „wieder auf Kurs zu bringen“. Im Sinne einer „Next Step“ Beratung werden Erfahrungen reflektiert, eine neue Bestandsaufnahme gemacht und nächste Schritte für die Zukunft besprochen.

Des Weiteren wird von der Service Stelle Schule der sogenannte GKK-Ernährungsfächer zur Verfügung gestellt.<sup>84</sup> Der GKK-Ernährungsfächer ist eine Ideensammlung zum Thema „gesunde Ernährung im Setting Schule“, und beinhaltet eine Anleitung dafür, wie man ein gesundheitsförderliches Projekt zum Thema Ernährung in der Schule umsetzen kann, sowie Vorschläge und Anregungen für Themenbereiche wie Getränkeautomat, Schulbuffet, Jause, Esskultur und Essverhalten. Daneben werden überschaubare Informationen betreffend Ernährung, Lebensmittelproduktion und Hygiene übermittelt. Zum Abschluss werden Beispiele nachhaltiger Projekte aus der Praxis vorgestellt, die weitere Ideen liefern sowie zur Nachahmung motivieren sollen.

Im halbjährlichen Intervall wird von der Service Stelle Schule ein Newsletter an alle Schulen im jeweiligen Bundesland versandt, in dem über aktuelle Projekte im Rahmen der Service Stelle Schule informiert wird.

2013 wurde das Projekt „Schule bewegt gestalten“ gemeinsam von allen Service-Stellen ins Leben gerufen, deren Zielgruppe Volksschulkinder darstellen. Ziel ist es, die Lehrer für Bewegungsmöglichkeiten und Bewegungsräume außerhalb des Turnunterrichts zu sensibilisieren. Es werden 3 Module angeboten, in denen Lehrer

wichtige Informationen über die Grundlagen der gesundheitsorientierten Bewegung im Kindesalter erhalten, verschiedene Bewegungsübungen erlernen und gemeinsam mit einem Schulraumberater vor Ort Bewegungsräume in der eigenen Schule kennen und neu entdecken lernen. Die teilnehmenden Schulen erhalten eine Bewegungstasche mit unterschiedlichsten Sportgeräten (z.B. Senso-Grip Spielball, Hüpfball, Jongliertücher, Sprungschnüre mit Zählwerk, Street Hockey Sets, Fallschirmschwungtuch oder Frisbeescheibe).

Einige Gebietskrankenkassen betreuen Schulen auch innerhalb einer Netzwerkstruktur, dazu zählen die WGKK, die NÖGKK, die OÖGKK, die SGKK und die STGKK .

Einmal jährlich und das Bundesland wechselnd findet die Veranstaltungsreihe „Dialog – Gesunde Schule“ statt. Sie wird vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger, allen Regionalstellen der Service Stelle Schule und des Ludwig Boltzmann Institutes für Gesundheitsförderung koordiniert und hat immer ein Schwerpunktthema. 2013 stand die eintägige Veranstaltung, bei der immer mehrere Workshops angeboten werden, unter dem Motto „Herausforderungen und Ansatzpunkte zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule“ und fand in Salzburg statt, im Jahr 2014 lautete das Motto „Integrierte Gesundheits- und Schulqualitätsförderung“ und die Veranstaltung fand in Kärnten statt.<sup>85</sup>

### **7.1.3 Richtig Essen von Anfang an (REVAN)<sup>86</sup>**

„Richtig Essen von Anfang“ an ist ein Gemeinschaftsprojekt vom Bundesministerium für Gesundheit, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES). Ihren Ursprung hat dieses Projekt in der Steiermark, wo im Jahr 2009-2010 ein Workshop für werdende Eltern und nahe Bezugspersonen zum Thema Ernährung in der Schwangerschaft von einer Arbeitsgruppe der STGKK konzipiert und pilotiert wurde und in den folgenden Jahren auch in anderen Bundesländern durchgeführt wurde. Im Jahr 2012 fanden in der Steiermark und in Tirol Workshops zum Thema Ernährung in der Stillzeit, welche ebenfalls als Pilotprojekt starteten und mittlerweile in den Regelbetrieb des Projekts REVAN übergegangen ist. 2013 fanden dann bereits in allen 9 Bundesländern Workshops zu beiden vorhin genannten Themen statt. Für REVAN wurden Vorsorgemittel vom Gesundheitsministerium bereitgestellt, deren

„Abholung“ jedoch an das Vorhandensein einer bestimmten Infrastruktur geknüpft war. Aufgrund dieser Erfordernisse kamen nur die Gebietskrankenkassen in Frage. Diese bekamen jedoch die Auflage, Versicherter anderer Versicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten kostenlos mit zu betreuen. Diese Auflage endet mit dem Jahr 2014 und es laufen zurzeit Gespräche, ob und wie viel andere Versicherungsträger an die Gebietskrankenkassen zahlen müssen.

REVAN besteht zurzeit aus 2 Workshops mit den Namen „Ernährungsberatung in der Schwangerschaft“ (WS 1) und „Babys erstes Löffelchen - Ernährung in der Stillzeit und im Beikostalter“ (WS 2). Beide Workshops sind kostenlos und dauern je 3 Stunden. Die Zielgruppe sind werdende Eltern sowie deren Bezugspersonen bzw. Stillende und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Zusätzlich zu den Workshops bildeten alle Gebietskrankenkassen im Jahr 2013 in speziellen Schulungen insgesamt 294 MultiplikatorInnen aus.

Österreichweit fanden im Jahr 2013 über 1000 Workshops mit über 7000 Teilnehmern statt, wobei diese Zahlen auf den Evaluationsberichten 2013 basieren<sup>87,88</sup>:

Beide Workshop-Themen wurde 2012 und 2013, einzeln mittels Teilnehmerfragebogen evaluiert, wobei es jeweils 3 Erhebungszeitpunkte = Messzeitpunkte gab: zu Beginn des Workshops, unmittelbar nach dem Ende des Workshops und 3 Monate (WS 1) bzw. 12 Monate (WS 2) nach Besuch des Workshops. Auf mögliche Gründe, warum zum Thema Ernährung in der Schwangerschaft in Oberösterreich fast 3 Mal so viele Workshops angeboten/besucht wurden als in Niederösterreich bei fast gleicher Geburtenanzahl oder warum in Salzburg annähernd gleich viele Workshops wie in Wien angeboten/besucht wurden trotz einer dreifach niedrigeren Geburtenrate wurde im Evaluationsbericht nicht eingegangen. Bei beiden Workshops hatten die TeilnehmerInnen in der überwiegenden Mehrzahl die österreichische Staatsbürgerschaft (ca. 91%). Zum Thema „Ernährung in der Stillzeit und im Beikostalter“ wurden in Tirol, Salzburg, Wien und in der Steiermark zusätzlich 44 Workshops speziell für Migrantinnen abgehalten. Diese Workshops waren nicht Teil der Evaluation, da für sie ein gesonderter, zielgruppenspezifischer Teilnehmerfragebogen verwendet wurde. Mit diesen Workshops wurden insgesamt jedoch nur 245 TeilnehmerInnen erreicht, was im Hinblick auf die Gesamtteilnehmeranzahl weniger als 5 % ausmacht. Mehr als ein Drittel der TeilnehmerInnen besaß einen Hochschulabschluss, in Wien waren es beim WS 2 sogar fast zwei Drittel. Bei den Workshops zu beiden Themen betrug der Anteil der TeilnehmerInnen ohne Pflichtschulabschluss weniger als 1%.

#### 7.1.4 Frühe Hilfen<sup>89</sup>

„Frühe Hilfen“ ist ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zum Thema Kindergesundheitsförderung. Ziel ist es, durch eine spezielle Betreuung durch Fachkräfte (Hebammen, Sozialarbeiter, Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpflegern) Familien, die sich in einer belastenden Situation befinden, unbürokratisch zu helfen und zu unterstützen. Konkret geht es dabei um:

- Förderung von Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern
- Unterstützung im Alltag, auch im Rahmen von Hausbesuchen durch Fachkräfte
- Maßnahmensetzung am besten schon bevor eine Krise oder belastende Situation für ein Kind entsteht
- Frühzeitige Förderung und Sicherung des Kindeswohls

Von 2011 bis 2013 erfolgte von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eine Bestandsaufnahme für eine Umsetzung diverser Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Kindern bis zum 3. bzw. 6. Lebensjahr; im Anschluss daran erfolgte 2014 die Erstellung eines Leitfadens. In 5 Bundesländern gibt es Modellregionen, wo in Kooperation mit der WGKK, NÖGKK, OÖGKK, STGKK, KGKK sowie der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit ein Pilotprojekt umgesetzt wird. Zielgruppen der Pilotprojekte sind Schwangere und Familien mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr. In der Steiermark ist dies die Modellregion Bruck – Mürzzuschlag, in Niederösterreich die Modellregion Wr. Neustadt, in Kärnten die Modellregion Wolfsberg, in Oberösterreich die Modellregion Linz und die 5. Modellregion ist die Bundeshauptstadt Wien.<sup>90</sup> Die einzelnen Pilotprojekte befindet sich gerade in der Phase, in der Angebote gesichtet, Kooperationen aufgebaut und Netzwerke intensiviert werden. Einzigartig gibt es im Bundesland Vorarlberg seit 2014 ein flächendeckendes Angebot zu den „Frühen Hilfen“ mit einem Netzwerk aus Hebammen, PsychotherapeutInnen, Kinderbetreuungseinrichtungen, der Jugendwohlfahrt, der Familiengesundheitspflege, der Elternberatung und zahlreichen regionalen Anbietern.<sup>91</sup>

## 7.2 Trägerübergreifende bundesländerweite Maßnahme der GF

- **Gesundheitstage der niederösterreichischen Versicherungsträger**<sup>92</sup>

Diese Gesundheitstage, die je nach Schwerpunktsetzung als „Gesundheitstage“, „Frauengesundheitstage“, „Männergesundheitstage“ oder „Kinderbewegungstage“ bezeichnet werden, werden seit 1993 ein- bis zweimal im Jahr zusammen mit allen anderen niederösterreichischen Krankenversicherungsträgern angeboten. Seit 2005 gibt es die Männergesundheitstage und seit 2006 werden Gesundheitstage speziell für Frauen angeboten. Im Rahmen dieser Gesundheitstage werden typische Leistungen der Vorsorgemedizin angeboten, wie z.B. Blutdruck- und Blutzuckermessungen, Erhebung des BMI und Durchführung eines Lungenfunktionstestes. Es werden aber auch Vorträge und persönliche Beratungsgespräche zu gesundheitserhaltenden und gesundheitsförderlichen Themenkreisen angeboten. Der Veranstaltungsort ist jedes Jahr ein anderer. Von 1993 bis 2013 wurden insgesamt rund 187.000 Besucher gezählt wobei die Besucheranzahl jährlich bei allen Gesundheitstagen im Steigen ist.

- **BGF in Vorarlberg**<sup>93</sup>

Der Hauptansprechpartner in Vorarlberg für die Betriebliche Gesundheitsförderung ist der „Fonds Gesundes Vorarlberg“. In ihm sind die VGKK gemeinsam mit dem Land Vorarlberg, der Landesstellen der SVA, SVB und BVA vertreten. Der Fonds fungiert auch als Vorarlberger Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes BGF und verleiht, zusätzlich zu den Gütesiegeln, einen eigenen Preis, den sogenannten Gesundheitspreis, der im Jahr 2013 in „Salvus“ umbenannt wurde. Bei diesem Preis gibt es 2 Stufen, je nachdem, welche Kriterien im Bereich der BGF vom jeweiligen Unternehmen erfüllt werden:<sup>94</sup>

Salvus Silber: festgelegte Gesundheitsziele, Ansprechperson für Gesundheitsfragen, Partizipation der MitarbeiterInnen, Maßnahmendurchführung im Rahmen der BGF seit mindestens 6 Monaten.

Salvus Gold: Analyse der Ausgangssituation, festgelegte Gesundheitsziele, klare personelle Zuständigkeiten innerhalb des Unternehmens für das Thema Gesundheit, Partizipation der MitarbeiterInnen, Maßnahmendurchführung im Rahmen der BGF sowohl auf verhaltens- als auch auf verhältnisorientierter Ebene seit mindestens 12 Monaten, Prozessevaluation, Endevaluation.

Bis 2013 wurden 34 Betriebe mit Salvus Gold oder Salvus Silber ausgezeichnet.

### 7.3 GF in der WGKK

Im Jahr 2013 gab es durchschnittlich 1.588.174 Anspruchsberechtigte in der Wiener Gebietskrankenkasse. Sie ist somit die größte Krankenkasse in Österreich. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf:<sup>95</sup>

WGKK 2013	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
Erwerbstätige	659698	41,5
PensionistInnen	350546	22,1
Arbeitslose	102373	6,5
<b>Freiwillig</b>		
Versicherte	38525	2,4
AsylwerberInnen	6154	0,4
Kriegshinterbliebene	100	0,006
<b>Mindestsicherungs- bezieherInnen</b>	16025	1
<b>Kinderbetreuungsgeld- bezieherInnen</b>	26245	1,6
<b>Mitversicherte</b>		
Angehörige	388508	24,5
<b>Summe</b>	<b>1588174</b>	<b>100</b>

Table 3: Versichertenstruktur der WGKK 2013

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2013 auf 7.906.989,89 Euro.<sup>95</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,26% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 4,98 Euro pro Anspruchsberechtigten.

In Wien gibt es eine gemeinnützige Gesellschaft der Stadt Wien, die „Wiener Gesundheitsförderung“, von der der zahlreiche gesundheitsförderliche Initiativen und Programme organisiert und durchgeführt werden und welche als Hauptansprechpartner zum Thema Gesundheitsförderung in Wien fungiert.<sup>96</sup> Die Angebote der WGKK, die der reinen Gesundheitsförderung zugehörig sind, spielen sich auf den Sektoren der Betrieblichen und der Schulischen Gesundheitsförderung ab, zudem werden Workshops im Rahmen der nationalen Strategie „Richtig Essen von Anfang an“.

Rund um das Wilhelminenspital im Einzugsgebiet des 15., 16. Und 17. Bezirk läuft zur Zeit ein Modellprojekt der „Frühen Hilfen“, die Projektlaufzeit ist bis Dezember 2015 angesetzt.

- **BGF - Regionalstelle des ÖNBGF<sup>97</sup>**

Die WGKK fungiert als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes BGF. Bis Ende Oktober 2014 haben insgesamt 48 Betriebe das Gütesiegel erhalten und 34 Betriebe haben die Charta zur BGF unterzeichnet.

- **Schulische Gesundheitsförderung – Service Stelle Schule**

Die Service Stelle Schule der WGKK ist in eine Netzwerkstruktur zusammen mit der Pädagogischen Hochschule Wien (PH), dem Stadtschulrat für Wien (SSR) und der Wiener Gesundheitsförderung (WiG) eingebunden unter dem Namen „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule“<sup>98</sup>.

Wiener Schulen, die ein gesundheitsförderliches Projekt in ihrer Schule umsetzen möchten, können sich an das Netzwerk wenden und entscheiden selbst, wieviel zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen sie dabei verwenden wollen bzw. können. Dazu gibt es ein 4 Stufen Modell mit unterschiedlichen Ausführungen:

*Stufe 1:* Einstieg in die Gesundheitsförderung

Es geht um die punktuelle Einführung des Themas Gesundheitsförderung in der Schule, z.B. im Rahmen von Aktionstagen und Informationsveranstaltungen zum Thema Ernährung oder Bewegung

*Stufe 2:* Gesundheitsförderung im Schulalltag

Die GF sollte nach und nach Bestandteil des Unterrichts und des gelebten Schulalltags sein, wie z.B. durch Bereitstellung einer gesunden Jause, Umstellung des Buffetangebots, Einrichtung von Ruhe- und Bewegungszonen.

*Stufe 3:* Gesundheitsförderung wird Teil des Entwicklungsprozesses

Übernahme der Gesundheitsförderung in das Leitbild der Schule und kontinuierliche Verbesserung der Lebensqualität aller im Schulalltag beteiligten Personen sodass es zu einer allmählichen Entwicklung einer „Gesunden Schule“ kommt.

*Stufe 4:* Erreichen des Status einer „Gesunden Schule“

Gesundheitsförderung ist nicht mehr nur ein kurzfristiges Projekt, sondern die „Gesunde Schule“ wird nachhaltig gelebt, es gibt ein funktionierendes Gesundheitsteam in der Schule und das Thema Gesundheit wird in allen Entscheidungen, die den Schulalltag mitbestimmen, als Selbstverständlichkeit miteinbezogen.

Das Netzwerk wird kontinuierlich evaluiert. Im Fokus stehen dabei die Steuerungsgruppe des Netzwerks und die Netzwerkgruppe selbst aber auch die teilnehmenden Schulen und die durchgeführten Projekte. Für die Evaluation verantwortlich ist ein Team des LBI für Health Promotion Research.

Im Jahr 2014 haben 3 Schulen die Stufe 4 erreicht, 16 Schulen die Stufe 3, 51 Schulen die Stufe 4 und 18 Schulen begannen mit der Stufe 1.

## 7.4 GF in der NÖGKK

Im Jahr 2013 gab es insgesamt 1.168.439 Anspruchsberechtigte in der NÖGKK. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf:<sup>99</sup>

NÖGKK 2013	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
Erwerbstätige	467309	40
PensionistInnen	321840	27,5
Arbeitslose	55750	4,8
<b>Freiwillig</b>		
Selbstversicherte	15113	1,3
AsylwerberInnen	4086	0,4
Kriegshinterbliebene	319	0,02
<b>Mindestsicherungs- beziherInnen</b>	2830	0,2
<b>Kinderbetreuungsgeld- bezieherInnen</b>	16886	1,5
<b>Mitversicherte</b>		
Angehörige	284306	24,3
<b>Summe</b>	<b>1168439</b>	<b>100</b>

Tabelle 4: Versichertenstruktur NÖGKK 2013

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2013 auf 2.794.695,39 Euro.<sup>99</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,14% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 2,39 Euro pro Anspruchsberechtigten.

- **BGF - Regionalstelle des ÖNBGF<sup>100</sup>**

Die NÖGKK dient als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes BGF. Im Rahmen der Angebote bei der Maßnahmenumsetzung bietet die NÖGKK zusätzlich zu dem österreichweiten Angeboten „MbM“ und „G&B“ das Programm „Aktiv und Gesund im Betrieb – Rücken fit“ in Kooperation mit dem ASKÖ an. Es handelt sich hierbei um einen 3monatigen Bewegungskurs, der einmal wöchentlich im Betrieb angeboten wird. Zuvor durchläuft jeder Teilnehmer eine sportwissenschaftliche Einstiegsuntersuchung. Alle Teilnehmer, die bei der NÖGKK versichert sind, erhalten knapp zwei Drittel der Kurskosten ersetzt.

Des Weiteren ist die Regionalstelle in die „Niederösterreichische Plattform Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung integriert, die 2003 zusammen mit dem Land NÖ, der AUVA und dem Arbeitsinspektorat gegründet wurde.

