



MASTERARBEIT

Stellenwert der gesetzlichen Krankenversicherungen Österreichs in Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention

Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Maßnahmen zu
Bewegung und körperlicher Aktivität

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Nadine Zillmann
angestrebter akademischer Grad
Master of Public Health, MPH

Wien, August 2014

Studienrichtung: ULG Master of Public Health
Matrikelnummer: 1242650
Betreuung: Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Thomas E. Dorner, MPH



Diese Arbeit wurde gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich

Zusammenfassung

EINLEITUNG

Der Fokus des österreichischen Gesundheitswesens liegt derzeit (noch) auf der Kuration von Krankheiten, für die 98 % der Gesamtgesundheitsausgaben aufgewendet werden. Gesundheitsförderung (GF) und Prävention gewinnen aber rezent an Bedeutung. Dieser Paradigmenwechsel spiegelt sich z. B. in den 2012 verabschiedeten, an Gesundheitsdeterminanten und Settings orientierten Rahmen-Gesundheitszielen oder in den Beschlüssen der Gesundheitsreform 2013 wider. Darin werden evidenzbasierte, qualitätsgesicherte und nachhaltige Angebote gefordert. Lebensstilfaktoren wie regelmäßige körperliche Aktivität wurden als gesundheitswirksame Themenfelder vom Gesundheitssektor aufgegriffen. Es wird untersucht, in welchem Ausmaß die gesetzlichen Krankenversicherungen (bewegungsorientierte) GF- und Präventionsmaßnahmen unterstützen und wirksamkeitsorientiert implementieren.

METHODEN

Mithilfe gezielter Literaturrecherchen und systematischer Dokumentenanalysen wurden wissenschaftliche Veröffentlichungen, Gesetzestexte, Berichte (Gesundheitsberichte, Berichte der SVT, Evaluationsberichte etc.), Qualitätskriterien und Leitlinien aufbereitet. Ergänzend wurden ausführliche Internetrecherchen und persönliche Kommunikation mit Ansprechpartner(inne)n relevanter Institutionen hinzugezogen.

ERGEBNISSE

Eine Reihe gesetzlicher Bestimmungen machen GF und Prävention zur Pflichtaufgabe der österreichischen gesetzlichen Sozialversicherungsträger. Insgesamt sind GF und Prävention hierzulande gekennzeichnet durch komplexe Zuständigkeits- und Finanzierungsstrukturen, welche die Planung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen erschweren. Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätssicherung sind dabei nur unzureichend verankert. Krankenkassen finanzieren primär Präventionsmaßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen oder Impfprogramme, auch Betriebliche und Schulische GF werden traditionell gefördert.

Körperliche Aktivität wird meist als *add on* in anderen Angeboten eingesetzt, nur wenige Initiativen sind rein der Bewegungsförderung gewidmet. Nationale Bewegungsprogramme sind in Österreich noch nicht umgesetzt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der Gesundheitssektor hat GF und Prävention bereits in seine Agenden eingebunden, könnte jedoch von verstärkter Kooperation, Koordination, Planung und Zuschreibung konkreter Verantwortlichkeiten im Sinne eines *Health in all Policies*-Ansatzes weiter profitieren. Unabdingbar hierfür ist die stringente Umsetzung der gesetzlich festgeschriebenen Orientierung an Evidenz, Wirksamkeit und an Qualitätskriterien, die durch verstärkte Transparenz in der Planung, Umsetzung und Evaluation von GF- und Prävention erreicht werden könnte.

SCHLAGWÖRTER

Gesundheitsförderung, Prävention, körperliche Aktivität, gesetzliche Krankenkassen

Abstract

INTRODUCTION

By spending 98 % of overall health expenses on disease treatment the Austrian health system is presently (still) focussed on curing. However, health promotion (HP) and prevention are becoming more relevant. This paradigm shift can be observed for example in the national health targets passed in 2012 that centre on health determinants and settings, as well as in the 2013 adopted health reform. Hence, corresponding measures should require a base of evidence, should be of high quality and also sustainable. Lifestyle factors such as regular physical activity were adopted as topics for health improvement by the health sector. This thesis investigates the extent of (physical activity-related) HP and prevention measures supported and implemented by social health insurances.

METHODS

Literature searches and systematic document analyses of scientific publications, legislative texts, reports (health reports, reports by social health insurance, evaluations etc.), quality criteria and guidelines were conducted. In addition, internet searches and personal communication with staff of relevant institution complemented the investigation.

RESULTS

HP and prevention are a legal obligation for Austrian social insurance companies. Overall, HP and prevention in Austria are characterised by complex liability and finance structures which consequently hinder the planning and implementation of corresponding initiatives and measures. Furthermore, practices of evaluation, proving evidence and quality-assurance are only insufficiently in place. Health insurance companies are primarily supporting preventive measures such as regular health check-ups or vaccination campaigns, and traditionally also sponsor programmes of workplace and school HP.

Physical activity is often an *add on* to other offers, there is only a limited amount of solely activity-based programs. So far, there are no national physical activity campaigns in place.

CONCLUSIONS

The health sector already delivers HP and prevention agendas, however, it could profit from more cooperation, coordination, planning and accountability amongst the stakeholders involved as defined by an *health in all policies* approach. It is indispensable that the legally required orientation on evidence, effectiveness and quality of measures is warranted through transparency in the planning, implementation and evaluation of HP and prevention.

KEY WORDS

Health promotion, prevention, physical activity, social health insurance

Danksagung

Von allumfassenden Lobhudeleien möchte ich absehen. Dennoch sollen in loser Folge einige derer genannt sein, die über die letzten beiden Jahren kleinere, mittlere oder größere Teile zum nun nahezu vollständigen Mosaik *MPH* beisteuerten:

Michael (fürs Rücken frei halten und Zustimmung), Thomas (fürs Betreuen, Brainstormen und Motivieren), Susi (fürs Lektorat), Franz und Christoph (fürs Mitmachen), Rosa (fürs Zuhören und Einspringen), FGÖ (fürs Bewilligen), Julia, Tanya und Ingeborg (für herzhaftes Gelächter, fürs Durchhalten und für anregende Diskussionen), Sophie (fürs Aushalten), Paul (fürs Fragen), Marlene (für ganz, ganz viel und noch mehr), Diana (für immer) und Jerry (für ALLES). Es ist vollbracht!

Danke!

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Abstract	II
Danksagung	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VII
1 Problemstellung	1
1.1 Gesundheit(svorsorge) in Österreich	1
1.2 Gesundheit und das globale Phänomen unzureichender körperlicher Aktivität	5
1.3 Zielstellungen der Arbeit	9
1.3.1 Forschungsfragen	9
1.3.2 Methodisches Vorgehen	11
1.3.3 Limitationen	11
1.3.4 Gliederung	12
2 Zentrale Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention	12
2.1 Gesundheitsförderung und Prävention – Much of a muchness?	12
2.2 Qualitätssicherung, Evidenzbasierung und Evaluation in Gesundheitsförderung und Prävention	14
2.2.1 Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention	15
2.2.1.1 Methoden der Qualitätsentwicklung - Qualitätssysteme	16
2.2.1.2 Qualitätsleitlinien und Checklisten zur Überprüfung von Qualitätskriterien	19
2.2.2 Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung	20
2.2.3 Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention	23
2.3 Stellenwert körperlicher Aktivität in der Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen	25
2.3.1 Bewegung auf Rezept	27
2.3.2 Qualitätssicherung und Evidenz im (Gesundheits-)Sport	30
3 Das österreichische Gesundheitssystem	35
3.1 Exkurs Gesundheitssysteme	35
3.2 Gesundheitsförderung und Prävention im österreichischen Verständnis	36
3.3 Der österreichische Gesundheitssektor	38
3.3.1 Kompetenzen des Bundes	39
3.3.2 Kompetenzen der Länder	42
3.3.3 Finanzierung des Gesundheitssystems und Gesundheitsausgaben	43
3.3.4 Die gesetzlichen Sozialversicherungsträger	46
3.3.4.1 Masterplan Gesundheit und Rahmen-Pharmavertrag	47
3.3.4.2 Aufgaben, Leistungen und Ausgaben der sozialen Krankenversicherungen	48
3.3.5 Gesetzliche Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich	51
3.3.6 Kritische Würdigung des österreichischen Gesundheitssystems	55
3.4 Exkurs: Status Quo von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland	57
4 Stellenwert der Sozialversicherung Österreichs in Gesundheitsförderung und Prävention	61
4.1 Methodisches Vorgehen und Datenaufbereitung	61
4.2 Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in Österreich	63
4.2.1 Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen der GF und der (Primär-) Prävention	64
4.2.2 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention in den österreichischen Krankenkassen	67
4.2.2.1 Prävention: Die Vorsorgeuntersuchung	67

4.2.2.2	Gesundheitsförderung	69
4.2.2.2.1	Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherungen 2005	69
4.2.2.2.2	Evaluationsbericht des HVB zur Entwicklung der Vorsorgeuntersuchung und zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung (§ 447h ASVG)	74
4.2.2.2.3	Projekte der gemeinsamen Gesundheitsziele des Rahmen-Pharmavertrages	75
4.2.2.2.4	Jahresberichte der Krankenkassen 2012	76
4.2.3	Stellenwert körperlicher Aktivität in der Gesundheitsförderung und Prävention der österreichischen Krankenkassen	79
4.3	Evidenzbasierung, Qualitätssicherung und Maßnahmenorientierung in GF und Prävention in Österreich	86
5	Zusammenfassung und Diskussion	89
5.1	Überblick der erörterten Facetten von Gesundheitsförderung und Prävention	89
5.1.1	Gesundheitszustand der Bevölkerung, Bewegungsmangel und der Wert körperlicher Aktivität für die Gesundheit	89
5.1.2	Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im öffentlichen Diskurs vs. Allokation der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen	90
5.1.3	Gesetzliche Krankenkassen als kompetente Stakeholder in Gesundheitsförderung und Prävention, auch im Bereich körperliche Aktivität	91
5.1.4	Gesetzliche Verpflichtung zu GF und Prävention in Österreich	93
5.1.5	Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention	94
5.2	Zusammenfassende Betrachtung anhand der Forschungsfragen	96
5.2.1	Inwieweit werden Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung von den gesetzlichen Krankenkassen finanziell unterstützt?	96
5.2.2	Welchen Stellenwert hat körperliche Aktivität in den Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen zur Gesundheitsförderung und Prävention?	99
5.2.3	Wie ist die Verteilung der verhältnis- zu verhaltensorientierten Maßnahmen?	102
5.2.4	Gibt es Evidenz für die Wirksamkeit der von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen?	102
5.2.5	Sind die Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in Gesundheitsförderung und Prävention qualitätsgesichert? Wenn ja, welche Qualitätskriterien liegen zugrunde?	104
5.3	Kritische Würdigung des österreichischen Handlungsfeldes Gesundheitsförderung und Prävention	105
6	Schlussfolgerungen und Ausblick	107
	Literaturverzeichnis	111
	Anhang	122
	Eidesstattliche Erklärung	124

Abkürzungsverzeichnis

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSO	Bundessportorganisation
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DALYs	<i>disability-adjusted life-years</i>
DTB	Deutscher Turnerbund
EbM	<i>Evidence-based Medicine</i>
EbPH	<i>Evidence-based Public Health</i>
ERS	<i>exercise referral scheme</i>
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GF	Gesundheitsförderung
GFG	Gesundheitsförderungsgesetz
GKK	Gebietskrankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
HEPA	<i>health-enhancing physical activity</i>
HLY	<i>healthy life years</i>
HiAP	<i>Health in All Policies</i>
HVB	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
KA	körperliche Aktivität
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
NAP.b	Nationaler Aktionsplan Bewegung
NCD	<i>non-communicable disease</i> (nichtübertragbare Krankheiten)
NHS	<i>National Health System</i>
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PH	<i>Public Health</i>
PHAC	<i>Public Health Action Cycle</i>
PHC	<i>Primary Health Care</i> (primäre Gesundheitsversorgung)
REVAN	Richtig essen von Anfang an
SES	<i>socioeconomic status</i>
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVT	Sozialversicherungsträger
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
VU	Vorsorgeuntersuchung
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	<i>World Health Organisation</i>

Abbildungsverzeichnis

<i>ABBILDUNG 1.</i> VERORTUNG DER BEGRIFFE EVALUATION, EVIDENZBASIERUNG UND QUALITÄTSMANAGEMENT IM PUBLIC HEALTH ACTION CYCLE (PHAC)	15
<i>ABBILDUNG 2.</i> DAS ERGEBNISMODELL IM ÜBERBLICK	17
<i>ABBILDUNG 3.</i> QUALITÄTSKRITERIEN VON QUINT-ESSENZ	18
<i>ABBILDUNG 4.</i> DAS MODELL VON EVIDENCE-BASED PUBLIC HEALTH	22
<i>ABBILDUNG 5.</i> BUILDING EVIDENCE FOR PUBLIC HEALTH PROGRAMS: STAGES OF RESEARCH AND EVALUATION	24
<i>ABBILDUNG 6.</i> MODELL DER QUALITÄTEN UND KERNZIELE VON GESUNDHEITSSPORT UND IHRE OPERATIONALISIERUNG	31
<i>ABBILDUNG 7.</i> ORGANISATION DES GESUNDHEITSWESENS (2012)	40
<i>ABBILDUNG 8.</i> ANMERKUNGEN ZU <i>ABBILDUNG 7</i> (ORGANISATION DES GESUNDHEITSWESENS)	41
<i>ABBILDUNG 9.</i> ÖSTERREICHISCHES FINANZIERUNGSSYSTEM – EIN WESENTLICHER ÜBERBLICK	44
<i>ABBILDUNG 10.</i> FINANZIERUNGSSTRÖME IM GESUNDHEITSWESEN	45
<i>ABBILDUNG 11.</i> ORGANISATION DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG	46
<i>ABBILDUNG 12.</i> AUFLISTUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESETZE, DIE BESTIMMUNGEN ZU GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION BEINHALTEN	53
<i>ABBILDUNG 13.</i> ANSATZ DER KRANKENKASSENAKTIVITÄTEN	85
<i>ABBILDUNG 14.</i> FINANZIERUNGSSTRÖME IM GESUNDHEITSWESEN	123
<i>ABBILDUNG 15.</i> ERLÄUTERUNGEN ZU <i>ABBILDUNG 14</i>	123

Tabellenverzeichnis

<i>TABELLE 1.</i> DIE RAHMENGEZUNDHEITSZIELE FÜR ÖSTERREICH (2012)	2
<i>TABELLE 2.</i> BEZIEHUNGEN ZWISCHEN KRANKENVERSICHERUNGEN UND LEISTUNGSTRÄGERN	49
<i>TABELLE 3.</i> AUSGABEN DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG, NOMINELL IN MILLIONEN EURO 2005-2011	50
<i>TABELLE 4.</i> AUSGABEN DER ÖSTERREICHISCHEN GESETZLICHEN KRANKENKASSEN FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION 2012	65
<i>TABELLE 5.</i> UNTERSTÜTZUNG GANZHEITLICHER BGF-PROJEKTE	71
<i>TABELLE 6.</i> THEMENBEZOGENE ANGEBOTE DER SCHULISCHEN GF	72
<i>TABELLE 7.</i> ANZAHL DER DURCHGEFÜHRTEN SCHULPROJEKTE UND THEMEN 2005	73
<i>TABELLE 8.</i> ANZAHL DER BEWILLIGTEN PROJEKTE DER RAHMENZIELE GESUNDHEIT NACH ANTRAGSTELLER/IN	75

1 Problemstellung

1.1 Gesundheit(svorsorge) in Österreich

Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit (BMG) deklariert auf seiner Webseite, dass „die Gesundheitsvorsorge eine der wichtigsten Aufgaben der Sozialversicherung“ sei (BMG, 2014f). Dennoch fokussiert das Sozialversicherungssystem in Österreich primär auf Behandlung und Kuration von akuten oder chronischen Krankheiten. Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit bzw. zur Vermeidung von Krankheiten gewinnen jedoch graduell an Bedeutung, verstärkt besonders seit den Gesundheitsreformen der Jahre 2005 und 2013. Letztere beinhaltet u. a. die 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene Gesundheitsförderungsstrategie gemäß Bundes-Zielsteuerungsvertrag, die in Abstimmung von Bund, Ländern und SV die Verwendung der Gesundheitsförderungsfonds-Mittel und der Vorsorgemittel festlegt (BMG, 2014c). Sie soll einen für die nächsten 10 Jahre gültigen Rahmen für die Umsetzung von „breit abgestimmten, qualitätsgesicherten, wirksamen und effizienten Gesundheitsförderungsmaßnahmen“ in Österreich bilden (BMG, 2014c, S. 3).

Nichtsdestotrotz ist laut Hofmarcher (2013) die Primärprävention, also die Verhinderung des Auftretens von Krankheiten, nach wie vor eine gravierende Schwachstelle des österreichischen Gesundheitswesens. Insgesamt umfassten 2011 öffentliche Gesundheitsausgaben 8,2 % des österreichischen Bruttoinlandsproduktes (OECD, 2013). Die staatlichen Gesundheitsausgaben (inkl. der Sozialversicherungsträger, SVT) lagen 2011 in Österreich bei 23,7 Milliarden Euro, davon entfielen jedoch nur 461 Millionen Euro (1,95 %) auf Prävention und den öffentlichen Gesundheitsdienst (Statistik Austria, 2013).

Der selbst eingeschätzte (subjektive) allgemeine Gesundheitszustand einer Person hat sich als geeigneter Indikator für Entwicklung der Mortalität und der Gesundheitsausgaben innerhalb eines Landes bewährt, da er Rückschlüsse auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und die Qualität des Gesundheitsversorgungssystems zulässt (Bachner et al., 2013). Österreich lag 2011 in der jährlichen EU-SILC-Erhebung (*European Statistics on Income and Living Conditions*) unter dem EU15 Durchschnitt (71 %), aber über dem Mittel der EU27-Mitgliedsstaaten (66 %), da 69 % der Befragten ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einschätzten. Insgesamt divergieren diese Selbstbewertungen abhängig vom sozioökonomischen Status (SES): je niedriger der SES, desto schlechter üblicherweise die subjektive allgemeine Gesundheit. In Österreich bewertete nur eine knappe Mehrheit (54 %) im untersten SES-Quintil (basierend auf dem Vorjahreswert des Haushaltseinkommens) ihre Gesundheit als (sehr) gut. Damit rangiert Österreich unter dem EU-Durchschnitt (EU15: 62 %, EU27: 57 %). Im Vergleich dazu gaben 82 % des obersten österreichischen Einkommens-Quintils ihren allgemeinen Gesundheitszustand als (sehr) gut an (EU15: 82%, EU27: 78%; Bachner et al., 2013). Mittlerweile ist auch vielfach belegt, dass sozioökonomische Faktoren nicht nur

den subjektiven, sondern auch den objektiven Gesundheitszustand einer Person beeinflussen können (Dorner, Stronegger, Hoffmann, Stein & Niederkrotenthaler, 2013).

Trotz stetig steigender Lebenserwartung sinkt die Anzahl der gesunden Lebensjahre (*healthy life years*, HLY) der hiesigen Bevölkerung: Zwischen 2008 und 2010 lag Österreich im Mittel etwa zwei Jahre unter dem EU-Durchschnitt (OECD, 2012) von 62,2 (Frauen) bzw. 61,0 (Männer) Jahren. Als HLY wird die behinderungsfreie Lebenserwartung bezeichnet. Sie misst die Zahl der Jahre, die eine Person voraussichtlich in guter gesundheitlicher Verfassung leben wird. Es ist erklärtes Ziel der österreichischen Regierung, dass sich die HLY der österreichischen Bevölkerung zukünftig um mindestens zwei Jahre erhöhen.

Tabella 1. Die Rahmengesundheitsziele für Österreich (2012)

Ziel	Zielsetzung
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	 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
Ziel 4	 Natürliche 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 Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen
Ziel 7	 Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
Ziel 8	 Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
Ziel 9	 Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern
Ziel 10	 Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Dafür wurden, als „richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich“, 2012 in einem breit angelegten Dialogprozess die 10 Rahmen-Gesundheitsziele (vgl. *Tabella 1*) in Kooperation von BMG, Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und zahlreichen Stakehol-

dern entwickelt, die den Rahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik (*Health in all Policies, HiAP*) in den kommenden 20 Jahren bilden sollen (BMG, 2012b, 2013e).

Primäre Ziele der Rahmen-Gesundheitsziele sind der Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen. Die Ziele setzen an den sogenannten Determinanten für Gesundheit, also jenen Faktoren, die die Gesundheit grundlegend beeinflussen (z. B. Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit oder Umwelteinflüsse), an und sollen so neben der Verbesserung der Gesundheit auch eine Entlastung des Gesundheitsversorgungssystems herbeiführen (BMG, 2012b, 2013e, 2014b).

Einige Gesundheitsziele bilden die in der Gesundheitsförderungsstrategie (BMG, 2014c) für die Gültigkeitsperiode 2013 bis 2016 priorisierten Schwerpunkte ab, für die die Vorsorgemittel und mindestens 50 % der Gesundheitsförderungsfonds-Mittel verbindlich anzuwenden sind. Das sind *Frühe Hilfen, Gesunde Kinderkrippen und Gesunde Kindergärten, Gesunde Schulen* (alle Ziel 6), (Ziele 1 und 4), *Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen* (Ziel 3) und *soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen* (Ziele 2, 5 und 9). Im Besonderen soll mit den Zielen auch dazu beigetragen werden, gesundheitliche Chancengleichheit in der Bevölkerung herzustellen, ein Schwerpunktthema der aktuellen österreichischen Diskussion im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 (BMG, 2014b).

Ferner ist im Gesundheitsziel 10 (*Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen*) mit der Erwähnung von Qualität ein zentraler Aspekt von GF und Prävention benannt, der in den letzten Jahren radikal an Bedeutung gewann. Für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bzw. in der Gesundheitsversorgung gibt es zahlreiche Definitionen, denen gemein ist, dass offerierte Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend bestmögliche Gesundheit erzielen sollen (Klemperer & Braun, 2010). Rezent wurden auch im deutschsprachigen Raum verschiedene Qualitätskriterien für GF und Prävention veröffentlicht (z. B. FGÖ, 2013; Gesundheitsförderung Schweiz, 2014a; Haas, Breyer, Knaller & Weigl, 2013). Ein essentieller Beitrag zur Qualitätssicherung in der Ausgestaltung und Implementation der Rahmen-Gesundheitsziele ist z. B. die Einführung systematischen Monitorings anhand ausgewählter Indikatoren (Winkler & Anzenberger, 2013).

Körperliche Inaktivität wurde vielfach als gravierende Gesundheitsnoxe identifiziert (vgl. Kap.1.2), ein Absenken ihrer Prävalenz ist als ein Ziel in der Gesundheitsstrategie 2020 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert (Health 2020; WHO Europe, 2013b). Zugleich ist überzeugend nachgewiesen, dass körperliche Aktivität (kA) gesundheitswirksam in Initiativen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung (GF) und Prävention eingesetzt werden kann (z. B. WHO, 2007, 2010).

In Österreich gibt laut Eurobarometer-Erhebung nahezu jede/r Dritte (29 %) an, nie körperliche oder sportliche Aktivitäten zu betreiben. Im Vergleich dazu gehen nur 5 % der Bevölkerung *regelmäßig* und 33 % *mit gewisser Regelmäßigkeit* (mindestens einmal pro Woche) Bewegungsaktivitäten nach (Europäische Kommission, 2010). Dreißig Prozent der österreichischen Bevölkerung legten 2011 täglich weniger als 250 Meter zu Fuß zurück, insgesamt kann die hiesige Bevölkerung damit im internationalen Vergleich als eher „unsportlich“ bezeichnet werden (Winkler & Anzenberger, 2013).

Dies trifft auch auf Kinder und Jugendliche zu, die gemessen an den Bewegungsempfehlungen vielfach nicht ausreichend aktiv sind (vgl. Titze et al., 2012). In einer aufsehen-erregenden Aktion organisierte die Bundessportorganisation (BSO) im Herbst 2012 eine Unterschriftenaktion zur Einführung einer täglichen Sportstunde in österreichischen Schulen (Die tägliche Turnstunde; www.turnstunde.at). Innerhalb weniger Monate (September 2012-März 2013) wurde diese von 150850 Personen unterzeichnet (BSO, 2014).

Außergewöhnlich war daran, dass sich Akteur(inn)e(n) unterschiedlichster Institutionen und Interessengruppen daran beteiligten, allen voran die Bundesregierung mit Bundespräsident und Bundeskanzler. Sowohl verschiedene Parlamentsfraktionen, zahlreiche Bundesminister/innen, als auch Nationalkaderathlet(inn)en, Sportverbände, Elternvertretungen, Schulverantwortliche etc. unterstützten die Aktion. Neben dem Bundesminister für Gesundheit, bekräftigte damals auch die Ärztekammer ihre Unterstützung. Kurios war, dass die Initiative aus der Wahrnehmung der aus Sicht der Verantwortlichen nicht zufriedenstellenden Ergebnisse des österreichischen Kadern bei den Olympischen Sommerspielen 2010 entstand. Es wurde moniert, dass österreichische Kinder zu übergewichtig und inaktiv wären. Ob des allgemeinen Interesses wurde im weiteren Verlauf der medial sehr präsenten Aktion (TV-Spots, Pressekonferenzen, Facebook-Auftritt) nur noch mit der Gesundheitszustand der Kinder argumentiert, nicht mehr mit dem Fehlen sportlicher Höchstleistungen.

Im Ergebnis sollte ab Herbst 2014 eine zusätzliche tägliche Sportstunde in allen Pflichtschulen und in Kindergärten eingeführt werden, das Bundesministerium für Bildung und Frauen verkündete 2013, dass ein 10-Punkte-Plan umgesetzt würde, um Bewegung und Sport in den Schulen auszubauen. Rezent wurde verlautbart, dass die Einführung sich aufgrund mangelnder Finanzierung verschiebe, aber bis 2018 stattfinden solle. Für die Umsetzung sei kein zusätzliches Personal vorgesehen, mit den bestehenden Ressourcen sei die Reform jedoch nicht durchzusetzen.

Auch im Rahmen-Gesundheitsziel 8 wird die Wichtigkeit kA aufgegriffen. Es orientiert darauf, gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten (z. B. Betriebe oder Schulen) zu fördern. Der Gesundheitssektor ist ein zentraler Stakeholder bei der Schaffung der nötigen gesundheitsförderlichen und präven-

tiven Strukturen und Angebote, die Individuen darin befähigen und unterstützen, regelmäßig körperlich aktiv zu sein (Cavill, Kahlmeier & Racioppi, 2006; WHO, 2014b; 2014d).

Mit der Verabschiedung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) 1992 wurden GF und (primär)präventive Maßnahmen im Gesundheitsbereich in Österreich bereits vor über 20 Jahren gesetzlich verankert (Bundeskanzleramt Österreich, 2013) und als Pflichtaufgaben der SVT definiert (§116, Abs.1). Darüber hinaus gibt es gesetzliche Regelungen für freiwillige Leistungen, die unter *Bedachtnahme* der finanziellen Leistungsfähigkeit der einzelnen Träger gewährt werden können (Rohrauer-Näf & Waldherr, 2011). Das zeitliche, finanzielle oder personelle Ausmaß der Aufwendungen für GF und Prävention ist im ASVG jedoch (bisher) nicht definiert.

Ferner sind bisher keine verbindlichen Qualitätskriterien oder Qualitätsstandards für Maßnahmen der GF (innerhalb oder außerhalb des Gesundheitssektors) festgelegt worden. Ein gewichtiges Schlagwort im aktuellen Qualitätssicherungsdiskurs ist Evidenzbasierung. Der Begriff hat sich in den letzten Jahren besonders in der Medizin (auch *Evidence-based medicine, EbM*) und zum Teil auch im Bereich Public Health (PH) etabliert (*Evidence-based Public Health, EbPH*). Auch in GF und Prävention hat die evidenzbasierte Praxis rezent zunehmend an Relevanz gewonnen und eine breitere Diskussion ausgelöst. Im neuen Landeszielsteuerungsvertrag für Wien wird Evidenzbasierung z. B. explizit erwähnt, indem „bei Bedarf Beauftragung von anbieterunabhängigen Evidenzanalysen (z. B. HTA-Berichte, systematische Übersichtsarbeiten, ökonomische Evaluationen) durch die Landeszielsteuerungskommission insbesondere für neue und überprüfungswürdige Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, aber auch zur Unterstützung bei Fragen des Disinvestment“ (WGKK, 2013b) gefordert wird.

Insgesamt sind in Österreich die Felder Prävention und GF geprägt durch die föderalistische politische Struktur und die Verteilung der Zuständigkeiten auf eine Vielzahl von politischen Entscheidungsträger(inne)n und Institutionen. Durch die kaum vorhandene länder- und sektorenübergreifende Kooperation verlief vor allem die Entwicklung der GF bisher wenig koordiniert und strukturiert. Bis 2011 gab es keinen bundesweiten, systematisch geplanten und strategischen Ansatz (Rohrauer-Näf & Waldherr, 2011). Mit der Veröffentlichung der Rahmen-Gesundheitsziele 2012 (BMG, 2013e) und der Gesundheitsreform in 2013, welche die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens neu regelt, soll dem entgegen gewirkt werden (Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit; BMG, 2014b).

1.2 Gesundheit und das globale Phänomen unzureichender körperlicher Aktivität

Körperliche und mentale Gesundheit wird global gegenwärtig primär von drei Trends bestimmt, die laut WHO (2010) zu gesundheitsbeeinträchtigenden Lebenswelten, Lebensum-

ständen und Verhaltensweisen führen können: (1) alternde Bevölkerung, (2) rasante, ungeplante Urbanisation und (3) Globalisierung. Die WHO ist eine der wesentlichen globalen Akteure im Bestreben, Gesundheit mithilfe strategischer GF- und Präventions-Aktivitäten zu stärken. Dabei ist GF im Verständnis der WHO jener Prozess, der „bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen sowie auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt“ (Kaba-Schönstein, 2011). Charakteristisch für die GF ist eine salutogenetische Perspektive, die im Gegensatz zur pathogenetischen Sichtweise beleuchtet, wie und wo Gesundheit geschaffen wird und welche Einflussfaktoren (vgl. Kap. 1.1, Determinanten der Gesundheit) auf individueller und Bevölkerungs-Ebene auf sie einwirken können. Zunächst werden dabei Ressourcen und Potenziale für Gesundheit identifiziert und folgend durch entsprechende Aktivitäten und Maßnahmen gezielt gestärkt.

Eine Konsequenz der o. g. Trends ist das weit verbreitete unzureichende Ausmaß an gesundheitswirksamer körperlicher Bewegung. Inaktivität ist in der Liste der führenden Risikofaktoren globaler Mortalität derzeit auf Platz 4: 6 % aller Todesfälle weltweit werden mangelnder kA zugeschrieben. Damit führen nur Bluthochdruck (13 %), Tabakkonsum (9 %) und erhöhter Blutzuckerspiegel (6 %) weltweit zu mehr Todesfällen (WHO, 2009, 2010). Mangel an körperlicher Bewegung beeinflusst über die Mortalität hinaus auch globale Morbiditäts- und Komorbiditätsraten, indem sie z. B. als grundlegende Ursache für 21–25 % der Krankheitslast (*burden of disease*) von Brust- und Darmkrebs oder 27 % bzw. 30 % der Krankheitslast von Diabetes Mellitus und ischämische Herzkrankheit vermutet wird (WHO, 2009, 2010). Zugleich ist vielfach belegt, dass regelmäßige, gesundheitswirksame kA das Risiko, an koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall, Diabetes, Bluthochdruck, Darm- und Brustkrebs oder Depression zu erkranken, erheblich reduziert. Zudem beeinflusst kA den Energiestoffwechsel positiv und spielt demnach eine elementare Rolle im Gewichtsmanagement (WHO, 2007, 2010).

Im Rahmen der Europäischen Ministerkonferenz der WHO *Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020* wurde die *Erklärung von Wien* (WHO Europe, 2013a) verabschiedet, in der kA wiederholt eine Schlüsselrolle in der Bekämpfung von Übergewicht, Adipositas und anderen NCDs zugesprochen wird. Obwohl der positive Einfluss von Bewegung und kA auf NCD-Risikofaktoren sowie auf gesundes Aufwachsen und Altern kaum noch Evidenz entbehrt (u. a. WHO, 2007, 2010), ist der Anteil der unzureichend körperlich aktiven Bevölkerung auch in der EU weiter steigend. Das WHO Europe Regionalbüro geht davon aus, dass etwa 36 % der über 15-jährigen Einwohner/innen Europas nicht ausreichend aktiv seien, in einigen Mitgliedsstaaten betraf dies sogar mehr als zwei Drittel der Bevölkerung (WHO Europe, 2014e).

Wie erwähnt (vgl. Kap. 1.1) zählt Österreich zu jenen Ländern, in denen nur etwa ein Drittel der Bevölkerung regelmäßig kA nachgeht. Körperliche Inaktivität ist in Europa ins-

gesamt für annähernd 8.3 Millionen DALYs (*disability-adjusted life-years*) verantwortlich – das sind 5 % der Gesamt-DALYs für die Region, in der der Trend eher hin zu weniger als zu mehr kA geht (WHO Europe, 2014a). DALYs werden von der WHO eingesetzt, um die Krankheitslast zu quantifizieren und über die Gesamtbevölkerung betrachtet die Divergenz zwischen aktuellem Gesundheitsstatus und dem „Idealzustand“ (langes, krankheits- und einschränkungs-freies Leben) zu bestimmen. Ein DALY kann dabei interpretiert werden als ein verlorenes gesundes Lebensjahr. In Konsequenz fokussieren die im *Global Action Plan 2013-2020* zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (noncommunicable disease, NCD; WHO, 2013) definierten *Nine Targets for 2025* neben Zielen zur Reduktion des Konsums von Alkohol, Tabak und Salz auch auf einen weltweiten Rückgang der Prävalenz unzureichender kA um 10 % bis 2025.

Die WHO (WHO Europe, 2014c) definiert kA in Abgrenzung zu sportlicher Betätigung.

Physical activity should not be mistaken with exercise. Exercise is a subcategory of physical activity that is planned, structured, repetitive, and purposeful in the sense that the improvement or maintenance of one or more components of physical fitness is the objective. Physical activity includes exercise as well as other activities which involve bodily movement and are done as part of playing, working, active transportation, house chores and recreational activities.

In enger Zusammenarbeit mit der WHO verfolgt das *European network for the promotion of health-enhancing physical activity* (HEPA Europe) das Ziel, die Gesundheit der europäischen Bevölkerung durch kA zu erhalten, zu stärken und zu verbessern, indem Initiativen und Maßnahmen geschaffen und unterstützt werden, die nachhaltige kA und die Bedingungen für die Aufnahme und Aufrechterhaltung gesunder Lebensstile fördern sollen. Im Rahmen von HEPA Europe fokussieren 11 Arbeitsgruppen auf die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen kA in verschiedensten Sektoren und Setting, u. a. in *HEPA promotion in health care settings*. Ziele dieser HEPA-Arbeitsgruppe „include identifying common concerns, sharing information on development and research, promoting good practice, informing policy and strategy and advocating for evidence-based interventions [in health care settings; d. A.] (...) In addition, the working group is collecting country examples of ‘exercise on prescription’ schemes.“ (HEPA Europe, 2014b).

Eine im März 2014 initiierte, informelle HEPA-Arbeitsgruppe, der Expert(inn)en aus zehn europäischen Ländern und Mitglieder des europäischen WHO-Regionalbüros angehören, ist mit der Entwicklung der ersten *European Strategy for Physical Activity* für die Mitgliedsstaaten der Region befasst (WHO Europe, 2014e). Angelehnt an das WHO *Health 2020* Rah-

menkonzept (WHO, 2013b) sollen mithilfe der Strategie soziale Ungleichheiten beseitigt und gleichzeitig sektorenübergreifende Zugänge zu kA verfolgt werden, wie z. B. die Förderung gesunder, aktiver Lebenswelten und aktive Formen des Transports. Zudem sollen Konzepte der bewegten bzw. bewegungsfördernden Schule umgesetzt werden. Damit regiert HEPA Europe auf die *Erklärung von Wien* (WHO Europe, 2013a), in der das WHO-Regionalkomitee für Europa „eindringlich“ aufgefordert wird, „den Auftrag zur Ausarbeitung einer Strategie zur Bewegungsförderung als Ergänzung zu dem neuen Aktionsplan Nahrung und Ernährung zu erteilen“. Weiter heißt es „die verwendeten Konzepte müssen auf den besten verfügbaren Erkenntnissen beruhen, die allgemein in die Praxis umgesetzt werden. Sie sind dann am wirksamsten, wenn sie im Rahmen übergeordneter Strategien zur GF zum Einsatz kommen“ (WHO Europe, 2013a, S. 6).

Initiativen, Maßnahmen und Regulierungen im Bereich kA liegen in der Verantwortung verschiedenster Stakeholder/innen, wie z. B. Raumplanung, Verkehr, Bildung und Sport. Im Report *Physical activity and health in Europe: Evidence for action* (Cavill et al., 2006) fordern die Autor(inn)en, dass der Gesundheitssektor auf den verschiedenen Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) Aufgaben übernehmen kann und muss, um das Ausmaß kA in der Bevölkerung zu erhöhen. Einflussfaktoren bzw. Ressourcen auf der personalen Ebene beziehen sich dabei auf die Mikroebene, die Mesoebene schließt Arbeits- und Lebensbedingungen ein und gesellschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen werden als Makroebene verstanden. Der Gesundheitssektor ist laut WHO bestens geeignet, die dazu unentbehrlichen Partnerschaften und Kooperationen zu initiieren und zu effektiven Ergebnissen zu führen. Die WHO sieht die Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Gesundheitssystems dabei speziell in folgenden sechs Bereichen: (1) *making physical activity part of primary prevention*, (2) *documenting effective interventions and disseminating research*, (3) *demonstrating the economic benefit of investing in physical activity*, (4) *connecting relevant policies*, (5) *advocacy and exchanging information* und (6) *leading by example* (WHO Europe, 2014d).

Auch in der *Erklärung von Wien* wird die „Verstärkung der Gesundheitssysteme für die Gesundheitsförderung“ gefordert und zwar durch die „Ausdehnung von Maßnahmen für eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung im Rahmen einer bürgernahen primären Gesundheitsversorgung“ und durch die Sicherstellung von ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung über die gesamte Lebensspanne mittels „Gesundheitsförderung über die Krankheitsprävention bis zur Versorgung“ (WHO Europe, 2013a, S. 7f.).

Der Hauptverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (HVB) postuliert „aktuell werden von den Sozialversicherungsträgern mehr als 300 konkrete Projekte und Maßnahmen zu den Themen Ernährung, Bewegung sowie psychische Gesundheit umge-

setzt“ (HVB, 2014c). Allerdings ist unklar, inwieweit diese evidenzbasiert sind, ob und, wenn ja, welchen Qualitätskriterien sie unterliegen. Entsprechende Evaluierungsergebnisse werden selten öffentlich gemacht, dabei ist nicht ersichtlich, ob diese nicht vorliegen oder nur für den internen Gebrauch bestimmt sind.

Das erste Rahmen-Gesundheitsziel (vgl. *Kap. 1.1*) sieht vor, dass gesundheitsförderliche Lebensbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche geschaffen werden. Ein erster Schritt hin zur einer stärkeren Verlinkung der Institutionen des Gesundheitssystems (z. B. Krankenversicherungsträger) mit denen des Sports, die bisher in Österreich nur rudimentär und meist auf verhältnismäßig kurzfristigen Einzelinitiativen beruhend erfolgte, war ein erstes Netzwerktreffen von Vertreter(inne)n des HVB und der Krankenkassen mit Angehörigen der drei österreichischen Sportdachverbände ASKÖ, ASVÖ und SPORTUNION. In Deutschland fanden solche Treffen erstmals bereits in den späten 90ern statt (Schulke, v. Troschke & Hoffmann, 1997), aus denen rückwirkend betrachtet, langfristige, fruchtbare Kooperationen resultierten. Ziel des rezenten Treffens in Wien war es „den Dialog im Bereich der gesundheitsorientierten Bewegung zu strukturieren“, zudem würde man „erstmalig österreichweit Raum schaffen für die Vernetzung und den Austausch von Wissen und Erfahrungen unserer Expertinnen und Experten im Bereich der gesundheitsorientierten Bewegung. Dabei sollen neue Perspektiven für gemeinsame Handlungsspielräume entstehen.“ (HVB, 2014c).

1.3 Zielstellungen der Arbeit

1.3.1 Forschungsfragen

Abgeleitet aus der in den *Kap. 1.1* und *Kap. 1.2* aufgezeigten Problemstellung, dass

- (1) die österreichische Bevölkerung im europäischen Vergleich eine geringere Anzahl an HLY aufweist, den eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzt und vergleichsweise inaktiv ist,
- (2) GF und Prävention in Österreich von der Mehrheit der Stakeholder/innen als wichtig erachtet und universal gefordert wird,
- (3) zeitgleich jedoch nur ein geringer Teil des Gesundheitsbudgets in GF und Prävention fließt,
- (4) dem Gesundheitswesen, dabei im Besonderen den gesetzlichen SVT, zugesprochen wird, eine essenzielle Rolle in der Planung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen einnehmen zu können,
- (5) dabei aber undurchsichtig ist, wie und ob die SV der gesetzlichen Verpflichtung zu GF und Prävention nachkommen und
- (6) ob dabei evidenzbasiert und qualitätsgesichert agiert wird

soll in der vorliegenden Arbeit der Stellenwert der gesetzlichen Krankenkassen Österreichs

in den Maßnahmen der GF (und Primärprävention) herausgearbeitet werden. Dabei werden in dieser Arbeit ausschließlich Initiativen zur GF und fallweise zur Primärprävention betrachtet, Initiativen der Sekundär- bzw. Tertiärprävention werden nicht einbezogen.

Es wird untersucht, welche gesetzlichen Rahmenbedingungen GF und Prävention regulieren und inwieweit diese in der GF-Praxis der gesetzlichen SV umgesetzt werden. Zudem soll überlegt werden wie die offengelegte Diskrepanz zwischen dem Soll-Selbstanspruch (Gesundheitsvorsorge als eine der wichtigsten Aufgaben der SV) und der Ist-Realität (weniger als 2 % der Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für GF und Prävention) überwunden werden könnte. Einfließen soll dabei auch, ob und in welchem Ausmaß die Maßnahmen evidenzbasiert sind und ob sie eher verhaltens- oder verhältnisorientiert angelegt sind. Weiterhin werden vorhandene Qualitätskriterien für GF und Prävention vorgestellt und es wird geprüft, inwieweit diese bereits in den Maßnahmen der österreichischen sozialen Krankenversicherung Anwendung finden. In weiterer Folge werden die von den verschiedenen Krankenkassen angebotenen Maßnahmen der Prävention und GF verglichen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf Maßnahmen zur Steigerung oder Aufrechterhaltung gesundheitswirksamer Bewegung.

International werden oft (monetäre) Vergleiche in Bezug auf ausgewählte Input-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter des Gesundheitswesens angestellt, wobei dazu Indikatoren wie z. B. Gesundheitsausgaben pro Kopf oder Gesundheitsausgaben als prozentualer Anteil des Bruttoinlandsproduktes herangezogen werden (Bachner et al., 2013; OECD, 2013; Schwartz & Busse, 2012). Differenzierte Vergleiche von Initiativen oder Maßnahmen der GF und Prävention sind dann zweckmäßig, wenn die öffentliche Gesundheitsversorgung der Länder ähnlich angelegt ist. So soll eine Gegenüberstellung zu vergleichbaren Gesundheitssystemen, wie z. B. in Deutschland, ausgearbeitet werden auf deren Grundlage Empfehlungen für die österreichischen Krankenkassen abgeleitet werden könnten.

Die Bearbeitung der o. g. Themenbereiche orientiert sich dabei an folgenden Forschungsfragen:

- (1) Inwieweit werden Maßnahmen zur Prävention und GF von den gesetzlichen Krankenkassen finanziell unterstützt?
- (2) Welchen Stellenwert hat kA in den Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen zur GF und Prävention?
- (3) Wie ist die Verteilung der verhältnis- zu verhaltensorientierten Maßnahmen?
- (4) Gibt es Evidenz für die Wirksamkeit der von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Präventions- und GF-Maßnahmen?
- (5) Sind die Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in GF und Prävention qualitätsgesichert? Wenn ja, welche Qualitätskriterien liegen zugrunde?

1.3.2 Methodisches Vorgehen

Mithilfe gezielter Literaturrecherchen und Dokumentenanalysen wird überprüft, in welchem Ausmaß die gesetzlichen Krankenversicherungen GF- und Präventionsmaßnahmen unterstützen und inwieweit diese wirksamkeitsorientiert durchgeführt werden. Auf der Grundlage der Analyse von wissenschaftlicher Literatur, Gesetzestexten, relevanten Dokumenten und Berichten (Gesundheitsberichte, Berichte von SVT, Evaluationsberichte etc.), Qualitätskriterien und Leitlinien werden die Zielstellungen und Forschungsfragen (vgl. *Kap. 1.3*), systematisch bearbeitet und aufbereitet.

Zudem werden relevante Informationen und Daten durch ausführliche Internetrecherchen über öffentlich zugängliche Quellen (Richtlinien, Leitlinien, Leistungskataloge und Jahresberichte der Krankenversicherer) erhoben bzw. durch persönliche Kommunikation mit Ansprechpartner(inne)n der entsprechenden Instanzen schriftlich oder mündlich (E-Mail, Telefonate, Befragung) erhoben. Das methodische Vorgehen und die Datenaufbereitung sind in *Kap. 4.1* detailliert beschrieben.

1.3.3 Limitationen

Für die vorliegende Arbeit wurden intensive Literaturrecherchen und systematische Dokumentenanalysen vorgenommen, dennoch weist sie wichtige Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse in Betracht gezogen werden müssen.

Die Auswertungen beziehen sich nur auf Maßnahmen der GF und Primärprävention, nicht jedoch auf Initiativen, Programme oder Angebote in den Bereichen Sekundär- oder Tertiärprävention. Gleichzeitig werden nur Maßnahmen betrachtet, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen und fallweise dem HVB initiiert und durchgeführt werden, Angebote der Unfall- oder Pensionsversicherungen wurden nicht in die Betrachtungen einbezogen.

Ein wichtiger limitierender Faktor sind die nur beschränkt zur Verfügung stehenden Informationen über Programme und Projekte der GF und Prävention, sei es online auf den Webauftritten der Krankenkassen oder durch Druckmaterialien wie Berichte oder Analysen. Die Daten konnten überwiegend nicht empirisch erhoben werden, da die Antwortquote sehr niedrig war. Daher kann keine Repräsentativität gewährleistet werden. Daraus folgt, dass die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können. Sie lassen lediglich Aussagen über den Status Quo von GF und Präventionsmaßnahmen in den österreichischen gesetzlichen Krankenversicherungen zu. Die Datenlage zu den Maßnahmen der BKK ist noch prekärer, daher werden diese in der Arbeit nur fallweise einbezogen.

Die verwendeten Daten beziehen sich größtenteils auf das Berichtsjahr 2012, d. h. mögliche aus der Gesundheitsreform 2013 resultierende Änderungen spiegeln sich nur begrenzt in den Ergebnissen wieder. Die wichtigsten Limitationen ergeben sich aus den nur beschränkt zur Verfügung stehenden Informationen durch stellenweise nur bedingt zugängliche Dokumentation.

1.3.4 Gliederung

Die Problemstellung (*Kapitel 1*) dient dazu, das Thema aufzuspannen, die Forschungsfragen abzuleiten und das methodische Vorgehen zu beschreiben. Dabei werden Parameter der Gesundheit allgemein und ihre Verknüpfung mit Aspekten der kA dargestellt und GF und Präventionsagenden der WHO und in Österreich beleuchtet.

Im folgenden *Kapitel 2* werden die zum Verständnis der Arbeit zentralen Begriffe im Zusammenhang mit GF und Prävention erläutert. Zudem wird auf die Relevanz von Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in GF und Prävention eingegangen und der Stellenwert von kA im Feld der GF und Prävention aufgezeigt.

Im *Kapitel 3* folgt eine kritische Darstellung des österreichischen Gesundheitssystems, der Finanzierungsströme und der gesetzlichen Verankerungen sowie der sonstigen Bestimmungen und Initiativen zur GF und Prävention, die komprimiert mit der Situation in Deutschland verglichen wird.

Das folgende *Kapitel 4* widmet sich den Ergebnissen der Recherchen zum Stellenwert von GF und Prävention im österreichischen Gesundheitssystem. Hier werden die Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen vorgestellt, in einem Unterkapitel speziell jene zu Steigerung bzw. Aufrechterhaltung kA. Zudem werden die Initiativen hinsichtlich ihrer Fokussierung auf Verhalts- bzw. Verhältnisprävention analysiert. Darüber hinaus wird im Rahmen der verfügbaren Datenlage dargestellt, inwieweit diese in Auswahl, Planung und Implementierung Qualitätskriterien unterliegen.

In *Kapitel 5* werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und anhand der Forschungsfragen diskutiert. *Kapitel 6* schließt den Bogen der Arbeit mit Empfehlungen und einem Ausblick.

2 Zentrale Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention

2.1 Gesundheitsförderung und Prävention – Much of a muchness?

Die Begriffe GF und Prävention wurden und werden oftmals undifferenziert oder auch synonym gebraucht (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010; Steinbach, 2011). Es finden sich auch Definitionen, in denen ein Term als Oberbegriff des anderen verstanden wird – untereinander austauschbar. Das Spannungsfeld reicht vom Verständnis der Begriffe als komplementäre bis hin zu diametral entgegengesetzten Ansätzen. In den letzten Jahren wird verstärkt versucht, der nicht-einheitlichen Begriffsabgrenzung und der unterschiedlichen Anwendung in den verschiedenen Handlungsfeldern entgegenzuwirken. Richtungsweisende Definitionsvorschläge sind dabei u. a. von der WHO (B. J. Smith, Tang & Nutbeam, 2006; WHO, 1998) oder der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2011) formuliert.

Ein Einvernehmen scheint bisher dahingehend erreicht, dass GF (auch primordiale Prävention) vorwiegend salutogenetischen Denkweisen (Genese und Erhaltung der Gesundheit) entspringt. Individuen sollen demnach befähigt werden, durch Selbstbestimmung über ihr Leben und ihre Umwelt ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erreichen und damit ihre Gesundheit zu stärken (Franke, 2011).

Unter Prävention wird dahingegen in der Regel Krankheitsvorbeugung bzw. Krankheitsverhütung verstanden, die auf Vermeidung und Verhütung von (Krankheits-)Risiken abzielt und auf die Früherkennung von Krankheit gerichtet ist (FGÖ, 2005b). Mortalität und Morbidität sollen vermieden, abgeschwächt oder zumindest zeitlich verschoben werden, um eine möglichst lange Teilhabe am sozialen Leben zu gewährleisten und Lebensqualität aufrechtzuerhalten (Franzkowiak, 2011). Dabei stehen pathogenetische Denkweisen (Genese von Krankheit) im Vordergrund und es wird differenziert zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, das sogenannte Triadische Strukturmodell der Krankheitsprävention (Franzkowiak, 2011).

In der Primärprävention steht dabei im Mittelpunkt, was vor oder früh bei Eintritt krankheitsbezogener Risiken getan werden kann, wohingegen die Sekundärprävention darauf ausgerichtet ist, frühe Krankheitsstadien zu entdecken und ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Unter Tertiärprävention werden jene Initiativen und Maßnahmen zusammengefasst, die zur Vermeidung von Folgeschäden oder bei Manifestation der Krankheit eingesetzt werden können (Walter, Robra & Schwartz, 2012).

Sowohl in der GF als auch der Prävention werden verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze unterschieden. Erstere zielen auf die Veränderung (potenziell schädlichen) Verhaltens bei Individuen oder Gruppen ab, letztere auf die ganzheitliche Beeinflussung der Determinanten der Gesundheit (Richter & Hurrelmann, 2011), nämlich der Strukturen der „gesundheitsrelevanten ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Umwelten und Settings“ und der „Beeinflussung von sozialen Regeln, Gesetzen und sozialen Systemen und der Intervention in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung“ (Franzkowiak, 2011, S. 439). Dabei fokussieren GF und Primärprävention auf verhältnis- und verhaltensorientierter Beeinflussung der Determinanten der Gesundheit, Sekundär- und Tertiärprävention setzen in der Regel vorwiegend auf verhaltensorientierte Maßnahmen.

In den letzten Jahren wird die überwiegende Zahl der Maßnahmen der GF und Prävention auf Zielgruppen oder Settings zugeschnitten, da sich gezeigt hat, dass Initiativen, die nach dem Gießkannen- oder *one size fits all*-Prinzip operieren, nur selten die gewünschten, nachhaltigen Erfolge zeigen. Als Zielgruppe werden Personengruppen oder Teile der Bevölkerung definiert, die zielgerichtet und bedarfsgerecht mit einer Maßnahme oder einem Programm erreicht werden sollen. Zielgruppen werden i. d. R. anhand von Merkmalen gebildet, wie z. B. Geschlecht, Alter, Lebensstil, Interessen, Wünsche, Formen des Beteiligtseins, Funktionen

oder Risikogruppen. Dennoch ist eines der Hauptprobleme der GF und Prävention bekannt als „*preaching to the converted*“. Studien zur Zielgruppenerreichung in den unterschiedlichsten Sektoren (Impfprogramme, Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion, Vorsorgeuntersuchung [VU]) haben gezeigt, dass oft nur jene teilnehmen, die ein geringes Erkrankungsrisikos aufweisen (Tönges, Weidmann & Schneider, 2006). Nach Rosenbrock und Hartung (2011) ist ein Setting „ein Sozialzusammenhang, der relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern auch subjektiv bewusst ist“. Es ist gekennzeichnet durch formale Organisationen (z. B. Betrieb, Schule), regionale Situationen (z. B. Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslagen (z. B. Arbeitslosigkeit), gemeinsame Werte bzw. Präferenzen (z. B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination all dieser Merkmale.

2.2 Qualitätssicherung, Evidenzbasierung und Evaluation in Gesundheitsförderung und Prävention

GF und (Primär-)Prävention sind anspruchsvolle Aufgaben, die geprägt sind von einem Zusammenspiel zahlreicher Akteur(inn)e(n) unterschiedlichster fachlicher Hintergründe und motivationaler Beweggründe. Sie verfolgen hochgesteckte Ziele und hegen immense Erwartungen und Ansprüche bzgl. der (positiven) Wirkungen von GF und Prävention (Kolip, 2012; Kolip, Ackermann, Ruckstuhl & Studer, 2012). Stand zu Beginn der GF- und Präventionswelle in den 1990er- und 2000er-Jahren im Vordergrund, zunächst (irgendwelche) Maßnahmen zu initiieren, zu implementieren und zu etablieren, verstärkt sich in den letzten Jahren zunehmend der Ruf nach Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Evidenzbasierung und Evaluation in GF und Prävention.

Dabei wird unter Evidenz in der Medizin wissenschaftlich fundiertes, beweiskräftiges Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen verstanden (Elkeles & Broesskamp-Stone, 2011). Dieses Wissen bildet die Basis für die Entwicklung von Qualitätsstandards bzw. Leitlinien für die (medizinische) Praxis. Auch in den Bereichen GF und Prävention halten Leitlinien und evidenzbasierte Qualitätskriterien und Empfehlungen Einzug, z. B. in den evidenzbasierten Leitlinien zur gesundheitswirksamen Bewegung in Österreich (Titze et al., 2012), der Leitlinie *Prävention* des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV; GKV-Spitzenverband, 2010) oder den FGÖ-Empfehlungen zur Evidenzrecherche in der GF (Haas et al., 2013).

Sowohl Prävention als auch GF brauchen eine wissenschaftliche Basis. Der Nachweis der Wirksamkeit konnte für eine Zahl von GF- und Präventionsmaßnahmen bisher nicht erbracht werden (RKI, 2007), u. a. auch weil die potenziellen positiven Gesundheitseffekte erst zeitverzögert zu erwarten sind. Des Weiteren ist die Studien- und Publikationslage zu evidenzbasierten GF- und Präventionsmaßnahmen begrenzt, wohl auch, da für diesen

Bereich nur limitierte Forschungsgelder zu Verfügung stehen. Zudem braucht der Nachweis der Wirksamkeit in GF und Prävention ob der Komplexität der Interventionen eigene bzw. zumindest adaptierte wissenschaftliche Methoden. Dies könnten Gründe für den verhältnismäßig niedrigen Stellenwert der GF und Primärprävention in der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Es bleibt daher weiterhin Aufgabe der Forschung, Prävention und GF auf eine stärkere wissenschaftliche Basis im Sinne des Nachweises der Wirksamkeit und des Nutzens durch kontrollierte Studien zu stellen (Gerhardus, Breckenkamp, Razum, Schmacke & Wenzel, 2010; RKI, 2007; Schmacke, 2009).

Aufgrund der vielen Schnittmengen werden die Begriffe Evaluation, Qualitätssicherung bzw. Qualitätsentwicklung (auch Qualitätsmanagement) und Evidenzbasierung oft nicht distinkt verwendet. So sind z. B. die einzelnen Qualitätsdimensionen (Planungs-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität) dicht mit Begriffen der Evaluation (Planungs-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisevaluation) und Evidenzbasierung verwoben.

Qualitätsentwicklung und Prozessevaluation verlaufen üblicherweise ähnlich, der Endpunkt vieler Evaluationsstudien ist die Ergebnisqualität, in der Bewertung der Qualität einer Studie zur Evidenz werden Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet (Kolip & Müller, 2009a). Kolip (2006) hat die Begriffe zur besseren Unterscheidung am Beispiel des PHAC (Rosenbrock, 1995) veranschaulicht (vgl. *Abbildung 1*).

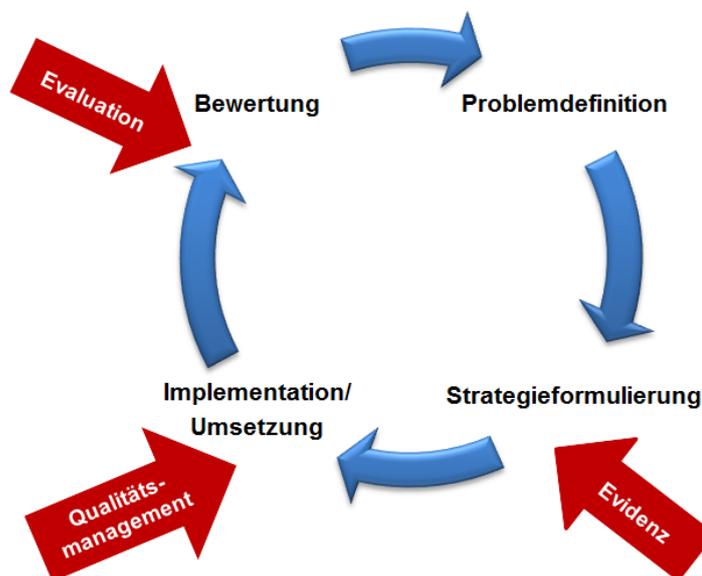


Abbildung 1. Verortung der Begriffe Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsmanagement im Public Health Action Cycle (PHAC)

Darstellung in Anlehnung an Kolip & Müller (2009a, S. 9)

2.2.1 Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention

Nicht nur in GF und Prävention, auch in anderen Bereichen der Maßnahmenplanung und -implementation werden üblicherweise vier Qualitätsdimensionen unterschieden (Kolip et al., 2012). Planungs-, Konzept- und Assessmentqualität beziehen sich auf die Entwicklungs-

grundlagen einer Intervention oder Maßnahme und betrachten, ob Bedarf und Bedürfnisse adäquat erfasst wurden, die Intervention auf der Aufarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen beruht und ob evtl. Vorerfahrungen mitberücksichtigt wurden.

Die Rahmenbedingungen der Intervention vor allem mit Blick auf verfügbare und benötigte Ressourcen (finanziell, materiell und personell) werden in der Dimension Strukturqualität abgebildet. Im Rahmen der Prozessqualität wird betrachtet, ob die Maßnahme planmäßig ablief, ob und wie Schwierigkeiten im Prozessverlauf begegnet wurde und wie die Kommunikation zwischen den Beteiligten ablief. Ob die formulierten Ziele erreicht und nachhaltig umgesetzt werden konnten, wird auf der Dimension der Ergebnisqualität abgefragt, dabei stehen Effektivität und Effizienz im Fokus der Betrachtungen (Kolip et al., 2012).

Zur Erfassung und Entwicklung der Qualität einer Intervention oder Maßnahme auf den vier oben beschriebenen Dimensionen wurden verschiedene Methoden und Ansätze entwickelt, die sich mittlerweile im deutschsprachigen Raum etabliert haben (Kolip & Müller, 2009b). Im Folgenden sollen einige öffentlich zugängliche Qualitätssysteme vorgestellt werden, die versuchen zeitgleich mehrere der o. g. Qualitätsdimensionen abzudecken.

2.2.1.1 Methoden der Qualitätsentwicklung - Qualitätssysteme

Partizipative Qualitätsentwicklung

Die Grundidee der partizipativen Qualitätsentwicklung ist, dass alle beteiligten Akteur(inn)e(n) gleichberechtigt in die Planung, Umsetzung und Evaluation von Interventionen eingebunden werden, insbesondere die Zielgruppen (Wright, 2010). Dabei sollen in einem kontinuierlichen und kooperativen Lernprozess alle Beteiligten neue Kompetenzen erwerben und sich zu Expert(inn)en entwickeln. Vorteil dieser Herangehensweise ist, dass auf Projektleiter/innen-Seite so gezielt auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingegangen werden kann und die Personen auf Zielgruppenseite gestärkt werden, potenzielle gesundheitliche Probleme zu erkennen, zu formulieren und partizipativ an deren Veränderung bzw. Lösung teilzuhaben. Damit werden mit dieser Methode grundlegende GF-Konzepte, nämlich Partizipation und Empowerment, in Betracht gezogen.

Zur partizipativen Qualitätsentwicklung stehen kostenfreie Onlinematerialien (Konzepte, Methoden, Praxisbeispiel) für alle Phasen der Projektarbeit zur Verfügung (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de). Diese Methode schließt durch den Fokus auf die Einbeziehung der Zielgruppe und die zur Verfügung gestellten Instrumente eine wichtige Kluft in der Qualitätsentwicklung in der GF und Prävention (Kolip, 2012).

Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit

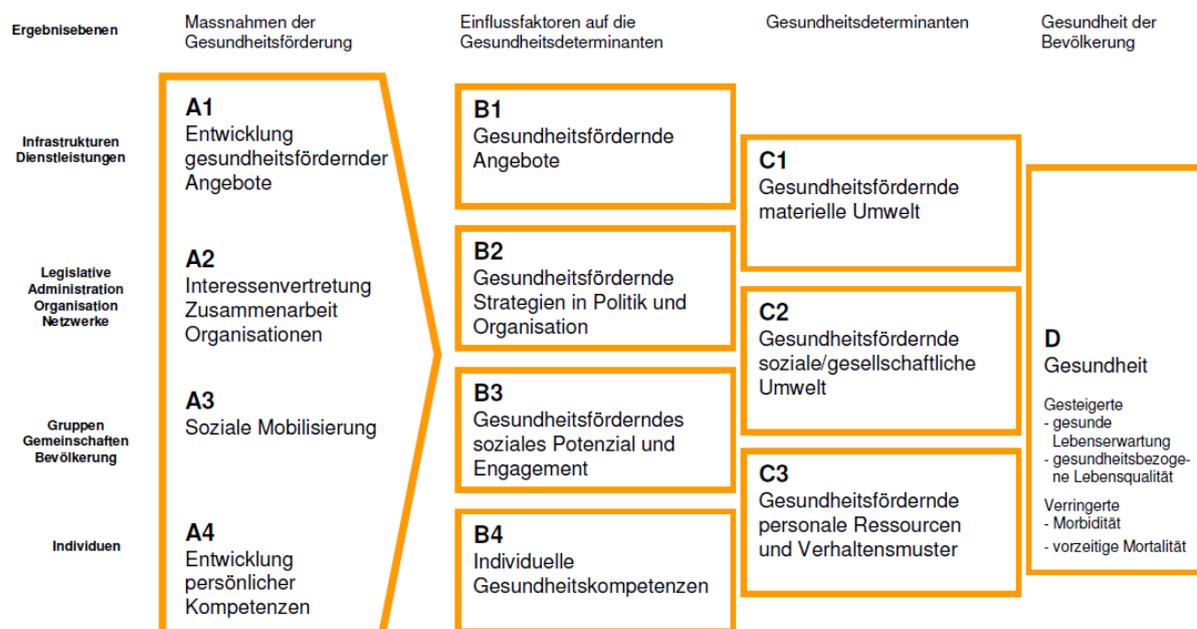
Von der BZgA initiiert wurde Anfang der 2000er der *Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* gegründet. Der Ansatz umfasst theoretisch fundierte Kriterien und Praxisbeispiele für soziallyagenbezogene GF, die online zugänglich

sind (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Der entwickelte Kriterienkatalog inklusive Checkliste für Praktiker/innen dient als Instrument zur Reflexion über das geplante bzw. durchgeführte Projekt und beinhaltet neben den Grundsätzen der GF (Settingansatz, Partizipation, Empowerment etc.) u. a. Aspekte wie Konzeption mit Bezug zur GF, Multiplikator(inn)enkonzept, Nachhaltigkeit oder Kosten-Nutzen-Relation. Anhand dieser Kriterien und ihrer Indikatoren können auf einer vier-stufigen Bewertungsskala die Stärken und Schwächen der Intervention identifiziert werden.