Die Ziele der Plattform werden – in Anlehnung an die Zielvorgaben des österreichischen Netzwerkes für BGF- folgendermaßen angegeben:<sup>101</sup>

<b>Generelle Ziele</b>	<b>Ziele im Detail</b>
Stärkere Verbreitung von BGF in NÖ	Bereitstellung eines Wissenspool
Stärkung des Stellenwertes von BGF	Anbieten und Transportieren von Lösungen
Integration möglichst vieler nÖ. Betriebe in das österreichische Netzwerk BGF	Seminare und Ausbildungen von ArbeitsmedizinerInnen
Unterstützung des österreichischen Netzwerkes BGF und der regionalen Kontaktstelle bei der NÖGKK	Kontinuierliche betriebliche und branchenspezifische Gesundheitsberichterstattung
Regionaler und nationaler Erfahrungsaustausch	Formulierung von landesspezifischen Schwerpunkten
Aufbereitung von Forschungsergebnissen	Gesundheitsmarketing
Kooperation der wesentlichen Akteure	Zusammenarbeit mit dem FGÖ

Bis Ende 2013 erhielten 97 von 422 von der NÖGKK betreuten Unternehmen das „Gütesiegel des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung“. 2013 haben zusätzlich 79 Betriebe die BGF Charta unterzeichnet und sich somit verpflichtet, ein BGF- Projekt in ihrem Betrieb zu planen.

Laut „Statistik Austria“ gab es im Jahr 2012 in Niederösterreich 52.222 eingetragene Betriebe.<sup>102</sup>

- **Schulische Gesundheitsförderung – Service Stelle Schule**<sup>103</sup>

Die Service Stelle Schule der NÖGKK betreut im Rahmen der Projekte „Gesunde Volksschule“, „Gesunde Schule“ und „Beweg dich“ schwerpunktmäßig Volksschulen und Schulen der Sekundarstufe II. Seitens der NÖGKK werden zusätzlich kostenlose Ernährungsworkshops und Elternvorträge auch für Nichtprojektschulen angeboten. Seit 2005 nahmen insgesamt 216 Schulen am Programm „Gesunde Schule NÖ“ teil. 54 Schulen bekamen im Jahr 2013 die Plakette „Gesunde Schule“ bzw. „Gesunde Volksschule“.

- **Bewegungskurse, Vorträge in Kleingruppen, Beratungen**<sup>104</sup>

<i>TABATA- Schnupperkurse:</i>	spezielles Herzkreislauftraining in Verbindung mit einem Muskelaufbautraining
<i>Rücken Fit:</i>	8 wöchiges Bewegungsprogramm, welches in unterschiedlichen niederösterreichischen Städten in Zusammenarbeit mit dem ASKÖ angeboten wird
<i>Kurs Mentale Gesundheit:</i>	wird in unterschiedlichen niederösterreichischen Städten angeboten
<i>Vortragsreihe - Resilienz:</i>	Vorträge in vielen niederösterreichischen Städten zum Thema Resilienz – Was unsere Seele stark macht.
<i>Ernährungsberatung:</i>	In St. Pölten und Baden werden in den Service Center der NÖGKK Ernährungsberatungen, auch für normalgewichtige Personen, angeboten.

Die Kurse und Vorträge werden von der NÖGKK organisiert und zum Teil auch in den eigenen Räumlichkeiten durchgeführt; für die Kurse ist ein Kostenbeitrag zu bezahlen. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine aufrechte Krankenversicherung bei der NÖGKK.

- **Gesundheits- und Bewegungstage**<sup>105 106</sup>

<i>NÖ-Familiengesundheitstage:</i>	Dieser fand erstmals im Juni 2014 in Wimpassing statt. Dabei wurden typische Leistungen der Vorsorgemedizin angeboten, wie z.B. Blutdruck- und Blutzuckermessungen, Hör- und Sehtests sowie eine Untersuchung mit der Mundkamera für die Feststellung von Zahnproblemen. Des Weiteren wurden unterschiedliche Tests zur Feststellung der Fitness, einer Burnout Gefährdung oder einer Mobbing Belastung angeboten. Im Rahmen der Gesundheitsförderung wurden Bewegungsmöglichkeiten angeboten (z. B. Torschuss- und Kletterwand, Gleichgewichts- und
------------------------------------	--

Radparcours), eine Atemschule, Gedächtnistraining sowie Schnupperkurse und Vorträge zu Themen wie Familien-Balance, Lebenspflege und gesunde Körperhaltung.

*Bewegungstage:*

Die NÖGKK veranstaltet unregelmäßig Sport- und Actiontage, wie z.B. einen Wassertag für die ganze Familie mit Möglichkeiten, Wassertarten auszuprobieren oder einen Wassertag zusammen mit den Naturfreunden NÖ.

*Lange Nacht der Gesundheit:*

Auch hier werden typische Leistungen der Vorsorgemedizin angeboten, wie z.B. Blutdruck- und Blutzuckermessungen, Hör- und Sehtests, eine Untersuchung mit der Mundkamera für die Feststellung von Zahnproblemen, eine Fußanalyse und eine Venenfunktionsmessung. Im Rahmen der Gesundheitsförderung werden zahlreiche Bewegungsprogramme angeboten sowie eine Ernährungsberatung.

*Seniorenmesse „Bleib aktiv“:*

Hierbei fungiert die NÖGKK als einer von vielen Kooperationspartnern, unter denen sie aber die einzige Krankenversicherung ist. Die Messe wird einmal im Jahr in der niederösterreichischen Hauptstadt St. Pölten angeboten und dauert 2 Tage. Die Angebote der Aussteller sind schwerpunktmäßig auf die Gesundheitserhaltung bis ins Alter zuzuordnen. Im Rahmen der Gesundheitsförderung werden zusätzlich noch Vorträge angeboten.

## 7.5 GF in der BGKK

Im Jahr 2013 gab es in der BGKK im Jahresdurchschnitt ungefähr 205.588 anspruchsberechtigte Personen. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf:<sup>107</sup>

BGKK 2013	Anzahl	Prozent
Pflichtversicherte Erwerbstätige inkl. Kinderbetreuungsgeld- bezieherInnen	81022	39,41
Arbeitslose inkl. Kinderbetreuungsgeld- bezieherInnen	10780	5,24
Pensionisten	60095	29,23
Freiwillig Selbstversicherte	2410	1,17
Sonstige Versicherte	1281	0,62
Mitversicherte Angehörige	50.000 (gerundet)	24,33
<b>Summe</b>	<b>205588</b>	<b>100</b>

*Tabelle 5: Versichertenstruktur BGKK 2013*

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2012 auf 1.024.985,86 Euro.<sup>108</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,32% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 5,06 Euro pro Anspruchsberechtigten. Die Erfolgsrechnung für das Jahr 2013 war zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit der Öffentlichkeit noch nicht zugänglich.

- **BGF – Regionalstelle des ÖNBGF**<sup>109</sup>

Die BGKK fungiert als Regionalstelle des österreichischen Netzwerkes BGF und ist seit 2002 in die „Burgenländische Plattform für betriebliche Gesundheitsförderung“ integriert. Gründungspartner der Plattform waren neben der burgenländischen Gebietskrankenkasse das Land Burgenland, die Wirtschaftskammer, die Arbeiterkammer, der österreichische Gewerkschaftsbund, das Arbeitsinspektorates sowie die allgemeine Unfallversicherung. Die Plattform hat sich zur Aufgabe gemacht, Modellprojekte vorzustellen, Erfahrungsaustausch zu ermöglichen und Unterstützung für Betriebe anzubieten, die Projekte im Rahmen der betrieblichen

Gesundheitsförderung planen und umsetzen möchten. Das Büro der Plattform befindet sich im Amt der burgenländischen Landesregierung.

- **Gesundes Dorf**<sup>110</sup>

Das Gesunde Dorf ist ein Projekt vom Land Burgenland, dem Fonds Gesundes Österreich, dem Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) und der BGKK. Es wurde 2002 gegründet auf Initiative des damaligen burgenländischen Gesundheitslandesrates zusammen mit dem burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin. Der PGA wurde mit dem Aufbau von Organisationsstrukturen und der individuellen Betreuung vor Ort beauftragt.

Die Betreuung umfasst dabei:

- eine genaue Situationsanalyse
- Hilfe bei der Durchführung von Veranstaltungen im Dorf, um die Dorfbewohner für das Projekt zu sensibilisieren und zu motivieren, eigene Ideen miteinzubringen
- eine Beratung zu den geplanten Maßnahmen
- Gründung eines Arbeitskreises, der gemeinsam mit dem Regionalmanager der PGA die Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Projekten begleitet

Die BKGG stellt Büroräumlichkeiten für die Regionalmanager der PGA zur Verfügung.

Jene Dörfer, welche seit 2009 oder 2010 kontinuierlich gesundheitsförderliche Projekte durchgeführt haben, haben im Oktober 2014 eine „Gesundes Dorf Ortstafel“ überreicht bekommen. Es handelte sich dabei um insgesamt 15 Gemeinden.

- **„G'scheit essen“ im Burgenland**<sup>111</sup>

Es handelt sich hierbei um eine individuelle Ernährungsberatung, die in der Haupt- bzw. in 2 regionalen Dienststellen der BKGG angeboten wird. Die Schwerpunkte betreffen eine Ernährungsberatung bei Kindern ab dem 3. Lebensjahr, Information über gesunde vegetarische Ernährung, Information zur Vermeidung von Übergewicht sowie Ernährungsberatung bei Vorhandensein von Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen. Kooperationspartner ist das Land Burgenland.

- **Kampagne zur Kinderfußgesundheit**<sup>112</sup>

Die Initiative „Kinderfüße gehören in passende Kinderschuhe“ läuft seit 2011. Dabei werden Kinderkrippen, Kindergärten und Horte mit einem eigens für diese Initiative kreierten Messstreifen („plus12fit“) versorgt, mit dem die Kinderfüße vermessen werden können. Mit Hilfe des Messstreifens wird kontrolliert, ob die Haus – und Straßenschuhe der Kinder die richtige Größe haben. Die Eltern werden miteinbezogen und so sensibilisiert, geeignete Schuhe für ihre Kinder zu besorgen. Es gibt Folder und Plakate mit Informationen zum richtigen Schuhkauf für Kinderfüße und Hintergrundwissen, warum die passende Schuhgröße bei Kindern so wichtig ist. Diese Folder und Plakate werden an Kindergärten, Kinderkrippen und Horte verteilt und aufgehängt.

## 7.6 GF in der OÖGKK

Im Jahr 2013 gab es insgesamt 1.186.374 Anspruchsberechtigte in der OÖGKK. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf: <sup>113</sup>

OÖGKK 2013	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
Erwerbstätige	535243	45,1
PensionistInnen	278020	23,4
<b>Arbeitslose, Kinder- betreuungsgeld- bezieherInnen</b>	42014	3,6
Freiwillig		
Selbstversicherte	13163	1,1
<b>AsylwerberInnen, Kriegshinterbliebene, Mindestsicherungs- bezieherInnen</b>	4960	0,4
<b>Mitversicherte</b>		
Angehörige	312974	26,4
<b>Summe</b>	<b>1186374</b>	<b>100</b>

Tabelle 6: Versichertenstruktur OÖGKK 2013

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2013 auf 8.534.341,10 Euro.<sup>113</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,44% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 7,19 Euro pro Anspruchsberechtigten.

- **BGF – Regionalstelle des ÖNBGF<sup>114</sup>**

Die OÖGKK ist zum einen Sitz der österreichischen Koordinationsstelle des Europäischen Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung, zum anderen fungiert sie auch als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes BGF für Oberösterreich.

Als Regionalstelle ist sie in die „Oberösterreichische Plattform für BGF und Prävention“ integriert, die zusammen mit dem Amt der oberösterreichischen Landesregierung, der Arbeiterkammer OÖ, der Wirtschaftskammer OÖ und der AUVA – Landesstelle Linz gegründet wurde.

Eine indirekte finanzielle Unterstützung erhalten Betriebe, die ein BGF Projekt mit Hilfe der OÖGKK planen und begleiten lassen insofern, als dass Krankenstandsanalysen, Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitsberichte kostenlos durchgeführt werden.

Die OÖGKK war zusammen mit der AUVA Linz maßgeblich an der Entwicklung der beiden Bewegungstools MbM und G&G beteiligt.<sup>115</sup> Neben diesen beiden Programmen wird als zusätzliches Angebot zur Maßnahmenumsetzung das Projekt „Gesunde Betriebsküche“ angeboten. Es handelt sich hierbei um individuelle Maßnahmen, die vor Ort gesetzt werden können, damit das Angebot der Betriebsküche den aktuellen Kenntnissen einer gesunden Ernährung entspricht. Während der Umstellungsprozesse, die auch ein entsprechendes Marketing notwendig machen, wird das gesamte Küchenpersonal im Rahmen des Projektes von geschulten Fachkräften beraten und unterstützt.

- **Schulische Gesundheitsförderung – Service Stelle Schule<sup>116</sup>**

Die Service Stelle Schule der OÖGKK bildet zusammen mit dem Landesschulrat für Oberösterreich ein Netzwerk für die Umsetzung der Strategie „Gesunde Schule“. Zusätzlich zu den österreichweiten Angeboten der Service Stelle Schule bietet die OÖGKK 2 Initiativen an, die sich speziell an Volksschulen richtet:

*Der kleine Mugg – mir & uns geht's gut:* Dieses Projekt richtet sich an oberösterreichische Volksschulen und ist für 3 Jahre konzipiert. Die Schwerpunktthemen sind gesunde Ernährung, Bewegung und psychisches Wohlbefinden; besonders bedacht werden sollen Volksschulkinder mit Migrationshintergrund. Die Schulen erhalten verschiedenste Unterstützungsleistungen, wie z.B. Fortbildungsveranstaltungen für das Lehrpersonal, Materialienbereitstellung für den Unterricht oder mehrsprachige Kochkurse. Auch ein Spesenersatz von bis zu 800 Euro wird gewährt. Pro Jahr haben 15 Volksschulen die Möglichkeit, mit der Umsetzung des Projekts anzufangen. Nach

erfolgreicher Umsetzung des Projekts mit Schaffung von Strukturen, die eine Nachhaltigkeit garantieren, bekommen die Schulen das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ verliehen.

*Fit mit Koordi:*

Hierbei handelt es sich um eine Broschüre, die sich an Fachkräfte richtet, die mit Volksschulkindern arbeiten und bietet Informationen für eine gezielte Förderung von koordinativen Fähigkeiten.

Bis Ende des Schuljahres 2013/2014 haben insgesamt 83 Schulen das Gütesiegel „Gesunde Schule“ erhalten, davon 48 Volksschulen.<sup>117</sup>

## 7.7 GF in der SGKK

Im Jahr 2013 gab es insgesamt 449.090 Anspruchsberechtigte in der SGKK. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf:<sup>118</sup>

SGKK 2013	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
Erwerbstätige	206220	45,9
PensionistInnen	97176	21,6
Arbeitslose	16282	3,6
<b>Freiwillig</b>		
Selbstversicherte	7457	1,6
AsylwerberInnen	1120	0,2
Kriegshinterbliebene	39	0,8
<b>Mindestsicherungs-</b> <b>beziherInnen</b>	1246	0,2
<b>Kinderbetreuungsgeld-</b> <b>beziherInnen</b>	8210	1,8
<b>Mitversicherte</b>		
Angehörige	111340	24,7
<b>Summe</b>	<b>449090</b>	<b>100</b>

Tabelle 7: Versichertenstruktur SGKK 2013

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2013 auf 3.233.791,14 Euro.<sup>118</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,45% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 7,20 Euro pro Anspruchsberechtigten.

- **BGF – Regionalstelle des ÖNBGF<sup>119</sup>**

Die SGKK fungiert als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes BGF. Zusätzlich zu den beiden Bewegungsangeboten MbM und G&B gibt es folgende Angebote der Maßnahmenunterstützung:

*Einzelcoaching psychische GF:* Zielgruppe sind die Führungskräfte in einem Betrieb sowie potentielle BGF ProjektleiterInnen und die Betreibsräte. Es handelt sich um ein

Informations- und Sensibilisierungsgespräch zum Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, um möglich Handlungsfelder im eigenen Betrieb erkennbar zu machen. Die Beratungen finden in der Zentralstelle der SGKK in Salzburg statt

*Workshop psychische GF:*

Die Zielgruppe ist hier die gleiche wie beim Einzelcoaching, zusätzlich sollen aber auch alle interessierten MitarbeiterInnen angesprochen werden. Der Workshop soll einen Überblick über das Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz geben sowie die Möglichkeiten aufzeigen, welche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Betrieb sinnvoll umgesetzt werden können. Die Workshops finden ebenso wie die Einzelberatungen in der Zentralstelle der SGKK in Salzburg statt.

*I schau auf di UND mi:*

Hierbei handelt es sich um eine Kampagne zusammen mit der AK und dem OGB Salzburg sowie dem Kuratorium für psychische Gesundheit in deren Rahmen kostenlos sowohl Fachkräfte für Vorträge über Stressvermeidung und Burn out Prävention im Unternehmen bereitgestellt werden als auch umfangreiches Informationsmaterial zum Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden.

*Workshop zum Thema Ernährung*

*Betriebsküchenberatung*

Als langfristiges Unterstützungsangebot nach Erhalt des Gütesiegels bietet die SGKK einen Beratungstag pro Jahr durch eine Expertin/einen Experten der SGKK an.

Bis Ende Oktober haben 60 Salzburger Betriebe das Gütesiegel erhalten und insgesamt 83 Betriebe haben die Charta unterzeichnet.

- **Schulische Gesundheitsförderung – Service Stelle Schule<sup>120</sup>**

Die Service Stelle Schule der SGKK ist in ein Netzwerk zusammen mit dem Landesschulrat für Salzburg integriert.

Als Besonderheit bietet die SGKK kostenlos ein Gesundheitskabarett in Form von Klassenaufführungen für Jugendliche zwischen 14 und 16 Jahren an sowie kostenlose Ernährungsvorträge für Schulklassen und bei Elternabenden. Ab dem Schuljahr 2014/2015 ist ein Schulprojekt zum Thema „Nichtrauchererziehung“ geplant, bei dem Vorträge im Rahmen von Klassenforen für Eltern von Kindern der 6. – 9. Schulstufe angeboten werden.

- **Ernährungsberatung**

Eine Ernährungs- und Diätberatung kann von allen Versicherten und ihren Angehörigen in Anspruch genommen werden, unabhängig ob bereits Übergewicht oder eine Stoffwechselerkrankung vorliegen. Es handelt sich hierbei um Einzelgespräche, welche kostenlos auch in den Außenstellen der SGKK angeboten werden. Weiters können Fachkräfte für Vorträge in Kindergärten, Vereinen, Selbsthilfegruppen, Eltern-Kind-Gruppen usw. zum Thema gesunde Ernährung angefordert werden.

- **Vortragsreihe Gesundes Salzburg**

Es handelt sich hierbei um eine Informationsreihe der SGKK zusammen mit dem Kuratorium Psychische Gesundheit, dem Land Salzburg, der Salzburger Nachrichten und dem ORF Landesstudio Salzburg. Geboten werden Fachvorträge in diversen Salzburger Städten zu unterschiedlichen quartalsweise wechselnden Schwerpunktthemen. Im Jahr 2014 waren diese „Mythos Übergewicht“, „Gesund älter werden“, „Keine Angst vorm Gkück“ und „Rechtzeitig Aussteigen – wie Frauen und Männer ein Burn out vermeiden können“. Die Teilnahme an den Vorträgen ist kostenlos.