QIP – Qualität in der Prävention

Das externe Verfahren zur Bestimmung der Qualität einer Intervention, eines Programmes, einer Kampagne oder eines Projektes bietet umfassende Rückmeldung über das Angebot und ermöglicht zugleich, mit anderen Angeboten zu vergleichen (Kolip & Müller, 2009b). Auf der Grundlage von 28 (auf dem PHAC beruhenden) Qualitätsdimensionen bewerten praxiserfahrene, speziell geschulte externe Gutachter/innen ein Projekt anhand eines umfangreichen Fragebogens, der von den Projektmitarbeitenden oder –leiter(inne)n ausgefüllt wurde. Diese Qualitätsdimensionen sind Konzept- und Planungsqualität, Mitwirkende, Verbreitung und Vermittlung, Verlaufsgestaltung und Management, Erfolgskontrolle und Evaluation und Qualitätsentwicklung. Die projektführenden Institutionen erhalten als Rückmeldung ein Profil und konkrete Verbesserungsvorschläge für das Projekt. QIP ist geeignet, als Benchmarking zu Standortbestimmung eingesetzt zu werden (Töppich & Lehmann, 2009).

quint-essenz – Qualitätssystem der Gesundheitsförderung Schweiz



Autorinnen: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian
 © Gesundheitsförderung Schweiz. Anleitung: www.gesundheitsfoerderung.ch

Abbildung 2. Das Ergebnismodell im Überblick

Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz (2013)

Das umfassendste Qualitätssystem im deutschsprachigen Raum ist quint-essenz, eine Initiative zur Qualitätsentwicklung in GF und Prävention der Gesundheitsförderung Schweiz (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014a; Studer, Ackermann & Ruckstuhl, 2006).

Es eignet sich für umfassende, wirkungsorientierte Planung, Durchführung und Steuerung von Projekten und basiert auf dem in *Abbildung 2* dargestellten extensiven Wirkungsmodell von GF (Ergebnismodell; Cloetta et al., 2004), das mittlerweile vielfach in der Praxis Anwendung fand (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014b). Als Schlüsselkonzept für die Bewältigung der komplexen und vielschichtig miteinander verbundenen Aufgaben in Projekten und Initiativen der GF wird im Ergebnismodell systematische Reflexion in wiederkehrenden Entwicklungszyklen eingesetzt (Kolip et al., 2012).

Quint-essenz verbindet Projektmanagement mit Qualitätskriterien und orientiert sich dabei an den Projektphasen und deren Hauptdimensionen (GF-Prinzipien, Projektbegründung, Projektplanung, Projektorganisation, Projektsteuerung und Wirkungen). Diese werden anhand von 24 Qualitätskriterien bewertet, die wiederum inhaltlich durch spezifische Indikatoren konkretisiert werden (vgl. *Abbildung 3*).

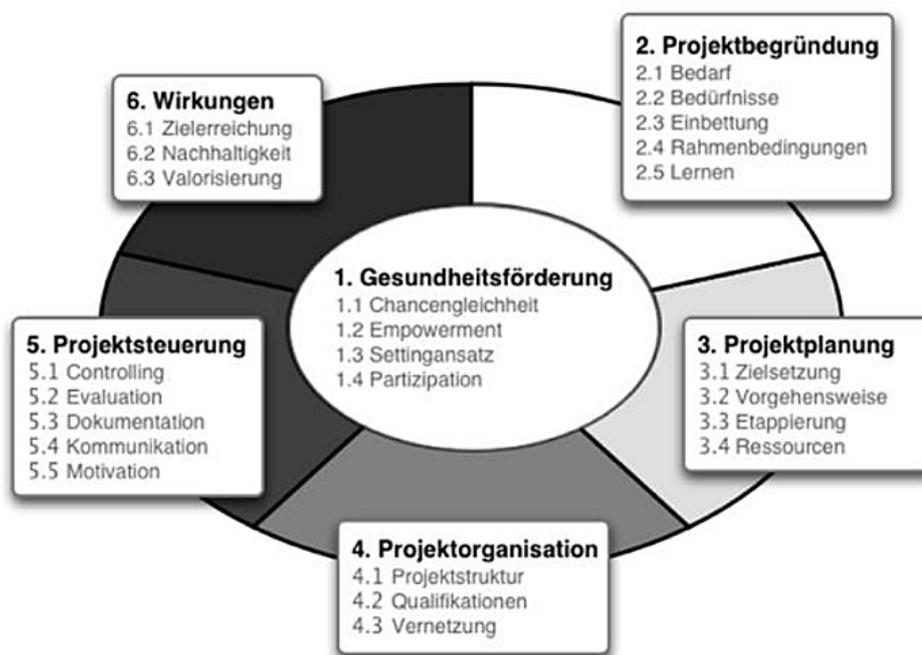


Abbildung 3. Qualitätskriterien von quint-essenz

Quelle: Kolip et al. (2012, S. 79)

Die Kriterienliste ermöglicht eine systematische Bewertung in allen Projektphasen anhand einer vier-stufigen Ratingskala sowie die Erstellung eines projektspezifischen Qualitätsprofils (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014a; Kolip & Müller, 2012). Letzteres visualisiert die Stärken und Verbesserungspotenziale des Projektes.

Auf der ausführlichen und benutzerfreundlichen quint-essenz-Webseite sind alle In-

strumente (Checkliste, Planungstabelle, Evaluationstabelle) kostenlos zu beziehen (www.quint-essenz.ch), zusätzlich gibt es ein Online-Tool, für das man sich registrieren kann.

2.2.1.2 Qualitätsleitlinien und Checklisten zur Überprüfung von Qualitätskriterien

Neben den im *Kap. 2.2.1.1* genannten Checklisten (z. B. quint-essenz, Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit) gibt es weitere Qualitätsleitlinien und Listen für GF und Prävention im deutschen und österreichischen Gebrauch, die hier kurz Erwähnung finden sollen.

Leitfaden Prävention (Deutschland)

Im *Leitfaden Prävention* des deutschen GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband, 2010) werden u. a. die für die Umsetzung von Maßnahmen erforderlichen qualitativen Kriterien ausführlich erläutert. Für die Durchführung von Maßnahmen der Prävention kommen entsprechend des *Leitfadens Prävention* z. B. nur Anbieter/innen in Betracht, die bestimmte Grund- bzw. Zusatzqualifikationen erfüllen, wie staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Handlungsfeld bzw. spezifische, fachlich anerkannte Fortbildungen. Ferner müssen Anbieter/innen pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen sowie Berufserfahrung nachweisen. Insbesondere bei Maßnahmen, die sich an sozial Benachteiligte richten, sollten die Anbieter/innen entsprechend des Leitfadens zusätzlich über sozialpädagogische Kompetenzen verfügen. In Österreich sind solche Präventionskriterien noch nicht definiert.

Qualitätskriterien zur Planung und Bewertung von Projekten (Österreich)

In Österreich sind Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in diversen Gesetzen, Verordnungen und Regelungen festgehalten, die u. a. Dokumentationspflichten, die Qualität von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die Qualität der Ausbildung und Ausübung der Gesundheitsberufe, Rechte von Patient(inn)en und Qualitätsarbeit im Krankenanstaltenbereich bestimmen.

Das in dem Zusammenhang wichtigste Gesetz ist das Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen, auch Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), in dem bundeseinheitliche Vorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in alle Sektoren festgeschrieben sind (BMG, 2012a). Es soll dazu beitragen, Standards zu den Dimensionen der Qualität – Strukturen, Prozesse und Ergebnisse – zu entwickeln und damit zu einem gesamtösterreichischen Qualitätssystem beisteuern. Außerdem soll mithilfe des Gesetzes die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden. Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) wurde 2007 gegründet, um das BMG hinsichtlich Qualitätsrichtlinien und Qualitätsüberwachung im Gesundheitswesen zu unterstützen.

Mit der Gesundheitsreform 2013 wurde das GQG u. a. dahingehend angepasst, dass nun die Pflicht zur Teilnahme an bundesweiten Ergebnisqualitätsmessungen für alle Leistungserbringer/innen im Gesundheitswesen gilt. Zudem wird nun für die Abgeltung einzelner Leis-

tungen die Einhaltung essenzieller Qualitätsstandards (z. B. Patent(inn)ensicherheit betreffend) vorausgesetzt.

Für GF und Prävention sind solche verpflichtenden Standards jedoch in Österreich noch ausständig, rezent veröffentlichte der FGÖ eine Checkliste zu *Qualitätskriterien zur Planung und Bewertung von Projekten* (FGÖ, 2013). Diese basieren auf den Qualitätsdimensionen Assessment-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Kolip et al., 2012). Angelehnt an die Kriterien der *quint-essenz* (vgl. Kap. 2.2.1.1) sollen Projekte und Maßnahmen anhand der FGÖ-Kriterien nach Schlüsselbegriffen der GF wie Chancengleichheit, Empowerment oder Partizipation bewertet werden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014a). Dazu sind Indikatoren vorgeschlagen, anhand derer abgeschätzt werden kann, wie gut die Initiative den Anforderungen genügt. Die Kriterien sind dabei unterteilt in Qualitätskriterien zum Projektkonzept und Qualitätskriterien zu Grundprinzipien der GF.

2.2.2 Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung

In den letzten Jahren hat sich neben der mittlerweile schon etablierten evidenzbasierten Medizin (EbM) auch in Teilen der PH-Community die Überzeugung durchgesetzt, dass es vermehrt systematischer Methoden und Prozesse bedarf, wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse in den Prozess der PH Maßnahmenplanung und -umsetzung einzu beziehen (Speller, Wimbush & Morgan, 2005). PH schließt Prävention und GF auf Bevölkerungsebene ein und sollte folglich wie Interventionen der (Individual-)Medizin evidenzbasiert sein, also auf der Basis des besten verfügbaren Wissens erfolgen.

Es finden sich verschiedene Definitionen von EbPH (z. B. Brownson, Baker, Leet & Gillespie, 2003; Jenicek, 1997; Kohatsu, Robinson & Torner, 2004), die sich ähneln, aber unterschiedliche Aspekte hervorheben. So wird EbPH z. B. als „...development, implementation, and evaluation of effective programs and policies in public health through application of principles of scientific reasoning, including systematic uses of data and information systems, and appropriate use of behavioral science theory and program planning models.“ (Brownson et al., 2003, S. 36) definiert bzw. „... the process of integrating science-based interventions with community preferences to improve the health of populations.“ (Kohatsu et al., 2004, S. 418). Die inhaltlich umfassendste Definition hat Jenicek (1997, S. 190) geprägt:

Conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of communities and populations in the domain of health protection, disease prevention, health maintenance and improvement (health promotion). In the same spirit, it is the process of systematically finding, appraising and using contemporaneous research findings as

the basis for decisions in public health.

EbPH ist durch besondere Bedingungen gekennzeichnet, die sie von EbM und ihren Methoden abgrenzen (Gerhardus, Breckenkamp & Razum, 2008; Schmacke, 2009; Speller et al., 2005). So haben nichtmedizinische Faktoren (z. B. ethische, soziokulturelle oder organisatorische) in der EbPH einen höheren Stellenwert inne als in der EbM. Eine weitere Unterscheidung von EbM und EbPH besteht darin, dass in Letzterer alle Prozessschritte inklusive der (evidenzbasierten) Entscheidungsfindung von Werten und Interessen der involvierten Stakeholder/innen beeinflusst werden. Zudem müssen die Methoden zur Festlegung der Entscheidungskriterien, zur Einbeziehung von Stakeholder(inne)n und zur Produktion der wissenschaftlichen Evidenz im Vergleich zu jenen der EbM angepasst und erweitert werden. Die Tatsache, dass RCTs (*randomised controlled trials*), die in der EbM-Beweishierarchie auf der höchsten Stufe rangieren, in den vielfach komplexen PH-Interventionen nicht zwangsläufig die erwarteten Effektivitätsnachweise liefern konnten, führte bei Entscheidungsträger(inne)n wiederholt zu der Annahme „a lack of evidence of effectiveness equates to evidence of no effect“ (Speller et al., 2005, S. 15).

Es scheiden sich zudem die PH-Geister daran, ob RCTs auch in der EbPH den methodischen Goldstandard darstellen sollten. Vielfach wird argumentiert (z.B. Elkeles, 2006; Green, 2000), dass RCTs für Interventionen in GF und Prävention aus methodischen (und ethischen, finanziellen, organisatorischen etc.) Gründen „prinzipiell unangemessen und undurchführbar“ seien (Schmacke, 2009, S. 70). Schmacke (2009) entgegnet, dass dies weniger ein methodisches Problem, sondern eher auf die mangelnde Qualität vieler RCTs in der GF und Prävention zurückzuführen sei.

Es wäre zu vermuten, dass die Einbeziehung gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse im Bereich PH keine neue Erscheinung ist, und dass demnach nur solche Maßnahmen initiiert und implementiert würden, die nachweislich effektiv, also evidenzbasiert, sind. In einer systematischen Analyse internationaler PH-Studien zu den Aspekten Bewegung, Ernährung und Rauchverhalten kommen die Autor(inne)n jedoch zu dem Schluss, dass „die Situation zum Nachweis von Effektivität in Prävention und Gesundheitsförderung ... im internationalen Umfeld in etwa den Stand der kurativen Medizin von vor 25 Jahren aufweist“ (Klever-Deichert, Gerber, Schröder & Plamper, 2007, S. 12). Vielfach ist zu beobachten, dass im oft langen Prozess von der Identifikation eines Gesundheitsproblems (im weitesten Sinne) hin zur Planung und Umsetzung einer entsprechenden Maßnahme nur selten strukturiert, transparent und wissenschaftlich angemessen vorgegangen wird (Gerhardus et al., 2010).

Oft wird in der Praxis auf erkannte Problemlagen wie z. B. „Kinder bewegen sich zu wenig“ aktionistisch mit Programmen oder Initiativen reagiert, wie z. B. rezent mit dem Ruf nach der Einführung der täglichen Sportstunde an Schulen (vgl. Kap. 1.1). Dabei werden aber offenkundige Analyseschritte und Fragen nicht beachtet, wie z. B. Worin liegt das Problem bei

unzureichender kA – Konzentrationsschwächen im Unterricht, Entwicklungsstörungen oder Folgeerkrankungen? Wer ist betroffen (Mädchen, Jungen, jüngere oder ältere Kinder, Stadt- oder Landbevölkerung, Kinder mit Migrationshintergrund, Einzelkinder oder Großfamilie)? Wie wird unzureichende Bewegung definiert (Zeit, Ort, Frequenz, Umfang)? Wie werden entsprechende Daten erfasst (Fragebögen, objektive Messmethoden, Proxy-Befragungen)? Welche Ziele sollen mit einer Steigerung der kA verfolgt werden? Wie soll die Zielerreichung (falls Ziele definiert wurden) überprüft werden? Welche Maßnahmen sind geeignet, die Ziele zu erreichen? Sind entsprechende Ressourcen vorhanden (Turnhallen in den Schulen, qualifizierte Fachkräfte, finanzielle Mittel für Personal und Sachmittel)? Wie können die Zielgruppen erreicht werden bzw. wer würde davon profitieren? Welche nicht-intendierten Folgen sind mit der Einführung der Maßnahme ggf. verbunden (z. B. Stigmatisierung von Nicht-Beweger(inne)n, Vernachlässigung anderer Lerninhalte zugunsten von Bewegung, da diese verschoben oder abgeschafft werden)? Viele dieser Fragen wurden in der hoch-medialisierten Kampagne um die tägliche Sportstunde bisher z. B. nicht beantwortet – und dennoch liegt der Beschluss zur Umsetzung vor.

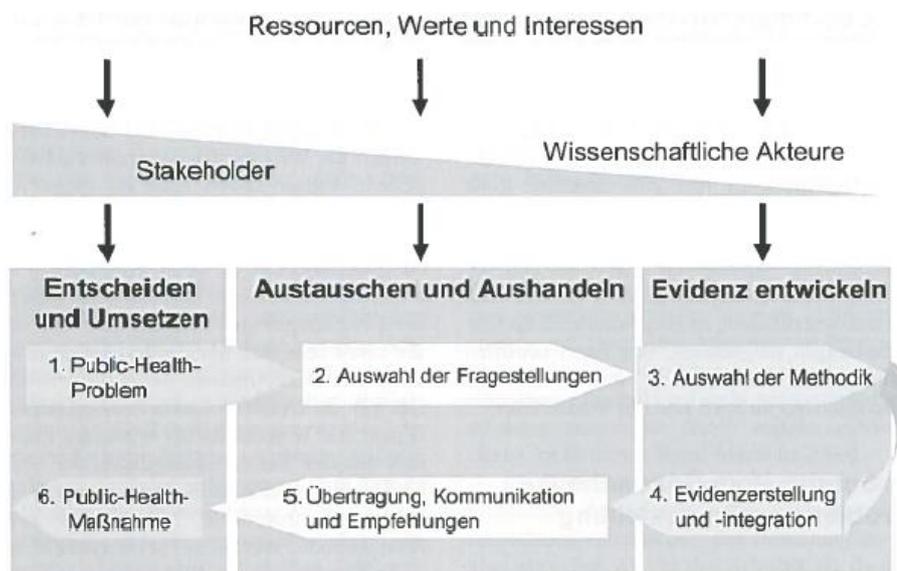


Abbildung 4. Das Modell von Evidence-based Public Health

Quelle: Gerhardus et al. (2010, S. 19)

Das Ziel von EbPH ist, nach mittelbaren, unmittelbaren und nicht-intendierten Zielen zu fragen *bevor* Maßnahmen in die Planungs- oder Umsetzungsphase übergehen und zudem geeignete Methoden zu identifizieren, mit denen diese Fragen beantwortet werden können. Dabei sollten die Verfahren immer mehrstufig sein und nach Konsequenz, Systematik und Transparenz verlangen, wenn es um die Auswahl, Bewertung und Gewichtung von wissenschaftlichen Erkenntnissen geht.

Im handlungsorientierten EbPH-Modell (Gerhardus et al., 2010) sind die notwendigen

Schritte von der Problemidentifikation bis zur Implementation der Maßnahme unter Berücksichtigung der besonderen Bedingungen von PH (siehe oben) zusammengeführt (vgl. *Abbildung 4*). In seiner Anwendung hat sich gezeigt, dass auch komplexe Evidenz- und Entscheidungsprozesse, die kennzeichnend für GF und Präventionsmaßnahmen sind, gut strukturierbar sind (Gerhardus et al., 2008). Wie bereits erwähnt, ist eine entscheidende Komponente des Modells, dass die vorhandenen Ressourcen, Werte und Interessen aller am Prozess beteiligten Stakeholder/innen den Ausgangspunkt eines jeden Programmes oder Projektes bilden, zuvorderst aber jene der Zielgruppe, für die die Maßnahme konzipiert werden soll.

2.2.3 Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention

Mithilfe gut geplanter und adäquat durchgeführter Evaluation können PH-Maßnahmen bzgl. der Erreichung ihrer vorher definierten (Gesundheits-)Ziele überprüft werden. Idealerweise können Evaluationsergebnisse dazu beitragen festzustellen, welchen Anteil die einzelnen Projekt- oder Maßnahmenprozesse am Endergebnis hatten (Nutbeam & Bauman, 2011).

Nach Stockmann und Meyer (2010) erfüllen Evaluationen vier Zielfunktionen, nämlich Erkenntnisfunktion (Gewinnung von Erkenntnissen), Kontrollfunktion (Ausübung von Kontrolle), Lernfunktion (Schaffung von Transparenz, um Dialoge zu ermöglichen) und Legitimationsfunktion (Dokumentation des Erfolges). Oft wird Evaluationen zusätzlich auch eine taktische Funktion zugesprochen, nämlich wenn sie nur durchgeführt werden, um bestimmte (vorher bereits festgelegte) Entscheidungen zu legitimieren.

Wie bereits erwähnt (vgl. *Kap. 2.2*) ist Evaluation eng mit Qualitätssicherung und Bewertung von Interventionen verknüpft, sie sollte selbstverständlicher Teil einer jeden GF- bzw. Präventions-Maßnahme sein und bereits in der Planungsphase mit bedacht werden. Dabei kann praktisch jede GF oder PH- Aktivität von Evaluation profitieren. Um mit Evaluation in der GF und Prävention erfolgreich zu sein, empfehlen Nutbeam und Baumann (2011) die folgenden Schritte:

- tiefgreifende Analyse der Fragestellung bzw. des zu untersuchenden Problems; die den Rahmen für die Intervention festgelegt,
- klar definierte, logische und erreichbare Zielstellungen (SMART-Ziele),
- formative Evaluation zur Entwicklung der Intervention unter Einbeziehung der benötigten Ressourcen (personell, finanziell, materiell etc.),
- Implementation der Intervention erfolgt weitestgehend planmäßig,
- Intervention entspricht in Umfang, Dauer und Ausgestaltung den Parametern, die eine Bewertung als effektiv (oder ineffektiv) zulassen,
- klare Vorstellung davon, wie evaluiert werden soll und welche Parameter gemessen werden sollen,

- Evaluation generiert ausreichende und relevante Informationen für Entscheidungsträger/innen, den Wert bzw. den Erfolg (oder Misserfolg) der Intervention beurteilen zu können.

Mittels verschiedener Formen von Evaluation werden unter Zuhilfenahme qualitativer und quantitativer Ansätze, die sich gegenseitig ergänzen und nicht als konkurrierende oder diametral entgegengesetzte Methoden betrachtet werden sollten, die Daten und Informationen erheben, die eine umfassende Bewertung der Maßnahme ermöglichen. Nutbeam und Baumann (2011) stellen die Prozessschritte einer Intervention, die dem PHAC folgt, mit typischen Forschungsfragen und Evaluationsansätzen übersichtlich in einem Evaluationsgerüst dar (vgl. *Abbildung 5*).

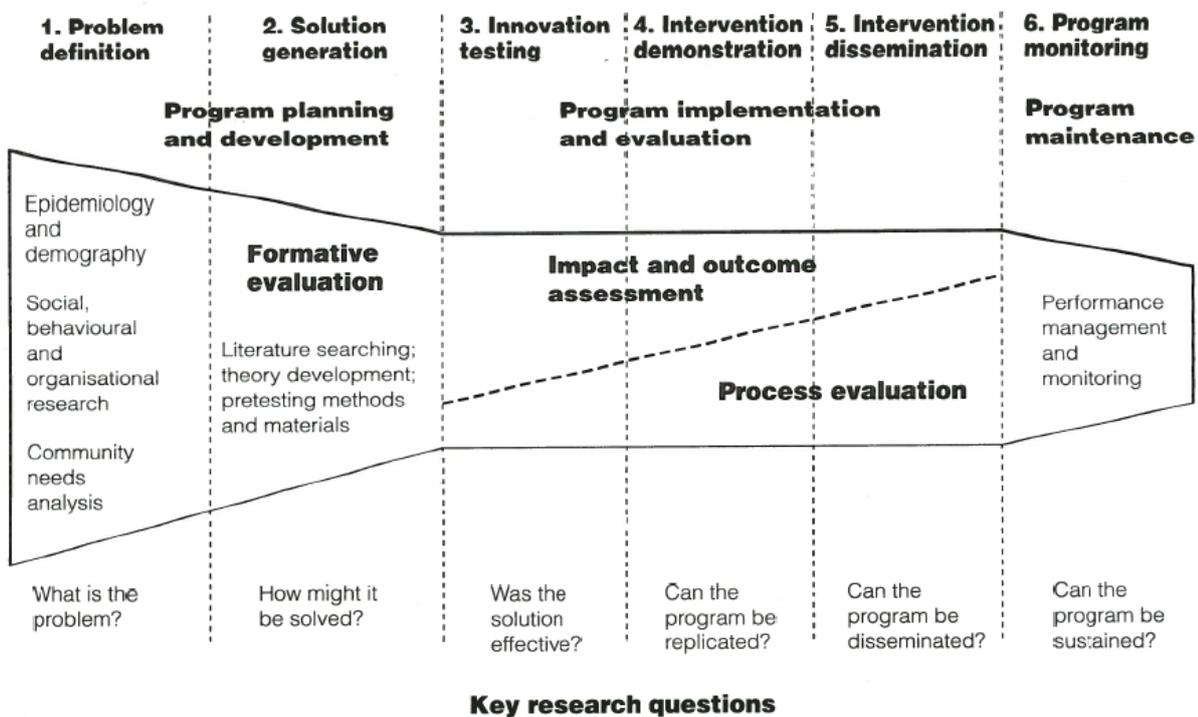


Abbildung 5. Building evidence for public health programs: stages of research and evaluation

Quelle: Nutbeam & Bauman (2011, S. 19)

Üblicherweise werden Planungs-, Prozess- und Ergebnisevaluation unterschieden. Planungsevaluation (auch formative Evaluation) überprüft, inwieweit die gewählten Interventionsmethoden praktikabel und umsetzbar sind, um das identifizierte Problem zu untersuchen. Sie bildet die Basis für erfolgreiche Prozess- und Ergebnisevaluation. Prozessevaluation, die meist projektbegleitend stattfindet, beschäftigt sich mit dem Implementationsprozess und untersucht, inwieweit dieser planmäßig abläuft. Dabei werden üblicherweise Parameter wie Partizipation, Umsetzung und Kontext einbezogen. Ob mit der Intervention die vorher definierten Ziele erreicht wurden, wird mithilfe von Ergebnisevalua-

tion (auch summative Evaluation) erfasst. Dabei stehen die genannten Formen der Evaluation nicht in Konkurrenz – in Projekten mit guter Evaluation kommen alle Formen zeitgleich bzw. nacheinander zum Einsatz. Wichtig ist, dass die im Rahmen der Evaluation gewonnene Information durch Rückkopplungsschleifen entweder im gleichen Projekt oder für Folgeprojekte angewendet wird, da sie sonst wertlos ist.

In der PH- und GF-Realität mangelt es leider häufig an gut geplanten und durchgeführten Evaluationen und in der Folge an zuverlässigen Informationen über den Verlauf bzw. die Ergebnisse der Maßnahme. Dies macht die Einschätzung der Effektivität und Effizienz von Interventionen häufig unmöglich. Neben der Komplexität von PH-Interventionen und den Problemen, die dies in der Evaluationspraxis mit sich bringt, ist es oftmals dem finanziellen, personellen und zeitlichen Druck geschuldet, unter dem viele Maßnahmen und Interventionen ablaufen, dass Evaluation häufig hinten angestellt wird. Wie bereits beschrieben, könnte das einer der Gründe sein, warum GF und Prävention in den verschiedenen Theorie- und Praxisfeldern der Gesundheit bisher nicht die Würdigung erfahren, die ihnen gebührt.

Zugleich ist zu beobachten, dass stellenweise zwar evaluiert wird, die Ergebnisse jedoch unveröffentlicht bleiben oder nicht im Sinne des PHAC (d. h. mit Hilfe von Rückkopplungsschleifen) weiterverwendet werden. Zudem kommt es vor, dass Interventions- oder Evaluationsziele minimal angesetzt werden, so dass ihre Erreichung quasi „vorprogrammiert“ ist, was die Evaluation obsolet macht (vgl. taktische und legitimierende Funktion von Evaluation). Es wäre wünschenswert, wenn die (wenigen) vorhandenen Ressourcen dahingehend eingesetzt werden, dass Evaluationen ihren eigentlichen Zweck erfüllend eingesetzt werden und damit dazu beitragen, Interventionen und Maßnahmen effektiver und effizienter zu gestalten.

Weiterentwicklung und Ausbau von Evaluation in den Bereichen PH, GF und Prävention werden in der Literatur vielfach angemahnt (Gerhardus et al., 2010; Korczak, Dietl & Steinhauser, 2011; R. D. Smith & Petticrew, 2010; Whitehead, 2010). Überdies sollte der Fokus dabei über die bisher primär betrachteten (medizinischen) individuellen Gesundheitsparameter hinausgehen und auf direkte und indirekte sowie intendierte und nicht-intendierte Wirkungen der Intervention auf Individuen, Gemeinden und Bevölkerungsgruppen gelegt werden (R. D. Smith & Petticrew, 2010).

2.3 Stellenwert körperlicher Aktivität in der Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen

KA ist als Mittel zum Zweck aus modernen Ansätzen der GF, Prävention, aber auch Kuration nicht mehr wegzudenken. Wie bereits beschrieben, kann körperliche Inaktivität weitreichende Folgen für die Gesundheit haben, dennoch bewegen sich die meisten Menschen nicht ausreichend. Die wissenschaftliche Literatur zum Thema Einfluss der kA auf die Gesundheit ist extensiv, selbst der Lancet (2012) widmete dem Thema eine Serie von Beiträgen u. a. zum Einfluss von kA auf die globale Krankheitslast, zu Trends weltweiter kA-Level und

zu evidenzbasierten Strategien bewegungsorientierter GF (Heath et al., 2012; Kohl 3rd et al., 2012; Lee et al., 2012).

Der lange Zeit proklamierte Zugang, jegliche Art von kA sei grundsätzlich gewinnbringend im Wiederaufbau, im Erhalt und in der Stärkung der Gesundheit, wurde in den letzten Jahren ausdifferenziert. Oftmals basieren Untersuchungen zur Wirkung von Bewegung und körperlich-sportlicher Aktivität auf Querschnittstudien und epidemiologischen Längsschnittstudien. Generell sind dabei querschnittlich „Sportler/innen“ in unterschiedlicher Hinsicht gesünder als „Nichtsportler/innen“ (z. B. Bouchard, Shephard & Stephens, 1994), längsschnittlich gibt es Hinweise darauf, dass sportlich Inaktive eher gesundheitlich beeinträchtigt sind als sportlich Aktive (z. B. Reiner, Niermann, Jekauc & Woll, 2013). Mittlerweile ist jedoch bekannt, dass diese Befunde häufig durch verschiedene Arten von Bias (z. B. Selektionsbias) beeinflusst wurden, i. d. R. sind beispielsweise die von vornherein leistungsfähigeren, gebildeten Personen ohne Erkrankungen (regelmäßig) körperlich aktiv. Daher kann der Einfluss sportlicher Aktivität auf die Gesundheit nicht unmittelbar belegt werden (z. B. Woll, Tittlbach, Bös & Opper, 2003).

So ist klar geworden, dass Sport und kA nicht automatisch gesundheitswirksam sind, wie häufig angenommen, sondern dass es spezifischer Parameter bedarf, damit Individuen von den Effekten kA profitieren können (Tiemann & Brehm, 2006). So gilt z. B. mittlerweile als gesichert, dass ein wöchentlicher Mehrverbrauch an Energie durch Muskelaktivität von etwa 1000 Kilokalorien Herz-Kreislauf-Risiken reduziert (Bouchard, Blair & Haskell, 2007; Titze et al., 2012). Außer Frage steht nichtsdestotrotz, dass kA u. U. auch schädigende Wirkungen haben kann, wenn sie nicht in der richtigen Intensität; Dauer, Häufigkeit oder unter Einbeziehung der individuellen Möglichkeiten der Person durchgeführt wird (Oertel, Walther & Kirch, 2009).

In den letzten Jahren wird verstärkt proklamiert, dass kA gleichwertig mit anderen Heilmitteln als Medikament eingesetzt werden könne, vielfach wird auch vom „Breitbandantibiotikum Bewegung“ gesprochen. Vielfach ist auch von *Exercise is Medicine* die Rede. Gerade aus diesem Grund sollten Bewegungs- und Sportaktivitäten auch wie andere (pharmazeutische oder sonstige) medizinische Behandlungen betrachtet werden. Dies schließt die diesbzgl. Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals und der involvierten Stakeholder/innen ein, „to assess its needs and to prescribe and deliver it, to reimburse the services related to it, and to fund research on its efficacy, effectiveness, feasibility, and interactions and comparability with other preventive, therapeutic, and rehabilitative modalities“ (Vuori, Lavie & Blair, 2013).

In den nächsten beiden Kapiteln wird beleuchtet, welchen Stellenwert kA aktuell im Gesundheitssektor hat, vor allem inwieweit das Medikament Bewegung bereits in der täglichen Praxis der Primärversorgung (*primary health care*, PHC) Einzug gefunden hat (vgl.

Kap. 2.3.1). PHC i. S. der WHO-Deklaration von Alma-Ata (1978) setzt auf gemeindeorientierte Basisgesundheitsdienste, ein Pyramidensystem integrierter sozialer und medizinischer Dienste und orientiert sich an den Bedürfnissen der sozial Schwächeren mit dem Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit (Gerhardus et al., 2010). In Österreich wird der Begriff häufig synonym mit Gesundheitsversorgung durch Hausärzt(inn)e(n) oder Allgemeinmediziner/innen gebraucht. Zudem wird eruiert, welche Evidenz es für den Einsatz kA im (Gesundheits-)Sport (vgl. Kap. 2.3.2) gibt.

2.3.1 Bewegung auf Rezept

Basierend auf der Erkenntnis, dass Bewegung und kA positive Auswirkungen auf Gesunderhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit haben können, ist die Idee, Bewegung *auf Rezept* zu verordnen nicht neu. Der Ansatz wurde in verschiedenen Ländern bereits erprobt und evaluiert und geht zurück auf den oben bereits erwähnten Trend der letzten Jahre, in dem kA und Bewegung unter dem Schlagwort *Exercise is Medicine* vielfach auf ihre gesundheitsförderliche und präventive Wirkung hin diskutiert wurden (Lobelo, Stoutenberg & Hutber, 2014; Vuori et al., 2013).

Mit Bewegung *auf Rezept* (auch *exercise referral scheme*, ERS) ist im weitesten Sinne gemeint, dass Individuen, die diverse Risikofaktoren (oder bereits Erkrankungen) aufweisen, auf ärztlichen Rat bzw. Anweisung hin, körperlich aktiv(er) werden sollen. Das Ausmaß dieser Beratung ist dabei höchst unterschiedlich, es geht von kurzer Information über die Vorteile kA und potenziell geeigneter Bewegungsangebote bis hin zur Überweisung in definierte, strukturierte, qualitativ abgesicherte Bewegungsprogramme. Letztere sind für die Teilnehmenden oft kostenfrei oder werden unter der Erfüllung bestimmter Auflagen (z. B. regelmäßige Teilnahme oder Erreichen definierter Ziele) von den Krankenkassen durch Rückerstattungen (teil-)finanziert. Das britische *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) definiert ERS als „a referral by an appropriate professional to a service where there is a formalised process of assessment of that person’s need; the development of a tailored physical activity programme to meet that need; and monitoring of the individual’s progress“ (NICE, 2006).

Leistungserbringer/innen im Gesundheitswesen, vor allem im Bereich PHC, scheinen ein geeignetes Setting für Maßnahmen zur Steigerung kA. In der Primärversorgung ist der Zugang zu großen Teilen der Bevölkerung gegeben, vor allem zu jenen Individuen, die bereits Risikofaktoren oder Krankheitssymptome aufweisen bzw. zu spezifischen Zielgruppen, wie z. B. älteren Personen (Hinrichs et al., 2011; T. K. Jørgensen, Nordentoft & Krogh, 2012; McPhail & Schippers, 2012): Ärztlicher Rat, körperlich aktiver zu werden, zeigte sich in einigen Studien als guter Anreiz bzw. Auslöser für gesteigerte kA (McPhail & Schippers, 2012; A. W. Smith et al., 2011).

Das Ausmaß, in dem medizinisches Personal, speziell Ärzt(inn)e(n) in der Praxis das

Thema kA ansprechen, differiert stark. In den USA geben z. B. 30 % an, *immer* und 56 % *oft* spezifische Informationen über kA an Individuen ohne chronische Krankheiten zu vermitteln (A. W. Smith et al., 2011). In Kanada geben mehr als 80 % der befragten Ärzt(inn)e(n) an, mündliche oder schriftliche Informationen zu gesundheitswirksamer Bewegung weiterzugeben (Petrella, Lattanzio & Overend, 2007). In Schottland bestätigen 62 %, dass sie *wahrscheinlich* oder *sehr wahrscheinlich* kA empfehlen (Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni & Kerr, 2006). In Dänemark wurde die Beratung zu kA systematisch in bestimmten Regionen implementiert, dort geben 95 % der Allgemeinmediziner/innen an, dieses Angebot mindestens einmal wöchentlich zu nutzen (T. K. Jørgensen et al., 2012). In den meisten Ländern hingegen ist es abhängig von den persönlichen Präferenzen des medizinischen Personals, ob kA empfohlen wird oder nicht (Bock, Diehm & Schneider, 2012; Sinclair, Lawson & Burge, 2008; VanWormer, Pronk & Kroeninger, 2009). Das illustriert, dass ein Defizit besteht zwischen der Notwendigkeit, Patient(inn)en zu geeigneter kA und Bewegungsförderung zu beraten, und der Umsetzung dieser Beratungen in der medizinischen Praxis (Joy, Blair, McBride & Sallis, 2013; La Vecchia, Gallus & Garattini, 2012).

Es hat sich gezeigt, dass viele Mediziner/innen unsicher über die Effektivität ihrer Beratung sind bzw. fühlen sie sich oft nicht genügend informiert, detaillierte Informationen zu vermitteln. Einige Studien beschreiben, dass die Beratung durch eine entsprechend ausgebildete (externe) Person oder eine Kombination der Beratung durch Arzt oder Ärztin und z. B. Sportwissenschaftler/in bessere Langzeiteffekte in Bezug auf das Bewegungsverhalten zeigten (Tulloch, Fortier & Hogg, 2006).

Als hinderliche Faktoren bei der Einführung von Beratung zu kA durch Mediziner/innen wurden in der Literatur Mangel an „time, knowledge, training, materials for learning, education and information, protocols for delivery of the service, system support, resources, and incentives and reimbursement“ identifiziert, darüber hinaus „the perception of PA/ET [physical activity/exercise training; d. A.] advising as a secondary task; and the fact that patients often ignore the advice“ (Vuori et al., 2013). Förderliche Faktoren scheinen hingegen der eigene Lebensstil, Weiterbildung im Bereich kA, Unterstützung durch andere Kolleg(inn)en oder ein vertrautes Ärzt(inn)e(n)-Patient(inn)en-Verhältnis zu sein (Hebert, Caughy & Shuval, 2012; Hinrichs et al., 2011; T. K. Jørgensen et al., 2012).

Die Einstellungen und Wahrnehmungen des medizinischen Personals zu bzw. über kA, die Effektivität und Effizienz, die Kosten-Effektivität und die Machbarkeit der Umsetzung von Beratung bzw. ERS sind entscheidende Faktoren in der Entscheidung für oder gegen die (kontinuierliche) Beratung und ERS im Bereich kA (Vuori et al., 2013). Darüber hinaus bedarf es der Unterstützung (und auch Lobbying) durch relevante Stakeholder/innen, um das Wissen um die positiven Effekte gezielter kA weiterzugeben und damit die Rolle kA

im Gesundheitswesen zu stärken. Vuori et al. (2013) schlussfolgern:

... to make wide and sustainable applications in the HCS [health care system, d. A.], effective distribution of knowledge and strong advocacy related to PA/ET [physical activity/exercise training; d. A.] should be undertaken by influential organizations and leaders to change the perception and understanding of PA/ET from discretionary leisure time pursuits to an evidence-based medical measure comparable with pharmaceutical agents and other established modalities.

In Großbritannien, wo ERS erstmals in den frühen 1990ern aufkamen, wuchs ihre Zahl sprunghaft auf mittlerweile über 600 an (Pavey et al., 2011). Die meisten Programme operieren über mehrere Standorte hinweg und unterliegen definierten Standards. Nationale Empfehlungen zur Umsetzung und Evaluation für Ärzt(inn)e(n) und sonstiges medizinisches Personal liegen vor (z.B. BHF National Centre, 2010a). Das britische NICE gibt Richtlinien und Empfehlungen zu verschiedenen Bereichen des britischen Gesundheitswesens auf Grundlage evidenzbasierter Studien heraus, die sich in erster Linie an Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen orientieren. In einer ersten Analyse bezüglich der Effektivität von ERS zur Steigerung der kA von Erwachsenen wurde geschlussfolgert, dass nicht genügend Evidenz verfügbar sei, um Empfehlungen zur Wirksamkeit von ERS auf Parameter der Gesundheit abzugeben (NICE, 2006). Ende 2014 werden die aktualisierten NICE-Empfehlungen zu ERS erwartet (NICE, 2014).

In einer Meta-Analyse basierend auf RCTs und nicht-randomisierten kontrollierten Studien wurde der Einfluss von ERS auf kA und Gesundheitsparameter untersucht (Pavey et al., 2011). Die Autor/innen definierten dabei ERS als Interventionen mit den folgenden drei Komponenten (1) Überweisung durch PHC-Personal an ein externes Bewegungsangebot, (2) auf die individuellen Bedürfnisse der Patient(inn)en zugeschnittenes Bewegungsprogramm und/oder (3) Eingang-Assessment und Monitoring. Einschlusskriterium war, dass die Intervention über bloße Informationen zum Thema kA hinausgeht und mindestens eine Form oder eine Kombination mehrerer Formen der Beratung (persönlich oder telefonisch, schriftlich oder angeleitetes Training) erfolgte.

Die heterogenen Ergebnisse führten zu der Schlussfolgerung, dass die Effektivität von ERS bezüglich gesteigerter kA, Fitness oder Gesundheitsindikatoren unklar bleibt, zudem konnte nicht belegt werden, ob ERS eine effiziente Methode für überwiegend inaktive Personen sei. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die untersuchten Studien zumindest dahingehend erfolgreich waren, dass zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach Abschluss der Intervention mehr teilnehmende Personen die Bewegungsempfehlungen erfüllten (i.S. von 90-

150 Minuten moderater kA pro Woche). Jedoch konnten bezüglich der sonstigen Endpunktvariablen keine Unterschiede zwischen den Personen mit ERS und den Kontrollgruppen (z. B. ausschließlich kurzes Informationsgespräch, keine Intervention oder andere Art von ERS) festgestellt werden (Pavey et al., 2011). Auch andere systematische Reviews bestätigen, dass ERS das Ausmaß kA bei inaktiven Erwachsenen zumindest kurzfristig positiv beeinflussen können (Morgan, 2005; NICE, 2006; Sorensen, Skovgaard & Puggaard, 2006; Williams, Hendry, France, Lewis & Wilkinson, 2007). Dennoch sind sie meist limitiert in ihrer (nachhaltigen) Wirkung auf Gesundheitsparameter, da sie oft nur für einen kurzen Zeitraum (3 Monate) angeboten werden (Harrison, Roberts & Elton, 2005). Studien zu langfristigen Effekten (>3 Monate) von ERS konnten bisher kaum nachhaltige Wirkungen aufweisen (NICE, 2006).

Aus den Resultaten einer extensiven Literaturstudie zu ERS schlussfolgern die Autor(inn)en, das „especially brief ET [exercise training, d. A.] counseling is an efficient, effective, and cost-effective means to increase PA [physical activity] and ET and to bring considerable clinical benefits to various patient groups. Furthermore, it can be practiced as part of the routine work of the HCS [health care system]“ (Vuori et al., 2013). Als besonders geeignet erwiesen sich kurze Informationsgespräche über kA zu einem oder mehreren aufeinanderfolgenden Zeitpunkten oder die Anwendung von ERS.

2.3.2 Qualitätssicherung und Evidenz im (Gesundheits-)Sport

Qualitätsdimensionen im Gesundheitssport

Der Begriff Gesundheitssport umfasst jene körperlichen und sportlichen Aktivitäten, die hoch strukturiert sind und auf gesundheitsförderliche Aspekte bei Individuen oder Gruppen mit speziellen Risikofaktoren oder mit bereits bestehenden Erkrankungen ausgerichtet sind. Bewegungsmangel wird dabei als ein Risikofaktor betrachtet. Gesundheitssport unterscheidet sich insofern von HEPA (vgl. Kap. 1.2), als in Letzterer Aktivitäten im Beruf, im Alltag, in der Freizeit und zu Transportzwecken eingeschlossen sind (Brehm, 2006).

In Deutschland wurde der Begriff Gesundheitssport stark durch Brehm, Bös und Kolleg(inn)en geprägt, die verschiedene Qualitätsdimensionen des Gesundheitssports auf Verhaltens- und Verhältnisebene definierten. Darauf aufbauend entwickelten (und evaluierten) sie Bewegungsprogramme, die diese Dimensionen durch kA gezielt ansprechen und fördern (Bös & Brehm, 2006; Brehm, 2006). Dabei gehen die Autoren davon aus, dass die Ziele von GF durch kA auf den Ebenen der Gesundheitswirkungen, des Gesundheitsverhaltens und der gesunden Verhältnisse liegen. Daraus entwickelten sie sechs Kerndimensionen des Gesundheitssports: (1) die Stärkung physischer Ressourcen (d. h. Ausdauer-, Kraft-, Dehn- Koordinations- und Entspannungsfähigkeit), (2) die Verminderung von Risikofaktoren, (3) die Stärkung psychosozialer Ressourcen, wie Wissen, Körperkonzept, Stimmungsmanagement, Konsequenz- und Kompetenzerwartung, Sinn-

zuschreibung und soziale Unterstützung, (4) die Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden, (5) die (langfristige) Bindung an gesundheitsportliches Verhalten, z. B. durch den Abbau von Barrieren und (6) die Schaffung und Optimierung gesundheitsförderlicher Verhältnisse (Settings). In einer späteren Version des Konzeptes wurde den Gesundheitswirkungen noch die Dimension Stabilisierung des allgemeinen und gesundheitlichen Wohlbefindens zugeordnet (vgl. *Abbildung 6*).

Frühe Metaanalysen illustrierten, dass die allgemein angenommene Beziehung von Sport und Gesundheit auf einer generellen Ebene nicht zwangsläufig besteht (Knoll, 1997), jedoch Facetten sportlicher Aktivitäten im Hinblick auf spezielle Aspekte der physischen und psychischen Gesundheit relevant sein können (Bös & Brehm, 2012; Tiemann & Brehm, 2006). Sport bzw. kA sind nicht zwangsläufig gesundheitsförderlich oder präventiv wirksam, wie lange angenommen, sondern es bedarf dazu spezifischer Personen-, Kontext- und (Sport-)Ausübungsfaktoren sowie eines abgestimmten Qualitätsmanagements (Pahmeier, Brehm & Tiemann, 2007; Tiemann & Brehm, 2006). Insbesondere Krankenkassen und Mediziner/innen fordern in den letzten Jahren verstärkt Evidenzbasierung im Gesundheitssport – speziell bei (finanziell unterstützen) Gesundheitssportprogrammen.

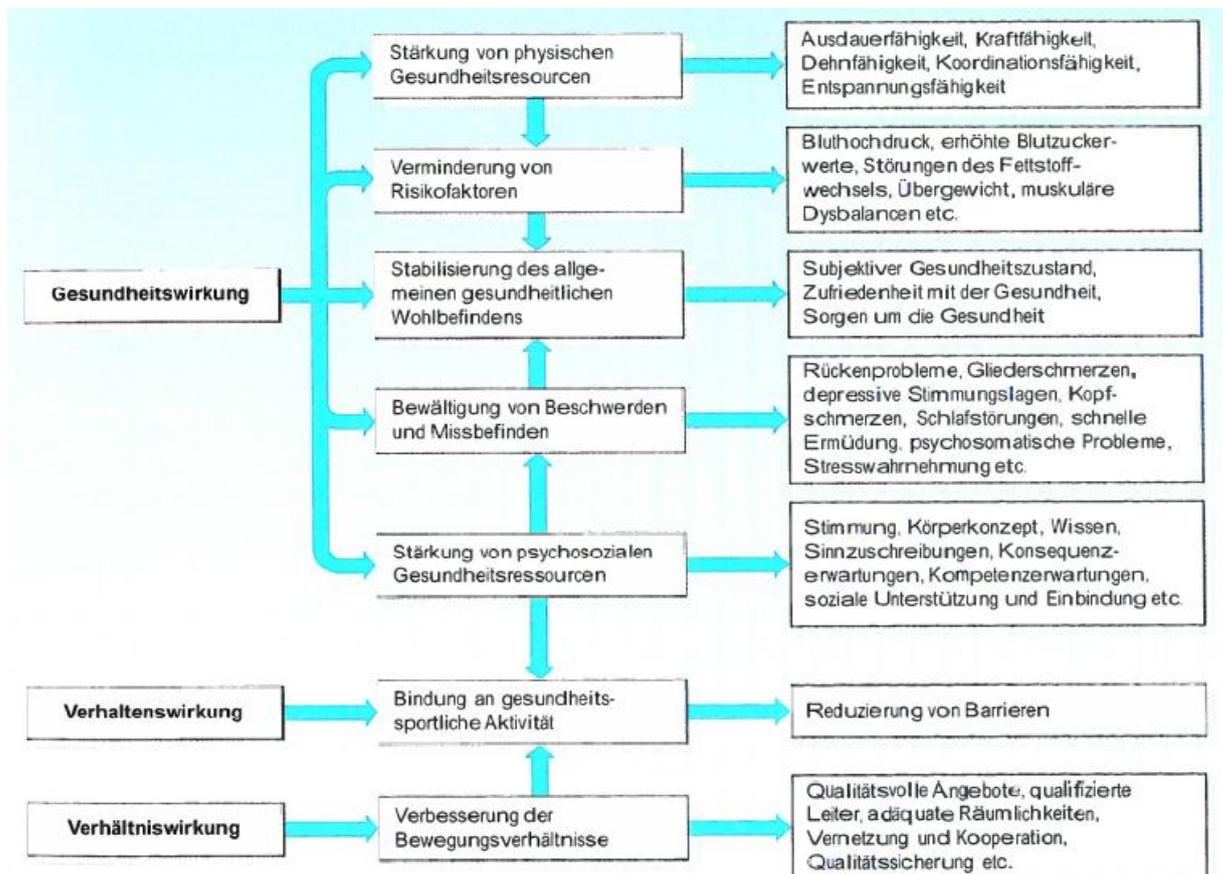


Abbildung 6. Modell der Qualitäten und Kernziele von Gesundheitssport und ihre Operationalisierung
 Quelle: Bös & Brehm (2012, S. 163)

Bezüglich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements gelten für den Gesundheitssport grundsätzlich die gleichen Qualitätsanforderungen wie für GF und Prävention allgemein (Kolip & Müller, 2009b; Loss, Eichhorn, Reisig, Wildner & Nagel, 2007). Untersuchungen zeigen, dass die sogenannte Income-Evidenz bei Gesundheitssportprogrammen gestärkt werden kann durch stringenten Zielgruppenbezug, schriftliche Fixierung des Programms (i. d. R. in einem Trainermanual), angemessene institutionelle Bedingungen, adäquate Aus- und Fortbildung und durch spezifische Einweisung in das jeweilige Programm durch qualifizierte Kursleiter/innen sowie Vernetzung der Gesundheitssportanbieter und ihrer Programme mit anderen Institutionen des Gesundheitssektors (Tiemann & Brehm, 2006). Die Outcome-Evidenz der Programme (oder Aktivitäten) hingegen wird bestmöglich erreicht durch die praktische Erprobung der Durchführbarkeit und durch die Evaluation der (Gesundheits- und Verhaltens-) Effekte mit Studien hohen Evidenzgrades (Pahmeier et al., 2007).

Zur Sicherstellung der Qualität von Bewegungsangeboten im Gesundheitsbereich wurden vielfach Qualitätssiegel oder Zertifikate entwickelt, die u. a. Grundlage für die finanzielle Förderung der Programme durch Leistungsanbieter des Gesundheitswesens, wie Krankenkassen, sind. Exemplarisch sollen im Folgenden drei Siegel aus dem deutschsprachigen Raum vorgestellt werden.

Das Qualitätssiegel „präventionsgeprüft“ (Deutschland)

Insgesamt gibt es nicht viele Angebote, die die oben beschriebenen Anforderungen an Income- und Outcomeevidenz erfüllen. Der deutsche Turnerbund (DTB) bietet mittlerweile einige evidenzbasierte Gesundheitssportprogramme an, die diesen entsprechen (Bös et al., 2005). In Kooperation mit Krankenkassen erhalten diese Programme bzw. die dazugehörigen DTB-Trainermanuale das Siegel „präventionsgeprüft“. Dieses Siegel wird vom DTB für qualifizierte, standardisierte und evaluierte Kursprogramme im Gesundheitssport verliehen, deren Übungsleiter/innen die DTB-Lizenz „Sport in der Prävention“ innehaben und die DTB-Schulung zur Einführung in ein Gesundheitssport-Kursprogramm (z. B. Rücken-Aktiv, Cardio-Aktiv, Fit und Gesund, Rückentraining – sanft und effektiv, Walking und mehr, etc.) zertifiziert abschlossen haben.

Mit einem zertifizierten Programm geht eine (Teil-)Erstattung der Kosten für die Kursteilnehmenden durch die kooperierenden Krankenkassen einher, die in einer Rahmenvereinbarung zwischen dem DTB und dem Spitzenverband der GKV geschlossen wurde (DTB, 2014). Dieser Vertrag besagt, dass im Rahmen der §20 SGB V-Regelung (vgl. Kap. 3.4) von den Krankenkassen bis zu 80 % der Kursgebühren für die Teilnahme an zertifizierten Programmen erstattet werden können. Dies erfolgt in individueller Absprache mit der Krankenkasse, die Programme mit der Zertifizierung „präventionsgeprüft“ werden automatisch erstattet, d. h. sie unterliegen keiner Einzelfallprüfung. Einige Krankenkassen

führen auch Bonussysteme, bei denen neben der Erstattung von Kursgebühren auch Bonuspunkte für die Teilnahme an zertifizierten Kursen gesammelt werden können, die dann wiederum in Geld- oder Sachleistungen umgewandelt werden können.

Die oben genannten Kernziele des Gesundheitssports auf Verhaltensebene (vgl. Gesundheitswirkung, *Abbildung 6*) bilden primär die Qualität des Angebotes auf der Planungsebene ab (vgl. *Kap. 2.2.1*). Darüber hinaus haben der DTB und der Deutsche Sportbund (DSB) weitere Qualitätsmanagementkonzepte für den Vereinsbereich entwickelt, die die Kriterien (1) Zielsetzung der Angebote, (2) zielgruppengerechte Inhalte, (3) Qualifikation der Übungsleiter/innen, (4) Gesundheits-VU und (6) weiterführende Sportangebote einbeziehen. Diese sollen als Leitlinien für Vereine, die Gesundheitssportangebote entwickeln wollen, dienen.

Neben dem Siegel „präventionsgeprüft“ unterstützt der DTB seine Vereine u. a. durch das *Pluspunkt Gesundheit.DTB-Zertifikat*. Dies ist eine Auszeichnung für besondere Gesundheitssport-Angebote im Verein, die festgelegte Qualitätskriterien erfüllen. *Pluspunkt Gesundheit.DTB* hilft Vereinen, nach außen deutlich zu machen, dass sie über qualitativ hochwertige Angebote im Gesundheitssport verfügen, und unterstützt gleichzeitig interessierte Personen, ein passendes Gesundheitssport-Angebot zu finden. Im Jahr 2000 wurde das Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT etabliert, das die o. g. Merkmale einschließt und acht Qualitätskriterien definiert: (1) ganzheitliche Zielsetzung, (2) spezifizierte Maßnahmenplanung, (3) qualifizierte Übungsleiter/innen, (4) einheitliche Organisationsstruktur (z. B. Kurse mit festgelegter Zahl an Einheiten), (5) Gesundheits-VU für Neu- und Wiedereinsteiger/innen ab 35 Jahre, (6) Information und Rückmeldung zu individuellen Fortschritten, (7) Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation und (8) Vernetzung der Vereine mit kommunalen Akteur(inn)en (Kolip, 2012).

Das Qualitätssiegel „Qualitop“ (Schweiz)

Qualitop ist der Schweizer Verband für Qualitätssicherung bei gesundheitswirksamen Bewegungsangeboten, deren Mitglieder Anbieter/innen von gerätegestützten Gesundheitstrainings, Gesundheitstrainings in Gruppen (Kurse) oder Versicherungsgesellschaften sind. Als Partner fungieren verschiedene Schweizer Bundesämter. Das *Qualitop-Zertifikat*, zertifiziert über *QualiCert*, einer Institution, die bei Fitnesscentern und Kursleiter(inne)n gesundheitsfördernder Kurse die Einhaltung der *Qualitop*-Qualitätskriterien überprüft, ist mittlerweile von vielen Krankenversicherungen anerkannt und gilt als Voraussetzung zur finanziellen Förderung von Kursen. Seit 2011 müssen sowohl die Kursleiter/innen als auch die Institutionen das *Qualitop*-Siegel vorweisen, damit Krankenversicherungen die Kosten für den jeweiligen Kurs erstatten. Die zugrunde liegenden Qualitätskriterien werden von einer Normierungskommission beschlossen und unterliegen derzeit einer Totalrevision. Leider waren sie online nicht einsehbar (Qualitop, 2012).

Ein nationales Bewegungsprogramm in der Schweiz, das seit 2003 das *Qualitop*-Siegel führte, war *Allez Hop* (1996-2008). In diesem Programm kooperierten Sportvereine, Sportverbände, Krankenversicherungen, die Gesundheitsförderung Schweiz, das Bundesamt für Sport (BASPO) und der Schweizer Olympische Verband (SOV). Mit niederschweligen Einsteiger(innen)programmen über 12 wöchentliche Einheiten sollten Nicht- und Wenig-Beweger/innen ab 30 Jahre zu kA motiviert werden. Dabei organisierten die Sportvereine und -verbände die Kurse (vorwiegend Walking- und Nordic Walking-Angebote), die Krankenversicherungen übernahmen das Marketing und die Finanzierung. Seit Mitte der 2000er nahmen jährlich über 25000 Menschen in über 2000 verschiedenen Kursen an *Allez hop* teil, insgesamt wurden zwischen 1997-2008 fast 19000 Kurse angeboten (Wanner, Martin-Diener, Bauer, Stamm & Martin, 2011).

In der ersten Evaluation nach drei Jahren Laufzeit zeigte sich, dass durch die systematische Vermeidung der Verlinkung von *Allez hop* mit Sport i. S. von Leistungs- oder Wettkampfsport und der Betonung auf Gesundheitsaspekten vor allem Gruppen erreicht werden konnten, die bis dato kaum oder gar nicht aktiv waren (Stamm, Lamprecht, Somaini & Peters, 2001). Insgesamt hat sich das Aktivitätsniveau der Teilnehmer/innen erhöht, auch wenn die angestrebten Zielwerte (in Prozentsatz an Teilnehmer/innen, die die in Bewegungsrichtlinien empfohlenen Umfänge an kA erfüllen) nicht durchgängig erreicht werden konnten. Weiterhin ist es nicht wie geplant gelungen, Kursteilnehmer/innen nach einem Jahr vom Programm auf andere Kurse oder Aktivitäten umzuverlagern, da die Teilnehmer/innen weiter bei *Allez hop* mitmachen wollten.

In einer weiteren späteren Evaluation konnte gezeigt werden, dass der Anteil derer, die die gültigen Bewegungsempfehlungen erfüllten, von 31 % zu Programmbeginn auf 42 % nach 3 Monaten anstieg. Nach 6 Monaten waren die Aktivitätsniveaus jedoch wieder auf Baseline-Niveau zurückgegangen. Die Resultate des Follow-ups nach einem Jahr konnten aufgrund der geringen Rücklaufquote nicht verlässlich interpretiert werden (Wanner et al., 2011). Das Programm wurde 2008 eingestellt, obwohl es 2000 im *Konzept des Bundesrates für eine Sportpolitik in der Schweiz* als Maßnahme zur Förderung kA bei Erwachsenen aufgeführt wurde und eine Förderung bis 2010 vorgesehen war. Derzeit führen nur noch zwei regionale Partner/innen die gut etablierte Marke *Allez hop* weiter.

Das Qualitätssiegel „Fit für Österreich“ (Österreich)

In Österreich wird mit dem *Fit für Österreich*-Siegel gesundheitsfördernde Bewegung in Sportvereinen unterstützt. Das Siegel garantiert, „dass das Sportangebot die Gesundheit fördert und die Freude an der Bewegung im Vordergrund steht“ (Fit Sport Austria, 2014). Es wird jeweils für zwei Jahre an beantragende Vereine mit entsprechenden Angeboten vergeben. Unter Nachweis bzw. Wiederbestätigung der erforderlichen Qualitätskriterien kann es verlängert werden. Die Sportvereinsangebote müssen folgende sieben Kriterien

erfüllen: (1) qualifizierte Übungsleiter/innen, (2) qualifizierte Programme, (3) Teilnehmer/innen muss eine medizinische Abklärung der Sporttauglichkeit empfohlen werden, (4) Informationsvermittlung, (5) Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit, (6) Qualitätssicherung und Dokumentation und (7) Service des Vereins.

Die zugrunde liegenden Kriterien sind dabei nicht so spezifisch wie z. B. jene im *präventionsgeprüft*-Siegel. Die Qualität der Programme (Kriterium 2) unterliegt z. B. keiner Überprüfung hinsichtlich der Anforderungen, Ziele oder Inhalte des Angebotes, es gibt lediglich Vorschläge, welche Schwerpunkte gesetzt werden können. Informationsvermittlung (Kriterium 3) erfolgt durch Übungsleiter/innen „nach ihren Möglichkeiten“ (Fit Sport Austria, 2014). Unter Qualitätssicherung (Kriterium 6) wird verstanden, dass die Übungsleiter/innen mindestens einmal in 2 Jahren eine Fortbildung, organisiert von den Sportdachverbänden, besuchen. Die „Gewährleistung einer standardisierten wissenschaftlichen Evaluierung und Dokumentation“ erfolgt mittels Fragebogen. Das bedeutet, dass Anbieter von *Fit für Österreich*-Angeboten sich verpflichten, „bei Bedarf, das heißt, wenn das Angebot für eine Untersuchungstichprobe ausgewählt wurde“ (Fit Sport Austria, 2014), Fragebögen an die Kursteilnehmer/innen zu verteilen. Veröffentlichungen zu den Evaluationsergebnissen sind bisher nicht erfolgt.

3 Das österreichische Gesundheitssystem

3.1 Exkurs Gesundheitssysteme

SV-Systeme weltweit unterliegen den unterschiedlichsten Organisations-, Finanzierungs- und Leistungsangebotsvarianten, es finden sich dabei keine deckungsgleichen Systeme (Pöttler, 2012). Allgemein werden jedoch drei Grundmodelle unterschieden. Die beiden Typen öffentlicher Gesundheitsversorgung werden zurückgehend auf ihre Gründer, William Beveridge und Otto von Bismarck, als *Beveridge*- und *Bismarck*-Systeme bezeichnet, sie unterscheiden sich grundlegend vom sogenannten dritten Typus, dem Marktmodell.

Beveridge-Systeme sind staatlich betriebene, aus Steuern finanzierte nationale Versicherungsdienste, die der Gesamtbevölkerung zugänglich sind und in dem das medizinische Personal i. d. R. staatlich angestellt ist. Diese Versicherungssysteme finden sich u. a. in Großbritannien und Irland, aber auch in skandinavischen Ländern, Italien, Spanien oder Kanada. Im britischen NHS (*National Health System*) verteilt z. B. das Gesundheitsministerium die im fixierten Budget verfügbaren Ressourcen bedarfsgerichtet an die einzelnen Landesteile, die sie dann regional verwalten. Dem muss eine genaue Bedarfsplanung und -erhebung vorausgehen, um entsprechende Prioritäten setzen zu können (Dorner, 2013). Alle PH-Maßnahmen unterliegen in Großbritannien dem Gesundheitsministerium, das diese Aufgaben jedoch an das NHS, lokale Ämter, Ministerien und private und ehrenamtliche Institutionen delegiert (Bolye & Quentin, 2011).

Als *Bismarck*-Systeme werden soziale Krankenversicherungsmodelle bezeichnet, die sich überwiegend aus einkommensabhängigen Pflichtbeiträgen von Versicherten und Arbeitgeber(inne)n finanzieren. Diese Leistungen werden üblicherweise von privaten Träger(inne)n unter staatlicher Aufsicht erbracht (Pöttler, 2012). Fast alle mitteleuropäischen Länder haben ein *Bismarck*-System, so auch Österreich und Deutschland, wobei hierbei drei Grundrichtungen unterschieden werden: (1) regionale bzw. zentrale Einheitsversicherungen (z. B. in Frankreich, Polen, Tschechien), (2) betriebliche bzw. berufliche und regionale Pflichtversicherungen (z. B. in Belgien, Japan, Österreich) und (3) gegliederte Systeme mit freier Kassenwahl und freiem Kassenwettbewerb (z. B. in Deutschland, Niederlande, Schweiz).

Das dritte System ist das Marktmodell, wie es sich z. B. in den USA und den meisten Ländern Afrikas und Asiens findet, wobei keine soziale Krankenversicherung i. d. S. existiert und nur wenige Leistungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst angeboten werden. Staatliche Kontrolle und Aufsicht sind auf ein Minimum reduziert, es ist primär wirtschaftlich orientiert.