## 7.8 GF in der STGKK

Im Jahr 2013 gab es insgesamt 1.024.524 Anspruchsberechtigte in der STGKK. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf: <sup>121</sup>

STGKK 2013	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
Erwerbstätige	393662	38,4
PensionistInnen	226564	22,1
Arbeitslose	44404	4,3
<b>Freiwillig</b>		
Selbstversicherte	17825	1,8
AsylwerberInnen		
Kriegshinterbliebene	3257	0,3
Mindestsicherungs- bezieherInnen	2818	0,2
Kinderbetreuungsgeld- bezieherInnen	14810	1,5
<b>Mitversicherte</b>		
Angehörige	321184	31,4
<b>Summe</b>	<b>1024524</b>	<b>100</b>

Tabelle 8: Versichertenstruktur STGKK 2013

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2013 auf 6.156.145,89 Euro.<sup>121</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,42% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 6,01 Euro pro Anspruchsberechtigten.

- **BGF – Regionalstelle des ÖNBGF<sup>122</sup>**

Die STGKK fungiert als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes BGF. Zusätzlich zu den österreichweit angebotenen Maßnahmen gibt es folgende Angebote:

*Fit im Arbeitsalltag – Essen mit Genuss:* Hierbei werden von Diätologinnen der STGKK spezielle Ernährungsworkshops zum richtigen Essverhalten am Arbeitsplatz vor Ort im Betrieb angeboten.

*Erkennen – Verstehen – Bewältigen:* Unter dieser Bezeichnung werden Stressmanagement – Workshops zum Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz angeboten.

Auch die STGKK bietet eine Standard - Krankenstandsanalyse für Betriebe an, die zusammen mit der STGKK ein BGF Projekt durchführen. Eine Sonderauswertung (z.B. getrennte Auswertungen nach ArbeiterInnen und Angestellte oder nach Altersgruppen) ist kostenpflichtig.

- **Schulische Gesundheitsförderung – Service Stelle Schule**<sup>123</sup>

Die Service Stelle Schule der STGKK ist in eine Netzwerkstruktur zusammen mit der steiermärkischen Non-Profit-Organisation „Styria vitalis“<sup>124</sup>, die seit 1972 Gesundheitsförderung und Prävention in der Steiermark fördert, eingebunden, wobei sich das Angebot der STGKK schwerpunktmäßig auf Hauptschulen und Neue Mittelschulen richtet. Volksschulen werden ausschließlich von Styria vitalis betreut. Die STGKK bietet ein 3 stufiges Angebot, je nachdem, wieviel zeitliche, finanzielle und persönliche Ressourcen die Schulen investieren möchten:

*Stufe 1:* Anforderung von diversen Informationsmaterialien zur schulischen Gesundheitsförderung und zu Angeboten der Service Stelle Schule.

*Stufe 2:* Erstberatung zur „Gesunden Schule“: hierbei handelt es sich um einen kostenlosen zweistündigen Workshop mit dem Lehrpersonal. Ziel des Workshops ist es herauszuarbeiten, wie schulische Gesundheitsförderung in der betroffenen Schule umgesetzt werden kann und auf welche bereits bestehenden Strukturen weiter aufgebaut werden kann.

*Stufe 3:* „Gesunde Schule, bewegtes Leben“: das ist ein Netzwerk und Gesundheitsförderungsprogramm für Haupt – und neue Mittelschulen, die schulische Gesundheitsförderung in ihren Schulalltag integrieren möchten. Die Projektdauer ist für mindestens 4 Jahre ausgerichtet und abgesehen von den allgemeinen Beratungen und Unterstützungen bei der Planung und der Prozessbegleitung sind Module zu den Themen Ernährung, Bewegung und LehrerInnengesundheit wichtiger Bestandteil

des Projekts. Im Sinne der Nachhaltigkeit ist es Ziel, die teilnehmenden Schulen dauerhaft als eine „gesunde Schule“ im Netzwerk zu behalten und durch konstanten Erfahrungsaustausch der Netzwerkschulen zu einer kontinuierlichen Verbesserung im Sinne einer gesundheitsförderlichen Schulentwicklung beizutragen. Im Jahr 2013 waren laut Jahresbericht insgesamt 46 Schulen im Netzwerk „Gesunde Schule, bewegtes Leben“ vertreten.

- **Gesunder Kindergarten**<sup>125</sup>

Seit 2013 ist die STGKK Kooperationspartner des Projekts „Gesunder Kindergarten“, welches 2012 von Styria vitalis ins Leben gerufen wurde. Steirische Kindergärten können dem Netzwerk der „Gesunden Kindergärten“ beitreten und erhalten dabei viele Informationen, wie sie zum gesunden Kindergarten werden können. Eine andere Möglichkeit besteht darin, zum Projektkindergarten zu werden. Für die Projektdauer 2013 – 2015 werden insgesamt 46 steirische Kindergärten als Projektkindergärten auf dem Weg zum gesunden Kindergarten begleitet. Die Betreuung umfasst eine ausführliche Diagnose der Ausgangslage sowie eine individuelle Planung von Umsetzungsmaßnahmen. Diese bestehen aus Workshops, Vorträgen und Fortbildungen für die KindergartenbetreuerInnen. Die STGKK bietet eine finanzielle Unterstützung bei der Maßnahmenumsetzung an.

Evaluiert werden die Projektkindergärten von der Karl Franzens Universität in Graz sowie der Forschung Burgenland GmbH (Forschungszentrum Pinkafeld). Die Endergebnisse werden Ende 2015 erwartet.

- **Gesundheits- und Bewegungstage**

*Langer Tag der Bewegung*<sup>126</sup>:

Dieser findet einmal jährlich in Graz statt. 2014 wurde er zum 11. Mal durchgeführt. Die Angebote umfassen neben einem Unterhaltungsprogramm unter anderem ein Show-Cooking, individuelle Beratungen durch Diätologinnen, PhysiotherapeutInnen, Tabakexperten sowie ein Aktivprogramm mit einem Bewegungstraining, Ausprobieren unterschiedlichster Fitnessgeräte,

einem Hindernisparcours und einem Tanzworkshop. Kooperationspartner gibt es keine.

## 7.9 GF in der TGKK

Im Jahr 2013 gab es insgesamt 566.212 Anspruchsberechtigte in der TGKK. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf: <sup>127</sup>

TGKK 2013	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
<b>Erwerbstätige</b>	256546	45,3
<b>PensionistInnen</b>	119660	21,1
<b>Arbeitslose und Kinderbetreuungsgeld- bezieherInnen</b>	33127	5,9
<b>Freiwillig</b>		
<b>Selbstversicherte</b>	9495	1,7
<b>AsylwerberInnen</b>	1549	0,3
<b>Kriegshinterbliebene</b>	108	0,01
<b>Mindestsicherungs- bezieherInnen</b>	1617	0,2
<b>Mitversicherte</b>		
<b>Angehörige</b>	144110	25,5
<b>Summe</b>	<b>566212</b>	<b>100</b>

Tabelle 9: Versichertenstruktur TGKK 2013

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2013 auf 2.998.371,79 Euro.<sup>127</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,34% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 5,30 Euro pro Anspruchsberechtigten.

- **BGF- Regionalstelle des ÖNBGF**<sup>128</sup>

Die TGKK dient als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes BGF und ist in die 2005 gegründete Plattform „Gesundes Arbeiten in Tirol“ integriert.<sup>129</sup> Mitglieder dieser Plattform sind neben anderen Sozialversicherungsträgern wie der AUVA und der SVA

Landesstelle Tirol auch noch die Wirtschaftskammer, die Arbeiterkammer, die Ärztekammer, der ÖGB, die Industriellenvereinigung, die privater Versicherung UNIQUA sowie die Tiroler Großbetriebe Swarovski Wattens, Sandoz, Plansee und Felder. Neben Durchführung von Gesundheitstagen, bei denen sich Betriebe unter anderem über BGF informieren können und konkrete Anregungen erhalten, liegt der Schwerpunkt der Plattform jedoch hauptsächlich im arbeitsmedizinischen Bereich.

Bis Ende Oktober 2014 unterzeichneten insgesamt 36 Tiroler Betriebe die BGF Charta und 9 Betriebe haben das BGF Gütesiegel überreicht bekommen.

- **Schulische Gesundheitsförderung - Service Stelle Schule**<sup>130</sup>

Die Angebote der Service Stelle Schule der Tiroler Gebietskrankenkasse umfasst folgende Angebote und Projekte:

*Gesunde Schule Tirol:*

Eine Beratung und Begleitung über 2 Projektjahre beinhaltet eine Informationsveranstaltung in der TGKK, eine Erstberatung vor Ort mit Bedarfserhebung und einem Zielfindungsworkshop, weiterführende persönliche Beratungen, Bereitstellung von Informationsmaterial und ein Vernetzungstreffen in der TGKK-Service-Stelle-Schulen am Ende jedes Projektjahres. Je nach Schulgröße ist eine finanzielle Unterstützung möglich, ebenso eine Verlängerung des Projekts für ein drittes Jahr. Im Projektzeitraum 2013 – 2015 werden damit insgesamt 22 Schulen unterstützt.

*Ernährungsführerschein/*

*TGKK-Kitchenbox:*

Der Ernährungsführerschein ist ein mit dem Landesschulrat für Tirol ausgearbeitetes Unterrichtskonzept speziell für Volksschüler. Diese erhalten eine Ausbildung in gesunder Ernährung, Kenntnisse über die Zubereitung von

Nahrungsmitteln und Tischmanieren. Als Hilfsmittel erhalten die Kinder eine Kitchenbox mit Küchenutensilien und Tischgeschirr. Bis Ende 2013 wurden 180 Lehrer für dieses Unterrichtskonzept ausgebildet; ungefähr 1500 Volksschüler in 96 Volksschulen haben den Ernährungsführerschein erhalten.

*Do it yourself!:*

Es handelt sich hierbei um ein Pilotprojekt an einer AHS und einer BHS in Kooperation mit der BVA, bei dem Schüler anhand einer selbst konzipierten Gesundheitsbefragung Maßnahmen für ihre „gesunde Schule“ planen und umsetzen. Mitbeteiligt sind auch Eltern und Lehrer, wobei letztere als Sprachrohr und Vermittler zwischen Schule und TGKK fungieren. Die Schüler werden zu Beginn von der TGKK in Hinblick auf eine gesundheitsförderliche Schule mit dem nötigen Wissen ausgestattet. Beginn des Pilotprojektes war 2013, die Projektdauer ist auf 3 Jahre ausgelegt.

- **Xund im Alter**<sup>131</sup>

Hierbei handelt es sich um Projekt zum Thema Seniorenengesundheit, welches seit November 2012 in 4 Gemeinden in Zusammenarbeit mit dem ASKÖ – Landesverband Tirol stattfindet. Senioren können mit Hilfe von Gesundheitsberatern Maßnahmen für ihre eigene Gesundheit erarbeiten. Die ersten Maßnahmen, die im Rahmen dieses Projektes durchgeführt wurden, beinhalteten z.B. ein Gedächtnistraining, ein Osteoporosetraining, Beckenbodentraining oder auch einen Yogakurs.

## 7.10 GF in der KGKK

Im Jahr 2013 gab es insgesamt 430.237 Anspruchsberechtigte in der KGKK. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf:<sup>132</sup>

KGKK 2013	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
<b>Erwerbstätige</b>	171351	39,8
<b>PensionistInnen</b>	110299	25,6
<b>Arbeitslose</b>	24365	5,7
<b>Freiwillig</b>		
<b>Selbstversicherte</b>	6456	1,5
<b>AsylwerberInnen</b>	1206	0,3
<b>Kriegshinterbliebene</b>	127	0,03
<b>Mindestsicherungs- beziherInnen</b>	1239	0,3
<b>Kinderbetreuungsgeld- bezieherInnen</b>	6673	1,6
<b>Mitversicherte</b>		
<b>Angehörige</b>	108521	25,2
<b>Summe</b>	<b>430237</b>	<b>100</b>

Tabella 10: Versichertenstruktur KGKK 2013

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2013 auf 2.907.443,04 Euro.<sup>132</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,40% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 6,76 Euro pro Anspruchsberechtigten.

In der KGKK ist ein „Referat für Gesundheitsförderung“ eingerichtet, welches aus den 3 Bereichen Betriebliche Gesundheitsförderung, Schulische Gesundheitsförderung und Richtig Essen von Anfang an besteht. Präventive Maßnahmen, wie Vorsorgeuntersuchungen, Zahnprophylaxe und Mundhygiene, Hautschutzvorsorge, Hypertonie- und Diabetikerberatungen, Ernährungsberatungen, Raucherberatungen und auch die Organisation und Durchführung von Gesundheitstagen sind der Abteilung VEuGD ( Verwaltung der eigenen Einrichtungen und Gesundheitsdienst) unterstellt.<sup>132</sup>

- **BGF – Regionalstelle des ÖNBGF<sup>133</sup>**

Seit März 2000 ist die KGKK Sitz der Kärntner Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung.

Für die Maßnahmenumsetzung gibt es zusätzlich folgende Angebote:

*„Gemeinsam gut Essen“:* Hierbei handelt es sich um ein Projekt für die Betriebsküche. Es werden Schulungen für das Küchenpersonal angeboten zusammen mit einer Überarbeitung bestehender Rezepturen sowie ein entsprechendes Marketing für das Personal.

*Lebensphasenorientierung:* Beratung und Umsetzungshilfe von BGF Maßnahmen speziell für jüngere und ältere Mitarbeiter

*Ernährungsberatung:* Es werden Workshops zum Thema gesunde Ernährung direkt im Betrieb angeboten.

Im Jahr 2013 wurde seitens der KGKK in 70 Betrieben ein gesundheitsförderliches Projekt unterstützt. 12 Betriebe bekamen das Gütesiegel des Österreichischen Netzwerkes.

- **Schulische Gesundheitsförderung - Service Stelle Schule<sup>134</sup>**

Im Schuljahr 2004/05 wurde das Pilotprojekt „G´sunde Lebenswelt Schule“ entwickelt, welches seit dem Schuljahr 2006/07 in den Regelbetrieb der Service Stelle Schule der KGKK übernommen wurde. Neben einer prozessorientierten Projektberatung und Begleitung bietet die KGKK viele Workshops zum Thema Ernährung, Zahngesundheit, Rauchen, Lärm- und Hörschäden sowie Förderung der Lernkompetenz an. Eine finanzielle Unterstützung von bis zu 800 Euro pro Schuljahr kann zusätzlich beantragt werden. Im Zeitraum 2011 – 2013 beteiligten sich insgesamt 19 Schulen mit ungefähr 3000 SchülerInnen an einem gesundheitsfördernden Schulprojekt, darunter Volks-, Haupt- und Neue Mittelschulen, ein Oberstufenrealgymnasium und 2 berufsbildende

mittlere und höhere Schulen. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 210 Workshops durchgeführt.

## 7.11 GF in der VGKK

Im Jahr 2013 gab es insgesamt 312.552 Anspruchsberechtigte in der VGKK. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf:<sup>135</sup>

VGKK 2013	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
<b>Erwerbstätige</b>	131767	42,2
<b>PensionistInnen</b>	72814	23,3
<b>Arbeitslose</b>	10724	3,4
<b>Freiwillig</b>		
<b>Selbstversicherte</b>	9347	3
<b>AsylwerberInnen</b>	782	0,3
<b>Kriegshinterbliebene</b>	35	0,01
<b>Mindestsicherungs- beziherInnen</b>	1020	0,3
<b>Kinderbetreuungsgeld- beziherInnen</b>	5336	1,7
<b>Mitversicherte</b>		
<b>Angehörige</b>	80727	25,8
<b>Summe</b>	<b>312552</b>	<b>100</b>

*Tabelle 11: Versichertenstruktur VGKK 2013*

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2013 auf 1.158.176,00 Euro.<sup>135</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,23% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 3,71 Euro pro Anspruchsberechtigten.

- **BGF**<sup>136</sup>

Der überwiegende Teil der BGF wird in Vorarlberg über den Fonds Gesundes Vorarlberg abgewickelt. Als eigene Initiative hat die VGKK das Projekt „Gesunde Kleinbetriebe“ ins Leben gerufen. Hierbei haben Betriebe die Möglichkeit, über die

VGKK eine kostenlose Beratung in Anspruch zu nehmen, um sich umfassend über die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im eigenen Betrieb zu informieren. Als konkretes Angebot werden bei Interesse ein Workshop für die Führungskräfte, ein Workshop für die Mitarbeiter und ein Zusammenführungsworkshop angeboten. Die Workshops finden direkt im Betrieb statt.

- **Schulische Gesundheitsförderung - Service Stelle Schule**

Laut Auskunft der zuständigen Mitarbeiterin in der VGKK werden die Angebote der Service Stelle Schule in Vorarlberg aufgrund zahlreicher anderer halböffentlicher und privater Anbieter im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung nicht angenommen.<sup>137</sup> Im Jahr 2013 gab es keine einzige Projektschule. Das österreichweite Projekt „Schule bewegt gestalten“ fand das erste Mal zu Beginn 2014 statt. Bis zum Sommer 2014 konnten 6 Schulen alle drei Module abschließen.

## 7.12 GF in der BVA

In der Krankenversicherung der BVA sind folgende Personengruppen versichert:<sup>138</sup>

- Personen, die in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehen
- Politiker
- Vertragsbedienstete des Bundes und der Länder (sofern des Dienstverhältnis nach 1998 bzw. 2000 begründet wurde)
- Dienstnehmer der Universitäten
- Personen, die einen Ruhegenuss oder eine Pension aufgrund oben genannter Dienstverhältnisse erhalten

Im Jahr 2013 gab es insgesamt 792.442 anspruchsberechtigte Personen in der Krankenversicherung. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf:<sup>139</sup>

BVA 2012	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
<b>Erwerbstätige und Kinderbetreuungsgeld- bezieherInnen</b>	340781	43
<b>Pensionisten</b>	195317	24,7
<b>Mitversicherte</b>		
<b>Angehörige</b>	256344	32,3
<b>Summe</b>	<b>792442</b>	<b>100</b>

*Tabelle 12: Versichertenstruktur BVA 2013*

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2013 auf 3.464.456,18 Euro.<sup>139</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,22% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 4,37 Euro pro Anspruchsberechtigten.

Die GF hat ein eigenes Referat innerhalb der BVA mit rund 10 Mitarbeitern in der Hauptstelle Wien, NÖ und dem Burgenland. In den restlichen 6 Bundesländern gibt es ebenso Ansprechpersonen für die Gesundheitsförderung, wobei in Salzburg, der Steiermark und Kärnten je 2 Mitarbeiter als Vollzeitkräfte für die Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen.<sup>138</sup>

- Gesundheitsförderung öffentlicher Dienst<sup>140</sup>

*BGF:* Die BVA als Teil des Österreichischen Netzwerkes BGF bietet den Dienststellen folgende Angebote im Rahmen der BGF:

- Erstinformation und Projektberatung
- Mitarbeit in der Steuerungsgruppe
- MitarbeiterInnenbefragungen
- Unterstützung bei Förderansuchen
- Anonymisierte Krankenstandsauswertungen
- Einzelmodule im Rahmen der Maßnahmenumsetzung

Einzelmodule werden zu den Themen Ernährung, Bewegung, Tabakentwöhnung und seelische Gesundheit angeboten, wobei sich das Angebot immer individuell an die zuvor erhobene Ressourcen- und Belastungserhebung orientiert. Bis auf ganz wenige Ausnahmen werden fast alle Module von trägerinternem Personal betreut und durchgeführt, vorrangig aufgrund der Möglichkeit, auf Personal vor allem in den Rehab-Zentren der BVA jederzeit für BGF – Projekte zurückgreifen zu können. Als Besonderheit wird zusätzlich ein Modul für Stimmhygiene und Sprechtraining angeboten. Ebenso wird MbM angeboten.