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Modelle und Systeme ist es nahezu unmöglich, diese miteinander zu vergleichen, obwohl alle drei Typen ähnliche Ziele (mit unterschiedlicher Priorisierung) verfolgen: (1) Zugang zu Leistungen, (2) Kostenkontrolle, (3) Qualitätskontrolle, (4) Effizienz und (5) Effektivität (Hofmarcher & Rack, 2006). So steht z. B. in Österreich der Zugang zu Leistungen im Vordergrund der Bemühungen, das britische NHS orientiert sich eher an Kosten- und Qualitätskontrolle (Dorner, 2013). Die WHO formulierte drei Hauptziele, aus denen sich allgemein messbare Kriterien für Gesundheitssysteme formulieren lassen: (1) die Gesundheit der Bevölkerung soll verbessert und ein möglichst guter Gesamtgesundheitsstatus hergestellt bzw. erhalten werden, (2) Responsivität, d. h. Kund(inn)enorientierung im weitesten Sinne, wie kurze Wartezeiten, Versorgungsqualität, Information, Datenschutz, etc. und (3) faire Finanzierung, gemessen an den Möglichkeiten der Versicherten, nicht an der Inanspruchnahme der Versicherung (Pöttler, 2012).

3.2 Gesundheitsförderung und Prävention im österreichischen Verständnis

Prävention wird in Österreich vielfach noch mit medizinischer Prävention gleichgesetzt, in den letzten Jahren gibt es jedoch verstärkt Bemühungen, soziale Aspekte und Umweltfaktoren in GF und Prävention einzubeziehen (Pöttler, 2012; Rohrauer-Näf & Waldherr, 2011). Eine gewisse Tradition haben in Österreich GF im Krankenhaus und ausgewählte GF-Aktivitäten durch die gesetzlichen Krankenkassen, dabei v. a. settingorientierte Ansätze wie Betriebliche oder Schulische GF. Die SVT (wie Krankenversicherungen und HVB)

fungieren z. B. als Partnerorganisationen im Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) bzw. bieten inhaltliche Beratung und Begleitung und/oder finanzielle Unterstützung an (BMG, 2009). Zudem wurden seit 2004 Schulservicestellen bei den Gebietskrankenkassen in fast allen Bundesländern eingerichtet.

Insgesamt ändert sich laut Bachner et al. (2013) in Österreich das Bewusstsein für Prävention und zudem für außerhalb des Krankenversorgungssystems liegende soziale Gesundheitsdeterminanten. Vom bisherigen kurativen Fokus abweichend könnte eine stärkere Zuwendung zu präventiven Aktivitäten die Krankheitslast reduzieren, eine Einbeziehung sozialer Gesundheitsdeterminanten kann dabei unterstützen, sozial bedingte Ungleichheiten zu minimieren. Essenziell ist dabei, über alle Politikfelder hinweg (HiAP-Ansatz), also sektorenübergreifend, vorzugehen (Bachner et al., 2013).

Auch mit der Gesundheitsreform 2013, deren erklärtes Ziel es ist, „nachhaltig qualitätsgesicherte, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung und die langfristige Finanzierbarkeit des öffentlichen solidarischen Gesundheitssystems sicherzustellen“, wurden „eine stärkere Ausrichtung an Versorgungszielen und -ergebnissen, insbesondere in den Feldern Gesundheitsförderung, Prävention und Qualität, sowie die Schaffung von Transparenz über eben diese Ergebnisse“ als Schwerpunkte definiert (BMG, 2014d). Dazu wurde von Bund, Ländern und SV 2013 der bis 2016 gültige, erste Bundes-Zielsteuerungsvertrag unterzeichnet, in dem u. a. die GF-Prinzipien Nachhaltigkeit, Selbstbestimmung, Qualität und Transparenz definiert wurden.

Die Bedeutsamkeit von GF und Prävention und damit verbundener Determinanten von Gesundheit schlägt sich in verschiedenen Regierungsaktivitäten nieder, wie in der Verabschiedung der Rahmen-Gesundheitsziele (vgl. *Kap. 1.1*) oder der Gesundheitsförderungsstrategie (BMG, 2014c). Neben einer grundsätzlichen Orientierung für alle Akteur(inn)e(n) im Bereich GF und als Wegweiser für entsprechende Maßnahmen aller Vertragspartner/innen der Zielsteuerung Gesundheit konzipiert, beinhaltet die Strategie verbindliche Ziele und Grundsätze für die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds und der Vorsorgemittel. Als zentrale Ziele für die nächste Dekade wurden dabei definiert (BMG, 2014c, S. II):

- Unterstützung der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele, der Landesgesundheitsziele sowie der Gesundheitsförderungsthemen in der Zielsteuerung Gesundheit
- Stärkung und Weiterentwicklung der politikfeldübergreifenden Zusammenarbeit im Sinne von Health in All Policies
- Förderung einer breit abgestimmten Vorgehensweise im Bereich Ge-

sundheitsförderung

- Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung
- Beitrag zum Kapazitätsaufbau im Bereich Gesundheitsförderung
- Verbreitung gut entwickelter Praxisbeispiele.

Für die inhaltlichen Schwerpunkte für den Zeitraum 2013-2016 (vgl. *Kap. 1.1*) wurde in der GF-Strategie determiniert, dass die Vorsorgemittel und mindestens die Hälfte des Gesundheitsförderungsfonds-Budgets zweckgebunden, wirkungsorientiert und grundsatzgebunden für diese Themenbereiche aufgewendet werden *müssen*. Neben den bereits bemerkenswert konkreten Bestimmungen über die finanziellen Zuwendungen an die Mittelempfänger (Länder), zu Qualitätskriterien und zu Wirkungszielen und deren Messgrößen werden im Laufe des Jahres 2014 die Eckpunkte für das Monitoring und die Berichterstattung von der Fachgruppe Public Health/Gesundheitsförderung erwartet (BMG, 2014c).

Trotz einer wachsenden Zahl an Berichten und Dokumentationen (z. B. Bachner et al., 2013; BMG, 2009) existiert bisher jedoch nur eine limitierte Zahl an Publikationen zum aktuellen Stand und Entwicklungsbedarf der GF(forschung) in Österreich. Im Ranking der Publikationen zu GF und PH und im Bereich internationaler Kooperationen rangiert Österreich im EU-Vergleich im unteren Drittel (Clarke, Gatineau, Grimaud, et al., 2007; Clarke, Gatineau, Thorogood & Wyn-Roberts, 2007). Eine routinemäßige Verknüpfung von Gesundheitsdaten mit sozioökonomischen Determinanten fehlt z. B. derzeit komplett (Bachner et al., 2013). Auch mangelt es an einer zentralen Übersicht über die unterschiedlichen GF-Aktivitäten, welche überwiegend auf Landes- oder Gemeindeebene durchgeführt werden (BMG, 2009).

Im Bereich der GF-Maßnahmen des BMG hapert es zudem sowohl an Koordination und Abstimmung sowohl mit anderen GF-Akteur(inn)en wie Ländern, Gemeinden oder SV oder Partner(inne)n aus anderen Sektoren als auch an einer Absprache untereinander. Hinzu kommt, dass finanzielle Mittel für GF teilweise wenig abgestimmt und unabhängig voneinander bzw. nicht bedarfsbezogen vergeben wurden.

Im Folgenden werden der Aufbau des österreichischen Gesundheitssystems sowie die rechtliche Verankerung von GF und Prävention in der österreichischen Gesetzgebung überblicksartig umrissen.

3.3 Der österreichische Gesundheitssektor

Das österreichische Gesundheitswesen ist sehr komplex in seinem Aufbau, den involvierten Institutionen, Verantwortlichkeiten und Finanzierungsströmen. In Österreich ist die Gesundheitsversorgung eine öffentliche Obliegenheit, deren Verantwortlichkeiten und Entscheidungen gemeinsame Aufgaben von Bund, Ländern, Gemeinden, SV und gesetz-

lichen Interessenvertretungen (z. B. Kammern, Patient(inn)enanwaltschaft) sind. Dabei verteilen sich die Kompetenzen wie Gesetzgebung, Verwaltung, Finanzierung, Leistungserbringung, Qualitätskontrolle, Ausbildung etc. auf die o. g. Akteur(inn)e(n) und zahlreiche private und privat-gemeinnützige Institutionen, wie private Krankenanstalten und Krankenversicherungen, Selbsthilfegruppen oder Wohlfahrtsorganisationen (Pöttler, 2012).

Nahezu alle Bereiche des Gesundheitswesens sind Bundeskompetenzen. Eine der Ausnahmen bildet das Krankenanstaltenwesen, für das der Bund die Richtlinien- und Gesetzgebungskompetenz, die Länder hingegen die Ausführungs- und Vollziehungskompetenz innehaben. Wie beschrieben (vgl. *Kap. 3.1*) ist das österreichische Gesundheitswesen in Aufbau und Funktion den *Bismarck*-Systemen zuzuordnen. Laimböck (2012) argumentiert jedoch, es sei „defacto ein Hybrid-System“ (S. 290), da es durch die Trennung der Verantwortlichkeiten zwischen Bund und Ländern ein gesetzliches Krankenversicherungssystem für Leistungserbringer im extramuralen Bereich, hingegen ein „Staatssystem“ (ebd.) für Krankenhäuser (also im intramuralen Bereich) sei. Hinzu kommt, dass durch diese Aufteilung jedes Bundesland eigene Planungsgrundsätze und Regelungen verfolgt und unterschiedlich umsetzt.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Akteur(inn)e(n) des österreichischen Gesundheitswesens kurz erläutert werden. Für einen ersten Überblick sind die wichtigsten Institutionen und Stakeholder/innen des Gesundheitssektors in *Abbildung 7* dargestellt. Hofmarcher (2013) ist es eindrucksvoll gelungen, das vielschichtige Gefüge in einem Schaubild zu vereinigen und die Aufgaben bzw. Verantwortlichkeiten, Verlinkungen und Sanktionsmechanismen kurz zu erläutern (siehe *Abbildung 8*).

3.3.1 Kompetenzen des Bundes

Die Gesetzgebung ist Bundessache, die oberste Bundesbehörde im Gesundheitswesen ist damit das BMG. Der Bund (das sind BMG und Bundesregierung inkl. National- und Bundesrat) hat jedoch seine Kompetenzen durch die Bundesverwaltung an die Länder sowie SVT bzw. Leistungserbringer/innen übertragen, die in Selbstverwaltung tätig sind (z.B. gesetzliche SV, HVB, Landesvertretungen und Kammern; Hofmarcher & Quentin, 2013). Er übernimmt jedoch weiterhin die Aufgaben einer Aufsichtsbehörde, den Vollzug der Gesetze zur Gesundheitsversorgung und die Ausbildungsagenden.

Dem BMG untergeordnet sind zahlreiche Einrichtungen und Gremien, die im Hinblick auf Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung tätig werden, wie z. B. der oberste Sanitätsrat (OSR), die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) oder die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES). Auch andere Bundesministerien sind am Gesundheitswesen beteiligt, z. B. das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK), das u. a. die Aufsicht über die gesetzliche Pensionsversicherung und den HVB innehat.

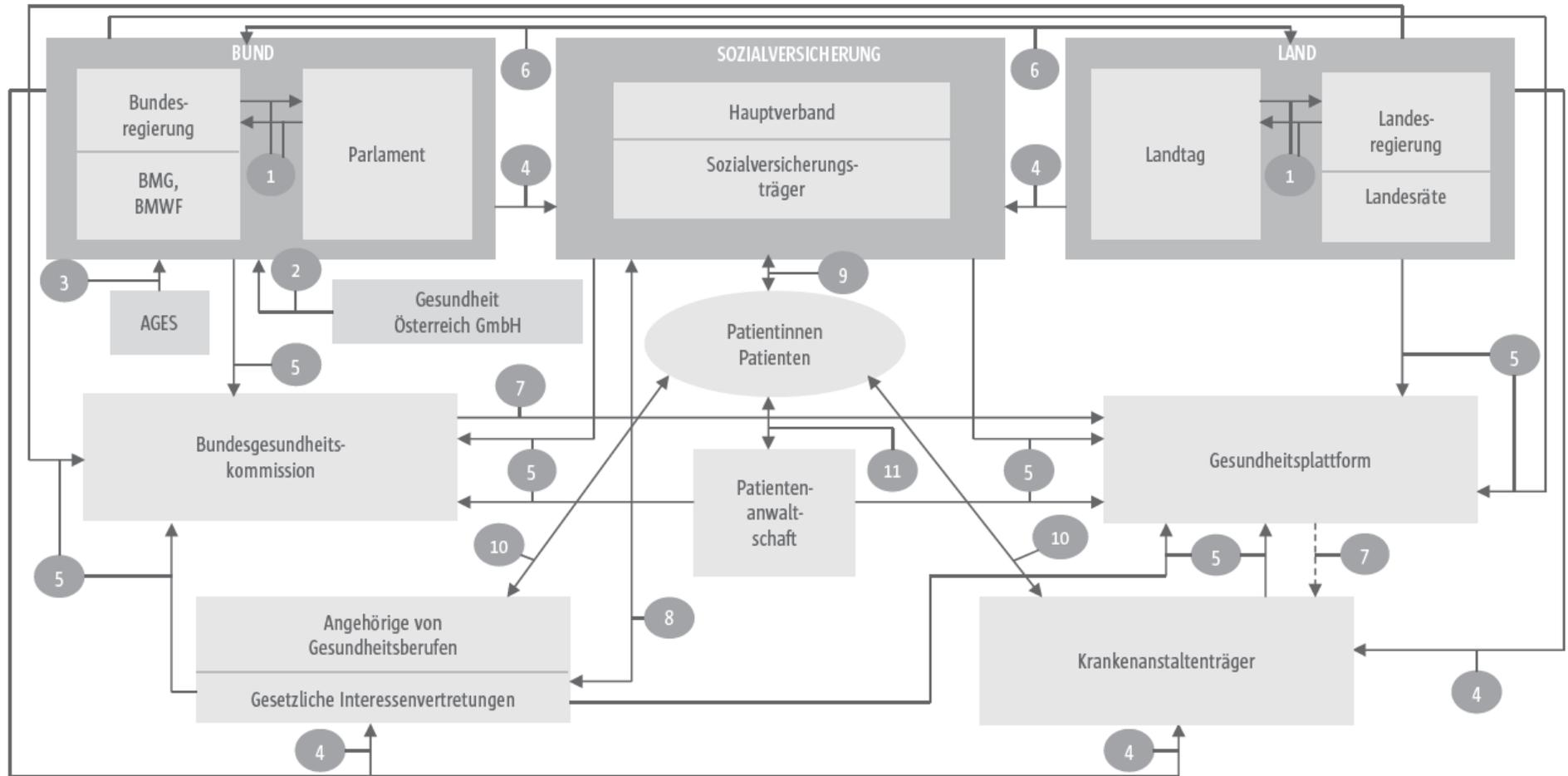


Abbildung 7. Organisation des Gesundheitswesens (2012)

Quelle: BMG, (2012, zit. n. Hofmarcher, 2013, S. 32)

Anmerkungen:

- (1) a) Gesetzesvorschläge der Bundesregierung (Minister/in) an das Parlament bzw. der Landesregierung (Landesrat/rätin) an den Landtag
b) Beschluss der Bundesgesetze durch das Parlament, der Landesgesetze durch den Landtag
- (2) Unterstützung des BMG (Bundesministerium für Gesundheit)
- (3) Unterstützung des BMG insbesondere im Rahmen der Zulassung von Arzneimitteln (AGES = Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit)
- (4) Gesundheitsverwaltung
 - a) des Bundes (z.B. Gesundheitspolizei, sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten, Aufsicht über Sozialversicherungsträger und gesetzliche Interessenvertretungen)
 - b) der Länder (z.B. im Bereich der Krankenanstalten Errichtungs- und Betriebsbewilligungen, Zulassungsverfahren für Ambulatorien und Gruppenpraxen, Umsetzung der Planung im Land, Investitionsfinanzierung)
- (5) Bestellung von Mitgliedern für die Bundesgesundheitskommission bzw. für die Gesundheitsplattformen auf Länderebene
- (6) Konsultationsmechanismus zwischen Bund und Ländern bzw. Gemeinden hinsichtlich rechtsetzender Akte (Gesetze, Verordnungen), die zusätzliche Ausgaben verursachen
- (7) a) Sanktionsmechanismus: Bundesgesundheitsagentur (Bundesgesundheitskommission) kann bei Verstößen gegen verbindliche Planung und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität und Dokumentation finanzielle Mittel für jeweiligen Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattform) zurückhalten
b) Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattformen) können einen entsprechenden Sanktionsmechanismus gegenüber Krankenanstalten vorsehen
- (8) Verhandlungen über Markteintritt, Leistungen und Tarife (Gesamtvertrag und Einzelverträge)
- (9) gesetzliche Mitgliedschaft bei Sozialversicherungsträgern (Pflichtversicherung)
- (10) a) grundsätzliche Wahlfreiheit der Patient/inn/en im Bereich der Krankenanstalten und im Bereich der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen
b) Behandlungsgebot der (öffentlichen und gemeinnützig privaten) Krankenanstalten und der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen mit Kassenvertrag
- (11) gesetzliche Patientenvertretung in jedem Bundesland

Abbildung 8. Anmerkungen zu Abbildung 7 (Organisation des Gesundheitswesens)

Quelle: BMG, (2012, zit. n. Hofmarcher, 2013, S. 33)

Dem Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (seit 2013 Teil des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Finanzen, BMWFF) obliegt u. a. die Ausbildung von Ärzt(inn)en an den medizinischen Universitäten. Weiterhin ist das Bundesministerium für Finanzen (BMF) in die Budgetierung von Krankenanstalten und als Aufsichtsbehörde für den HVB involviert. Das Bundesministerium für Justiz (BMJ) sowie das Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport (BMLV) sind u. a. als Eigentümer von Krankenabteilungen bzw. Krankenanstalten in das Gesundheitswesen eingebunden. Zu den Aufgaben gehören u. a. die Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff, systematische Gesundheitsberichterstattung, Versorgungsforschung, Stärkung der Interdisziplinarität in Versorgung, Forschung und Entwicklung und die Entwicklung von gemeinsamen Rahmen-Gesundheitszielen.

Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Artikel 15a-Vereinbarung wurde die Bundesgesundheitsagentur eingerichtet, deren Hauptaufgabe es ist, gemeinsam mit den Gesundheitsfonds auf Länderebene die bis dato strikte Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens zu überwinden und in Planung, Steuerung und Finanzierung eine bessere Abstimmung zu ermöglichen. Die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur obliegt dem/der Gesundheitsminister/in, ihr Organ ist die Bundesgesundheitskommission. Neben den Artikel 15a B-VG-Vereinbarungen gehören u. a. auch Qualitätsmanagement, integrierte Gesundheitsversorgung und GF- und Präventionsagenden in den Aufgabenbereich der Bundesgesundheitsagentur, so z. B. der FGÖ oder Maßnahmen wie das Mutter-Kind-Programm und Gesundheitspässe (Pöttler, 2012).

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), Teil der öffentlichen Verwaltung, ist neben intra- und extramuralem Bereich der dritte Sektor des österreichischen Gesundheitswesens und soll in erster Linie die vielfältigen öffentlich-rechtlichen Aufgaben und Interessen des Gesundheitswesens wahrnehmen (BMG, 2010, 2013d). Dazu gehören v. a. Qualitätssicherung, Gesundheitsberichterstattung sowie GF und Krankheitsvermeidung. Organe des ÖGD sind die Amtsärzt(inn)e(n), aber auch andere Berufsgruppen wie Techniker/innen, Naturwissenschaftler/innen und Jurist(inn)en.

3.3.2 Kompetenzen der Länder

Die Länder (und Gemeinden) sind wesentliche Stakeholder in Errichtung, Durchführung und Überwachung des österreichischen Gesundheitswesens. So ist die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung im Bereich des Krankenanstaltenwesens Aufgabe der Länder. Damit obliegt ihnen die verzweigte Bewirtschaftungsstruktur der Krankenhäuser, wozu auch die verschiedenen Krankenhausbetriebsgesellschaften gehören, in denen die Bundesländer meist Mehrheitseigentümer sind. Die Krankenhäuser sind somit de facto jedoch organisationsprivatisiert (Pöttler, 2012). Darüber hinaus gibt es pri-

vat-gemeinnützige und private Krankenhausträger, die teilweise wiederum in Betriebsgesellschaften formiert sind, die bundesweit agieren (z. B. VAMED).

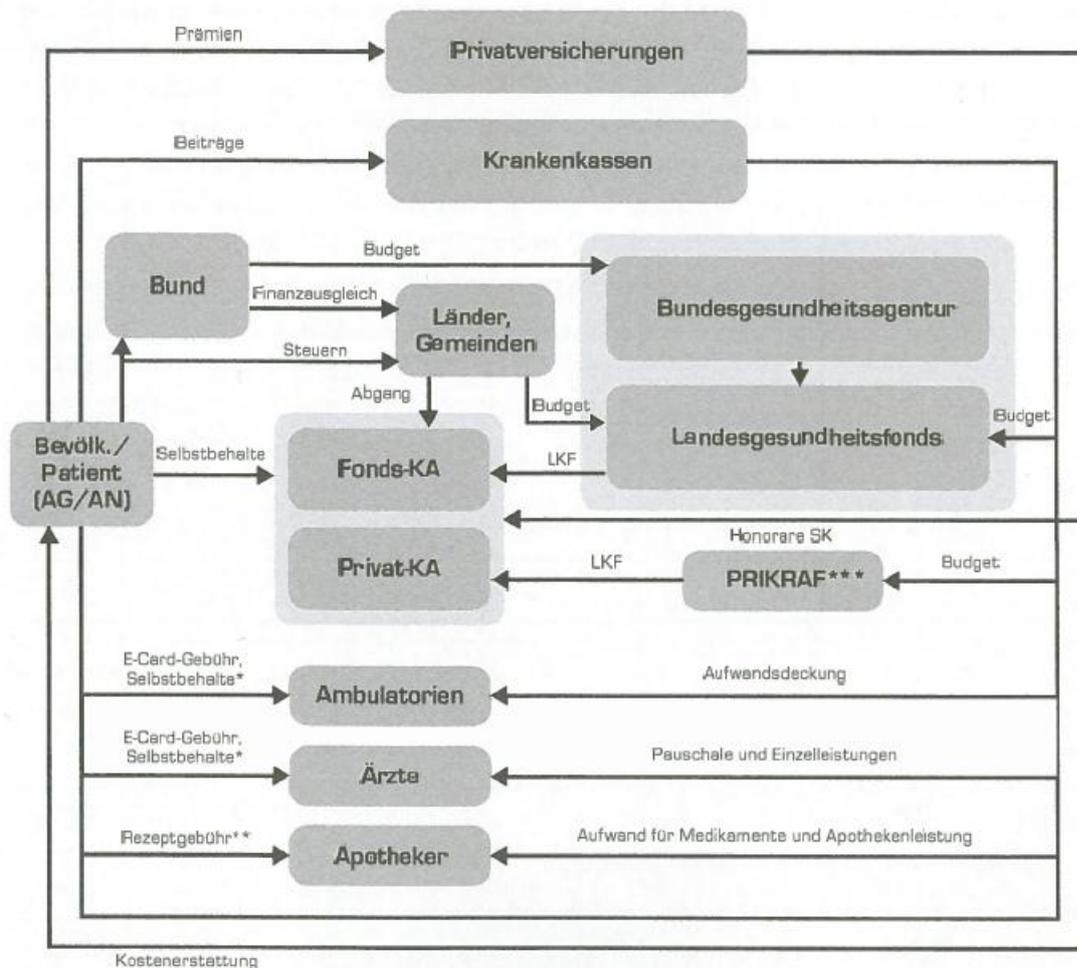
Auf Länderebene sind entsprechend Artikel 15a B-VG Landesgesundheitsfonds eingerichtet, als oberstes Organ fungieren hier die Gesundheitsplattformen, deren Besetzung und Beschlussfassungsmodi gesetzlich festgelegt sind. So müssen in bestimmten Kooperationsbereichen einvernehmliche Entscheidungen zwischen Land und SV getroffen werden, in anderen Bereichen, für die allein Länder (intramuraler Bereich) oder SV (extramuraler Bereich) zuständig sind, hat der jeweilig verantwortliche Akteur Mehrheitsrecht. Der Bund hat Veto-recht bei jenen Beschlüssen, die gegen Dekrete der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Zu den Aufgaben der Gesundheitsplattformen auf Länderebene gehört neben Evaluation und Qualitätsmanagement auch explizit die Durchführung von GF-Projekten.

3.3.3 Finanzierung des Gesundheitssystems und Gesundheitsausgaben

Wie man beim Blick auf den „Kompetenzdschungel“ (Pöttler, 2012, S. 180) der unterschiedlichen Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und SV erahnt, ist auch die Finanzierung im österreichischen Gesundheitswesen intransparent und zergliedert. *Abbildung 9* zeigt Pöttlers (2012) Versuch, die Zusammenhänge überblicksartig darzustellen. In *Abbildung 10* werden die Finanzierungsströme detaillierter dargestellt. In der dazugehörigen Erläuterung werden zudem die zugrunde liegenden Gesetze angeführt (vgl. *Abbildung 15*; S. 123).

In diesen beiden, zugegebenermaßen recht komplexen Darstellungen ist erkennbar, wie kompliziert und verflochten die Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen sind, zudem decken sich die Finanzierungsverantwortungen der einzelnen Akteur(inn)e(n) nicht immer mit ihren Aufgaben (vgl. *Kap. 3.3*). Verschiebungen zwischen intra- und extramuralem Bereich, die ob der aktuellen Bedingungen angebracht wären, werden „verhindert, was zu unterschiedlichen Ansichten und Interessen, Ineffizienzen, Doppelgleisigkeiten, Intransparenz und Defiziten führt“ (Pöttler, 2012, S. 233). Auf die Thematik der Finanzierung der Krankenhäuser soll an dieser Stelle nicht detailliert eingegangen werden, da diese Einrichtungen im Bereich GF und Prävention aktuell keine primäre Rolle spielen.

Die Gesundheitsausgaben werden zum Großteil aus öffentlichen Mitteln, nämlich aus Sozialversicherungsbeiträgen und Steuergeldern, finanziert. Derzeit werden zwischen 7 % und 9 % der Gehälter und Löhne als Sozialversicherungsbeitrag abgeführt (HBV, 2014b). 2011 betragen die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben in Österreich zusammen etwa 32,4 Milliarden Euro. Ein mit einem Viertel verhältnismäßig hoher Anteil der Ausgaben stammt jedoch aus privaten Mitteln, wie Rezeptgebühren, Krankenhaustagegeldern, Selbst-behalten oder privaten Krankenversicherungen. Entgegen gängiger Annahmen ist der Anteil der Ausgaben für die Verwaltung insgesamt vergleichsweise gering (3,4 %).



* fließt direkt an SV-Träger; ** fließt über Apotheke an SV-Träger;
 *** PRIKRAF: Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds;
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mag. Heinz Neumann.

Abbildung 9. Österreichisches Finanzierungssystem – ein wesentlicher Überblick

Quelle: Pöttler (2012, S. 180)

43 % der Ausgaben auf Leistungsträgerseite lagen 2013 im Bereich der SVT und 32,3 % beim Bund, der Rest wurde privat (Selbstbehalte, freiwillige (Zusatz-)Krankenversicherung und sonstige) aufgebracht (OECD System of Health Accounts (SHA), 2013; Dorner, 2013). Auf Seiten der Leistungserbringer/innen entfielen etwa 40 % auf Krankenanstalten, knapp ein Viertel auf den niedergelassenen Bereich und 17 % wurden für Apotheken/medizinische Güter aufgewendet.

Wie bereits beschrieben, liegen die Ausgaben für GF und Prävention (inklusive ÖGD) in Österreich unter dem EU-Durchschnitt, 2010 waren es 1,7 % der Gesamtausgaben. 45 % dieser Ausgaben wurden von Bund, Ländern und Gemeinden finanziert, z. B. für die Kosten des FGÖ, Mutter-Kind-Pass-Maßnahmen, aber auch Gesundheitsämter oder schulärztliche Dienste. Weitere 40 % dieses Betrages wurden von den SVT (inkl. Unfallversicherung) erbracht und dienten Rehabilitationsmaßnahmen bzw. dem o. g. Gesundheits-

förderungsfonds und der Vorsorgemittel (Hofmarcher, 2013).

Zu den privaten Ausgaben für GF und Prävention zählen auch die Aufwendungen von Unternehmen für Betriebliche GF (BGF), diese beliefen sich 2010 insgesamt auf 0,1 % der laufenden Gesamtgesundheitskosten.

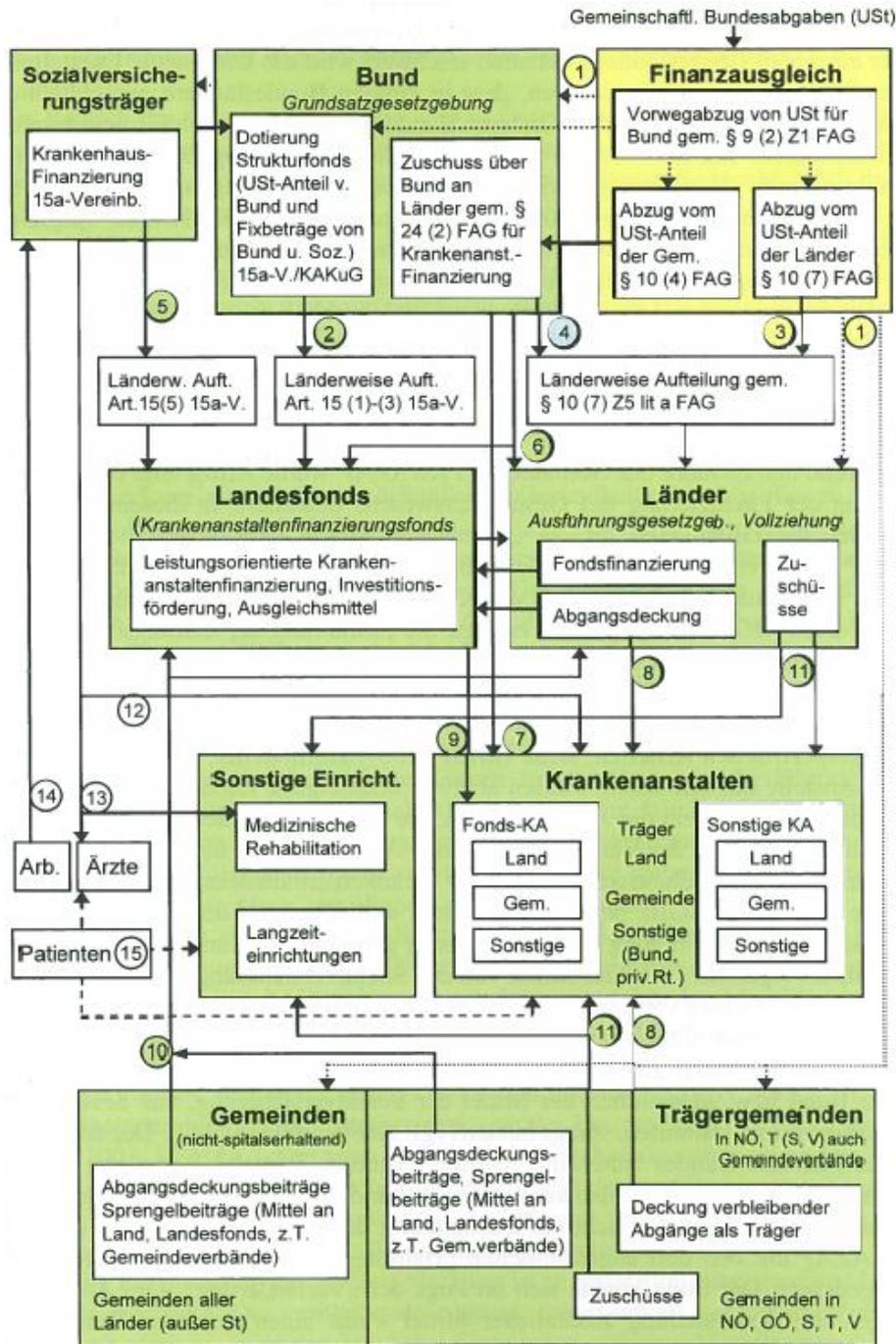


Abbildung 10. Finanzierungsströme im Gesundheitswesen

Quelle: Bröthaler et al. (2006, S. 170)

Im Vergleich dazu wendeten die Niederlande im gleichen Zeitraum etwa 1,4 % der laufenden Gesundheitsausgaben für arbeitsmedizinische Vorsorge auf (OECD 2012, zit. n. Hofmarcher, 2013, S. 129).

3.3.4 Die gesetzlichen Sozialversicherungsträger

Das österreichische SV-System basiert auf dem Prinzip der Pflichtversicherung, wobei die Versicherten im Gegensatz zu Deutschland, wo Versicherungspflicht herrscht, weder Umfang noch Versicherungsanbieter/in frei wählen können, sondern über Wohnort, Berufszugehörigkeit oder Dienstgeber/in einem Träger zugeordnet werden. Des Weiteren unterliegt die SV dem Solidaritätsprinzip, d. h. der Leistungsumfang ist überwiegend unabhängig von den gezahlten Beiträgen (Hofmarcher & Quentin, 2013). Das österreichische SV-System fußt auf drei Säulen: der Krankenversicherung, der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung (HVB, 2014b).