Des Weiteren beteiligt sich die BVA finanziell in Niederösterreich an dem Projekt „Aktiv und gesund im Betrieb – Rücken fit“ und erstatten ihren Versicherten bei Teilnahme an dem Projekt, sofern der Kurs Teil eines BGF Projekts im jeweiligen Betrieb ist, knapp zwei Drittel der Kurskosten.

*LehrerInnengesundheit:* Handbuch „Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer“<sup>141</sup>

Dieser Leitfaden soll Hilfestellungen und Anregungen vermitteln, wie gesundheitsförderliche Prozesse zum

Schwerpunktthema LehrerInnengesundheit in einer Schule initiiert und organisiert werden können. Es werden detaillierte Informationen betreffend Gesundheitsfaktoren am Arbeitsplatz Schule aufbereitet und spezifische Gesundheitsbelastungen aber auch mögliche Gesundheitsressourcen im schulischen Alltag aufgezeigt. Es wird auf die politische und volkswirtschaftliche Bedeutung der LehrerInnengesundheit ebenso eingegangen wie auf die konkreten Umsetzungsmöglichkeiten im Schulalltag nach dem Motto „geht es den Lehrern gut, geht es den Schülern gut.“ Für Kleinschulen wird ein eigenes Konzept vorgestellt.

Der Unterschied der BGF für Lehrerinnen und Lehrer von der schulischen Gesundheitsförderung, bei der im Idealfall alle im Schulalltag mitbeteiligten Personen einbezogen sind, also auch das Lehrpersonal, liegt darin, dass der Fokus bei der BGF auf den Arbeitsalltag und die Arbeitsabläufe des Lehrpersonals liegt, bei der schulischen Gesundheitsförderung bei den meisten Projekten der Fokus auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen gerichtet ist.

*Ich – in Arbeit:*

Hierbei handelt es sich um ein Online – Informationsprogramm, welches ArbeitnehmerInnen dazu veranlassen soll, sich Gedanken über die Gesundheit im eigenen Arbeitsumfeld Gedanken zu machen.

- **Schulische Gesundheitsförderung**<sup>142</sup>

Die BVA ist unterstützender Träger im Netzwerk der Service Stellen Schule. Im Rahmen der Service Stelle Schule wurde mit den anderen Versicherungsträgern vereinbar, dass die BVA die Themen betreffend Gesundheit der Zielgruppen Lehrpersonal und nichtunterrichtendem Personal innerhalb eines Projektes zur schulischen Gesundheitsförderung übernimmt. Die Zielgruppe des nichtunterrichtenden Personals umfasst z.B. den Schulwart, die Laborangestellten einer Fachschule für Obst- und Weinbau aber auch das Personal in den Stallungen für eine Landwirtschaftsschule.

- **Ernährungsberatung**<sup>143</sup>

An 4 Standorten (Wien, Graz, Salzburg, Klagenfurt) wird eine kostenlose Ernährungsberatung angeboten. Schwerpunkte sind sowohl eine Beratung bei bestimmten Erkrankungen oder vorhandenen Risikofaktoren, aber auch eine zielgruppenspezifische Beratung für Kinder, Senioren, Schwangere und stillende Mütter.

## 7.13 GF in der SVA der gewerblichen Wirtschaft

Die SVA der gewerbliche Wirtschaft (kurz SVA) vereint Unfall-, Pensions- und Krankenversicherung für Selbständige. Im Jahr 2012 betrug der Versichertenstand in der Krankenversicherung insgesamt 770.358 Personen.<sup>144</sup> Der Jahresbericht für 2013 war zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit noch nicht der Öffentlichkeit zugänglich. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf:

SVA 2012	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
<b>Erwerbstätige</b>	369843	48
<b>Pensionisten</b>	140413	18,2
<b>FreiwilligSelbst- versicherte</b>	21920	2,9
<b>Kinderbetreuungsgeld- bezieherInnen</b>	3895	0,5
<b>Mitversicherte</b>		
<b>Angehörige</b>	234287	30,4
<b>Summe</b>	<b>770358</b>	<b>100</b>

Table 13: Versichertenstruktur SVA 2012

Bei der Gruppe der Pflichtversicherten Erwerbstätigen handelt es sich in 73% um Gewerbetreibende, in 5% um Gesellschafter von OHG, KG, OEG, KEG, in 10% um Gesellschafter einer GmbH und in 12 % um Freiberufler. Bei der Gruppe der Freiwillig Versicherten handelt es sich in 93,5 % um Ärzte und Ärztinnen und in 6,4% um ApothekerInnen. Bei den fehlenden 0,1% handelt es sich um Patentanwälte.<sup>144</sup>

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2012 auf 2.264.223,03 Euro. Das entspricht einem Anteil von 0,25% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 2,94 Euro pro Anspruchsberechtigten.<sup>144</sup>

2012 wurde in der SVA das „Competence Center Gesundheitsförderung (CC GF) ins Leben gerufen, welches der Krankenversicherung zugehörig ist.<sup>144, 145</sup> Statt ausschließlich „Reparaturmedizin“ anzubieten, möchte die SVA mehr in die Gesundheitsförderung und Prävention investieren und somit einen Wandel weg von der reinen Krankenversicherung hin zu einer Gesundheitsversicherung zu vollziehen.

Die zwei Programmthemen „Selbständig Gesund“ und „Fit zu mehr Erfolg“ beinhalten verschiedene Angebote, die zum einen ausschließlich der Gesundheitsförderung zuzuordnen sind, zum anderen auch Programme, die eine Verflechtung von Gesundheitsförderung mit Primärprävention (und teilweise auch Sekundärprävention) darstellen. Beschrieben werden im Folgenden nur jene Programme, die zumindest in Teilbereichen der GF zuzuordnen sind.

<b>Gesundheitsförderung (GF)</b> <b>Primärprävention (PP)</b> <b>Sekundärprävention (SP)</b>	<b>Selbständig Gesund</b>	<b>Fit zu mehr Erfolg</b>
GF		Gesundheitstage
GF		Bewegungs-Camps
GF		SVA-Bewegt
GF		Bewegungsbox
PP/SP		SVA – IS(S)T – GESUND
GF / PP / SP	Vorsorgebonus	
GF / PP / SP	Vorsorgecamp	
PP/SP		Gesundheitswochen
PP/SP		Burn out Präventionswoche
SP		No smoking Camps

Von Juni – September 2012 führte die SVA unter ihren Versicherten mittels schriftlicher Befragung eine „Ur-Umfrage“ über die Prioritäten und zukünftige Wege durch.<sup>146</sup> Ca. 118.600 Versicherte haben den Fragebogen retourniert, was einer Rücklaufquote von rund 22% entspricht. Es wurden 4 Themenkomplexe abgefragt. Ein Themenkomplex behandelte die wichtigsten Zukunftsthemen für künftige Gesetzesänderungen und die Teilnehmer konnten bis zu 3 aus insgesamt 9 Themen auswählen: Geringere Beiträge/Selbstbehalte für gesundheitsbewussten Lebensstil, größerer gesetzlicher Spielraum für Hilfe bei individuellen Zahlungsschwierigkeiten, Halbierung der Bezugs- und Einführung von Habenzinsen, Einführung des beitragsfreien Krankengeldes und Verbesserungen bei Wochen- sowie Kinderbetreuungsgeld, schrittweise Senkung der Mindestbeiträge, Wahlmöglichkeit für zeitnahe Beitragsvorschreibung, Aufteilung der Nachzahlung im 4. Jahr auf künftig 3 Jahre statt wie bisher 1 Jahr, Mehrfachversicherungen vereinfachen sowie Vereinfachung der Ausnahmemöglichkeiten von der Pflichtversicherung bei geringen Einkünften und Umsetzen. Über 58% machten eines ihrer 3 Kreuzchen bei der

Auswahlmöglichkeit „Geringere Beiträge/Selbstbehalte für gesundheitsbewussten Lebensstil“. Keine andere Auswahlmöglichkeit erreicht so einen hohen Prozentsatz.<sup>147</sup>

Finanziell bietet die SVA mit dem SVA Gesundheitshunderter<sup>148</sup> einen Zuschuss von 100 Euro für die Teilnahme an einer gesundheitsfördernden Maßnahme, sofern der Versicherte selbst zumindest 150 Euro für die Maßnahme selbst ausgibt. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen bzw. Aktivitäten müssen bei Vertragspartnern der SVA durchgeführt werden (z.B. SVA-Camp, qualitätsgesichertes Paket einer SVA-Kooperationspartnerschaft) oder bei Anbietern, welche die SVA-Qualitätskriterien in Bezug auf gesundheitsfördernde Aktivitäten erfüllen und folgenden Bereichen zuzuordnen sind: Bewegung, Ernährung, Mentale Gesundheit/Entspannung/Körperarbeit und Rauchfreiheit.

- **BGF – Mitglied des ÖNBGF<sup>149</sup>**

Die SVA ist Mitglied im österreichischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. Bei der Aktion „Mit der SVA zum gesündesten Unternehmen Österreichs“ erhalten Unternehmer, die in ihrem Betrieb ein Gesundheitsförderungsprojekt entsprechend den Richtlinien des österreichischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung umsetzen, einen Kostenzuschuss von 100 Euro.

Des Weiteren ist die SVA Mitglied beim Fonds Gesundes Vorarlberg und unterstützt finanziell Projekte der BGF in Vorarlberg, die über diesen Fonds mitabgewickelt werden.

- **Schulische Gesundheitsförderung**

Im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung ist die SVA nicht tätig.

- **Gesundheitstage<sup>150</sup>**

Diese werden dezentral und unregelmäßig von den einzelnen Landesstellen, fallweise in Zusammenarbeit mit anderen Krankenversicherungsträgern oder auch der Wirtschaftskammer organisiert und haben immer ein Schwerpunktthema wie zum Beispiel „Stress“, „Rücken“, Gesundheitstage im Rahmen „Fit für die Wirtschaft“ oder die im Herbst 2014 in NÖ stattfindenden „Best of Gesundheitstage“.

- **Bewegungs-Camp Herbst**<sup>151</sup>
- **Bewegungs-Camp Winter**<sup>152</sup>

Diese 3-4 tägigen Camps werden im Herbst und im Winter angeboten und je nach Jahreszeit liegt der Schwerpunkt auf Nordic Walking, Jogging, Schwimmen oder Radfahren bzw. Langlaufen, Schneeschuhwandern oder sportliches Skaten. Im Jahr 2012 wurden 12 Herbst-Camps mit 250 Teilnehmern durchgeführt sowie 13 Winter-Camps mit insgesamt 360 Teilnehmern; vier davon wurden speziell für die Zielgruppe 55+ ausgerichtet. Die Camps müssen von den Teilnehmern selbst bezahlt werden bekommen, können dafür aber die Förderung im Rahmen des „Gesundheitshunderterters“ in Anspruch nehmen.

- **SVA-Bewegt**<sup>153</sup>

In Kooperation mit dem österreichischen Sportdachverband „Sportunion Österreich“ bietet die SVA seit April 2012 das Programm „SVA Bewegt“ an, bei dem Versicherte in Kursen mit maximal 12 Personen unter professioneller Anleitung 2 Mal pro Woche für ein Jahr lang ein Bewegungsprogramm absolvieren. Sobald die 20.Trainingseinheit abgeschlossen wurde, bekommt man auf Antrag bei der SVA einen Zuschuss in der Höhe von 100 Euro, sodass sich die Jahreskurskosten von 350 Euro auf 250 Euro reduzieren. Das Bewegungsprogramm enthält ein gezieltes Herz-Kreislauftraining, Kräftigung der Muskulatur, Förderung der Koordination und Vermittlung „Spaß an der Bewegung“. Im Sinne der Nachhaltigkeit ist letzteres vielleicht sogar der wichtigste Teil des Programmes.

- **Bewegungsbox**<sup>154</sup>

Die Bewegungsbox kann jeder Versicherte im Zusammenhang mit der Teilnahme an den Programmen „Selbständig gesund“, Gesundheitswochen, Aktiv Camps, SVA-is(s)t gesund bestellen. Sie beinhaltet einen Bewegungspass für die tägliche Aufzeichnungen der absolvierten Bewegung sowie einen elektronischen Schrittzähler, eine Übungs-DVD, Übungssammlung, Muskeltrainingskarten, Rabattgutschein für Pulsuhren und ein Theraband.

- **Vorsorgebonus „Selbständig gesund“<sup>155</sup>**

Dieses Bonusprogramm wird von der SVA seit 01.01.2012 für ihre Versicherten angeboten. Mit diesem Programm sollen Versicherte motiviert werden, sich aktiv um den Erhalt ihrer Gesundheit zu kümmern und schlussendlich dafür finanziell belohnt zu werden. Die SVA schreibt jedem ihrem Versicherten grundsätzlich einen 20% Selbstbehalt bei den Sachleistungen vor. Für bestimmte gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte (z. B. Dialysepatienten, Behandlungen während einer Strahlen- oder Chemotherapie, Behandlungen während und in Folge einer Organtransplantation, Behandlungen bei Schwerversehrten oder bei einem Behindertengrad über 50%) oder für Versicherte, deren Monatseinkommen eine gewisse Summe nicht übersteigt (für das Jahr 2014 gilt als Obergrenze 857,73 Euro) gibt es die Möglichkeit, um eine Kostenanteilsbefreiung anzusuchen; ebenso sind die Kosten des Selbstbehaltes mit einem maximalen Anteil von 5% des Jahreseinkommens nach oben hin gedeckelt. Abweichungen des 20% Selbstbehaltes nach oben gibt es bei Zahnbehandlungen, den Hilfsmitteln und Heilbehelfen. Kein Selbstbehalt muss bezahlt werden bei Spitalsaufenthalten, den Jugendlichenuntersuchungen, den Vorsorgeuntersuchungen, den Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes, den Behandlungen von anzeigepflichtigen übertragbaren Erkrankungen, humangenetischen Vorsorgemaßnahmen, medizinischer Hauskrankenpflege, medizinische Maßnahmen der Rehabilitation und endoskopische gastrointestinale Untersuchungen. Für Kinder wird ebenfalls kein Selbstbehalt vorgeschrieben. Die SVA möchte mit ihrem Vorsorgebonus ihre Versicherten dazu motivieren, ihren Lebensstil zu überdenken mit dem Hinweis darauf, dass die Haupttodesursache in Österreich auf Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems zurückzuführen ist<sup>156</sup>, welche durch den Lebensstil maßgeblich beeinflusst werden können. Am Beginn des Vorsorgebonusprogramms steht eine allgemeinmedizinische Untersuchung beim Hausarzt, die im Rahmen der klassischen Vorsorgeuntersuchung gemacht wird. Beim SVA Bonusprogramm werden dann jene Parameter eingehender beachtet, die durch die Lebensweise direkt beeinflusst werden können: Gewicht, Blutdruck, Bewegungsausmaß, Tabak- und Alkoholkonsums. Zu allen fünf Parametern sollte der Arzt dann gemeinsam mit dem Versicherten Gesundheitsziele erarbeiten, die auf den Erhalt (im Rahmen der Gesundheitsförderung) oder eine Verbesserung (im Sinne einer Primär-/Sekundär-/Tertiärprävention) der erhobenen Daten abzielt. Derartige Ziele wären zum Beispiel eine Reduktion oder gänzliche Einstellung des Tabakkonsums oder bedarfsweise auch

des Alkoholkonsum, sowie eine Erhöhung der täglichen bzw. wöchentlichen Bewegung oder auch das Erreichen eines bestimmten Gewichtes. Der Zeitraum, in dem die Ziele erreicht werden können, sollte individuell zwischen Arzt und Versicherten festgelegt werden, der minimale Zeitraum für eine nachweisliche Verbesserung liegt jedoch bei 6 Monaten. Nach dem vereinbarten Zeitraum werden vom Arzt neuerlich die Daten zu den 5 Parametern erhoben und es sollte zu einem Evaluierungsgespräch kommen. Wurden nicht alle 5 Gesundheitsziele beim diesem ersten sogenannten „Recall Termin“ erreicht, dann können weitere Termine mit dem Arzt vereinbart werden bis alle Ziel erreicht werden. Sobald alle Gesundheitsziele erreicht werden, stellt der Arzt ein Gutachten aus, mit dem der Versicherte einen Antrag an die SVA stellt und der Selbstbehalt reduziert sich auf 10% und ist, je nach Alter des Patienten zum Zeitpunkt dieses „Recall-Termins“ für 2 Jahre bzw. für 3 Jahre bei den unter 40jährigen gültig. Nach Ablauf dieser Zeit muss sich der Versicherte erneut untersuchen lassen um weiterhin in den Genuss der Reduktion des Selbstbehaltes zu kommen.

Eineinhalb Jahre nach Beginn des Programms wurde von einem Team von Wirtschaftswissenschaftlern der Johannes-Kepler-Universität Linz das Programm einer quantitativen als auch qualitativen Analyse unterzogen.<sup>157, 158</sup>

Die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen ist dabei im Jahr der Einführung des Programms um etwas mehr als 38% gestiegen. Weitere Ergebnisse, die seitens der SVA beim Forum Alpbach – Gesundheitsgespräche 2013 präsentiert wurden:<sup>159</sup>

- Am häufigsten wurde das Programm von 50- bis 59jährige genutzt.
- Tiroler nahmen am Programm am häufigsten teil; das Schlusslicht bildeten die Niederösterreicher – diese verzeichneten jedoch seit Programmbeginn den stärksten Zuwachs.
- 11.782 Anträge auf eine Reduktion des Selbstbehaltes wurden 2012 bewilligt; das entspricht 90% aller eingereichten Anträge.
- Bei den meisten Versicherten, die ihren Antrag eingereicht haben, war das Ziel „gesund bleiben“ bzw. wiesen diese Versicherten bereits zu Beginn des Programms gute Werte bei den 5 ausgewählten Gesundheitsindikatoren auf
- Bei den wenigen Anträgen, die abgelehnt wurden kam es zu einer Verbesserung in einigen Bereichen, aber nicht in allen.
- Im Durchschnitt ersparte sich ein Versicherter aufgrund der Reduktion des Selbstbehaltes 65 Euro pro Jahr.
- Berechnet man den Durchschnitt nach Altersgruppen, dann ersparen sich über 60jährige 89 Euro pro Jahr, wobei ein Drittel der Ersparnis auf den praktischen Arzt, zwei Drittel auf den Facharzt entfallen.

- Versicherte, die an einer Vorsorgeuntersuchung teilnehmen, verbringen fast ein Fünftel weniger Zeit im Spital.
- Versicherte, die nie zu einer Vorsorgeuntersuchung gehen, geben bedeutend mehr für Medikament aus und müssen häufiger stationär aufgenommen werden.
- Bei Versicherten, die (eventuell aufgrund des Programms) erstmalig an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen hatten, kam es im selben Jahr zu einem Anstieg der extramuralen Kosten um durchschnittlich 165 Euro.

- **Vorsorgecamps**<sup>160</sup>

Hier wird die Vorsorgeuntersuchung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einem 4 Sterne Gesundheitshotel oder Kurhotel angeboten zusammen mit der Erstellung eines individuellen Lebensstilprogrammes. Zusätzlich werden 8 Gesundheitsmodule absolviert, die von Psychologen, Physiotherapeuten, Sportwissenschaftler und Diätologen begleitet werden. Dabei wird zum Teil auf die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung eingegangen, im Sinne der Gesundheitsförderung werden diese Module aber allumfassend zur Verbesserung eines gesunden Lebensstils angesehen.

## 7.14 GF in der SVA der Bauern (SVB)

Im Jahr 2012 gab es insgesamt 287.249 Anspruchsberechtigte in der Krankenversicherung.<sup>161</sup> Der allgemeine Geschäftsbericht für 2013 war zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit noch nicht der Öffentlichkeit zugänglich. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf:

SVB 2012	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
<b>Betriebsführer</b>	124456	43,3
<b>Hauptberuflich beschäftigte Angehörige</b>	6938	2,5
<b>Hauptberuflich beschäftigte Übergeber</b>	306	0,1
<b>Pflichtversicherte Kinder</b>	5481	2
<b>Freiwillig Versicherte</b>	171	0,05
<b>Kinderbetreuungsgeld-bezieherInnen</b>	1851	0,5
<b>Pensionisten</b>	148046	51,6
<b>Summe</b>	287249	100

*Tabelle 14: Versichertenstruktur SVB 2012*

Bei den Versicherten der SVB handelt es sich um eine relativ homogene Versichertengemeinschaft ohne große soziale Unterschiede und es gibt kaum Randgruppen. Dies hat sich auch in einer Gesundheitsbefragung, welche von der SVB im Jahr 2010 unter ihren Versicherten durchgeführt wurde, bestätigt. Auch wenn man die abgelegenen ländlichen Regionen betrachtet, finden sich keine großen sozialen Unterschiede.

Der typische erwerbstätige Versicherte hat einen Familienbetrieb. Somit gibt es auch keine BGF in herkömmlichen Sinn. Bäuerliche Großbetriebe sind in der gewerblichen SVA versichert.

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2012 auf 1.622.952,76 Euro.<sup>161</sup> Das entspricht einem Anteil von 0,30% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 5,65 Euro pro Anspruchsberechtigten.

Die GF ist als „Mischabteilung“ zwischen der Krankenversicherung und Unfallversicherung angesiedelt. Statt des Begriffs Unfallverhütung wurde explizit der Begriff Sicherheitsberatung gewählt und die Abteilung trägt den Namen „Abteilung für Sicherheitsberatung und Gesundheitsförderung“. Folgende Programme werden von der Abteilung im Rahmen der Gesundheitsförderung angeboten:<sup>162</sup>

<b>Gesundheitsförderung (GF)</b> <b>Primärprävention (PP)</b> <b>Sekundärprävention (SP)</b>	<b>Sicherheitsberatung</b>	<b>Gesundheitsförderung</b>
GF / PP	Fit4Life – sei dabei!	Fit4Life – sei dabei!
GF		Gesunde Schule
GF		Genussschule
GF / PP / SP		Schlank – Fit - Gesund
GF / PP		Bewegungsstraße
GF		Nordic – Walking - Kurse
GF / PP		Entspannt durchs Leben

- **Fit4Life – sei dabei!**<sup>162</sup>

Eine Schwerpunktaktion, die den Namen Fit4Life trägt, beschäftigt sich mit dem Thema „Sicherheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf bäuerlichen Betrieben“. Zusammen mit der Sicherheitsberatung werden zur Zeit in der Abteilung für Gesundheitsförderung Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Sicherheit und Gesundheit von Bauernkindern und Jugendlichen aus dem bäuerlichen Umfeld erarbeitet. Die Ausgangsdaten hierzu lieferte eine großangelegte Fragebogenaktion, welche im Zeitraum von Februar bis Juni 2011 durchgeführt wurde. 4202 Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren und insgesamt 1729 Eltern von 3 bis 10-jährigen Kindern wurden dabei zu den Themen Ernährungs-, Bewegungs- und Substanzkonsumverhalten, zum subjektiven Gesundheitsempfinden, zum Gewicht sowie zu Unfällen befragt. Die Fragestellungen orientierten sich dabei an bereits bestehende Erhebungen, insbesondere an der HBSC Studie (Health Behaviour in School-aged Children Study), die im Abstand von 4 Jahren in über 40 europäischen und nordamerikanischen Ländern durchgeführt wird.<sup>163</sup> Die Erhebung der SVB wurde mit etlichen soziodemographischen Fragen ergänzt.

*Fit4Life Aktionstage:*

Diese werden in land-, forst- und hauswirtschaftlichen Schulen angeboten und bieten Informationen aus dem Bereich Sicherheit und Gesundheit sowie Angebote wie z.B. Balance- und Koordinationstests, Sinnesparcour, Ernährungsquiz, Aufzeigen der Alltagslärmbelastung mittels Messgerät, Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit, Messung der Eigenschutzzeit für gefahrloses Sonnenbaden. Im Jahr 2013 wurden insgesamt 12 Aktionstage in ganz Österreich angeboten.

*Vorträge:*

Vorträge zum Thema Sicherheit und Gesundheit in der Landwirtschaft sowie Sport und Bewegung für Kinder und Jugendliche werden in ländlichen Volksschulen, landwirtschaftlichen Berufs- und Fachschulen in Betrieben und in der Erwachsenenbildung angeboten.

*Sicherheitsberatung im Haushalt:*

Hier werden im Rahmen von Betriebsbesuchen Hilfestellungen und Beseitigungen möglicher Unfallquellen und deren Lösungsmöglichkeiten erarbeitet.

*Firmenberatungen:*

Diese werden gemeinsam mit dem Unfallverhütungsdienst der AUVA durchgeführt. Im Rahmen der Beratung werden auch Maschinenkontrollen durchgeführt.

- **Gesunde Schule**<sup>162</sup>

Die SVB ist unterstützender Träger der Service Stellen Schule wobei die SVB Projekte in land- und forstwirtschaftlichen Fach – und Berufsschulen und höheren

Bundeslehranstalten für wirtschaftliche Berufe unterstützt. Die Organisation ist eng verknüpft mit der Aktion Fit4Life.

- **Genussschule**<sup>162</sup>

Bei dieser niederösterreichischen Initiative, welche von der SVB gemeinsam mit der Landesschulinspektion durchgeführt wird, können mittlere und höhere landwirtschaftliche Fachschulen das sogenannte Genuss-Siegel erwerben. Voraussetzung dafür ist, dass heimische Produkte und ihre Vorteile im Lehrplan hervorgehoben werden sowie bei den Jugendlichen ein Bewusstsein für Herkunft und Qualität von Lebensmittel geschaffen wird.

- **Schlank Fit Gesund – Ohne Verzicht zum Wohlfühlgewicht**<sup>162</sup>

Es handelt sich hierbei um ein Projekt, das in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, dem ländlichen Fortbildungsinstitut (LFI) und der Landwirtschaftskammer Österreich erarbeitet wurde. Ziel ist das Erlernen und Beibehalten eines gesunden Lebensstils mit dem das Normalgewicht stabilisiert werden kann oder ein vorhandenes Übergewicht langfristig reduziert werden kann. Es werden Kenntnisse über gesunde Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Entspannung vermittelt sowie ein Verhaltenstraining angeboten. Für dieses Programm werden laufend Seminarbäuerinnen und Gesundheitsbegleiter ausgebildet, die die Kurse vor Ort organisieren. Die Ausbildung zur Seminarbäuerin bzw. zum Gesundheitsbegleiter findet in den Landwirtschaftskammern statt und vermittelt sowohl Methoden- als auch Praxiskompetenzen. Die Kurse werden in Form von Gruppentreffen abgehalten und dauern wahlweise zwischen 4 – 17 Treffen. Die SVB bietet bei diesen Kursen auch kostenlose BIA Messungen an. Im Jahr 2013 wurden zusätzlich noch einige dreistündige Workshops zum Thema Gewichtsmanagement abgehalten. Insgesamt gab es im Jahr 2013 bei diesem Projekt 494 Teilnehmer.

- **Bewegungsstrasse**<sup>162</sup>

Hierbei handelt es sich um einen Workshop, der in Zusammenarbeit mit Medizinern, Physiotherapeuten und Sportwissenschaftlern erarbeitet wurde. Er wird kostenlos angeboten und beschäftigt sich mit dem Erlernen von Wirbelsäulen schonenden und ergonomischen Bewegungsabläufen in der landwirtschaftlichen Arbeit. Der Workshop besteht aus einem theoretischen und anschließenden praktischen Teil, bei dem in 6 Stationen die häufigsten Arbeitsbewegungen nachgestellt werden, wobei man gezielt

Bewegungsabläufe und ausgleichende Muskelübungen erlernen und trainieren kann. Diese Workshops werden zum Teil direkt auf dem Bauernhof, in Fachhochschulen aber auch in der Bezirksbauernkammer durchgeführt. Im Jahr 2013 gab es 96 Mal das Angebot der „Bewegungsstraße“ mit insgesamt 1974 TeilnehmerInnen.

- **Nordic Walking Kurse**<sup>162</sup>

Es werden über das ganze Jahr verteilt Nordic Walking Kurse für verschiedene Personengruppen angeboten (z.B. für Senioren, Landjugend, Abnehmgruppen). Zum Erlernen und Überprüfen der richtigen Technik werden Kurse für AnfängerInnen und Kurse für Fortgeschrittene angeboten; organisiert werden die Kurse von den jeweiligen Regionalbüros. Im Jahr 2013 gab es 81 Nordic Walking Kurse mit insgesamt 1210 Teilnehmern.

- **Entspannt durch's Leben – oder Stress?**<sup>162</sup>

Im Rahmen dieses Projekts werden Vorträge, Seminare und Workshops in Zusammenarbeit mit dem Ländlichen Fortbildungsinstitut (LFI) angeboten. Ziel ist die persönlichen Stressquellen zu erkennen und zu vermeiden bzw. die eigenen Ressourcen zur Bewältigung von Stresssituationen zu erhöhen. Die Workshops werden zielgruppen- und gendergerecht abgehalten; darüber hinaus wird eine „altersgerechte“ Version zu diesem Thema in Form von 2-stündigen Workshops in landwirtschaftlichen Fachschulen angeboten. Im Jahr 2013 fanden insgesamt 47 Workshops mit 1041 Teilnehmern statt.

## 7.15 GF in der VAEB

In der Krankenversicherung der VAEB gibt es 2 unterschiedliche Gruppen an Versicherten:<sup>164</sup>

- Gruppe A:
- Angestellte der ÖBB
  - Privatbahnbedienstete
  - Bedienstete der Schlaf- und Speisewagenbetriebe
  - Erwerbstätige im Bergbau
  - Bezieher einer ASVG Pension oben genannter Gruppen
- Gruppe B:
- Beamte der ÖBB
  - Personen, die von der Dienstleistungs-GmbH der ÖBB einen Ruhegenuss erhalten

Im Jahr 2013 gab es durchschnittlich 241.177 Anspruchsberechtigte in der Krankenversicherung. Die Versichertenstruktur gliedert sich wie folgt auf:<sup>165</sup>

VAEB 2013	Anzahl	Prozent
<b>Pflichtversicherte</b>		
<b>Erwerbstätige</b>	66519	27,6
<b>Pensionisten</b>	109166	45,3
<b>Mitversicherte</b>		
<b>Angehörige</b>	65492	27,1
<b>Summe</b>	<b>241177</b>	100

*Tabelle 15: Versichertenstruktur VAEB 2013*

Davon entfallen 27 % auf aktive Erwerbstätige, 28% auf mitversicherte Angehörige und 45% auf PensionistInnen.

Die Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ beliefen sich im Jahr 2013 auf 7.983.428,07 Euro.<sup>165</sup> Das entspricht einem Anteil von 1,42% der Gesamtausgaben bzw. einem durchschnittlichen Aufwand von 33,10 Euro pro Anspruchsberechtigten.

- **Betriebliche Gesundheitsförderung**<sup>166</sup>

2008 wurde das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP)<sup>167</sup> als Tochterunternehmen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau gegründet. Schwerpunktmäßig beschäftigt sich das Institut mit den Geschäftsbereichen Public Health, Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeitsmanagement. Als Leistungen im Rahmen der BGF wird folgenden angeboten:

- ❖ Konzeptionierung und Planung von Projekten
- ❖ Beratung und Begleitung von Projekten
- ❖ Durchführung von Ist-Analysen (MitarbeiterInnenbefragungen, Krankenstandsanalysen)
- ❖ Beratung bei der Maßnahmenumsetzung
- ❖ Prozess- und Ergebnisevaluation von Projekten
- ❖ Inhaltliche Beratung zu gesundheitsrelevanten Themen (z.B. Förderung einer altersgerechten Arbeitswelt, BGF für Lehrlinge, Genderkompetenz, Burnout Prävention, betriebliche Tabakprävention)

Weitere Angebote umfassen die Ausbildung zur/ zum betrieblichen Gesundheitsmanagerin, zur/ zum GesundheitszirkelmoderatorIn oder zur Gesundheitsvertrauensperson.

Zurzeit werden 3 BGF Projekte vom IfGP im Auftrag der VAEB betreut:<sup>167</sup>

- VA Erzberg: dieses Werk beschäftigt 187 Mitarbeiter in der Erzgewinnung. Im Herbst 2012 wurde ein BGF Projekt ins Leben gerufen mit dem Namen „G’sund am Berg“. Nach der ersten Analysephase, die unter anderem aus einer MitarbeiterInnenbefragung, einer Gesundheitsmesse und mehreren Gesundheitszirkeln inklusive eines eigenen Gesundheitszirkels für die Führungskräfte und der Definition der Projektfeinziele, wurde im Herbst 2013 mit der Umsetzungsphase begonnen.
- Lafarge Zementwerke GmbH Standort Retznei: in diesem Werk sind ca. 100 Mitarbeiter beschäftigt und das BGF Projekt läuft seit Anfang 2013. Der Projektleiter wurde zum betrieblichen Gesundheitsmanager ausgebildet und nach und nach wurden 4 BGF Multiplikatoren zu internen Gesundheitszirkelmoderatoren geschult. Es fand eine Mitarbeiterbefragung

statt, der die Durchführung von 4 Gesundheitszirkeln folgte. Auch hier wurde mittlerweile mit der Umsetzung von Maßnahmen begonnen

- Lafarge Zementwerk GmbH Standort Mannersdorf

- **Betriebliche Gesundheitsförderung in der ÖBB**<sup>167</sup>

Im Jahr 2006 wurde in der ÖBB ein BGF- Projekt in Kooperation mit der VAEB und dem IfGP durchgeführt. 2009 fand die Evaluierung des Projektes statt und es wurde anschließend in die Managementorganisation in Form eines betrieblichen Gesundheitsmanagements integriert.

- **Schulische Gesundheitsförderung**<sup>168</sup>

Gemeinsam mit Styria vitalis wurde vom IfGP im Jahr 2013 eine Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) zur Ganztagschule durchgeführt. Die Gesamtbewertung ergab ein Reihe von stark positiven Auswirkungen auf die Gesundheit der 10– bis 14-jährigen SchülerInnen: stärkeres Beziehungsgefüge zwischen LehrerInnen bzw. ErzieherInnen und SchülerInnen und auch unter den SchülerInnen, bessere Förder- und Fördermöglichkeiten sowie Einfluss auf das Sozialverhalten im Sinne einer Reduzierung eines aggressiven und störenden Verhaltens. Des Weiteren ergaben sich potentiell positive Auswirkungen in den Bereichen Lebenskompetenz, Beteiligungsmöglichkeiten, Familienklima, Verpflegung, Integration von Bewegung, Freizeit und Schulstress. Potentiell negative Auswirkungen ergaben sich lediglich im Bereich der außerschulischen Freizeitgestaltung (in Musikvereinen, Sportvereinen, religiösen Gruppen etc.) da diese natürlich zeitlich behindert werden. Die Studiendurchführenden kamen jedoch auch zu dem Ergebnis, dass sich die positiven Auswirkungen nur unter geeigneten Rahmenbedingungen auswirken können. Diese müssten zuvor jedenfalls geschaffen werden, da sich diese unmittelbar auf die Struktur- und Prozessqualität der Ganztagschule auswirken würden. Die Rahmenbedingungen müssten auch dahingehend geschaffen werden, dass der Zugang für Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen erleichtert wird; hierbei geht es um die finanzielle Gestaltung aber auch um die Überwindung kultureller Differenzen bei Kindern mit Migrationshintergrund, bei denen die Familien die Kontrolle über die Erziehung der Kinder nicht gerne in fremde/kulturell anders denkende Hände geben.

- **Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde - GesundheitsDIALOG Mürztal**<sup>169</sup>

Ziel dieses Projektes ist, spezielle Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention aber auch der Krankenversorgung in der Region Mürztal zu entwickeln. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Vernetzung mit den regionalen Akteuren – den Ärzten, Politikern und Unternehmern in Hinblick auf die Schaffung einer integrierten Versorgung, die transparent ist.

Bisher entwickelte Angebote im Rahmen der GF in der Region:<sup>170</sup>

- „Bewegung als Medikament“: es finden regelmäßige Trainingseinheiten in der Gruppe statt sowie Wissensvermittlung zu den Themen Bewegung und Ernährung
- „Gesund: Warum?“: hierzu findet Wissensvermittlung zusammen mit Beispielen aus der Praxis zu den Themen Bewegung und Ernährung in Kleingruppen statt
- „Serious games for health“: über einen interaktiven Messestand bei Betrieben und Veranstaltungen werden Gesundheitsinformationen in spielerischer Form vermittelt.

Die VAEB bzw. das IfGP übernimmt dabei die Rolle des Projektmanagements, der Beratung, der Produktentwicklung, Prozessbegleitung und Evaluation.

- **Gesundheitseinrichtung Josefhof**<sup>171</sup>

Dieser besteht aus ÄrztInnen, SportwissenschaftlerInnen, PsychologInnen, BewegungstrainerInnen und DiätologInnen. Im Rahmen der GF werden folgende Programme angeboten:

*BGF:* Das Angebot erstreckt sich mittlerweile auf 10 unterschiedliche Programme

*„Ja! Jetzt aktiv“:* Das ist ein Programm, welches sich an alle PensionistInnen wendet, die nicht länger als 7 Jahre in Pension sind. Im Rahmen eines einwöchigen stationären Aufenthaltes werden die Teilnehmer über gesundheitsförderliche Bewegung und Ernährung in Theorie und Praxis informiert. Die Nachhaltigkeit dieser Woche soll damit gesichert sein, dass die Teilnehmer im Anschluss an den stationären Aufenthalt weiterhin zu Gesundheitstreffen und Gesundheitskursen in Wohnortnähe eingeladen werden. Vor allem die Teilnahme an

Bewegungsgruppen wird gerne angenommen. Mit dieser regionalen Nachbetreuung wurden bisher rund ein Drittel der Teilnehmer der stationären Gesundheitswoche erreicht. Eine deutliche Steigerung wird jedoch in Zukunft erwartet, weil diese regionale Nachbetreuung seit 2013 flächendeckend in allen österreichischen Bundesländern angeboten werden kann.

## 7.16 GF in den Betriebskrankenkassen

In Österreich gibt es sechs Unternehmen mit Betriebskrankenkassen:<sup>172</sup>

- Betriebskrankenkasse Austria Tabak ( in Folge kurz BKK – AT)
- Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe (in Folge kurz BKK – WV)
- Betriebskrankenkasse Mondi (in Folge kurz BKK –M)
- Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsystem (in Folge kurz BKK - VB)
- Betriebskrankenkasse Zeltweg (in Folge kurz BKK –Z)
- Betriebskrankenkasse Kapfenberg (in Folge kurz BKK – K)

Bei den Auflistung der Ausgaben für „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ war in allen Geschäftsberichten die betriebliche Gesundheitsförderung des Betriebes miteinbezogen, allerdings ohne näher Angaben, was für konkrete Projekte bzw. Maßnahmenumsetzungen im Jahr 2013 durchgeführt wurden und ohne Aufschlüsselung der Ausgaben für die BGF. Lediglich die BKK – Austria Tabak gab genaue Summen an.