Abbildung 11. Organisation der österreichischen Sozialversicherung
 Quelle: BMG (2013b)

Die österreichischen SVT unterliegen ferner dem Prinzip der Selbstverwaltung, sie sind Körperschaften öffentlichen Rechts, können ihre Organisation und Verwaltung jedoch eigenständig festlegen, ihr oberstes Gremium ist der HVB.

Dem HVB, Dachverband aller gesetzlichen Kranken-, Pensions- und Unfallversicherungsträger in Österreich, sind 22 SVT zugeordnet (vgl. *Abbildung 11*). Dazu gehören 19 soziale Krankenversicherungsträger, das sind neun Gebietskrankenkassen, sechs Betriebskrankenkassen, die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB; HVB 2014b). In Deutschland gibt es im Vergleich dazu laut Spitzenverband der GKV derzeit 131 gesetzliche Krankenkassen (Stand 01.07.2014; GKV-Spitzenverband, 2014).

Der Anteil der in Österreich krankenversicherten Bevölkerung schwankt je nach Quelle zwischen 98 % (Armutskonferenz, 2010) und 99,9 % (Hofmarcher, 2013). Damit haben nahezu alle Einwohner/innen Österreichs Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (für die häufig der Begriff SV irrtümlich synonym verwendet wird). Im Gegensatz dazu gehören der (gesetzlichen) Unfallversicherung nur etwa jene drei Viertel der Bevölkerung an, die erwerbstätig sind oder sich in Ausbildung befinden (Schule bzw. Universität). Diese Versicherung deckt Vor-Ort- und Wegeunfälle im Bereich der Arbeits- oder Ausbildungsstätte ab. Anspruch auf Pensionsversicherung haben nur Erwerbstätige und Pensionierte. Zudem gehören Arbeitslosen- und Insolvenzentgeltversicherung, Pflegevorsorge und Kinderbetreuungsgeld zu den Verantwortlichkeiten der SV (Hofmarcher & Quentin, 2013).

3.3.4.1 Masterplan Gesundheit und Rahmen-Pharmavertrag

Der *Masterplan Gesundheit*, 2010 gemeinsam von den SVT ausgearbeitet und zur Diskussion gestellt, fußte auf der Kritik, dass der Fokus im österreichischen Gesundheitswesen auf „individueller Reparaturmedizin“ (Pöttler, 2012, S. 276) und nicht auf einem ganzheitlichen Ansatz zur Stärkung und Verbesserung der Gesundheit läge. Daraus resultiere eine hohe (vermeidbare) Anzahl chronisch kranker Personen, zudem wurde moniert, dass Österreich das einzige europäische Land ohne nationale Gesundheitsziele sei (Schelling & Reischl, 2010). Neben der Bemängelung der Verantwortungsteilung von Bund und Ländern für den extra- und den intramuralen Bereich und der damit einhergehenden Fragmentierung der medizinischen Versorgung, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen könne, wurden Qualitätseinbußen befürchtet. Diese ergäben sich aus einer Versorgungs- und Finanzplanung, die sich nach der Zuständigkeit der Akteure statt nach dem Bedarf richte und die nicht sektorenübergreifend und ganzheitlich gestaltet sei. Weiterhin wurde beanstandet, dass Evidenzorientierung in Österreich vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt würde, ebenso fehlten umfassende Qualitätsberichte und eine offene Fehlerkultur, die durch die zersplitterten Strukturen gefördert würde (HVB, 2010).

Auf der Grundlage dieser Monita wurden neun Reform-Punkte formuliert und zum gemeinsamen Dialog mit den verantwortlichen Stakeholdern eingeladen. Neben der Entwicklung von Gesundheitszielen und der Messbarmachung der Qualität des Gesundheitswesens wurde z. B. gefordert, dass ein „Paradigmenwechsel“ weg von der „Reparaturmedizin hin zu Gesundheitsförderung und Prävention“ stattfinden solle (Schelling & Reischl, 2010, S. 603). Dazu müssten gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die GF ausbauen und Betriebliche und Schulische GF stärken (Pöttler, 2012). Nach dem Aufruf zu einer Nationalen Gesundheitskonferenz in 2011, der Bewerbung des Masterplanes durch „Gesundheitsreform jetzt!“-Broschüren und der Bildung von Arbeitsgruppen in 2012 wurde es ruhig um den *Masterplan Gesundheit*. Diverse Themen des *Masterplans Gesundheit* wurden jedoch im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 und der Zielsteuerung Gesundheit aufgegrif-

fen, darunter die Entwicklung und Verabschiedung von nationalen Gesundheitszielen, die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen wie der Primärversorgung Neu bzw. der Ausbau von GF und Prävention.

Neben dem Versuch, GF- und Präventionsagenden im *Masterplan Gesundheit* voranzutreiben, stehen dem HVB weitere Möglichkeiten zur Verfügung, GF und Prävention explizit zu unterstützen. Im sogenannten Rahmen-Pharmavertrag ist festgehalten, dass „durch einen freiwilligen Beitrag der pharmazeutischen Unternehmen und der pharmazeutischen Großhandelsfirmen die Leistungsfähigkeit der sozialen Krankenkassen, insbesondere auch gegenüber dem Patienten“ unterstützt wird (HVB, 2014a). Diese als *Gemeinsame Gesundheitsziele* (nicht zu verwechseln mit den Rahmen-Gesundheitszielen des Bundes und der Länder) bezeichnete Initiative wurde erstmals 2008 ausgehandelt, die aktuelle Vereinbarung ist bis 2015 gültig. Sie legt fest, dass die Pharmawirtschaft von 2011-2015 insgesamt 82 Millionen Euro an den HVB (zurück-)zahlt. Neu wurde mit der letzten Unterzeichnung 2011 festgelegt, dass aus dieser Gesamtsumme ein Betrag von 6,75 Millionen Euro (etwa 5 %) für Maßnahmen in den Bereichen Kindergesundheit und Prävention zweckgebunden wird, das entspricht 1,5 Millionen Euro jährlicher Förderung. Ziel sei es, „durch innovative Maßnahmen/Projekte der Öffentlichkeit, anderen Partnern im Gesundheitswesen und der Politik Handlungsnotwendigkeiten in den Bereichen Kindergesundheit und Prävention aufzuzeigen“. Zudem solle dargestellt werden „wie leistungsfähig zwei Partner im Gesundheitswesen sein können.“ (HVB, 2014a).

3.3.4.2 Aufgaben, Leistungen und Ausgaben der sozialen Krankenversicherungen

Aufgaben und Leistungen der sozialen Krankenversicherungen

Die Funktionen und Leistungen der österreichischen Krankenversicherungen im Krankenbehandlungs- und im Gesundheitssystem stellte Resch (2007) in einer Masterarbeit zusammen. Die wissenschaftliche Publikationslage dazu war limitiert und beschränkte sich auf einige wenige Arbeiten aus den 1980er- und 1990er-Jahren. Demnach seien (1) Versicherungsschutz bzw. soziale Sicherheit (z. B. Chancengleichheit im Zugang zu medizinischer Versorgung), (2) Angebot von Leistungen (z. B. Krankenbehandlung, Kuration), (3) Finanzierung (z. B. Lohnfortzahlung bei Krankheit) und (4) Verwaltung die Hauptfunktionen der Krankenversicherungen.

Im Bereich der GF beschrieb Resch (2007) als Aufgaben bzw. Verantwortlichkeiten der Krankenkassen die folgenden sechs Bereiche: (1) Information (z. B. Aufklärung und Beratung), (2) Leistungsanbieter (z. B. Impfungen, VU, Rehabilitation), (3) Geldgeber, Finanzierung (z. B. Finanzierung von GF-Projekten), (4) Enabler (z. B. Aus- und Weiterbildungen), (5) Servicestelle für Vertragspartner/innen (z. B. Vermittlung von Kontakten) und (6) Kooperations- und Vermittlungszentrum (Change facilitator, z. B. Aufbau von Infrastruktur).

Die von Resch unter *Leistungsanbieter für Gesundheitsförderung* beschriebenen Leistungen der Rehabilitation und VU können jedoch im Sinne der Definition von GF (vgl. Kap. 2.1) nicht als GF-Maßnahme verstanden werden. Kann man die VU noch der Prävention zuordnen, sind Rehabilitationsmaßnahmen per Definition im Bereich der Tertiärprävention angesiedelt.

Tabelle 2. Beziehungen zwischen Krankenversicherungen und Leistungsträgern

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pöttler (2012)

Art der Beziehung	Beschreibung	Gestaltungsmöglichkeit für die Krankenkassen
Verträge	Verhandlungen über Honorare und Leistungen zwischen sozialen Krankenversicherungen und Standes- bzw. Berufsvertretungen in der ambulanten (Primär-)Versorgung	Hoch
Pauschalzahlungen (Finanzierungs-beteiligung)	Jährliche Valorisierung der von den Krankenkassen finanzierten Lohnkosten im laufenden Betrieb in öffentlichen und privaten Krankenanstalten mit Versorgungsleistungen	Keine Mitgestaltungsmöglichkeit bei Investitions- oder Erhaltungskosten (werden vom Eigentümer übernommen, d. h. Bund oder Länder)
Integrierte Beziehung	Vollständige Integration von Angebot und Zahlung in den (kasseneigenen) Einrichtungen (Ambulatorien, Unfallkrankenhäuser, Kureinrichtungen)	Zentral

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen umfassen neben ambulanter und stationärer Kranken- und Rehabilitationsbehandlung, Zahnbehandlung und -ersatz, Krankengeld und sonstigen Geld- und Sachleistungen auch Jugendlichenuntersuchungen und VU zur Früherkennung von Krankheiten. Sie finanzieren den extramuralen Sektor der (Primär-)Versorgung, also niedergelassene Ärzt(inn)e(n).

Die SVT leisten zudem einen Zuschuss zur Krankenhausfinanzierung, der jährliche Beitrag in Form einer Pauschale ist in der Artikel 15a-Vereinbarung festgeschrieben. In *Tabelle 2* wird dargestellt, welche Möglichkeiten der Gestaltung bzw. Mitwirkung die Krankenkassen dabei in den einzelnen Bereichen haben.

Darüber hinaus finanzieren die SVT der gesetzlichen Krankenversicherung „nach Maßgabe ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit und dem wirtschaftlichen Bedürfnis ihrer Versicherten als **freiwillige Leistungen** [Hervorhebung in der Quelle, d. A.] auch Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit ("Kuraufenthalte" bzw. Zuschüsse zu solchen) und Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (etwa Gesunden- und Betriebsfürsorge; Maßnahmen zur Bekämpfung von Volkskrankheiten)" (BMG, 2014f). Ein gesetzlicher Anspruch auf diese freiwilligen Leistungen besteht jedoch nicht. Diese „Kuraufenthalte“ zur Gesundheitsfestigung sollten nicht verwechselt werden mit Rehabilitationsmaßnahmen i. S. der Tertiärprävention.

Gemäß § 447h (4) ASVG muss der HVB dem BMG und dem BMASK jährlich zum 30. Juni einen Bericht über die Entwicklung der VU und der Maßnahmen der GF über das jeweils vo-

rangegangene Jahr vorlegen. Darin sollen die Zahlen zur Inanspruchnahme und entsprechende Maßnahmen der Steigerung der Partizipationsraten der VU (nach spezifischen Risikogruppen) dargestellt werden. Darüber hinaus enthält er eine Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung für die folgenden drei Jahre. Weiterhin muss über die Maßnahmen der GF, die durch den HVB (teil-)finanziert wurden, Bericht erstattet werden (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP), 2013, S. 18).

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen

Im Jahr 2011 erbrachten die gesetzlichen Krankenversicherungen Leistungen im Wert von etwa 13,8 Milliarden Euro, davon ging etwa ein Drittel an Krankenhäuser (4,3 Mrd. Euro, 31 %), ein Viertel an Ärzt(inn)e(n) (3,6 Mrd. Euro, 26 %) und ein Fünftel wurde für Medikamente (2,9 Mrd. Euro, 21 %) aufgewendet (BMG, 2014f). Auch in den Gesundheitsgesamtausgaben Österreichs sind die Krankenanstalten mit 39 % der größte Budgetposten (Dorner, 2013). Daraus geht eine gewisse Krankenhauslastigkeit der Ausgaben hervor, auch die Ausgaben im pharmazeutischen Bereich (Medikamente) scheinen vergleichsweise hoch.

Für die Früherkennung von Krankheiten und für GF wurden im gleichen Zeitraum 131 Millionen Euro ausgegeben. Zu den Vorsorgeleistungen der Kassen zählen VU, Jugendlichenuntersuchungen, Mutter-Kind-Pass-Leistungen, humangenetische Untersuchungen, Zuschüsse zur FSME-Impfung (Zeckenschutzimpfung), GF, Zahnindividual- und Gruppenprophylaxe und weitere präventive Leistungen (z. B. Krebsabstrich, Prostatauntersuchung, etc.).

Tabelle 3. Ausgaben der sozialen Krankenversicherung, nominell in Millionen Euro 2005-2011

(Quelle: HVSV, 2012a, zit. n. Hofmarcher, 2013, S.106)

	Betrag in Mio. Euro			Wachstumsraten		Anteile		
	2005	2010	2011	2005-2011	2010-2011	2005	2010	2011
				in %	in %	in %	in %	in %
Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen	23	39	40	71,5	3,6	0,2	0,3	0,3

Betrachtet man die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung für Leistungen der GF (vgl. *Tabelle 3*) bewegten sich diese mit Blick auf die Gesamtaufwendungen mit 0,2-0,3 % unterhalb der Wahrnehmungsschwelle.

Die finanziellen Mittel dafür stammen zum Teil aus dem gesetzlich vorgeschriebenen Gesundheitsförderungsfonds (vgl. *Kap. 3.2*), der einerseits aus der Tabaksteuer (vgl. *Kap. 3.3.5*) gespeist wird, seit 2011 zusätzlich aus Geldern des Rahmen-Pharmavertrages (vgl. *Kap. 3.3.4.1*). in 2010 wurden von den Krankenkassen davon etwa 4 Millionen Euro für

GF-Maßnahmen und VU verwendet (Hofmarcher, 2013). Für Maßnahmen zur Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung, die ebenfalls zu den (freiwilligen) Vorsorgeleistungen zählen, wurden 2011 zusätzlich zu den oben genannten 131 Millionen Euro für GF und Prävention noch 419 Millionen Euro aufgewendet (BMG, 2014f).

3.3.5 Gesetzliche Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich

Wie zu Beginn dieser Arbeit erwähnt, wurden GF und Prävention mit der Verabschiedung des ASVG 1992 bereits vor über 20 Jahren gesetzlich verankert (Bundeskanzleramt Österreich, 2013) und als Pflichtaufgaben der SVT definiert (§116, Abs.1). Die soziale Krankenversicherung umfasst unabhängig vom Träger u. a. die Leistungen GF (§154b ASVG) und Früherkennung von Krankheiten sowie sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (§132a ff. ASVG). Grundsätzlich muss die Krankenbehandlung immer ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das „Maß des Notwendigen“ (Hofmarcher, 2013, S. 103) nicht überschreiten. Das Solidaritätsprinzip (vgl. Kap. 3.3.3) ist im Sozialrecht und im Sozialversicherungsrecht und entsprechenden zusätzlichen Vereinbarungen geregelt. In Österreich gibt es außer für Arzneimittel keine Positiv- oder Negativlisten (Hofmarcher, 2013; Pöttler, 2012). Auch die gesetzlichen Regelungen für *freiwillige* Leistungen, die unter *Berdachtnahme* der finanziellen Leistungsfähigkeit der einzelnen Träger gewährt werden *können*, fanden bereits Erwähnung (BMG, 2014f; Rohrauer-Näf & Waldherr, 2011).

Einen Meilenstein der österreichischen GF stellte 1998 die Verabschiedung des Gesundheitsförderungsgesetzes (GfG) dar (Bundeskanzleramt Österreich, 2006). Inhaltlich basierend auf der Ottawa Charta (WHO, 1986) regelt es u. a. den Budgetrahmen für gesundheitsfördernde und primärpräventive Maßnahmen, die nicht in den Aufgabenbereich der gesetzlichen SV fallen. Mit dem GfG werden insgesamt jährlich 7,25 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, mit denen die GÖG und speziell der ihr zugeordnete FGÖ Strategien, Maßnahmen und Initiativen a) zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und b) zur Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und über seelische, geistige und soziale Faktoren, die Gesundheit beeinflussen, initiieren und umsetzen sollen (FGÖ, 2005a).

Sicher unikal für Österreich ist, dass seit der Gesundheitsreform 2005 ein Drittel der Einnahmen aus der Tabaksteuer den SV zukommt (zwei Drittel fließen in die Krankenanstaltenfinanzierung), die per Gesetz zweckgebunden für die VU und für Maßnahmen der GF verwendet werden müssen (Hoffmann, Stein & Dorner, 2012; Rohrauer-Näf & Waldherr, 2011). Es ist die einzige österreichische Steuer, die zweckgewidmet verwendet wird (§ 447h ASVG). In der Vereinbarung zur Gesundheitsreform 2005 (Artikel 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit) verpflichteten sich die Vertragspartner/innen für die Jahre 2008 bis 2013 erstmals, zukünftig orientiert an PH-Grundsätzen zu agieren. Dies wurde in der Gesundheitsreform 2013

fortgeschrieben (BMG, 2014b).

In *Abbildung 12* sind jene Gesetze und Bestimmungen aufgeführt, in denen GF, Prävention oder Kombination beider explizit Erwähnung finden. Die Bestimmungen zur GÖG, die per Bundesgesetz 2006 als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als Kompetenz- und Förderstelle für GF gegründet wurde, finden getrennt Erwähnung. Die Darstellung basiert auf RIS-Abfragen (Rechtsinformationssystem des Bundes, Stand 25. Juli 2014) zu den o. g. Schlagwörtern.

Beachtlich ist die Vielzahl und Diversität an gesetzlichen Bestimmungen in Österreich, in denen GF und Prävention bereits (zumindest textlich) verankert sind, teilweise in Feldern, die nicht zu jenen zählen, die zunächst mit GF oder Prävention assoziiert werden (z. B. Betriebsratsgeschäftsordnung oder EWR-Abkommen (beide nicht in der Abbildung), sowie Musiktherapiegesetz). Dabei variiert der inhaltliche Umfang der GF- und Präventions-Bestimmungen erwartbar stark zwischen Randbemerkungen (z. B. im Psychologengesetz 2013: „Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie umfasst die (...) Anwendung von (...) Erkenntnissen und Methoden bei der Untersuchung, Behandlung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen und ihrer Lebensbedingungen einschließlich der Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Evaluation“) und tatsächlicher inhaltlicher Fokussierung auf die beiden Bereiche (z. B. im Gesundheitszielsteuerungs-Gesetz (G-ZG) oder im GfG).

Die rechtliche Grundlage der Gesundheitsreform 2013 bildet die aktuelle Artikel 15a B-VG-Vereinbarung, die u. a. Aufbau, Inhalte und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit sowie der dafür notwendigen Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene (Bundes-Zielsteuerungskommission und neun Landes-Zielsteuerungskommissionen) verankert. In der Präambel zur Vereinbarung ist explizit festgehalten, dass durch die vertraglich festgelegten Prinzipien der Kooperation und Koordination die „Partikularinteressen“ (organisatorische und finanzielle) der Vertragspartner/innen überwunden werden sollten. Die Umsetzung der Vereinbarung erfolgte im neu geschaffenen Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG).

Darüber hinausgehende Anpassungen in anderen Gesetzen wurden als Sammelgesetznovelle im Gesundheitsreformgesetz 2013 veröffentlicht. „Das Konzept der Zielsteuerung-Gesundheit stellt den verantwortlichen gesundheitspolitischen Stakeholdern ein taugliches Werkzeug zur Verfügung, das eine effektive Bewältigung der wesentlichen Herausforderungen der österreichischen Gesundheitspolitik ermöglicht.“ (Bachner et al., 2013, S. 150).

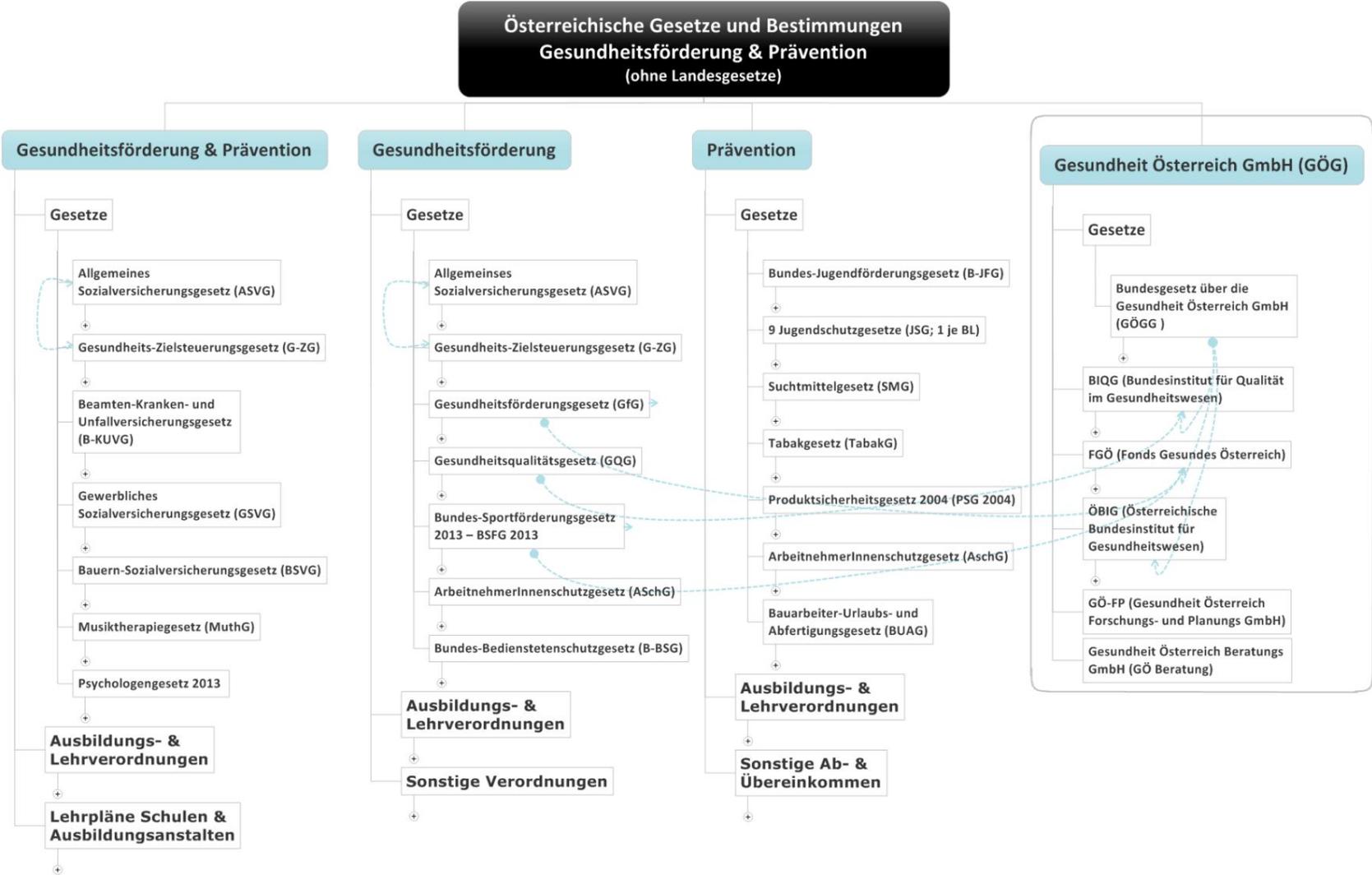


Abbildung 12. Auflistung der österreichischen Gesetze, die Bestimmungen zu Gesundheitsförderung und Prävention beinhalten

Neben dem GfG und dem G-ZG sind zweifelsohne das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) und das GÖG-Gesetz (GÖGG) für die Sicherstellung qualitativ hochwertiger GF- und Präventionsinitiativen von Relevanz. Das GQG bestimmt z. B. dass Aufbau, Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen müssen. Festlegungen zum Qualitätssystem haben den im G-ZG festgelegten Anforderungen zu entsprechen. Gesundheitsdienstleistungserbringer/innen müssen verpflichtend an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß G-ZG teilnehmen (HVB, 2014b).

Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention als Pflichtaufgabe der österreichischen Sozialversicherungsträger

In der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit sowie im G-ZG sind die rechtlichen Grundlagen für den Bundes-Zielsteuerungsvertrag verankert (BMG, 2014d). Die mit dem Gesundheitsreformgesetz 2013 einhergehenden Änderungen im ASVG legen zudem fest, dass die Erstellung von Richtlinien für GF und Prävention eine Aufgabe des HVB sei (HVB, 2014b). Artikel 23 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit widmet sich ausdrücklich dem Thema Stärkung der GF. Darin wird festgelegt, dass sich die Krankenversicherungsträger an den jeweiligen Gesundheitsförderungsfonds (im Landesgesundheitsfonds eingerichtet) beteiligen müssen. Die Höhe bzw. die Verteilung der Mittel ist in Absatz 2 festgehalten (BMG, 2013a).

Österreichweit erfolgt die Dotierung dieser Gesundheitsförderungsfonds für 10 Jahre (2013 bis 2022) mit insgesamt 150 Millionen Euro, wobei durch die Sozialversicherung 130 Millionen Euro und durch die Länder 20 Millionen Euro in gleichen Jahrestanchen einzubringen sind. Die Mittel der Sozialversicherung werden nach dem Versichertenschlüssel, die Mittel der Länder werden nach der Volkszahl aufgebracht und in dieser Form auf die Bundesländer verteilt.

Auf Landesebene wird über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds im Einvernehmen zwischen Land und SV in der Landes-Zielsteuerungskommission entschieden. In einem Jahr nicht verbrauchte Mittel verfallen nicht, sondern stehen im darauffolgenden Jahr weiter zur Verfügung. Die Bundes-Zielsteuerungskommission ist beauftragt, für die Verwendung dieser GF-Mittel Grundsätze und Ziele zu beschließen. Dabei herrscht das Prinzip vor, „dass Gesundheitsförderungsprojekte den grundsätzlichen Zielsetzungen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages und der Landes-Zielsteuerungsverträge nicht widersprechen“ (BMG, 2013c).

Weiterhin ist beschrieben, dass Prävention und Frühintervention bei Krankheiten „aus-

drücklich als Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung normiert“ sind, wobei bei entsprechenden Maßnahmen für Versicherte auf ein hohes Maß an Selbstbestimmung und die Befähigung zur Stärkung der Gesundheit und der Gesundheitskompetenz zu achten sei (HVB, 2014b, S. 11). Dies solle durch gezielte, auf die Lebenswelten der Anspruchsberechtigten orientierten Programme und durch entsprechende Aufklärung und Beratung erfolgen.

Zugleich ist es notwendig, dass die Krankenkassen sich aktiv in kommunalen Gremien zur Erstellung von GF-Maßnahmen einbringen und mit den verantwortlichen Partner(inne)n koordinieren (z. B. Bündnisse für Kindergesundheit). GF bedarf auf kommunaler Ebene der Partizipation von und ggf. Koordinierung durch die politischen Stakeholder/innen, z. B. unter der Mithilfe von Krankenversicherungsträgern. Zudem sollten so auch Projekte finanziert werden, die nicht nur den Versicherten zukommen.

3.3.6 Kritische Würdigung des österreichischen Gesundheitssystems

Die derzeit existierenden Bestimmungen, die die Trennung der Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenzen im Gesundheitsbereich festlegen und damit die unterschiedlichsten (und zum Teil abstrus wirkenden) Zuständigkeiten auf den Plan rufen, wirken in weiterer Folge negativ auf die Effizienz des Gesamtsystems. Weiterhin kann dadurch die Patient(inn)enversorgung, insbesondere an den Übergängen zwischen intra- und extramuralem Bereich beeinträchtigt werden, aber auch die Wahrnehmung der GF- und Präventionsangebote (Bachner et al., 2013).

Die vorherrschenden Strukturen verlangen nach erhöhtem Abstimmungsbedarf und führten zu komplexen Organisations- und Finanzierungsstrukturen und erschwerter Vergleichbarkeit der Leistungsangebote. Die vielschichtigen und zudem teuren Abrechnungsvorgänge der zahlreichen Vertragspartner/innen, gekoppelt mit limitierter Vernetzung unter den Träger(inne)n und Tarifunterschieden, führen zu fehlender Transparenz über Bedarfe im Gesundheitssystem. Laut Bachner et al. (2013) gibt es zwar zunehmende Harmonisierungsbestrebungen und Transparenz hinsichtlich gesundheitssystem-relevanter Daten und Berechnungsgrundlagen, die Unterschiede etwa bei regionalen Finanzierungsmechanismen des stationären Bereichs oder bei der Honorierung von Gesundheitsdienstleister(inne)n bestehen jedoch nach wie vor. Laut HVB ist mit der Gesundheitsreform 2013 auf Grundlage einer den Krankenversicherungen übertragenen Vertragspartner-Analyse nun die Vergleichbarkeit der verschiedenen Honorierungssysteme normiert (HVB, 2014b).

Die aktuellen Strukturen verhindern zudem länderübergreifende Kooperationen fast vollständig und führen zu einem uneinheitlichen Vollzug der Gesetze (unterschiedliche Gesetze in den Ländern, z. B. Landeskrankenanstaltsgesetze und KAKuG des Bundes) und unterschiedlichen Leistungsansprüchen (Pöttler, 2012). Eine Vereinfachung dieser verworrenen Strukturen wäre dringend angezeigt.

Im Wesentlichen basiert das österreichische Gesundheitswesen auf dezentral organisierten

Vertragsbeziehungen mit Leistungserbringer(inne)n, die im ambulanten Bereich fast völlig von Krankenversicherungsträger(inne)n und privaten Leistungserbringer(inne)n übernommen und strukturiert werden. Der stationäre Sektor ist nicht auf Vertragsbasis geregelt, sondern durch die Artikel 15a B-VG-Vereinbarung und die damit verschränkten Gesetze (Hofmarcher & Quentin, 2013).

Aus den aktuellen Bestimmungen zur Regelung der Krankenanstaltenfinanzierung ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen SVT (primär für Finanzierung des extramuralen Bereiches zuständig) und Krankenhäusern. SVT müssen im Krankenhausbereich nur gedeckelte Beiträge zahlen, unabhängig davon, wie viele ihrer Patient(inn)en in diesem Krankenhaus behandelt werden. Dies könnte dazu führen, dass Leistungen aus dem extramuralen in den intramuralen Bereich ausgelagert werden. Gleichzeitig sind die SVT Vertragspartner/innen für niedergelassene Ärzt(inn)e(n) und regulieren somit Angebote des extramuralen Bereiches durch Vergabe der Kassenverträge.

Im Gegensatz dazu versuchen die Krankenhausbetreiber/innen, eine möglichst hohe Zahl an Leistungen in andere (ambulante) Einrichtungen zu verlagern, um Mehrkosten zu vermeiden. Aufgrund der angesprochenen Deckelung gibt es durch die Behandlung von Patient(inn)en in Spitalsambulanzen keine Mehrerlöse für die Krankenhäuser. Das führt dazu, dass sich die beiden Akteure wirtschaftliche Vorteile nur zu Lasten des jeweils anderen erwerben können (Pöttler, 2012). Das ist ein Grund, warum die angestrebten Ziele einer sektorenübergreifenden Finanzierung und Planung, Verbesserungen im Schnittstellenmanagement und von Strukturqualitätskriterien im aktuellen System nur theoretisch möglich sind.

Weiterhin problematisch an der verschwimmenden Schnittstelle zwischen Krankenhausambulanzen und niedergelassenen Ärzt(inn)en ist, dass viele Ambulanzen Aufgaben des extramuralen Bereiches übernehmen. Der unterschiedlichen Ärztedichte, vor allem in Regionen mit wenig extramuraler Versorgung, ist geschuldet, dass Krankenhäuser verstärkt in Anspruch genommen werden. Weiterhin war in den letzten Jahren zu beobachten, dass die Zahl der niedergelassenen Fachärzt(inn)e(n) überproportional im Vergleich zur Zahl der Allgemeinmediziner/innen anstieg.