Bei der BKK – Zeltweg wird im Jahresbericht von 2012 eine Aufwendungssumme für Früherkennung von Krankheiten/ Gesundheitsförderung angegeben – sie beträgt 51.206,41 Euro, jedoch wird keine näher Aufschlüsselung angegeben, sodass in dieser Summe alle Aufwendungen für die Jugendlichenuntersuchungen, die Vorsorgeuntersuchungen sowie die Aufwendungen für Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen subsumiert sind.<sup>173</sup>

2013	Anspruchsberechtigte	Gesamtausgaben	Ausgaben für GF und sonstige Maßnahmen	Ausgaben für GF in %	Pro Kopf Ausgabe für GF
<b>BKK - AT</b>	1.883	6.404.177,65	21.329,96	0,33%	11,3
<b>BKK - WV</b>	20.380	42.767.116,77	145.267,59	0,34%	7,31
<b>BKK - M</b>	2.772	5.691.507,80	194.000,00	3,41%	69,99
<b>BKK - VB *</b>	13.196	28.828.207,31	85.098,94	0,30%	6,45
<b>BKK - Z *</b>	2.873	8.635.000,00	keine Daten	keine Daten	keine Daten
<b>BKK - K</b>	keine genaue Daten; ca. 11.000	keine Daten	keine Daten	keine Daten	keine Daten
Die Einheit bei den Ausgaben ist "Euro"					
* Angaben aus dem Jahr 2012					

*Tabelle 16: Anspruchsberechtigte in den Betriebskrankenkassen*

- **Betriebskrankenkasse Austria Tabak**<sup>174</sup>

Im Jahresbericht 2013 gibt es eine genaue Aufgliederung der Aufwendungen für die „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“:<sup>175</sup>

Betriebliche Gesundheitsförderung	929,28 Euro
Schulische Gesundheitsförderung	0,0 Euro
Kommunale Gesundheitsförderung	0,0 Euro
Sonstige Gesundheitsförderung	0,0 Euro
Überweisung an den GF- Fonds	4.157,00 Euro
Sonstige Maßnahmen	16.243,08 Euro

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung insgesamt waren in den letzten Jahren rückläufig. 2010 betragen sie 0,15%, im Jahr 2011 0,17% und im Jahr 2012 0,14%.<sup>176</sup> Durch die 2013 erstmalige Überweisung eines Finanzierungsbeitrages an den Gesundheitsförderungsfonds gemäß §19 G-ZG stieg der Anteil der Ausgaben für die GF an den Gesamtaufwendungen auf 0,33% an.<sup>175</sup>

- **Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe**<sup>177</sup>

Im Rahmen der Gesundheitsförderung werden Gesundheitstage im Asia Linsberg Thermen Resort in Bad Erlach angeboten, bei denen Themen wie gesunde Ernährung, Stressbewältigung und Entspannungsübungen im Rahmen von Workshops aufbereitet werden.

- **Betriebskrankenkasse Mondi**<sup>178</sup>

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird das Projekt „Mentale Fitness durch Bewegung“ angeboten. Mitfinanziert wird das Projekt von Mondi Neusiedler GmbH und den Teilnehmern selbst durch ihren Kostenbeitrag. Es gibt 3 Varianten, die sich an unterschiedliche Zielgruppen richten:

Variante 1 „gesünder.fitter.leistungsfähiger“ richtet sich an Mitarbeiter, die wenig bis gar keinen Sport betreiben, Variante 2 „Gewichtsmanagement“ an Mitarbeiter, die durch Bewegung und Ernährungscoaching ihr Übergewicht reduzieren wollen und Variante 3 „mobiler.beweglicher.beschwerdefrei“ an Mitarbeitern, die bereits Abnützungerscheinungen des Stütz- und Bewegungsapparates spüren oder diesen gezielt vorbeugen möchten. Allen Varianten gemeinsam ist, dass sie über einen Zeitraum von 6 Monaten gezielt Vorträge, Workshops und eine Trainingsplanung bzw. Bewegungsplanung anbieten. Zu Beginn werden auch immer eine ausführliche Anamnese und ein Beratungsgespräch angeboten, eine Körperanalyse sowie eine Laktatleistungsdiagnostik. Auch wird die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio für den Zeitraum des Projekts empfohlen.

- **Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsystem**<sup>179</sup>

Die BKK voestalpine Bahnsystem gibt es seit 2006 und ist ein Zusammenschluss der beiden Betriebskrankenkassen voestalpine Donawitz und Betriebskrankenkasse Kindberg.

Beim GesundheitsDIALOG Mürztal ist die BKK voestalpine Bahnsystem Kooperationspartner. Des Weiteren gibt es auf der Website einen Link zu „progil“, der *Ambulatorien & Gesundheitsberatung GmbH*. Diese bietet neben physikalischen Therapien auch Gruppenaktivitäten zur Stressbewältigung an sowie das Programm „Beweg dich gesund“, welches laut Beschreibung einer Maßnahmenumsetzung im Rahmen der BGF entspricht: über die Dauer von 11 Monaten werden 31 Bewegungseinheiten mit einer Gruppengröße zwischen 3-7 Personen durchgeführt, wobei die Motivationssteigerung für regelmäßige Bewegung und das richtige Erlernen von Bewegungseinheiten im Vordergrund stehen. Leider war es nicht möglich, in Erfahrung zu bringen, ob und wie dieses Angebot von Versicherten der BKK voestalpine angenommen wird und welchen Beitrag die BKK voestalpine Bahnsystem dabei leistet.

- **Betriebskrankenkasse Zeltweg**

Es konnten keine Informationen betreffend gesundheitsförderlicher Projekte in Erfahrung gebracht werden.

- **Betriebskrankenkasse Kapfenberg**

Es konnten keine Informationen betreffend gesundheitsförderlicher Projekte in Erfahrung gebracht werden.

## 8 Zusammenfassung und Diskussion

Die aufgelisteten Programme, Projekte und Initiativen stellen einen Versuch dar, einen Überblick über die aktuellen (im Jahr 2012/ 2013) Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der einzelnen Krankenversicherungsträgern zu geben. Es war nicht einfach, diesen Überblick zu schaffen - dies hat mehrere Gründe, die ich im Folgenden beschreiben möchte.

2008 wurde vom FGÖ versucht, einen Überblick über die Gesundheitsförderungsstruktur in Österreich mittels Fragebogen bei den Ländern und den Bundesministerien zu gewinnen. Dieses Vorhaben ist schlussendlich an der mangelnden Bereitschaft der Länder und des Bundes, Auskunft über ihre Aktivitäten in der GF und Prävention zu geben, gescheitert.

Schwierigkeiten an Informationen zu gelangen, konnte ich leider auch bei meinen Recherchen erfahren. Auf e-mail Anfragen kamen oft keine oder nur rudimentäre Antworten – obwohl (oder weil?) ich die Anfragen über meinen WGKK e-mail account verschickt habe. Bei persönlicher Nachfrage erhielt ich immer freundlich und bemüht Auskunft, aber eigentlich kaum mehr Informationen, als ohnehin online in Erfahrung zu bringen war. Die jeweiligen Ansprechpersonen wussten zwar über die Inhalte ihre jeweiligen Projekte Bescheid, nie konnten sie aber Auskunft zu den Kosten bzw. finanziellen Aufwendungen geben; in den seltensten Fällen konnte ich Teilnehmerzahlen in Erfahrung bringen. Bei persönlichen Gesprächen bekam ich Prospekte überreicht und erhielt einiges an Hintergrundinformationen, die für die Arbeit aber nicht von Relevanz waren.

Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, dass unterschiedliche Projektnamen für ein und dasselbe Programm verwendet werden. Die SGKK erwähnt REVAN eigentlich nicht, bietet dafür aber das Projekt „Baby isst mit“ an, welches jedoch inhaltlich und organisatorisch ident ist mit REVAN, nur eben ein anderes „Label“ und Design hat. Angebote der Service Stelle Schule oder im Rahmen der BGF werden unterschiedlich benannt und erst bei näherem Hinschauen sind viele Angebote ziemlich ähnlich zwischen den unterschiedlichen Versicherungsträgern.

Von den beiden Betriebskrankenkassen BKK Zeltweg und BKK Kapfenberg kam trotz mehrmaligen Urgierens keine Rückmeldung.

Ich wollte gerne auch die KFA – Wien als einen Vertreter der Krankenfürsorgeanstalt in diese Arbeit aufnehmen; das ist aber daran gescheitert, dass online nur wenig Information über GF-Programme in Erfahrung zu bringen waren, und ich auf mehrmalige Nachfrage, sowohl per e-mail als auch telefonisch, nur allgemeine Antworten zum Thema Gesundheitsförderung erhielt. Schlussendlich bekam ich dann die schriftliche Mitteilung, dass über finanzielle Belange und Versichertendaten (Anzahl, Versichertenstruktur) keine Auskunft gegeben werden dürfe.

Im Folgenden eine tabellarische Zusammenfassung der identifizierten GF – Programme aller Krankenversicherungsträger:

Kranken- versicherungs- träger	Initiative/ Projektbezeichnung/ Name des Programms	Individualansatz		Settingansatz		Bevölkerungsansatz	
		mit	ohne	mit	ohne	mit	ohne
		Kontextveränderung		Kontextveränderung		Kontextveränderung	
<b>WGKK</b>	ÖNBGF - Regionalstelle			x			
	Service Stelle Schule			x			
	REVAN		x				
	Frühe Hilfen - Pilotprojekt			x			
<b>NÖGKK</b>	ÖNBGF - Regionalstelle			x			
	Service Stelle Schule			x			
	REVAN		x				
	Frühe Hilfen - Pilotprojekt			x			
	Bewegungskurse, Vorträge und Beratungen		x				x
	Gesundheits- und Bewegungstage						x
<b>BGKK</b>	ÖNBGF - Regionalstelle			x			
	REVAN		x				
	Gesundes Dorf			x			
	G'scheit Essen im Burgenland		x				
	Kampagne zur Kinderfußgesundheit						x
<b>OÖGKK</b>	ÖNBGF - Regionalstelle			x			
	Service Stelle Schule			x			
	REVAN		x				
	Frühe Hilfen - Pilotprojekt			x			
<b>SGKK</b>	ÖNBGF - Regionalstelle			x			
	Service Stelle Schule			x			
	REVAN		x				
	Ernährungsberatung		x				
	Vortragsreihe Gesundes Salzburg						x
<b>STGKK</b>	ÖNBGF - Regionalstelle			x			
	Service Stelle Schule			x			
	REVAN	x					
	Frühe Hilfen - Pilotprojekt			x			
	Gesunder Kindergarten			x			
	Gesundheits- und Bewegungstage						x
<b>TGKK</b>	ÖNBGF - Regionalstelle			x			
	Service Stelle Schule			x			
	REVAN	x					
	Xund im Alter		x				
<b>KGKK</b>	ÖNBGF - Regionalstelle			x			
	Service Stelle Schule			x			
	REVAN	x					
	Frühe Hilfen - Pilotprojekt			x			
<b>VGKK</b>	BGF - FGV und Gesunde Kleinbetriebe			x			
	Service Stelle Schule			x			
	REVAN	x					
	Frühe Hilfen			x			

Tabelle 17: Zusammenfassung der GF-Maßnahmen der Gebietskrankenkassen

Kranken- versicherungs- träger	Initiative/ Projektbezeichnung/ Name des Programms	Individualansatz		Settingansatz		Bevölkerungsansatz	
		mit	ohne	mit	ohne	mit	ohne
		Kontextveränderung		Kontextveränderung		Kontextveränderung	
<b>BVA</b>	BGF - Partner im ÖNBGF			x			
	BGF - LehrerInnengesundheit			x			
	Service Stelle Schule - Partner			x			
	Ernährungsberatung		x				
<b>SVA</b>	BGF - Partner im ÖNBGF						
	Gesundheitstage						x
	Bewegungscamps		x				
	SVA - Bewegt		x				
	Bewegungsbox		x				
	Vorsorgebonus - Selbständig Gesund		x				
	Vorsorgecamp		x				
<b>SVB</b>	Fit4Life - sei dabei!		x		x		
	Service Stelle Schule - Partner			x			
	Genussschule			x			
	Schlank Fit Gesund		x				
	Bewegungsstrasse		x				
	Nordic Walking Kurse		x				
	Entspannt durch's Leben		x				
<b>VAEB</b>	BGF - IfGP			x			
	GesundheitsDIALOG Müritz			x	x		
	Gesundheitseinrichtung Josefhof		x				
<b>BKK - AT</b>	BGF			x			
<b>BKK - WV</b>	Asia Linsberg Therme		x				
<b>BKK - M</b>	Mentale Fitness durch Bewegung		x				
<b>BKK - VB</b>	GesundheitsDIALOG Müritz - Partner			x	x		
<b>BKK - Z</b>	keine Daten erhalten						
<b>BKK - K</b>	keine Daten erhalten						

Tabelle 18: Zusammenfassung der GF-Maßnahmen der Versicherungsträger außer den GKK's

Die Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung spielen sich vorrangig in den Strategiefeldern „GF im Setting“ mit Beeinflussung des Kontextes sowie im Individualansatz, hier jedoch ohne Beeinflussung des Kontextes, statt.

Österreichweit – für alle Krankenversicherte - wird das Programm REVAN von den Gebietskrankenkassen angeboten. In den Evaluationsberichten aller Bundesländer aus dem Jahr 2013 sind folgende Teilnehmeranzahlen zu finden:

Bundesland	Einwohner 2013 <sup>180</sup>	Geburten 2013 <sup>181</sup>	Ernährung in der Schwangerschaft (WS 1)		Ernährung in der Stillzeit und im Beikostalter (WS 2)	
			Anzahl der Workshops	Teilnehmeranzahl	Anzahl der Workshops	Teilnehmeranzahl
Wien	1.757.400	18.691	40	234	130	762
Niederösterreich	1.621.900	13.979	39	224	96	659
Burgenland	287.100	2.110	11	42	21	91
Oberösterreich	1.421.700	13.777	117	951	121	972
Salzburg	536.400	5.185	41	237	38	288
Steiermark	1.215.200	10.315	71	505	135	1036
Tirol	718.700	6.962	28	200	74	563
Kärnten	559.400	4.561	25	161	29	201
Vorarlberg	373.300	3.749	34	183	37	190
<b>Österreich</b>	<b>8.491.100</b>	<b>79.329</b>	<b>406</b>	<b>2737</b>	<b>681</b>	<b>4762</b>

*Tabelle 19: Teilnehmer am Programm REVAN 2013 nach Bundesländern*

In Österreich gab es im Jahr 2013 über 79.000 Geburten; die Inzidenz von Mehrlingsschwangerschaften wird mit rund 3,4 % beziffert.<sup>182</sup> Somit stehen rund 76.600 schwangere Frauen einer Teilnehmeranzahl von etwas über 2700 gegenüber bzw. rund 3,5 % aller schwangeren Frauen haben dieses Angebot angenommen. Die Zielgruppe für den WS 2 ist weiter gefasst und umschließt Mütter, Väter und Verwandte bzw. andere Bezugspersonen für Familien mit Kleinkindern; daher kann die Größe dieser Zielgruppe nicht genau bestimmt werden. Mit einer Teilnehmeranzahl von etwas mehr als 4700 für das Jahr 2013 ist aber auch hier die Reichweite des Programms als niedrig einzustufen. Zusätzlich kann man die Frage stellen, ob die Workshops genau jene Personen erreichen, die am meisten davon profitieren würden; nämlich (werdende) Mütter aus sozial benachteiligten Schichten mit einem Informationsdefizit betreffend gesunder Ernährung. Mehr als ein Drittel der Teilnehmerinnen besaß einen Hochschulabschluss – bei Ihnen ist anzunehmen, dass

sie sich die entsprechenden Informationen problemlos auch durch Eigenrecherche hätten aneignen können. Der Anteil der TeilnehmerInnen ohne Pflichtschulabschluss betrug weniger als 1%. Auch der Anteil an Migrantinnen war mit weniger als 5% aller TeilnehmerInnen bei beiden WS sehr gering.

Hier macht sich der große Nachteil von GF-Programmen bemerkbar, bei denen zwar die Thematik passt, aber aufgrund fehlender Miteinbeziehung des Kontextes und mangels Zugehen auf die Menschen in ihrem Alltag sich zum größten Teil genau jene Menschen angesprochen fühlen, die sich ohnehin sehr mit (ihrer) Gesundheit befassen.

Dementsprechend wurde von der Arbeitsgruppe, die sich im Jahr 2013/2014 mit der Erstellung von Wirkungszielen und Maßnahmen für das dritte österreichische Rahmengesundheitsziel befasst hat, einige Maßnahmen zur Ausweitung von REVAN postuliert:<sup>183</sup>

- Die gesamte Familie soll bei dieser Intervention miteinbezogen werden.
- Die Workshops sollen dahingehend weiter adaptiert werden, indem sie noch gezielter MigrantInnen und bildungsferne Gruppen ansprechen sollen.
- Bildungsferne Gruppen sollen vermehrt angesprochen werden durch den Einsatz von neuer Medien und bildfokussierende Kommunikationsformen

Fast alle Krankenversicherungsträger - bis auf einige Betriebskrankenkassen, die BGKK und die SVA - bieten GF-Programme im Setting Schule an und/oder sind Netzwerkpartner. „Schulische Gesundheitsförderung“ wird jedoch auch von zahlreichen anderen halböffentlichen oder zur Gänze privaten Institutionen und Organisationen in Österreich angeboten. Somit ist es nicht möglich, die Daten zu den „Gesunden Schulen“ unmittelbar den einzelnen Krankenversicherungsträgern zuzuordnen. Zudem gibt es keine einheitliche Auflistung aller „Gesunden Schulen“ in Österreich, weil der Begriff „Gesunde Schule“ nicht einheitlich verwendet wird. In einigen Bundesländern, vor allem in Vorarlberg, werden die Angebote der VGKK zur schulischen Gesundheitsförderung fast gar nicht angenommen aufgrund anderer Anbieter; in Burgenland ist überhaupt kein Krankenversicherungsträger in die schulische Gesundheitsförderung involviert. In den übrigen Bundesländern spielen die Krankenversicherungsträger jedoch eine wichtige Rolle in der schulischen

Gesundheitsförderung, vor allem in jenen Bundesländern, in denen die Krankenversicherungsträger in eine Netzwerkstruktur miteingebunden sind.

In der Datenbank des Österreichischen Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung finden sich für alle aufgenommenen Betriebe Ende 2014 folgende Zahlen:<sup>184</sup>

Betriebsgröße	Anzahl der gelisteten Betriebe im ÖNBGF Ende 2014
bis 20 MitarbeiterInnen	359
21 - 50 MitarbeiterInnen	244
51 - 249 MitarbeiterInnen	386
ab 250 MitarbeiterInnen	390
<b>SUMME</b>	<b>1379</b>

*Tabelle 20: Anzahl aller gelisteten Betriebe im ÖNBGF bis zum Jahr 2014*

Die aktuellsten verfügbaren Daten zur Unternehmensdemographie sind von 2012 abrufbar: zu dieser Zeit gab es in Österreich insgesamt 314.855 aktive Unternehmen/Betriebe.<sup>185</sup> Da sich die Neugründungsrate und Schließungsrate in etwa die Waage halten<sup>186</sup>, sind die Daten auch für 2014 durchaus verwendbar.