Durch den verhältnismäßig unregelmäßigen Zugang zu Krankenhausambulanzen via e-Card, der einerseits zu teurem (und gefährlichem) „Ärztshopping“ führen kann, werden Krankenhausambulanzen von Patient(inn)en oft als one-stop-shop verstanden. Was einerseits von Vorteil sein könnte, weil theoretisch alle Diagnosen und sich daraus mglw. ergebende Therapien an einem Ort gestellt werden könnten, kann aber leicht umschlagen und zu sogenannter Absicherungsmedizin führen. Das heißt, dass u. U. zu viele unnötige Untersuchungen durchgeführt werden (alles wird abgeklärt, da die Möglichkeiten vorhanden und der/die Patient/in vermutlich auch nur einmalig vorstellig wird) und fruchtlose Medika-

mentenverschreibungen erfolgen. Es ist z. B. bekannt, dass die Zahl der Antibiotika-Verschreibungen für Infekte in Ambulanzen deutlich höher ist, als bei Hausärzt(inn)en, da in Ambulanzen i. d. R. keine Allgemeinmediziner/innen eingesetzt werden. Das Dilemma verstärkt sich durch den Grundsatz, dass in Krankenhäusern niemand abgewiesen werden darf.

Dieser Umstand hat den Ruf nach einer Primärversorgung verstärkt, in der die Rolle der niedergelassenen Allgemeinmediziner/innen als Gatekeeper gestärkt wird. Ansätze davon sind in das jüngst verabschiedete Konzept der Primärversorgung Neu eingeflossen, das darauf abzielt, in multiprofessionellen Primärversorgungsambulanzen Bürger/innen umfassend versorgen zu können (BMG, 2014a; 2014e). Auch sollen GF- und Präventionsmaßnahmen in der neuen Primärversorgung ein höherer Stellenwert eingeräumt werden. Bachner und Kollegen (2013, S. 148) fassen zusammen:

Vor allem hohe Zufriedenheitswerte und niederschwelliger Zugang verbunden mit einem umfassenden Leistungsangebot zeichnen nach wie vor das österreichische Gesundheitssystem aus. Andererseits rücken die verhältnismäßig hohen Ausgaben ins Zentrum gesundheitspolitischer Aufmerksamkeit, insbesondere da diesen Ausgaben (...) teilweise nur durchschnittliche Ergebnisse gegenüberstehen. Vor allem mangelnde Abstimmung zwischen den einzelnen Gesundheitssystem-Sektoren und damit verbundene redundante Versorgungsangebote sowie teilweise dysfunktionale Anreize auf Grund des bestehenden Finanzierungssystems verursachen Handlungsbedarf. Auch im Bereich Prävention weist Österreich Verbesserungspotenziale auf.

3.4 Exkurs: Status Quo von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland

Wie beschrieben, besteht im deutschen Gesundheitswesen Versicherungspflicht, derzeit konkurrieren 131 gesetzliche Krankenkassen um Versicherte. Nahezu alle Bürger/innen Deutschlands sind krankenversichert, 2011 waren lediglich 0,2 % der Gesamtbevölkerung nicht krankenversichert bzw. ohne sonstigen Anspruch auf Krankenversorgung (Statistisches Bundesamt (destatis), 2012). Insgesamt sind etwa 85 % der Personen in Deutschland gesetzlich versichert (GKV-Spitzenverband, 2014).

Das deutsche Krankenkassensystem basiert auf mehreren Grundprinzipien, nämlich der Versicherungspflicht, dem Solidaritätsprinzip, dem Subsidiaritätsprinzip, dem Bedarfsdeckungsprinzip und dem Sachleistungsprinzip. Wie in Österreich unterliegen Krankenkassen in

Deutschland der Selbstverwaltung (Klemperer & Braun, 2010).

Das deutsche BMG hat eine Unterabteilung *Prävention* mit vier Referaten eingerichtet, zwei davon sind für GF und Zielgruppenarbeit zuständig. Einer weiteren Unterabteilung ist die Gesundheitsvorsorge zugeteilt. Dieses Referat ist u. a. für die Förderung der Gesundheit, für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung sowie für Früherkennung und Vermeidung von Erkrankungen zuständig. Auch Pflege und Ausbildung fallen in den Verantwortungsbereich des BMG. Ein wichtiger Akteur im Bereich GF und Prävention ist die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., der etwa 130 Organisationen angehören, vor allem die Bundesverbände des Gesundheitswesens (z. B. Bundesärztekammer, Spitzenverband der Krankenkassen). Das Ziel der Vereinigung sind Struktur- und -verbesserung von Prävention und GF in Deutschland, sie dient als Link zwischen Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik (Walter, Schwartz & Plaumann, 2012).

Auch den Bundesländern kommen verfassungsgemäß Aufgaben im Gesundheitsschutz zu, auch wenn Gesetzgebungen vielfach Bundeskompetenz sind. In allen Bundesländern gibt es Ministerien mit Fachabteilungen für Gesundheit, die u. a. für die Umsetzung der Gesetze zuständig sind und die Fachaufsicht über das öffentliche Gesundheitswesen haben. Die Gesundheitsministerkonferenz und die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden koordinieren die Tätigkeiten der einzelstaatlichen Ministerien auf Bundesebene. Den Landesministerien obliegen die Aufgaben der Prävention und GF, sie unterstützen die Gesundheitsinstitutionen auf Landesebene (z. B. Landesvereinigung, Landeszentrale und Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheit, Gesundheitserziehung oder -förderung).

Die Gesamtausgaben für Gesundheitsschutz und Prävention lagen in Deutschland 2012 bei 3,6 % der Gesamtgesundheitsausgaben, etwa 46 % davon trugen die (gesetzlichen und privaten) Krankenversicherungen. Ungefähr zwei Drittel der Ausgaben (65 %) wurden für GF und Krankheitsfrüherkennung verwendet, die übrigen 35 % für den allgemeinen Gesundheitsschutz, für Gutachten und für koordinative Aufgaben. Bei den gesetzlichen Krankenversicherungen betrug der Anteil der Kosten für Prävention 2,8 %, bei den privaten Krankenversicherungen 0,6 % (destatis, 2014). Damit waren die Anteile im Vergleich zu 2009 leicht fallend (Walter, Schwartz, et al., 2012).

In Deutschland sind die gesetzlichen Krankenkassen eng in die Verantwortung für Prävention und GF eingebunden (GKV-Spitzenverband, 2010). Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass die Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die insbesondere sozialbedingte gesundheitliche Ungleichheiten vermindern sollen. Zudem können die Kassen zur Ergänzung des Arbeitsschutzes Maßnahmen der BGF durchführen. Weiterhin sollen sie Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern (RKI, 2007).

Es ist weiterhin gesetzlich reguliert, dass ein bestimmter, jährlich angepasster Betrag in

Prävention und BGF einfließt. Laut GKV-Spitzenverband haben die Krankenkassen im Berichtsjahr 2012 etwa 238 Millionen Euro für BGF und Prävention aufgewendet (GKV-Spitzenverband & MDS, 2013). Dies entspricht Ausgaben von 3,41 Euro je Versicherungsnehmer/in und übertrifft damit den gesetzlich vorgesehenen Orientierungswert für das Jahr 2012 (2,94 Euro).

Die deutschen Krankenkassen sind seit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 gesetzlich verpflichtet (§ 20 Abs. 1, SGB V), Leistungen der Primärprävention und GF in ihre Satzungen aufzunehmen. Damit soll der allgemeine Gesundheitszustand der Versicherten verbessert und sozial bedingte Ungleichheit vermindert werden. Zudem ist die BGF eine Pflichtleistung der Krankenkassen (§ 20a SGB V). Sie soll settingorientiert und partizipativ gestaltet werden, um Gesundheitskompetenzen zu vermitteln, die zur Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität führen. Da in einem Betrieb Versicherte verschiedener Kassen angestellt sind, sollen sowohl die beteiligten Kassen, als auch die Unfallversicherungen in Maßnahmen der BGF miteinander kooperieren (GKV-Spitzenverband & MDS, 2013).

Der *Leitfaden Prävention* wurde im Jahr 2000 erstmals von der GKV veröffentlicht und wird kontinuierlich um wissenschaftliches und praktisches Wissen erweitert. Er bildet das zentrale Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung und stellt eine Handlungsanleitung für GF und BGF dar (GKV-Spitzenverband, 2010). Dabei müssen die von den Krankenkassen geförderten Maßnahmen der GF und Prävention vorgegebenen Qualitätskriterien entsprechen, die im Leitfaden für die vier Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung und Suchtmittelkonsum definiert sind. Sollten die Aktivitäten nicht diesen Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen sie nicht im Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden. Die Krankenkassen können also ihre Leistungen frei gestalten, solange sie im Rahmen des verpflichtend vorgegebenen Rahmens durchgeführt werden.

Deutschland ist seit 2004 bestrebt, ein Präventionsgesetz zur Stärkung der Krankheitsprävention und GF einzuführen, bisher jedoch erfolglos. Die Gesetzesinitiative, deren Verabschiedung sowohl 2005 als auch 2013 scheiterte, soll die primäre Prävention und GF neu regeln. In die Erarbeitung eines neuen Entwurfes sollen alle gesetzlichen SVT, also neben Krankenkassen auch Unfall- und Pensionsversicherungen sowie die Bundesanstalt für Arbeit und die BZgA einbezogen werden. Bisher ist vorgesehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen zunächst 7 Euro, ab 2018 bis zu 10 Euro pro Versicherten in GF und Prävention investieren sollen. Davon sollen 80 % in Prävention in Settings fließen, zudem soll die Inanspruchnahme von VU und Impfprogrammen erhöht werden.

Blättner et al. (2014) appellieren, dass damit nur eine Stärkung von verhaltensorientierten Maßnahmen in Settings gemeint sei, nicht jedoch die Schaffung gesundheitsförderlicher Settings, die nachweislich wirksamer und nachhaltiger sind. Settings dürfen nicht nur als „Interventionsfeld für verhaltenspräventive Maßnahmen verstanden“ werden. Zudem wird befürchtet,

dass Empowerment und Partizipation, zwei Grundfeste der GF, als „add on“ jedoch nicht als Kernmerkmal der GF verstanden werden. Im Juni 2014 wurde bekanntgegeben, dass das Präventionsgesetz nicht wie im Koalitionsvertrag verankert 2014 verabschiedet wird. Es gelte aber nicht als gescheitert, sondern würde noch in der laufenden Legislaturperiode umgesetzt.

Bewertung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Während sich der Anstieg der Gesamtkosten im deutschen Gesundheitssystem in den letzten Jahren in erster Linie durch Verlagerungen der Kosten verlangsamt, wurden gleichzeitig immer mehr Kosten von den gesetzlichen Krankenversicherungen auf Konsument(inn)en, Privatversicherungen sowie andere Sozialversicherungen verlagert. Private Ausgaben, einschließlich Zuzahlungen, Privatversicherungen und Wohlfahrtsleistungen, stiegen in den letzten 15 Jahren um 20 %. Damit liegt Deutschland im Europavergleich im Spitzenfeld.

Das einstige „Aushängeschild“ des Gesundheitssystems, die gesetzlichen Krankenkassen, stehen vor enormen Herausforderungen durch demographische und arbeitsmarktpolitische Entwicklungen, da die Beiträge (und demnach Einnahmen) nicht im gleichen Ausmaß steigen wie die Ausgaben (Porter & Guth, 2012, S. 10). Das System beruht nach dem Solidaritätsprinzip auf einkommensabhängigen Beitragssätzen und kostenloser Mitversicherung für Angehörige, d. h. Solidarausgleich zwischen höheren und niedrigeren Einkommen, zwischen Gesunden und Kranken, zwischen jüngeren und älteren Versicherten und Alten und zwischen Beitragszahler(inne)n und beitragsfrei Mitversicherten. Seit 2004 unterstützt die Regierung die Krankenversicherungen in substantiellem Ausmaß aus Steuergeldern. Auch das Wettbewerbssystem mit 131 Kassen wird im Zuge der aktuellen Entwicklungen immer wieder in Frage gestellt.

Walter, Schwarz et al. (2012) kritisieren, dass immer noch die traditionelle Modellvorstellung vorherrsche, dass die einzelnen Stufen der Prävention (von Primordial- bis Tertiärprävention, vgl. *Kap. 2.1*) sequentiell aufeinanderfolgen. Auch wenn zunehmend mehr integrative Ansätze Anwendung fänden, geschähe dies bisher nur auf Modellprojektebene. Auf diesem „Stufendenken“ basieren die derzeit gültigen Leistungsgesetze, Maßnahmen, Angebote, Trägerschaften und Finanzierungen – im Umkehrschluss führe dies zu strikt getrennten Organisationsstrukturen. Zudem würden Präventionsmaßnahmen in Deutschland noch zu sehr auf Kinder und Jugendliche fokussieren, Ältere seien selten Zielgruppe gesundheitsförderlicher und präventiver Angebote.

Zudem fehlten intersektorale Strategien in der Politik, auch gäbe es kaum nationale Präventionsprogramme oder Mehr-Ebenen-Konzepte. Zudem kritisieren die Autor(inn)en, dass es ob unzureichend definierter (und akzeptierter) Aufgaben und Rollen „Ausgrenzungstendenzen und sich abgrenzende Professionalisierungsbestrebungen“ gäbe, die gelingende

Kooperationen verhinderten (Walter, Schwartz, et al., 2012, S. 286). Zudem seien GF und Prävention geprägt von vielen Akteur(inn)e(n), hoher Interdisziplinarität, finanzieller und personeller Diskontinuität und von „Projektitis“. Insgesamt fehle es an gemeinsamen Strategien im Gewirr der Zielgruppen, Programme, Anbieter/innen, Berufsgruppen und Expertisen. Auch fehle eine flächendeckende Anwendung und Implementierung von Qualitätsmanagementprogrammen und -instrumenten, deren Entwicklung im Bereich GF und Prävention erst am Anfang stünden. Qualitätsstandards in den Angeboten, standardmäßige Evaluation und Qualitätssicherung hätten sich in Deutschland noch nicht umfassend durchgesetzt.

4 Stellenwert der Sozialversicherung Österreichs in Gesundheitsförderung und Prävention

Die vorhergehenden Kapitel widmeten sich der theoretischen Aufarbeitung relevanter Gesichtspunkte von GF und Prävention, d. h. Definitionen, Rahmenbedingungen, Qualitätsaspekte, dem Einfluss kA auf Gesundheit und damit verbundene Gesundheitspotenziale. Weiterhin wurden Grundlagen des österreichischen Gesundheitssystems vorgestellt inklusive gesetzlicher Grundlagen und rezenter politischer Entwicklungen. Im Folgenden soll aufgezeigt werden, in welchem Ausmaß die gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich derzeit Maßnahmen der GF und Prävention anbieten, unterstützen und/oder finanzieren.

4.1 Methodisches Vorgehen und Datenaufbereitung

Der Stellenwert der österreichischen Krankenversicherungen wurde mithilfe relevanter wissenschaftlicher Literatur, Dokumentenanalysen und Internetrecherchen untersucht. Dabei wurden nur Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen und des HVB einbezogen, die aktuell im Bereich GF und (Primär-)Prävention angeboten werden. Die Felder Sekundär- und Tertiärprävention wurden explizit ausgeklammert. Je nach Definition werden Maßnahmen wie VU oder Impfkampagnen verschiedentlich als Primär- oder Sekundärprävention betrachtet, in der vorliegenden Arbeit werden sie als primärpräventive Maßnahmen in die Darstellungen einbezogen. Oftmals ist eine Vermischung der Zielgruppen in der Zuordnung zu Primär- oder Sekundärprävention nicht zu vermeiden, der Fokus der Analyse lag auf Angeboten für Personen ohne Risikofaktoren oder (chronische) Erkrankungen. Maßnahmen der Unfall- und Pensionsversicherung wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Zunächst wurde in den gängigen (medizinischen und sportwissenschaftlichen) Datenbanken nach relevanten wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu GF- und Präventionsmaßnahmen in Österreich gesucht. Bis auf wenige Ausnahmen konnten keine der Fragestellung entsprechenden wissenschaftlichen Publikationen ausfindig gemacht werden. Daraufhin wurden öffentlich zugängliche Berichte und Dokumente herangezogen, zuvorderst die aktuell verfügbaren Jahres- bzw. Geschäftsberichte der gesetzlichen Krankenkassen (Berichtsjahr 2012), der Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung (HVB, 2005), das Statistische

Handbuch des HVB 2014 (HVB, 2014b) und der Evaluationsbericht des HVB gemäß § 447h 2012 (IfGP, 2013). Aus diesen Dokumenten wurden Informationen über Umfang und Inhalt von GF- und Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen gewonnen, wobei das Hauptaugenmerk dabei auf den Aktivitäten der GF laut Definition aus *Kap. 2* lag. Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf den aktuellen Status Quo, abgeschlossene Projekte wurden nur fallweise einbezogen. Die Angaben aus den Jahres- bzw. Geschäftsberichten wurden durch Recherchen der Webauftritte der einzelnen Leistungsanbieter/innen ergänzt, vor allem in jenen Bereichen, in denen die genannten Dokumente keine oder nur limitierte Informationen offerierten (z. B. zu bewegungsbezogenen Aktivitäten). Zudem lieferten die Berichte kaum Auskünfte über Aspekte der Qualitätssicherung oder über konkrete Evaluationsergebnisse.

Mit der Internetrecherche wurde versucht, zusätzliche Details zu den o. g. Punkten (Angebote, Evaluation, Qualität) zu eruieren, jedoch mit limitiertem Erfolg. Einschränkend ist anzumerken, dass die Berichterstattung in den beschriebenen Dokumenten sowie die Inhalte der Webseiten der Anbieter/innen stark variieren. Stellenweise scheinen die Angaben unvollständig, allerdings kann nicht eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß dies zutrifft (oder nicht).

In einem letzten Schritt wurden alle 19 Krankenkassen telefonisch und e-mailig kontaktiert, um auf diesem Wege fehlende Auskünfte einzuholen. Anhand eines Gesprächsleitfadens sollten Angaben zur Anzahl, dem Inhalt und vor allem zu Qualitätsaspekten der GF- und Präventions-Angebote der einzelnen Kassen abgefragt werden. Zunächst wurden die Kontaktdetails (Ansprechpartner/innen, Telefonnummern, E-Mail-Adressen) im Internet recherchiert und in eine Liste eingetragen. Insgesamt wurden zwischen drei und fünf Telefonate pro Kasse geführt, gefolgt von etwa 4-5 E-Mails pro Anbieter. Fallweise war es schwierig, die intern zuständigen Mitarbeiter/innen ausfindig zu machen bzw. zu erreichen. Die Rückmeldung zu den gestellten Fragen war gering, lediglich Angestellte einer Kasse gaben zu allen Aspekten Auskunft. Von den übrigen Kassen konnten die entsprechenden Informationen nicht eingeholt werden. Als Begründung wurden Zeitmangel bzw. zu hoher Aufwand genannt. Einige Personen gaben an, dass Antworten nur nach Rücksprache mit dem bzw. auf Anweisung des HVB erteilt werden könnten.

Zusammenfassend gaben die Mitarbeiter/innen einer Kasse Auskunft zu den Fragen des Gesprächsleitfadens, von zwei Kassen wurden die aktuellen Jahresberichte weitergeleitet, einige der kontaktierten Personen verwiesen auf die Webseite ihrer Kasse. Neun Krankenkassen antworteten trotz mehrfacher Nachfragen nicht, insgesamt sechs gaben an, kein Interesse an der Befragung zu haben.

Die gesammelten Informationen aus den (Jahres-)Berichten, der Internetrecherchen und der persönlichen Kontakte wurden in einer Matrix mit entsprechenden Kategorien eingetra-

gen. In Tabellen wurden die Maßnahmen und deren Inhalte je Anbieter erfasst, zudem die Anzahl der durchgeführten Aktivitäten und die Anzahl der erreichten Personen im Berichtsjahr 2012. Weiterhin wurde vermerkt, ob es sich um eine verhaltensorientierte oder eine verhältnisorientierte Maßnahme bzw. eine Mischform der beiden handelte. Die Darstellung der Daten richtet sich nach ihrer Zugänglichkeit, aufgrund der beschriebenen Limitierungen können nur die Angebote dargestellt werden, zu denen Informationen verfügbar waren. Damit wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, da zu befürchten ist, dass das Selektionsbias hoch ist.

4.2 Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in Österreich

Wie in den vorhergehenden Kapiteln deutlich wird, nahmen GF und Prävention mit Blick auf das Ausgabevolumen und die vorgesehenen Mittel in der Vergangenheit einen untergeordneten Stellenwert in den Leistungen der sozialen Krankenversicherungen ein. Im Zuge der Umsetzung der Beschlüsse zu den Rahmen-Gesundheitszielen, der Gesundheitsreform 2013, der Gesundheitsförderungsstrategie und den entsprechenden bereits zuvor existierenden Gesetzen, soll dem zukünftig entgegengewirkt werden (vgl. *Kap. 3.3.5*).

In den folgenden Abschnitten soll anhand der öffentlich zugänglichen Informationen (Berichte, Dokumentationen, Onlinerecherchen und telefonische bzw. e-mailige Befragung) der Status quo offerierter Maßnahmen der sozialen Krankenversicherungen im Bereich GF und Prävention aufgezeigt werden. Dabei liegt ein Fokus auf Initiativen im Bereich kA und Bewegung, da dieser Bereich, wie dargestellt, große Potenziale in der Stärkung und Wiederherstellung der Gesundheit aufweist. Zugleich wird Institutionen des Gesundheitswesens zugesprochen, geeignete Rahmenbedingungen für bewegungsorientierte Maßnahmen schaffen und unterstützen zu können (vgl. *Kap. 1.2 und 2.3 ff.*). Es soll zudem darauf eingegangen werden, ob und wenn ja, inwieweit sich bei der Planung und Durchführung entsprechender Maßnahmen und Initiativen in Österreich Aspekte der Qualitätssicherung und Evidenzbasierung durchgesetzt haben.

Die Mehrzahl der Krankenkassen, vor allem die mitgliederstarken Träger, haben mittlerweile eigene GF- und Präventionsabteilungen eingerichtet, die die Verantwortung für die entsprechenden Agenden innehaben. Generell scheinen in den österreichischen Krankenversicherungsanstalten GF und Prävention primär als Screenings, periodische Untersuchungen (VU, Jugendlichen- und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) und Impfkampagnen (z. B. FSME, Influenza) verstanden zu werden. Daneben sind BGF und Schulische GF bereits recht umfassend etabliert. Andere Initiativen der GF, wie kommunale GF oder z. B. eigene Bewegungsprogramme, sind noch nicht im gleichen Ausmaß vorhanden.

In dem Bestreben, den Fokus weg von der Kuration hin zur Prävention zu verlagern, versucht sich die SVA in den letzten Jahren als Gesundheitskasse zu etablieren. Auch die Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) bezeichnet sich als Gesundheitskasse. Zudem gibt es mittler-

weile mehrere krankenkasseneigene oder -nahe Institutionen, die sich GF und Präventionssagenden widmen, z. B. das IfGP, eine Tochterfirma der VAEB, die Styria Vitalis oder das Gesundheitsinformationszentrum (GIZ) der Salzburger GKK (SGKK).

4.2.1 Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen der GF und der (Primär-)Prävention

In *Tabelle 4* sind die Ausgaben der Kassen für Leistungen der GF und (Primär-)Prävention dargestellt, die aus den Jahresberichten der Krankenkassen 2012 extrahiert wurden. Für die Betriebskrankenkasse (BKK) Kapfenberg konnte weder für 2012 noch für die Vorjahre ein Bericht ausfindig gemacht werden, für die Burgenländische GKK (BGKK) stand lediglich die zahlenmäßige Erfolgsrechnungsübersicht aus 2012 zur Verfügung. Mit dem Stichtag 15. Juni 2014 wurden die 2012er-Jahresberichte der Kassen online abgerufen. Für die TGKK sind die Daten von 2013 dargestellt, da zu diesem Zeitpunkt bereits der Bericht für 2013 veröffentlicht war.

Die Berichterstattung der einzelnen Krankenkassen ist vergleichbar gegliedert, die Dokumente variieren jedoch deutlich in Aufbau, Inhalt, Umfang und Layout. Alle Kassen stellen einheitlich Zahlen zu den Positionen *Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung*, *Früherkennung* und *GF* dar (mit Ausnahme der BKK Zeltweg, die Früherkennung und GF nicht unterteilte, sondern als gemeinsamen Posten ausgab).

Unter *Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung* sind die freiwilligen Leistungen der Krankenkassen gemäß ASVG aufgeführt, wobei sich *Gesundheitsfestigung* i. d. R. auf Leistungen im Rahmen von Erholungskuren oder Aufenthalt in Kureinrichtungen bezieht. Unter *Krankheitsverhütung* fallen bei den meisten Kassen humangenetische Leistungen und Impfkosten (z. B. FSME). Sieben Kassen stellten die Kosten für *Gesundheitsfestigung und Krankheitsvorsorge* getrennt dar, bis auf eine Ausnahme änderte sich der Prozentsatz für GF- und Präventionsleistungen an den Gesamtausgaben der Kassenleistungen jedoch nicht, wenn nur die *Krankheitsvorsorge* betrachtet wurde. Die SGKK, die SVB und die BKK Verkehrsbetriebe und Mondi scheinen Kuraufenthalte großzügig(er) aus den freiwilligen Leistungen zu unterstützen (*Gesundheitsfestigung*). Bei allen anderen Kassen scheint der Hauptanteil dieser Position für *Krankheitsvorsorge*, also primär Impfleistungen, verwendet zu werden. Die TGKK ist die einzige Kasse, die explizit angibt, seit 1995 diese freiwilligen Leistungen nicht mehr zur Verfügung zu stellen.

Unter *Früherkennung* fallen die Ausgaben für die Vorsorge- und Jugendlichenuntersuchungen. Nahezu alle Kassen (Ausnahme SVA, SVB, BVA und BKK Tabak) unterstützen Jugendlichenuntersuchungen. Unter *GF* sind i. d. R. Leistungen zur BGF, Schulischer GF oder Information und Beratung zum Thema GF zusammengefasst.

Stellenwert der Sozialversicherung Österreichs in Gesundheitsförderung und Prävention

Tabelle 4. Ausgaben der österreichischen gesetzlichen Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention 2012

Anmerkung: Eigene Darstellung auf Basis der Daten aus den Jahresberichten der Krankenkassen 2012 (TGKK: 2013); ^{x1} Wert bezieht sich auf Ausgaben für Früherkennung & GF zusammen, da im Bericht nicht gesondert ausgewiesen; ^{x2, x3, x4} Angaben der BKK Zeltweg ausgeschlossen.

	Jahr	Ausgaben gesamt		Gesundheitsfestigung & Krankheitsverhütung		Früherkennung		Gesundheitsförderung		Ausgaben Gesundheitsförderung & Prävention gesamt	
		€	€	%	€	%	€	%	€	%	
BGKK	2012	317.608.721	350.501	0,11 %	3.307.640	1,04 %	1.024.986	0,32 %	4.683.127	1,47 %	
SGKK	2012	670.409.768	3.376.879	0,04 %	4.488.613	0,67 %	2.260.156	0,34 %	7.016.078	1,51 %	
KGKK	2012	682.537.469	170.546	0,02 %	7.200.595	1,05 %	2.034.275	0,30 %	9.387.870	1,38 %	
NÖGKK	2012	1.846.531.439	1.324.359	0,07 %	7.213.748	0,39 %	9.000.333	0,49 %	17.538.439	0,95 %	
OÖGKK	2012	1.849.486.819	10.921.450	0,59 %	11.489.944	0,62 %	5.345.452	0,29 %	27.756.846	1,50 %	
STGKK	2012	1.402.988.777	1.030.943	0,07 %	9.190.367	0,66 %	4.875.792	0,35 %	15.097.102	1,08 %	
TGKK	2013	857.454.851	0	0,00 %	9.811.962	1,14 %	2.998.372	0,35 %	12.810.333	1,49 %	
WGKK	2012	2.910.295.560	646.672	0,02 %	21.374.836	0,73 %	3.801.589	0,13 %	25.813.962	0,89 %	
VGKK	2012	489.326.033	1.193.951	0,21 %	5.157.190	1,05 %	591.730	0,12 %	6.753.933	1,42 %	
Gebietskrankenkassen Ø				0,13 %		0,82 %		0,30 %		1,30 %	
SVA	2012	825.516.071	3.696.159	0,45 %	6.277.894	0,76 %	2.264.223	0,27 %	12.238.276	1,48 %	
SVB	2012	491.904.309	2.385.334	0,12 %	2.791.543	0,57 %	1.622.953	0,33 %	4.986.741	1,38 %	
VAEB	2012	530.142.217	13.582.883	2,56 %	2.509.546	0,47 %	7.983.428	1,51 %	24.075.857	4,54 %	
BVA	2012	1.497.185.817	1.459.976	0,10 %	6.911.717	0,46 %	2.678.877	0,18 %	11.050.570	0,74 %	
sonstige Kassen Ø				0,81 %		0,57 %		0,57 %		2,04 %	
BKK Austria Tabak	2012	6.604.174	20.761	0,31 %	28.097	0,43 %	9.295	0,14 %	58.154	0,88 %	
BKK Mondi	2012	5.201.446	18.412	0,09 %	26.023	0,50 %	21.900	0,42 %	52.823	1,28 %	
BKK VABS	2012	28.395.855	60.906	0,21 %	122.900	0,43 %	85.099	0,30 %	268.905	0,95 %	
BKK Verkehrsbetr.	2012	40.685.675	1.314.838	0,28 %	246.317	0,61 %	107.453	0,26 %	465.797	4,10 %	
BKK Zeltweg	2012	384.350	6.387	1,66 %	51.206	13,32 % ⁽¹⁾	k.A.	k.A.	57.593	14,98 %	
BKK Kapfenberg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Betriebskrankenkassen Ø				0,51 %		0,49 %⁽²⁾		0,28 %		1,80 %⁽³⁾	
alle Krankenkassen Ø				0,38 %		1,38 %		0,36 %		1,59 %⁽⁴⁾	

Einige Kassen beteiligten sich an speziellen, bundesländer-übergreifenden GF-Programmen, wie z. B. Richtig essen von Anfang an (REVAN). Einzelne Kassen verbuchten unter der Position *GF* jedoch auch Impfleistungen oder sonstige Prophylaxemaßnahmen.

Offenbar liegt es im Ermessen der Kassen, welche Leistungen welcher Kategorie zuzuordnen sind, es bleibt offen, ob die stellenweise ungewöhnliche Allokation buchhalterisch bedingt erfolgte oder unterschiedlichen Definitionen von *GF* und Prävention unterliegt. So führt z. B. eine Kasse die Leistungen der Schulischen *GF* und der *BGF* unter Krankheitsverhütung, gleichzeitig aber Tumorstudien (Art nicht näher spezifiziert) unter *GF*. Vor allem Impfkosten rangieren bei den unterschiedlichen Kassen unter verschiedenen Kategorien. Die BVA führt FSME-Impfungen als einzige Kasse als Leistung der Unfallversicherung, daher sind sie obenstehend nicht eingeschlossen.

Insgesamt betrachtet lagen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in 2012 in den drei o. g. Bereichen der *GF* und Primärprävention im ernüchternden Bereich, über alle Kassen hinweg betragen sie 1,6 %. In diesen Gesamtwert sind die Zahlen der BKK Zeltweg nicht einbezogen, da die dort angegebenen 15 % (bedingt durch vergleichsweise hohe Ausgaben in den Bereichen *Früherkennung* und *GF*, die jedoch nicht näher spezifiziert wurden) eine Ausnahme in der Landschaft der Krankenkassen darstellen.

Den GKK wird nachgesagt, eine geringere Bandbreite an Leistungen als die sonstigen Kassen zu gewährleisten, zumindest wird dies argumentiert, wenn die verpflichtenden Zuzahlungen bei anderen Kassen (z. B. BVA) in der Diskussion stehen. Zur besseren Veranschaulichung sind die Ausgaben für die GKK, die BKK und die sonstigen Kassen getrennt dargestellt, um eventuelle Unterschiede besser veranschaulichen zu können. Insgesamt scheinen die sonstigen Kassen und die BKK prozentual mehr Mittel für *GF*- und Primärpräventionsleistungen aufzuwenden als die GKK. Jedoch muss dabei einbezogen werden, dass die VAEB ungleich mehr als die anderen Kassen in die Leistungen der *Krankheitsverhütung* und *Gesundheitsfestigung* investierte, auch die Ausgaben für *GF* scheinen vergleichsweise höher und verschieben so den Durchschnittswert für die übrigen Kassen leicht nach oben. Im Jahresbericht der VAEB sind diese Leistungen leider nicht gesondert beschrieben, so dass nur vermutet werden kann, dass sie relativ hohe Zuschüsse zu Erholungs- oder Regenerationskuren gewährt.