Betriebsgröße	Anzahl der gelisteten Betriebe im ÖNBGF Ende 2014	Anzahl der Unternehmen 2012	Beschäftigte insg. 2012
bis 20 MitarbeiterInnen	359	296.403	975.884
21 - 50 MitarbeiterInnen	244	11.940	355.721
51 - 249 MitarbeiterInnen	386	5.386	536.526
ab 250 MitarbeiterInnen	390	1.126	927.487
<b>SUMME</b>	<b>1379</b>	<b>314.855</b>	<b>2.795.618</b>

*Tabelle 21: Gegenüberstellung der Anzahl der Betriebe im ÖNBGF und der Anzahl aller aktiven Betriebe in Österreich 2012/2014*

Somit weisen etwas mehr als ein Drittel aller Betriebe mit mehr als 250 MitarbeiterInnen bereits Aktivitäten im Rahmen der BGF auf. Obwohl es eine eigene Strategie für BGF Projekte gibt, die speziell auf Klein- und Kleinstbetriebe zugeschnitten ist (bis 49 MitarbeiterInnen<sup>187</sup>) und hier in Summe im Jahr 2012 fast die Hälfte (1.331.605) aller MitarbeiterInnen in solchen Unternehmen beschäftigt ist, haben bisher nur knapp 0,2 Prozent der Kleinst- und Kleinbetriebe BGF in ihrem Betrieb umgesetzt.

Fast jeder Krankenversicherungsträger (Ausnahmen hierzu sind einige BKK, siehe obige Tabelle) veröffentlicht jährlich eine Erfolgsrechnung. Aufgelistet werden hierbei

alle Einnahmen (Beiträge für jede einzelne Versichertengruppe, Verzugszinsen, Beitragszuschläge, Rezeptgebühren, Service-entgelte, Behandlungsbeiträge, Kostenbeteiligungen) sowie alle Ertragspositionen. Diese sind bei allen Versicherungsträgern gleichlautend:

Für das Jahr 2013 liegen beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger folgende Daten betreffend des Ausgaben aller Krankenversicherungsträger auf:

<b>Ausgabenposition</b>	<b>Prozent der Gesamtausgaben</b>
Krankenbehandlung	44,9
Zahnbehandlung, Zahnersatz	5,6
Anstaltspflege und medizinische Hauskrankenpflege	28,6
Krankengeld	3,9
Mutterschaftsleistungen	3,8
Medizinische Rehabilitation	2,4
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung	0,5
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	1
Fahrtspesen und Transportkosten	1,4
Sonstige Leistungen	0,5
Verwaltungs- und Verrechnungskosten	2,8
Abschreibungen	0,5
Sonstige betriebliche Aufwendungen	1,7
Überweisung an den Ausgleichsfonds	1
Überschuss	1,4

*Tabelle 22: Verwendung der Finanzmittel der Krankenversicherungsträger nach Ausgabenposition*

Die 1% - Ausgaben der Position „Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung“ teilen sich in 3 Bereiche auf:

- Jugendlichenuntersuchungen
- Vorsorge-, Gesundenuntersuchungen
- Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen

Daten aus 2013 bzw. 2012 <sup>1</sup>	Anspruchsberechtigte	Summe der Aufwendungen	Ausgaben für GF und sonstige Maßnahmen	Anteil der Ausgaben für GF und sonstige Maßnahmen an den Gesamtausgaben	Pro Kopf Ausgaben für GF und sonstige Maßnahmen
<b>WGKK</b>	1.588.174	2.987.451.665,24	7.906.989,89	0,26%	€ 4,98
<b>NÖGKK</b>	1.168.439	1.960.756.788,25	2.794.695,39	0,14%	€ 2,39
<b>BGKK<sup>1</sup></b>	202.420	317.608.721,25	1.024.985,86	0,32%	€ 5,06
<b>OÖGKK</b>	1.186.374	1.937.422.478,82	8.534.341,10	0,44%	€ 7,19
<b>SGKK</b>	449.090	717.797.946,65	3.233.791,14	0,45%	€ 7,20
<b>STGKK</b>	1.024.524	1.479.919.455,66	6.156.145,89	0,42%	€ 6,01
<b>TGKK</b>	566.212	884.158.289,43	2.998.371,79	0,34%	€ 5,30
<b>KGKK</b>	430.237	729.654.853,42	2.907.443,04	0,40%	€ 6,76
<b>VGKK</b>	312.552	509.041.439,15	1.158.176,00	0,23%	€ 3,71
<b>BVA</b>	792.442	1.594.207.164,15	3.464.456,18	0,22%	€ 4,37
<b>SVA<sup>1</sup></b>	770.358	890.755.880,30	2.264.223,03	0,25%	€ 2,94
<b>SVB<sup>1</sup></b>	287.249	532.304.523,33	1.622.952,76	0,30%	€ 5,65
<b>VAEB</b>	241.177	563.684.079,64	7.983.428,07	1,42%	€ 33,10
<b>BKK Austria Tabak</b>	1.883	6.404.177,65	21.329,96	0,33%	€ 11,33
<b>BKK Wr. Verkehr</b>	20.380	42.767.116,77	145.267,59	0,34%	€ 7,13
<b>BKK Mondi</b>	2.772	5.691.507,80	194.000	3,41%	€ 69,99
<b>BKK Voestalpine<sup>1</sup></b>	13.196	28.828.207,31	85.098,94	0,30%	€ 6,45
<b>BKK Zeltweg<sup>1</sup></b>	2.873	8.635.000,00	keine Daten	keine Daten	keine Daten
<b>BKK Kapfenberg</b>	11.000 <sup>3</sup>	keine Daten	keine Daten	keine Daten	keine Daten
	9.071.352 <sup>2</sup>				
<sup>1</sup> Daten aus dem Jahr 2012					
<sup>2</sup> Die Summe ist höher als die Zahl aller Anspruchsberechtigten in Österreich aufgrund möglicher Mehrfachversicherungen.					
<sup>3</sup> ca.-Angaben					

*Tabelle 23: Absolute und prozentuale Ausgaben für GF und sonstige Maßnahmen nach Versicherungsträger*

Unter der Position „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ sind alle Kosten subsummiert, die für GF –Programme aufgewendet werden, alle Programme der Primär- und Sekundärprävention, die nicht unter die Vorsorgeuntersuchungen fallen, alle Anti-Tabakprogramme, Programme bzw. Projekte zur Kariesprophylaxe und je nach Krankenkasse auch z.B. sportmedizinische Untersuchungen oder Versichertenaufklärung (z.B. Neurodermitisaufklärung und Hautschutzvorsorge in der KGKK). Unter „sonstige Maßnahmen“ fallen Kosten für Zeckenschutzimpfungen und andere Beiträge für das Kinder-Impfkonzept sowie Kosten für humangenetische Untersuchungen.

Es war nicht möglich, eine Kostenaufteilung für jede einzelne Position in Erfahrung zu bringen, umso weniger war es möglich, die Kosten der Projekte, die in dieser Arbeit aufgelistet sind, in irgendeiner Form (z.B. grob geschätzt) anzugeben. Des Weiteren ist auch anzunehmen (auch hier wiederum konnte ich keine gesicherte Information in Erfahrung bringen), dass die Personalkosten der Abteilungen und Referate für Gesundheitsförderung und Prävention unter den allgemeinen Verwaltungs- und Verrechnungskosten zu finden sind.

Am 12. November 2014 wurde ein Bericht vom Rechnungshof zum „System der Gesundheitsvorsorge“ veröffentlicht.<sup>188</sup> Das Prüfungsziel bestand unter anderem in der Beurteilung des Ist-Standes der Vorsorgemaßnahmen und der im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Gesundheitsvorsorge verwendeten Mittel. In dem Bericht wurden zahlreiche Kritikpunkte geäußert:

- Bis Ende 2013 gab es in Österreich keinen aktuellen Überblick, welche Maßnahmen der GF und Prävention von Bund, Ländern und den Sozialversicherungsträgern geleistet werden.
- Weder das Gesundheitsministerium noch der Hauptverband der Sozialversicherungsträger verfügten über einen Überblick, welche Maßnahmen von den anderen Systempartnern gesetzt wurden, zudem war der Hauptverband nicht über jede Maßnahme der einzelnen Sozialversicherungsträger informiert.
- Laut OECD Statistik gibt es zwar eine numerische Angabe, wie viel Österreich für GF und Prävention (im Jahr 2011) ausgegeben hat, ohne dass jedoch eine vollständige und institutionenübergreifende Aufstellung über alle Maßnahmen der GF und Prävention vorlag.
- Das System der Gesundheitsvorsorge sei weithingehend intransparent auch aufgrund der Tatsache, dass unterschiedliche Begriffe verwendet werden, die jedoch alle auf den Erhalt der Gesundheit bzw. auf die Vermeidung von Erkrankungen abzielten. Begriffe wie Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsvorsorge seien nicht klar definiert, sodass auch in den Statistiken (Statistik Austria; OECD) nicht klar ersichtlich war, wofür die Ausgaben schlussendlich verwendet wurden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Krankenkassen zwar ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommen, aber in einer – noch – ungeordneten Weise. Abgesehen von den österreichweiten Programmen, bei denen die Krankenversicherungsträger involviert sind, fehlt es an einheitlichen Strategie, Zieldefinitionen, Indikatoren zur Messung des Erfolges einer gesetzten Maßnahmen sowie Evaluierungen von Maßnahmen. Die Ausgaben für gesundheitsförderliche Programme sind minimal und bestärken die Annahme, dass der Versicherungsträger die Gesundheitsförderung eher als notwendige denn nutzbringende Pflichtaufgabe sieht. Der Beitrag für die Krankenversicherungsträger zum Erreichen der Gesundheitsziele soll und wird hoffentlich dennoch ein gewichtiger sein.

Wie bereits im Kapitel 4.2. erläutert, wurden für Österreich 10 Rahmengesundheitsziele definiert, wobei 4 davon als vorrangig gewertet wurden:<sup>37</sup>

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

Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen

Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

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

Die Arbeitsgruppen für Ziel 3 und Ziel 6 haben bisher ihre Berichte vervollständigt und veröffentlicht.

Für das Ziel 3 wurden folgende 3 Wirkungsziele formuliert:<sup>183</sup>

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

Es wurden viele Maßnahmen formuliert – die Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb der Krankenversicherungen betreffend sind folgende interessant:

- Überprüfung von Bonusmodellen zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen:  
Hier soll – auf Basis nationaler und internationaler wissenschaftlicher Evidenz - geprüft werden, ob finanzielle Anreize für die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bzw. als Motivationsfaktor zur Stärkung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens geeignet sind.
- Ausweitung des Projektes REVAN auf die Zielgruppe Tageseltern, in Krabbelstuben, in Horten und Kindergärten sowie Förderung von Health Literacy in der Projektzielgruppe. Ausweitung des Projektes REVAN durch gezielten Mix von Kommunikationsmaßnahmen.

Für das Ziel 6 wurden folgende 3 Wirkungsziele formuliert:<sup>189</sup>

- WZ 1: Bewusstsein bei Verantwortlichen für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken.
- WZ 2: In der Schwangerschaft und frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen.
- WZ 3: Lebenskompetenz von Kinder und Jugendlichen stärken und dabei Bildung als zentralen Einflussfaktor für Gesundheit nutzen.

Auch hier wurden viele Maßnahmen formuliert; unter anderem sind folgende in Bezug auf Gesundheitsförderung durch Krankenversicherungen interessant:

- Verstärktes Etablieren von Frühen Hilfen.
- Gesundheitsfördernde Ausrichtung von Kinderkrippen und Kindergärten:  
Seitens einzelner Krankenversicherungsträger ist geplant, Beratungsangebote für Gesunde Kindergärten zu etablieren und somit Kinderbetreuungseinrichtungen bei ihrer gesundheitsförderlichen Ausrichtung zu unterstützen.
- Gesundheitsfördernde Ausrichtung der Schule:  
Weiterentwicklung der Angebote der Service Stellen Schule, im Besonderen mit Blick auf die psychosoziale Gesundheit in der Schule; Unterstützung durch die Sozialversicherungsträger bei der Aus- und Weiterbildung von LehrerInnen und KinderbetreuerInnen mit Fokus auf die Gesundheitsförderung. Des Weiteren hat sich der Hauptverband verpflichtet, ab Herbst 2014 Vernetzungstreffen zur schulischen Gesundheitsförderung zu organisieren.

Auch bei den übrigen 8 Gesundheitszielen ist die Mitwirkung der Sozialversicherungsträger respektive Krankenversicherungen unverzichtbar und es bleibt die Hoffnung, dass die Miteinbringung der Versicherungsträger bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele in Zukunft verstärkt zum Tragen kommt.

# Literaturverzeichnis

---

- <sup>1</sup> Rosenbrock R. Primärprävention – was ist das und was soll das? Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). März 2008
- <sup>2</sup> Allgemeines Sozialversicherungsgesetz. 9. September 1959. §116
- <sup>3</sup> [http://www.sozialpartner.at/sozialpartner/krankenkassen\\_zukunftssicherung\\_oegb\\_wko\\_2008\\_04\\_07.pdf](http://www.sozialpartner.at/sozialpartner/krankenkassen_zukunftssicherung_oegb_wko_2008_04_07.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>4</sup> [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Begut/BEGUT\\_COO\\_2026\\_100\\_2\\_441796/COO\\_2026\\_100\\_2\\_441809.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Begut/BEGUT_COO_2026_100_2_441796/COO_2026_100_2_441809.html) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>5</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Kurzfassung Band I-II, S. 26; Baden-Baden
- <sup>6</sup> Allgemeines Sozialversicherungsgesetz. 9. September 1959. Ergänzung 1992. §116
- <sup>7</sup> Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. 33. Ausgabe. August 2014; bzw. <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?contentid=10008.555187&action=b&cacheability=PAGE&version=1406880911> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>8</sup> <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/publikationen/> (letzter Zugriff 27.12.201)
- <sup>9</sup> <http://bmg.gv.at/home/Gesundheitsfoerderungsstrategie> (letzter Zugriff 27.12.201)
- <sup>10</sup> Hofmeister H. (1989). Die Verbände in der österreichischen Sozialversicherung. Verlag Überreuter, Wien
- <sup>11</sup> Wedrac S. (2013). Die Allgemeine Arbeiter-Kranken- und Invalidenkasse in Wien 1868 – 1880. Verlag ÖGB, Wien
- <sup>12</sup> <http://www.aeiou.at/aeiou.encyclp.a/a645299.htm> (letzter Zugriff 27.12.201)
- <sup>13</sup> Tomandl T. (1988). 100 Jahre Sozialversicherung in Österreich. Verlag Überreuter, Wien
- <sup>14</sup> Dickinger G. (1999). Vom Krankenversicherer zum Gesundheitssicherer. Universitätsverlag Rudolf Trauner, Linz
- <sup>15</sup> Dachs et al. (1995). Handbuch des politischen Systems Österreich. Erste Republik 1918-1933. Verlag Mainz, Wien
- <sup>16</sup> Thür H. (1988). Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung – „Den Nulltarif gibt es nicht“. Universitätsverlag, Wien
- <sup>17</sup> Fiereder H. (1994). Soziale Krankenversicherung in Oberösterreich 1869-1994. Verleger OÖGKK, Linz
- <sup>18</sup> [http://www.noegkk.at/portal27/portal/noegkkportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_tabid=6&p\\_me\\_nuid=1645&action=2](http://www.noegkk.at/portal27/portal/noegkkportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=6&p_me_nuid=1645&action=2). (letzter Zugriff 27.12.201)
- <sup>19</sup> [http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&view\\_mode=content&contentid=10007.683793](http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&view_mode=content&contentid=10007.683793) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>20</sup> <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693852&action=2> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>21</sup> WGKK. (2013). Grundschulung für SV-Bedienstete. Hausdruckerei Wiener Gebietskrankenkasse.
- <sup>22</sup> [http://www.jusline.at/Allgemeines\\_Sozialversicherungsgesetz\\_%28ASVG%29.html](http://www.jusline.at/Allgemeines_Sozialversicherungsgesetz_%28ASVG%29.html) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>23</sup> <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=81&paid=154b> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>24</sup> [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/0/5/CH1443/CMS1371563907633/15a-vereinbarung\\_zielsteuerung-gesundheit\\_bgbl\\_2013\\_i\\_200.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/0/5/CH1443/CMS1371563907633/15a-vereinbarung_zielsteuerung-gesundheit_bgbl_2013_i_200.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>25</sup> [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/0/5/CH1443/CMS1371563907633/15a-vereinbarung\\_zielsteuerung-gesundheit\\_bgbl\\_2013\\_i\\_200.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/0/5/CH1443/CMS1371563907633/15a-vereinbarung_zielsteuerung-gesundheit_bgbl_2013_i_200.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>26</sup> Allgemeines Sozialversicherungsgesetz. 9. September 1959. Ergänzung 1980. § 447g - Gesundheitsförderungsfonds nach § 19 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes - G-ZG
- <sup>27</sup> Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014. (Hrsg: BMG)
- <sup>28</sup> [https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB115404\\_sv\\_uebersicht.jpg](https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB115404_sv_uebersicht.jpg) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>29</sup> [https://www.ihs.ac.at/publications/lib/statistisches\\_handbuch\\_2013.pdf](https://www.ihs.ac.at/publications/lib/statistisches_handbuch_2013.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>30</sup> <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>31</sup> [http://de.wikipedia.org/wiki/Aaron\\_Antonovsky](http://de.wikipedia.org/wiki/Aaron_Antonovsky) (letzter Zugriff 27.12.2014)

- 
- <sup>32</sup> Melchart D. (2007). Das Prophylaxe-Center: Ein Demonstrationsprojekt für die Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Patientenschulung im Krankenhaus. In: Hellmann (Hrsg). Gesunde Mitarbeiter als Erfolgsfaktor: ein neuer Weg zu mehr Qualität im Krankenhaus. Verlag Economica, Heidelberg
- <sup>33</sup> Schaefer G. (1998). Balanceakt Gesundheit. Die Kunst richtig zu leben. Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Verlag Primus, Darmstadt
- <sup>34</sup> Faltermaier T., Kühnlein J, Burda-Viering M. (1998). Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Verlag Juventa, Weinheim
- <sup>35</sup> <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/historie/icd-11.htm> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>36</sup> [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) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>37</sup> <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/arbeitsgruppen/> (letzter Zugriff 20.12.2014)
- <sup>38</sup> Caplan G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. Verlag Basic Books, New York
- <sup>39</sup> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>40</sup> <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=147> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>41</sup> Marmot M, Wilkinson RG. (2005) Social Determinants of Health. Second Edition. Verlag University Press, Oxford.
- <sup>42</sup> <http://undp.by/en/who/healthforall/> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>43</sup> <http://www.who.int/en/> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>44</sup> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/132218/e93944G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>45</sup> <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=201> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>46</sup> [http://www.kinderumweltgesundheit.de/index2/meilensteine/1988\\_adelaide.html](http://www.kinderumweltgesundheit.de/index2/meilensteine/1988_adelaide.html) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>47</sup> [http://www.kinderumweltgesundheit.de/index2/meilensteine/1991\\_sundsvall.html](http://www.kinderumweltgesundheit.de/index2/meilensteine/1991_sundsvall.html) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>48</sup> [http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B\\_Basiswissen\\_GF/B9\\_Materialien/B9\\_Dokumente/Dokumente\\_international/1997Jak\\_de\\_BVG.pdf](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1997Jak_de_BVG.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>49</sup> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>50</sup> Rose G. (1992) . The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press
- <sup>51</sup> Kirschner W. Radoschewski R. Kirschner R. (1995). §20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Verlag Asgard, St. Augustin
- <sup>52</sup> <http://www.besmart.info/be-smart/> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>53</sup> Wiborg G. Hanewinkel F. Kliche K.O. Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne „Be Smart – Don´t Start“: eine Analyse nach Schularten. Deutsche Medizinische Wochenschrift 127:430-436
- <sup>54</sup> [http://www.bfr.bund.de/cm/350/acrylamid\\_in\\_lebensmitteln\\_aendert\\_risikokommunikation\\_das\\_verbaucherverhalten.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/350/acrylamid_in_lebensmitteln_aendert_risikokommunikation_das_verbaucherverhalten.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>55</sup> <http://www.3sat.de/page/?source=/scobel/160406/index.html> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>56</sup> Schmocker H. Oggier W. Stuck A. (2000). Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche. Verlag Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Bern
- <sup>57</sup> Bourdieu P. (1992). Ökonomisches Kapital – kulturelles Kapital – soziales Kapital. In: Steinrück M. (Hrsg). Die verborgenen Mechanismen der Macht. Schriften zu Politik & und Kultur 1. Verlag VSA, Hamburg
- <sup>58</sup> [http://www.wiso.uni-hamburg.de/fileadmin/sozialoekonomie/boehnke/Publikationen\\_PB/Gefken\\_WP\\_2012\\_Sozialkapital\\_und\\_soziale\\_Ungleichheit.pdf](http://www.wiso.uni-hamburg.de/fileadmin/sozialoekonomie/boehnke/Publikationen_PB/Gefken_WP_2012_Sozialkapital_und_soziale_Ungleichheit.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>59</sup> Coleman J.S. (1991). Grundlagen der Sozialtheorie, Band 1: Handlungen und Handlungssysteme. Verlag R. Oldenbourg, München
- <sup>60</sup> <http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1117> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>61</sup> Nutbeam D.( 1998). Glossar Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung, Hamburg
- <sup>62</sup> <http://www.dict.cc/?s=empowerment> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>63</sup> <http://www.empowerment.de/grundlagen/> (letzter Zugriff 27.12.2014)

- 
- <sup>64</sup> [http://www.boku.ac.at/fileadmin/data/H01000/H10090/H10400/H10490/Betriebliche\\_Gesundheitsf%C3%B6rderung/bgf\\_deklaration.pdf](http://www.boku.ac.at/fileadmin/data/H01000/H10090/H10400/H10490/Betriebliche_Gesundheitsf%C3%B6rderung/bgf_deklaration.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>65</sup> <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10008.571227&action=b&cacheability=PAGE&version=1391192956> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>66</sup> <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.701055&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>67</sup> [http://www.lsr-ooe.gv.at/gesunde\\_schule/assets/grundsatzlerlass\\_gesundheitserziehung.pdf](http://www.lsr-ooe.gv.at/gesunde_schule/assets/grundsatzlerlass_gesundheitserziehung.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>68</sup> <http://www.goeg.at/de/Bereich/Health-in-All-Policies.html> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>69</sup> <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/smoking-and-health-1962.pdf> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>70</sup> <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhand-smoke-consumer.pdf> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>71</sup> [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/fctc/FCTC\\_deutsche\\_Uebersetzung.pdf](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/fctc/FCTC_deutsche_Uebersetzung.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>72</sup> [http://bmg.cms.apa.at/cms/home/attachments/9/2/6/CH1041/CMS1397481126461/01\\_tabakgesetz\\_bgb\\_l\\_nr\\_431\\_1995.pdf](http://bmg.cms.apa.at/cms/home/attachments/9/2/6/CH1041/CMS1397481126461/01_tabakgesetz_bgb_l_nr_431_1995.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>73</sup> <http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Evaluationsberichtdeutsch.pdf> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>74</sup> TEngland PA. Health promotion and disease prevention: logically different conceptions? Health Care Anal. 2010 Dec;18(4):323-41
- <sup>75</sup> <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.701055&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>76</sup> <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.701055&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>77</sup> <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/oenbgf/> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>78</sup> [http://www.ifgp.at/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19&Itemid=27](http://www.ifgp.at/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=27) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>79</sup> [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder\\_und\\_Jugendgesundheit/Schulgesundheitsfoerderung\\_e\\_Schule](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder_und_Jugendgesundheit/Schulgesundheitsfoerderung_e_Schule) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>80</sup> <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsfoerderung-schule.html#headline51> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>81</sup> [http://www.gesundeschule.at/?page\\_id=1491](http://www.gesundeschule.at/?page_id=1491) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>82</sup> Badura, B.(2008): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Verlag Springer, Berlin
- <sup>83</sup> [http://www.gesundeschule.at/wp-content/uploads/Gesundheitsradar\\_SV1.pdf](http://www.gesundeschule.at/wp-content/uploads/Gesundheitsradar_SV1.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>84</sup> <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?&contentid=10008.576575&action=b&cacheability=PAGE&version=1391199372> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>85</sup> [http://www.gesundeschule.at/?page\\_id=1145](http://www.gesundeschule.at/?page_id=1145) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>86</sup> <http://www.richtigessenvonanfangen.at/> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>87</sup> [http://www.richtigessenvonanfangen.at/content/download/4693/27388/file/2014-03-21\\_Evaluationsbericht%20Beikost%20Stillen%202013\\_%C3%96sterreich\\_final.pdf](http://www.richtigessenvonanfangen.at/content/download/4693/27388/file/2014-03-21_Evaluationsbericht%20Beikost%20Stillen%202013_%C3%96sterreich_final.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>88</sup> [http://www.richtigessenvonanfangen.at/content/download/4691/27381/file/2014-04-09\\_Evaluationsbericht\\_Schwangerschaft%202013\\_%C3%96sterreich\\_final.pdf](http://www.richtigessenvonanfangen.at/content/download/4691/27381/file/2014-04-09_Evaluationsbericht_Schwangerschaft%202013_%C3%96sterreich_final.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>89</sup> <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/eltern-kind-fruhe-kindheit-hilfen.html> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>90</sup> <http://www.fruehehilfen.at/de/Projekte/Pilotprojekte14.html> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>91</sup> [http://www.fruehehilfen.at/cxdata/media/download/vorarlberg\\_angebote.pdf](http://www.fruehehilfen.at/cxdata/media/download/vorarlberg_angebote.pdf) (letzter Zugriff 27.12.2014)

- 
- <sup>92</sup> <http://www.noegkk.at/vib/Galerie/Flipbooks/jahresbericht/web/flipviewerexpress.html> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>93</sup> <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.701137&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>94</sup> <http://www.salvus.at/> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>95</sup> <http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.602659&action=b&cacheability=PAGE&version=1412760547> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>96</sup> <http://www.wig.or.at/> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>97</sup> <http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.724383&action=2> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>98</sup> <http://www.wiungs.at/startseite/> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>99</sup> <http://www.noegkk.at/vib/Galerie/Flipbooks/jahresbericht/web/flipviewerexpress.html> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>100</sup> <http://www.noegkk.at/portal27/portal/dgnoegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.678892&action=2> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>101</sup> <http://wko.at/wknoe/ind/manseder.pdf> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>102</sup> <http://sdb.statistik.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=dewatlas6> (letzter Zugriff 28.12.2014)
- <sup>103</sup> <http://www.noegkk.at/portal27/portal/noegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.702011&action=2> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>104</sup> <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/noegkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.600551&action=b&cacheability=PAGE&version=1412689535> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>105</sup> [http://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20140606\\_OTS0006/noegkk-laedt-zum-1-noe-familiengesundheitstag](http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20140606_OTS0006/noegkk-laedt-zum-1-noe-familiengesundheitstag) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>106</sup> <http://www.noegkk.at/portal27/portal/noegkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.598027&action=b&cacheability=PAGE> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>107</sup> <http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.596300&action=b&cacheability=PAGE&version=1392811085> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>108</sup> <http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.547489&action=b&cacheability=PAGE&version=1391170294> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>109</sup> <http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.547514&action=b&cacheability=PAGE&version=1391170295> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>110</sup> <http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.729508&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>111</sup> <http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.674678&action=2> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>112</sup> <http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.547508&action=b&cacheability=PAGE&version=1391170295> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>113</sup> <http://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.574877&action=b&cacheability=PAGE> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>114</sup> <http://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.705047> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>115</sup> <http://www.scheibenpflug.at/mbm.htm>
- <sup>116</sup> <http://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.705060> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>117</sup> [http://www.lsr-ooe.gv.at/gesunde\\_schule/guetesiegelschulen.html](http://www.lsr-ooe.gv.at/gesunde_schule/guetesiegelschulen.html) (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>118</sup> <http://www.sgkk.at/portal27/portal/sgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.600207&action=b&cacheability=PAGE&version=1404369371> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>119</sup> <http://www.forumdienstgeber.sgkk.at/portal27/portal/sgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.710292&action=2> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>120</sup> <http://www.sgkk.at/portal27/portal/sgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.708424&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 27.12.2014)
- <sup>121</sup> <http://www.stgkk.at/portal27/portal/stgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.601586&action=b&cacheability=PAGE&version=1408697697> (letzter Zugriff 27.12.2014)

---

<sup>122</sup> <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/stgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.712081&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 27.12.2014)

<sup>123</sup> <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/stgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.711918&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 27.12.2014)

<sup>124</sup> <http://styriavitalis.at/> (letzter Zugriff 27.12.2014)

<sup>125</sup> <http://www.gesunder-kiga.at/index.php/netzwerk-gesunder-kindergarten> (letzter Zugriff 27.12.2014)

<sup>126</sup> <http://www.blounge.at/der-lange-tag-der-bewegung-graz-2014/> (letzter Zugriff 27.12.2014)

<sup>127</sup> <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/tgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.599822&action=b&cacheability=PAGE&version=1402901703> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>128</sup> <http://www.tgkk.at/portal27/portal/tgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.719982&action=2> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>129</sup> <http://www.gesundearbeiten-tirol.at/> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>130</sup> <http://www.tgkk.at/portal27/portal/tgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.719981&action=2> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>131</sup> <http://axelmitterer.neuner.it/wp-content/uploads/2014/08/Xund-im-Alter.pdf> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>132</sup> <http://www.kgkk.at/portal27/portal/kgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.600510&action=b&cacheability=PAGE&version=1405069778> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>133</sup> <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/kgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.698496&action=2> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>134</sup> [http://www.gesundeschule.at/?page\\_id=237](http://www.gesundeschule.at/?page_id=237) (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>135</sup> <http://www.vgkk.at/portal27/portal/vgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.602889&action=b&cacheability=PAGE&version=1413469313> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>136</sup> <http://www.vgkk.at/portal27/portal/vgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.722530&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>137</sup> <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/vgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.722331&action=2> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>138</sup> <http://www.bva.at/portal27/portal/bvaportal/content/contentWindow?contentid=10007.676561&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>139</sup> <http://www.bva.at/portal27/portal/bvaportal/content/contentWindow?contentid=10008.602843&action=b&cacheability=PAGE&version=1413371940> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>140</sup> <http://www.bva.at/portal27/portal/bvaportal/content/contentWindow?contentid=10007.676578&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>141</sup> <http://www.bva.at/portal27/portal/bvaportal/content/contentWindow?&contentid=10008.549731&action=b&cacheability=PAGE> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>142</sup> <http://www.bva.at/portal27/portal/bvaportal/content/contentWindow?contentid=10007.676646&action=2> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>143</sup> <http://www.bva.at/portal27/portal/bvaportal/content/contentWindow?contentid=10007.676641&action=2> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>144</sup> <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?&contentid=10008.586874&action=b&cacheability=PAGE> (letzter Zugriff 18.10.2014)

<sup>145</sup> <http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.714891> (letzter Zugriff 20.10.2014)

<sup>146</sup> <https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?contentid=10008.586477&action=b&cacheability=PAGE&version=1391214016> (letzter Zugriff 20.10.2014)

<sup>147</sup> <http://www.oegkk.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?&contentid=10008.586549&action=b&cacheability=PAGE> (letzter Zugriff 20.10.2014)

<sup>148</sup> <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?contentid=10007.713915&action=2> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>149</sup> <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.701158&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 25.10.2014)

---

<sup>150</sup> <http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?contentid=10007.714223&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 25.10.2014)

<sup>151</sup> <http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?contentid=10007.713920&action=2> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>152</sup> <http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?contentid=10007.713921&action=2> (letzter Zugriff 28.12.2014)

<sup>153</sup> <http://sva.bewegungsprogramm.at/index.php?id=85> (letzter Zugriff 20.10.2014)

<sup>154</sup> <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?contentid=10007.713922&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 20.10.2014)

<sup>155</sup> <http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?&contentid=10008.586901&action=b&cacheability=PAGE> (letzter Zugriff 20.10.2014)

<sup>156</sup> [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_im\\_ueberblick/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/) (letzter Zugriff 20.10.2014)

<sup>157</sup> [https://www.sozialversicherung.at/portal27/sec/portal/svaportal/content/contentWindow;jsessionid=98DA2163BC836C044E27C04DCBEAEDA9.jbport\\_271\\_esvportal\\_a?contentid=10007.715056&action=2&viewmode=content](https://www.sozialversicherung.at/portal27/sec/portal/svaportal/content/contentWindow;jsessionid=98DA2163BC836C044E27C04DCBEAEDA9.jbport_271_esvportal_a?contentid=10007.715056&action=2&viewmode=content) (letzter Zugriff 25.10.2014)

<sup>158</sup> [http://www.econ.jku.at/members%5CLandesmann%5Cfiles%5CSS13%5CDipl%5CUnterlagen%5COSSBERGER\\_ERSTPR%C3%84SENTATION.pdf](http://www.econ.jku.at/members%5CLandesmann%5Cfiles%5CSS13%5CDipl%5CUnterlagen%5COSSBERGER_ERSTPR%C3%84SENTATION.pdf) (letzter Zugriff 26.10.2014)

<sup>159</sup> <http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?&contentid=10008.586538&action=b&cacheability=PAGE> (letzter Zugriff 25.10.2014)

<sup>160</sup> <http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?contentid=10007.713923&action=2> (letzter Zugriff 26.10.2014)

<sup>161</sup> <http://www.svb.at/portal27/portal/svbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.588229&action=b&cacheability=PAGE> (letzter Zugriff 28.10.2014)

<sup>162</sup> <https://www.svb.at/portal27/portal/svbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.587965&action=b&cacheability=PAGE> (letzter Zugriff 29.10.2014)

<sup>163</sup> <http://www.hbsc.org/> (letzter Zugriff 29.10.2014)

<sup>164</sup> <http://www.vaeb.at/portal27/portal/vaebportal/content/contentWindow?contentid=10007.721479&action=2> (letzter Zugriff 18.11.2014)

<sup>165</sup> <https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/vaebportal/content/contentWindow?contentid=10008.604139&action=b&cacheability=PAGE&version=1417614159> (letzter Zugriff 18.11.2014)

<sup>166</sup> [www.vaeb.at/portal27/portal/vaebportal/content/contentWindow?contentid=10007.721571&action=2](http://www.vaeb.at/portal27/portal/vaebportal/content/contentWindow?contentid=10007.721571&action=2) (letzter Zugriff 16.11.2014)

<sup>167</sup> <http://www.ifgp.at/> (letzter Zugriff 20.11.2014)

<sup>168</sup> [http://www.ifgp.at/files/Bericht\\_GFA\\_Ganztagsschule\\_final.pdf](http://www.ifgp.at/files/Bericht_GFA_Ganztagsschule_final.pdf) (letzter Zugriff 20.11.2014)

<sup>169</sup> <http://www.vaeb.at/portal27/portal/vaebportal/content/contentWindow?contentid=10008.592388&action=b&cacheability=PAGE&version=1406099486> (letzter Zugriff 20.11.2014)

<sup>170</sup> [http://www.ifgp.at/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25&Itemid=33](http://www.ifgp.at/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=33) (letzter Zugriff 20.11.2014)

<sup>171</sup> <http://www.josefhof.at/> (letzter Zugriff 19.11.2014)

<sup>172</sup> <https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?contentid=10007.685252&action=2&viewmode=content> (letzter Zugriff 20.12.2014)

<sup>173</sup> <http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.548615&action=b&cacheability=PAGE&version=1391170855> (letzter Zugriff 20.12.2014)

<sup>174</sup> <http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.548579&action=b&cacheability=PAGE&version=1391170852> (letzter Zugriff 20.12.2014)

- 
- <sup>175</sup> <http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.602754&action=b&cacheability=PAGE&version=1412852016> (letzter Zugriff 20.12.2014)
- <sup>176</sup> <http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.548580&action=b&cacheability=PAGE&version=1391170853> (letzter Zugriff 20.12.2014)
- <sup>177</sup> <http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.548611&action=b&cacheability=PAGE&version=1391170855> (letzter Zugriff 20.12.2014)
- <sup>178</sup> <http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.596604&action=b&cacheability=PAGE&version=1394088797> (letzter Zugriff 20.12.2014)
- <sup>179</sup> <http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.548604&action=b&cacheability=PAGE&version=1391170855> (letzter Zugriff 20.12.2014)
- <sup>180</sup> [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand\\_und\\_veraenderung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/index.html) (letzter Zugriff d20.12.2014)
- <sup>181</sup> [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html) (letzter Zugriff 20.12.2014)
- <sup>182</sup> E.Grubinger, M.Scheier. Mehrlingsschwangerschaften – Epidemiologie, Entwicklung und Morbidität. Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2011 ; 5 (2), S. 14-19
- <sup>183</sup> [http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ3\\_Bericht\\_201404142.pdf](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ3_Bericht_201404142.pdf) (letzter Zugriff 28.12.2014)
- <sup>184</sup> [http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/oenbgf/oenbgfWindow?action=e&windowstate=normal&javax.faces.portletbridge.STATE\\_ID=view%3A633f1625-bf4b-40fa-8840-a6240a1b32c8&mode=view](http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/oenbgf/oenbgfWindow?action=e&windowstate=normal&javax.faces.portletbridge.STATE_ID=view%3A633f1625-bf4b-40fa-8840-a6240a1b32c8&mode=view) (letzter Zugriff 29.12.2014)
- <sup>185</sup> <http://sdb.statistik.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=dewatlas4> (letzter Zugriff 29.12.2104)
- <sup>186</sup> [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/unternehmen\\_arbeitsstaetten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/unternehmen_arbeitsstaetten/index.html) (letzter Zugriff 29.12.2014)
- <sup>187</sup> [https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/ZahlenDatenFakten/KMU\\_Definition.html](https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/ZahlenDatenFakten/KMU_Definition.html) (letzter Zugriff 29.12.2014)
- <sup>188</sup> [http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/\\_jahre/2014/berichte/teilberichte/bund/Bund\\_2014\\_14/Bund\\_2014\\_14\\_1.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/_jahre/2014/berichte/teilberichte/bund/Bund_2014_14/Bund_2014_14_1.pdf) (letzter Zugriff 30.12.2014)
- <sup>189</sup> [http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ\\_6\\_Gesundes\\_Aufwachsen\\_Bericht\\_der\\_Arbeitsgruppe.pdf](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ_6_Gesundes_Aufwachsen_Bericht_der_Arbeitsgruppe.pdf) (letzter Zugriff 28.12.2014)