Auffällig sind die Ergebnisse mit Blick auf die BVA, die NÖGKK und die WGKK, deren Ausgaben für *GF* und Primärprävention weniger als 1 % ihrer Gesamtausgaben ausmachten. Wie beschrieben sind bei der BVA Impfleistungen als Leistungen der Unfallkasse deklariert, was die Resultate beeinflussen könnte. Die Werte überraschen be-

sonders für die NÖGKK, die sich öffentlich als sehr gesundheitsförderlich und präventionsorientiert darstellt („Wir vorsorgen Sie!“). 2012 beschloss die NÖGKK in ihrer Fünf-Jahres-Strategie 17 Millionen Euro zusätzlich für die folgenden Jahre zur Verfügung zu stellen und damit das reine GF-Budget jährlich um 60 % zu erhöhen. Weiterhin sollen mit der Strategie „Integrierte Gesundheitsförderung – 2012 bis 2016“ gesundheitsfördernde und präventive Angebote zielgruppenorientiert angeboten werden (NÖGKK, 2013, S. 15). Die Zahlen aus 2012 legen jedoch nahe, dass diesbzgl. Maßnahmen u. U. erst in der Planungsphase waren.

Im rezent veröffentlichten Jahresbericht der NÖGKK aus 2013 sind die Ausgaben für GF zwar um etwa 2 Millionen Euro im Vergleich zu 2012 gestiegen, dennoch machen alle GF und Präventionsleistungen weiterhin gerade 1,0 % der Gesamtleistungsausgaben der NÖGKK aus. Dies resultiert aus höheren Gesamtausgaben und leicht gesunkenen Ausgaben für Früherkennung (NÖGKK, 2014). Herauszustellen ist dabei, dass die NÖGKK im Vergleich der Krankenkassen mit 0,5 % dennoch den höchsten Anteil für GF aufwendet, die niedrigen Gesamtausgaben scheinen den vergleichsweise geringen Ausgaben für Maßnahmen der Früherkennung (VU und Jugendlichenuntersuchungen) geschuldet zu sein. Eine entsprechende Anfrage bei der NÖGKK wurde leider nicht beantwortet.

Insgesamt liegt das größte Optimierungspotenzial bei den Kassen mit Sicherheit in den Aufwendungen für GF, die über alle Kassen hinweg bei 0,4 % der gesamten Ausgaben für Krankenkassenleistungen liegen, bei den GKK und BKK bei lediglich 0,3 %.

4.2.2 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention in den österreichischen Krankenkassen

In den kommenden Abschnitten sollen die Haupthandlungsfelder der GF und Prävention dargestellt werden, begonnen mit Präventionsleistungen am Beispiel VU. Anschließend werden die GF-Angebote getrennt nach den verfügbaren Quellen einzeln dargestellt. Das Kapitel endet mit einer Beschreibung der bewegungsorientierten Angebote der gesetzlichen Krankenkassen.

4.2.2.1 Prävention: Die Vorsorgeuntersuchung

Von den gesetzlichen Krankenversicherungen werden eine Reihe von Präventionsmaßnahmen angeboten, dazu gehören Impfkampagnen, periodische ärztliche Untersuchungen (Jugendlichenuntersuchung, VU, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) oder Erholungs- bzw. Regenerationskuren.

Ein Flaggschiff der österreichischen Präventionsagenden ist die VU, die österreichweit jährlich von etwa einer Million Personen in Anspruch genommen wird (HVB, 2014b). Wie aus *Tabelle 4* ersichtlich, wird ein Großteil der Ausgaben für GF und Prävention in den Versicherungsleistungen der Krankenkassen für VU aufgewendet. Mit der VU werden

zwei Ziele verfolgt, die Vermeidung von gesundheitlichen Risikofaktoren und die Früherkennung von Krankheiten. Neben der Aufdeckung von Risikofaktoren stehen Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen im Mittelpunkt der österreichischen VU, da sie bundesweit hohe Mortalitätsraten verursachen. Ziel der VU sei es u. a., die Häufigkeit von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen und die damit verbundenen Todesfälle zu senken (gesundheit .gv.at, 2014).

International werden regelmäßige VU und Screenings (z. B. Mammographie-Screening) aktuell kritisch diskutiert, da in Langzeitstudien mit Personen ohne Vorerkrankungen oder familiärem Risiko kein Absinken der Mortalität nach Teilnahme an periodischen VU oder Mammographie-Screenings nachgewiesen werden konnte. Zudem können sie zu unnötigen Überdiagnosen und zu potenziell schädlichen Folgeuntersuchungen führen (Gøtzsche & Jørgensen, 2013; Gøtzsche, Jørgensen & Krogsboll, 2014; K. J. Jørgensen et al., 2014).

Im internationalen Vergleich sind VU sehr heterogen aufgebaut und reichen von reinen Leitlinien-Empfehlungen über Anreizzahlungen für Ärzte bis hin zu opportunistischen oder bevölkerungsbasierten Programmen (Steinkohl & Donner-Banzhoff, 2014). Die Maßnahmen der österreichischen VU basieren auf einem Bericht, in dem die Evidenz für die entsprechenden Inhalte zum Zeitpunkt der Erstellung (2005) aufbereitet wurden (Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB, 2005). Neueren Erkenntnissen folgend, sollten diese Wirksamkeitsnachweise u. U. nochmals überprüft werden (Gartlehner, Piribauer & Siebenhofer-Kroitzsch, 2013).

Das VU-Befundblatt für Ärzt(inn)e(n) wird bereits seit 2011 im Auftrag des HVB unter der Leitung der GÖG von einem interdisziplinären Expert(inn)enteam überarbeitet und angepasst (GÖG, 2014). Damit soll das Formular besser an Evaluations- und Anwendungsbedürfnisse und -bedarfe angepasst werden. Zudem ist geplant, eine verständliche Version des Befundes für die Teilnehmenden in das Befundblatt zu integrieren, damit Mediziner/innen allgemein verständliche, individuelle VU-Befunde (für die untersuchten Personen) erstellen können.

Studienergebnisse belegen, dass die VU-Partizipation in Österreich vergleichsweise hoch ist, die VU zuvorderst jedoch von gebildeten Personen höheren Einkommens in Anspruch genommen wird, die älter als 40 Jahre sind. Damit werden trotz der verhältnismäßig hohen Raten der Inanspruchnahme u. U. die „falschen Zielgruppen“ erreicht (auch bekannt als *preaching to the converted*). Darüber hinaus war das Bestehen einer chronischen Erkrankung ein Prädiktor für eine VU-Teilnahme (Brunner-Ziegler et al., 2013; Dorner et al., 2012). Insgesamt ist es in Österreich noch nicht umfassend gelungen, jene Zielgruppen erfolgreich anzusprechen, die am meisten von einer VU profitieren könnten, wie Personen mit Migrationshintergrund, mit geringem Bildungsniveau

oder niedrigem sozio-ökonomischem Status (Brunner-Ziegler et al., 2013; Dorner et al., 2012). Auch stehen bislang in Österreich Nachweise dafür aus, dass die Mortalität durch die Teilnahme an der VU gesenkt werden kann.

4.2.2.2 Gesundheitsförderung

4.2.2.2.1 *Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherungen 2005*

Im Rahmen des Innovationsprojektes „Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention“ beauftragte der HVB in 2005 die Erstellung eines österreichweiten Gesundheitsberichtes aus den Daten der sozialen Krankenversicherung. Der HVB verlautbarte im Bericht „es gibt gute Gründe für die soziale Krankenversicherung, ihr Leistungsspektrum in die Domäne der Gesundheitsförderung und Prävention auszuweiten“, seiner Ansicht nach kann die „zeitgerechte Investition in die Stabilisierung von Gesundheit“ helfen, Kosten im kurativ-rehabilitativen Sektor im Rahmen zu halten“ (HVB, 2005, S. 95). Durch Investition in GF und Prävention erwarteten die SVT eine „langfristige Kostenverringering durch einen geringeren Bedarf an Krankenbehandlung und Arzneimitteln sowie einer Absenkung der Arbeitsunfähigkeitszeiten“ (HVB, 2005, S. 95). Weiter wurde festgestellt, dass „Gesundheit nicht allein Sache der Gesundheitspolitik ist, sondern dass die SV auch die Strategie verfolgt, Gesundheitsförderung und Prävention mit anderen Politikfeldern und Stakeholdern zu thematisieren“ (HVB, 2005, S. 96).

Die Pilotveröffentlichung *Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung* stellt die Situation des Jahres 2005 dar (HVB, 2005). Bis dato ist noch keine Neuauflage erschienen, es stehen derzeit die Jahresberichte der Krankenkassen zur Verfügung (vgl. Kap. 4.2.2.2.4).

Der Gesundheitsbericht basiert auf mehreren Datenquellen: Informationen aus den Mikrozensus-Daten der Statistik Austria, aus dem Krankenversicherungsanspruch-Kataster, dem Statistischen Jahrbuch des HVB und auf FOKO-Daten, einem datawarehouse der SV, das alle abgerechneten Leistungen der Anspruchsberechtigten beinhaltet. Der Bericht beinhaltet Angaben zur Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychosozialen Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Darüber hinaus werden Informationen über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen in den Bereichen der BGF, der kommunalen und Schulischen GF und der Zahnprophylaxe dargestellt. Zudem werden Maßnahmen und Programme der Tabakentwöhnung und Daten zur VU sowie den Jugendlichen- und den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen dargestellt. Zu beachten ist, dass diese Informationen größtenteils auf Selbstangaben der SVT beruhen. Daten der BKK wurden 2005 nicht erhoben.

Im Bericht werden Gesundheitsziele definiert, die sich ausschließlich auf die genannten Themenbereiche beschränken. KA wird dabei nicht explizit erwähnt, lediglich im Zusam-

menhang mit Projekten zur Tabakentwöhnung werden in der Kategorie stationäre Programme der VAEB begleitende „Sportprogramme“ erwähnt, die aber nicht weiter spezifiziert werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Das Engagement der Krankenversicherungen in BGF waren damals (bzw. sind) primär gesundheitsökonomisch motiviert. Es sollten Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen bekämpft und die Gesundheit der Arbeitnehmer/innen gestärkt werden, um Ausgaben für Krankenbehandlungen, Krankengeld und vorzeitige Pensionierungen zu senken. Weiterhin würde langfristige Kostenverringerung durch weniger Gesundheitsgefährdungen erwartet, zudem suchten gesunde Mitarbeiter/innen seltener Arztpraxen auf, bräuchten weniger Medikamente und wären weniger oft arbeitsunfähig infolge Krankheit.

Darüber hinaus sei auch Umwegrentabilität für Pensionsversicherung zu erwarten, da gesunde Mitarbeiter/innen durchschnittlich später in Pension gingen, was reduzierte Kosten durch vorzeitige Pensionierungen und höhere Einnahmen durch längere Beitragszeiten nach sich zöge. Zuletzt erwarteten sich Krankenkassen positive Imageeffekte, da BGF die Kooperation zwischen Betrieb und Krankenversicherungsträger fördere und damit das Ansehen der Krankenkassen im Allgemeinen stärke (HVB, 2005).

Insgesamt wurden im Jahr 2005 österreichweit 165 Betriebe begleitend unterstützt. Es wurde erhoben, wie viele Unternehmen in ganzheitlichen oder thematisch begrenzten Projekten im Rahmen der BGF unterstützt wurden und in welchen Bereichen die Maßnahmen durchgeführt wurden (vgl. *Tabelle 5*). Die Mehrzahl der Unternehmen führte Gesundheitsstraßen durch, die 2005 überwiegend von der BVA organisiert wurden ($n=30$). Die Themenbereiche Ernährung ($n=19$; ÖOGKK, SGKK und KGKK) und Bewegung ($n=12$, BVA) waren ebenfalls häufig vertreten, jedoch wurden keine Angaben zu den genauen Inhalten dieser Initiativen gemacht. In den übrigen Unternehmen wurden Programme zur Tabakentwöhnung, zu psychosozialer Gesundheit (Stress) und Alkoholprävention durchgeführt. Darüber hinaus wurden überbetriebliche Infoveranstaltungen (d. h. mehrere Betriebe nehmen teil) von den Krankenkassen organisiert und durchgeführt bzw. durch Vortragstätigkeit ergänzt. Diese wurden hauptsächlich von der OÖGKK angeboten ($n=24$ aus insgesamt 40 Veranstaltungen).

Über alle Krankenkassen hinweg unterzeichneten 27 Unternehmen in 2005 die BGF-Charta (dies entsprach weniger als 1 % aller Unternehmen mit >10 unselbstständig beschäftigten Mitarbeiter(inne)n, 26 erhielten das BGF-Gütesiegel „Gesundheitsförderndes Unternehmen“. In der Bewertung dieser Zahlen ist in Betracht zu ziehen, dass sich diese beiden, mittlerweile etablierten, Instrumente damals in Österreich erst im Aufbau befanden.

Tabelle 5. Unterstützung ganzheitlicher BGF-Projekte

Bei ganzheitlichen BGF-Projekten begleitete Unternehmen			
Träger	Inhaltlich betreute Unternehmen	Finanziell unterstützte Unternehmen	Insgesamt begleitete Unternehmen
GKK Wien	0	8	8
GKK Niederösterreich	7	0	7
GKK Burgenland	3	0	3
GKK Oberösterreich	14	0	14
GKK Steiermark	5	0	5
GKK Kärnten	4	0	4
GKK Salzburg	11	0	11
GKK Tirol	1	0	1
GKK Vorarlberg	0	1	1
Betriebskrankenkassen	wurde nicht erhoben	wurde nicht erhoben	wurde nicht erhoben
VAEB	2	0	2
BVA	8	8	16
SVA	0	93	93
SVB	0	0	0
Gesamt	55	110	165

Quelle: eigene Angaben der Träger

Quelle: HVB (2005, S. 98)

Neben der Darstellung des Status quo wurden im Gesundheitsbericht 2005 Gesundheitszielvorschläge für die oben beschriebenen Bereiche definiert, die bis 2010 (dem vermuteten Erscheinen des nächsten Berichtes) erfüllt werden sollten. Es ist nicht beschrieben, auf welchen Annahmen diese Zielstellungen beruhen bzw. worauf sie basieren. Für den Bereich BGF lauteten diese Ziele (HVB, 2005, S. 102):

- (1) Bis zum Jahr 2010 unterzeichnen mindestens 10 % aller Unternehmen mit mehr als 10 unselbstständig beschäftigten Mitarbeiter(inne)n die Charta zur BGF des Österreichischen Netzwerkes BGF.
- (2) Bis zum Jahr 2010 sollen 300 Unternehmen Träger des Gütesiegels BGF des Österreichischen Netzwerkes BGF sein.
- (3) Im Jahr 2010 soll sich die Anzahl der durch die SV betreuten Betriebe gegenüber 2005 verdreifacht haben.

Laut Datenbank des Österreichischen Netzwerkes BGF waren 2014 (Stand 21.06.2014) 503 Charta-Betriebe und 440 Gütesiegel-Betriebe registriert (ÖNBGF, 2014). Die Unterzeichnung der Charta gilt als Absichtserklärung eines Unternehmens, sich den Grundsät-

zen der BGF zu verschreiben und die Unternehmenspolitik an diesen Prinzipien zu orientieren, sie gilt für zwei Jahre. In dieser Zeit müssen Projekte oder Initiativen der BGF umgesetzt werden. Das Gütesiegel wird an Betriebe vergeben, die BGF nach den Kriterien des Europäischen Netzwerkes BGF (ENWHP) realisiert haben oder nur einige der Kriterien erfüllen, aber dennoch durch besondere Innovationen hervorzuheben sind (ÖNBGF, 2014). Damit scheinen die Ziele aus 2005 erfüllt.

Schulische Gesundheitsförderung

Die Rolle der SV in der Schulischen GF war 2005 gesetzlich durch das ASVG § 116 (1) geregelt, in dem die Einrichtung von Schulservicestellen in fünf Bundesländern, getragen von den jeweiligen Gebietskrankenkassen (KGKK, NÖGKK, OÖGKK, SGKK, STGKK), bestimmt wurde. Zum Vergleich, 2014 gibt es in jedem Bundesland mit der Ausnahme Burgenland eine Schulservicestelle.

Insgesamt wurden 2005 in der Schulischen GF 22 Angebote in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Tabak-, Alkohol- und Drogenprävention und psychosoziale Gesundheit offeriert, die von den Krankenkassen unterstützt und durchgeführt wurden (vgl. *Tabelle 6*).

Tabelle 6. Themenbezogene Angebote der Schulischen GF

Anzahl der Schulen, die im Schuljahr 2004/2005 themenbezogene Angeboten in Anspruch genommen haben (Mehrfachnennungen möglich)								
	Ernährung	Bewegung	Tabak	Alkohol	Drogen	Psychosoz. Gesundheit	andere Themen	Summe
BGKK*	1	1	1	0	0	0	0	3
KGKK	15	2	1	4	1	1	10	34
NÖGKK	37	2	0	0	0	0	0	39
OÖGKK	22	19	7	7	10	13	12	90
SGKK	46	8	118	118	114	4	110	518
STGKK	0	0	0	0	0	0	7	7
TGKK*	0	0	0	0	0	0	0	0
VGKK*	3	4	2	2	2	4	4	21
WGKK*	0	0	0	0	0	0	0	0
BVA**	0	0	0	0	0	0	0	0
SVB**	0	0	0	0	0	0	236	236
VAEB**	0	0	0	0	0	0	0	0
SVA**	0	0	0	0	0	0	2	2
Gesamt	124	36	129	131	127	22	381	950

*Schulservicestelle im Schuljahr 2004/2005 noch nicht eingerichtet.
 **Der Wirkungskreis erstreckt sich über das gesamte Bundesgebiet.

Quelle: HVB (2005, S. 108)

In der Planung und Umsetzung dieser Maßnahmen wurde darauf geachtet, dass die Zielgruppen (Schüler/innen, Lehrkräfte und Eltern) so gut wie möglich involviert waren. Es fanden 101 Beratungsgespräche im schulischen Umfeld statt, wovon die Mehrzahl von der OÖGKK (n=44) und der KGKK (n=33) durchgeführt wurden.

Es fällt auf, dass zu diesem Zeitpunkt besonders die SVB und die SGKK sehr aktiv im Bereich Schulische GF waren (*Tabelle 7*), sie absolvierten gemeinsam fast 80 % der 950 durchgeführten Aktivitäten. Inhaltlich waren zu diesem Zeitpunkt die Themenfelder Tabak-, Alkohol- und Drogenprävention und Ernährung am prominentesten vertreten.

Als Gesundheitsziele im Bereich Schulische GF wurden 2005 definiert (HVB, 2005, S. 110):

- (1) Bis zum Jahr 2010 sollen jährlich 10 % aller Schulen Angebote der Schulservicestellen in Anspruch nehmen.
- (2) Bis zum Jahr 2010 sollen jährlich 10 % aller Schulen Gesundheitsförderungsprojekte durchführen.
- (3) Bis zum Jahr 2010 soll es in jedem Bundesland eine Schulservicestelle geben.
- (4) Bis zum Jahr 2010 sollen die Schulservicestellen wirksamkeitsbasierte nutzerorientierte Angebote in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Sucht (Tabak und Alkohol) entwickeln.

Tabelle 7. Anzahl der durchgeführten Schulprojekte und Themen 2005

Anzahl der Schulen, die im Schuljahr 2004/2005 themenbezogene Angeboten in Anspruch genommen haben (Mehrfachnennungen möglich)								
	Ernährung	Bewegung	Tabak	Alkohol	Drogen	Psychosoz. Gesundheit	andere Themen	Summe
BGKK*	1	1	1	0	0	0	0	3
KGKK	15	2	1	4	1	1	10	34
NÖGKK	37	2	0	0	0	0	0	39
OÖGKK	22	19	7	7	10	13	12	90
SGKK	46	8	118	118	114	4	110	518
STGKK	0	0	0	0	0	0	7	7
TGKK*	0	0	0	0	0	0	0	0
VGKK*	3	4	2	2	2	4	4	21
WGKK*	0	0	0	0	0	0	0	0
BVA**	0	0	0	0	0	0	0	0
SVB**	0	0	0	0	0	0	236	236
VAEB**	0	0	0	0	0	0	0	0
SVA**	0	0	0	0	0	0	2	2
Gesamt	124	36	129	131	127	22	381	950

*Schulservicestelle im Schuljahr 2004/2005 noch nicht eingerichtet.

**Der Wirkungskreis erstreckt sich über das gesamte Bundesgebiet.

Quelle: HVB (2005, S. 109)

Ob die Ziele 1, 2 und 4 in 2014 erfüllt wurden, konnte nicht überprüft werden, da die Information über die Anzahl der insgesamt von den Krankenkassen geförderten Schulen nicht zugänglich war. Evaluationen oder Nachweise der Wirksamkeit von Maßnahmen sind derzeit nicht veröffentlicht. Aufgrund der hohen Anzahl von GF-Projekten in Schulen

und der Tatsache, dass in nahezu allen Bundesländern mittlerweile Schulservicestellen der gesetzlichen Krankenversicherungen eingerichtet sind, ist davon auszugehen, dass zahlreiche Schüler/innen von den Maßnahmen profitieren.

4.2.2.2 Evaluationsbericht des HVB zur Entwicklung der Vorsorgeuntersuchung und zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung (§ 447h ASVG)

Der Bericht (§ 447h ASVG) aus 2012 legt dar, dass die Themenschwerpunkte der kommenden fünf Jahre im Bereich GF und Prävention die Lebensräume Betrieb und Schule sowie Orte der Langzeitbetreuung sein sollen, zudem steht die Zielgruppe der Senior(inn)en im Fokus der Maßnahmen. Die inhaltlichen Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Suchtprävention werden gefördert, ebenso erfahren gesundheitliche Chancengleichheit und Capacity Building besondere Bedeutung als themenübergreifende Maßnahmen (IfGP, 2013).

Im Bereich der GF war der HVB 2012 in der Tabakprävention, mit Maßnahmen zu gesunder Ernährung, in der Langzeitpflege und in der Aus- und Weiterbildung aktiv. In der Tabakprävention unterstützte der HVB den Betrieb des Rauchertelefons (jetzt *Rauchfrei Telefon*, www.rauchfrei.at) sowie zahlreiche Maßnahmen der Qualitätssicherung, u. a. ein minimal data set zur trägerübergreifenden Evaluierung.

REVAN wurde als Teil des Nationalen Aktionsplans Ernährung in Kooperation mit dem BMG und der AGES weitergeführt. Außerdem wurden Ernährungsworkshops österreichweit gemäß der Vorsorgestrategie der Bundesgesundheitskommission finanziert. Mit dem Projekt *Gesundheit hat kein Alter* wurde ein zentrales Pilotprojekt in Kooperation mit der Wiener Gesundheitsförderung und dem FGÖ zur GF in der Langzeitpflege abgeschlossen. Darüber hinaus erfuhren weitere GF-Projekte für die Zielgruppe Senior(inn)en in vier Bundesländern Unterstützung (IfGP, 2013).

Im Feld der Schulischen GF konnte mit kommunikativen Maßnahmen wie der Weiterentwicklung der Broschüre *Gesunde Jause von Zuhause*, der Erstellung von Gesundheitsbüchern für die Volksschule und der Vernetzung durch den Dialog *Gesunde Schule* das Konzept der Gesunden Schule vorangetrieben werden. Darüber hinaus wurde finanzielle, pauschalisierte Unterstützung für Maßnahmen und Projekte mit den Inhalten Ernährung, Bewegung, Tabak, Alkohol und psychosoziale Themen für die Servicestellen Schule der GKK gewährt. In 2013 startete österreichweit ein neues Projekt der Servicestellen Schule. „Schule bewegt gestalten“ beinhaltet bewegungsfreundliche Schulraumberatung und bietet Informationsveranstaltungen für Schulen sowie Multiplikator(inn)enschulungen für schulische Akteur(inn)e(n) an.

Im Setting Betrieb wurden mithilfe der Krankenkassen Kennzahlen zur BGF inklusive deren Operationalisierung entwickelt. Zur Förderung der psychischen Gesundheit

im Rahmen von BGF wurden trägerübergreifend eine gemeinsame Definition von psychischer Gesundheit sowie zentrale Handlungsstrategien und -maßnahmen zur GF im Setting Betrieb ausgearbeitet. Um den Bekanntheitsgrad der vorhandenen Angebote zu erhöhen, wurden in einer weiteren Maßnahme die vorhandenen trägerinternen Angebote recherchiert und weiter vermarktet. Darüber hinaus erarbeitete der HVB zusammen mit den Krankenkassen Qualitätskriterien zur Selbstbeurteilung der betrieblichen Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit inklusive eines Handlungsleitfadens, in dem Informationen für Führungskräfte aufbereitet wurden. Außerdem wurde der nationale Fehlzeitenreport mitgestaltet.

Im Bericht werden zudem Maßnahmen des Capacity Building erwähnt, die jedoch nicht weiter spezifiziert wurden (IfGP, 2013). Zudem wurden HVB-Mitarbeiter/innen in der Aus- und Weiterbildung in den Bereichen PH und Gesundheitsmanagement gefördert, um die interne Expertise in den Feldern GF und Prävention durch die Erweiterung des Expert(inn)enpools auszubauen.

4.2.2.2.3 Projekte der gemeinsamen Gesundheitsziele des Rahmen-Pharmavertrages

Neben den im Evaluationsbericht nach § 447h des ASVG beschriebenen Initiativen stehen dem HVB die Mittel aus den Gesundheitszielen des Rahmen-Pharmavertrages zur Verfügung (vgl. Kap. 3.3.4.1). Sie können jährlich über Projektanträge beim HVB anerbten werden. Eine auf der Webseite des HVB veröffentlichte Liste der 2012 und 2013 geförderten Projekte zeigt, dass dabei eine Bandbreite an Themen durch Forschungs- und Praxisprojekte abgedeckt wurde, die größtenteils präventiven, seltener gesundheitsförderlichen Charakter hatten (HVB, 2014a).

Tabelle 8. Anzahl der bewilligten Projekte der Rahmenziele Gesundheit nach Antragsteller/in

Jahr	Antragsteller	Anzahl der geförderten Projekte
2012	Wissenschaft (Universität, FH, Boltzmann-Institute etc.)	3
	SVT, Krankenanstalten & affilierte Institutionen	8
	Sonstige Träger	5
Gesamt 2012		16
2013	Wissenschaft (Universität, FH, Boltzmann-Institute etc.)	4
	SVT, Krankenanstalten & affilierte Institutionen	3
	Sonstige Träger	5
Gesamt 2013		12

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Angaben des HVB (2014a)

Dabei stehen Prävention und Rehabilitation in den Feldern Sucht, Suizid, Essstörungen, Alkohol, Burnout und psychische Erkrankungen im Vordergrund. In 2012 wurden fast ausschließlich Projekte zur Kinder- und Jugendgesundheit gefördert (z. B. Frühe Hilfen, Frühgeborenen-Outcome-Register, Autismus, Kariesprävention).

Die finanziell durch die *Gemeinsamen Gesundheitsziele* unterstützten Projekte werden sowohl auf Länderebene als auch bundesweit durchgeführt. Antragsteller/innen sind dabei vorwiegend wissenschaftliche Institutionen sowie Krankenkassen, Krankenanstalten oder affilierte Institutionen (z. B. IfGP, Styria Vitalis etc.). Private Träger oder Fachorganisationen sind seltener vertreten (vgl. *Tabelle 8*).

4.2.2.2.4 Jahresberichte der Krankenkassen 2012

Die mit Stand 2012 von den Krankenkassen unterstützten Maßnahmen der GF wurden anhand der Jahres- bzw. Geschäftsberichte recherchiert. Zum Stichtag (15. Juni 2014) lagen für alle Kassen die entsprechenden Berichte für 2012 vor, mit Ausnahme der TGKK und des Berichtes des *Teams Gesundheitsförderung und Public Health* der STGKK, für die Berichte aus 2013 für die Datenanalyse herangezogen wurden (BVA, 2013; GIZ, 2013; KGKK, 2013; NÖGKK, 2013; OÖGKK, 2013; SGKK, 2013; STGKK, 2013, 2014; SVA, 2013; SVB, 2013; TGKK, 2014; VAEB, 2013; VGKK, 2013; WGKK, 2013a).

Die SGKK und die STGKK legten gesonderte Berichte für die Bereiche GF und Prävention vor, alle anderen Kassen informieren über die entsprechenden Daten im Rahmen ihrer jährlichen Berichterstattung. In der Zwischenzeit (Stichtag 05. August 2014) haben vier weitere Kassen ihre Jahresberichte für 2013 veröffentlicht, die u. s. Angaben wurden jedoch im Nachhinein nicht adaptiert. Die Berichte der BKK wurden in die folgenden Darstellungen nicht einbezogen.

Die Datenlage zu den Projekten und Initiativen der GF und Prävention ist sehr heterogen. Einige Kassen legen ihre Aktivitäten sehr ausführlich und detailliert dar, andere berichten eher überblicksartig. Die BGKK veröffentlichte online nur ihre Erfolgsrechnung für 2012 ohne einen ausführlichen Bericht, im Bericht der SVA finden Maßnahmen der GF und Prävention keine gesonderte Erwähnung.

Da es offenbar keine standardisierten Vorgaben für die Inhalte der Jahresberichte gibt, müssen die dargestellten Informationen mit Vorsicht betrachtet werden, da aufgrund der unterschiedlichen Informationslage nicht klar ist, ob die Kassen tatsächlich keine diesbzgl. Aktivitäten unterstützen, oder diese nur nicht veröffentlichen.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Hauptaktivitäten der Krankenkassen sich wie in 2005 in den Kernfeldern BGF, Schulische GF und Ernährung bewegen, nahezu alle Kassen offerieren Projekte und Maßnahmen in diesen Bereichen. Die Reich-

weite der Aktivitäten variiert stark.

Basierend auf den Jahresberichten bieten mit Ausnahme der SVB, die dazu keine Angaben machte, alle Kassen BGF an. Die STGKK und die WGKK offerieren im Bereich BGF die meisten Angebote. Alle Kassen arbeiten mit Betrieben zusammen, die das BGF-Gütesiegel innehaben oder als *Gesunde Betriebe* ausgezeichnet wurden. Einige Kassen berichten auch die Zahlen jener Betriebe, die die BGF-Charta unterschrieben. Nahezu alle Kassen sind im ÖNBGF vertreten. Die sonstigen Maßnahmen der BGF umfassen die Projekte „fit 2 work“ bzw. das „Modellprojekt für Klein- und Kleinstunternehmen“, Vorträge und/oder Aktivitäten zu den Themenbereichen Ernährung oder psychosoziale Gesundheit, Multiplikator(inn)enschulungen und nicht näher spezifizierte Bewegungsangebote.

Die GKK sind im Bereich Schulische GF mit verschiedenen Projekten vertreten, alle (mit Ausnahme der BGKK) haben eine Servicestelle Schulische GF eingerichtet, die umfangreiche Maßnahmen für Schulen koordiniert. Dabei werden z. B. Projektpfadfinder und Projektberatung, der Gesundheitsradar (Schritte auf dem Weg zur gesunden Schule) und umfangreiches Informationsmaterial angeboten. Einige Krankenkassen sind im Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen vertreten. Die Projekte in Schulen sind in erster Linie auf die Themen Ernährung und Bewegung ausgerichtet, auch Zahnprophylaxe-Maßnahmen werden häufig in Anspruch genommen. Viele Krankenkassen vergeben Plaketten oder Auszeichnungen an Schulen. Einige wenige Maßnahmen zielen ab auf die Umgestaltung der Schule oder des Schulumfeldes im Sinne einer Organisationsentwicklung, die meisten Projekte sind verhaltensorientiert ausgerichtet. Die Zielgruppen der Schulischen GF sind Schüler/innen, aber auch Lehrkräfte, fallweise Eltern. Die übrigen Kassen (SVA, SVB, BVA, VAEB) führen keine eigenen Schulischen GF-Projekte durch, die BVA und die SVB unterstützen jedoch die bei den GKK angesiedelten Servicestellen Schule.

Im Bereich Ernährung, dem dritten Haupthandlungsfeld der gesetzlichen Krankenkassen, berichten bis auf zwei Kassen alle von entsprechenden Maßnahmen und Projekten. So nimmt die Mehrzahl der GKK am Projekt REVAN teil. Darüber hinaus beinhalten die Ernährungs-Maßnahmen in erster Linie Ernährungsberatung in Gruppen oder individuell, Ernährungsworkshops und Vorträge für bestimmte Zielgruppen. Zudem werden Informationsmaterialien zu gesunder Ernährung von den Kassen bereitgestellt bzw. Informationsveranstaltungen ausgerichtet. Ein weiterer wichtiger Teilbereich sind Programme und Projekte zur Gewichtsreduktion.

Eines dieser Projekte, das unter den Bezeichnungen *Klick dich schlank* (BGKK) bzw. *Surf dich schlank* (OÖGKK) von der BGKK, der OÖGKK und einer BKK angeboten wird, soll an dieser Stelle herausgehoben werden, da es neben *SVA bewegt* (vgl. Kap. 4.2.3) eines der wenigen Angebote ist, das in Kooperation mit Hausärzt(inn)en durchgeführt wird. Das Gewichtsreduktionsprogramm basiert auf Abonnements für den Zugang zu einer On-

lineplattform (KiloCoach, www.kilocoach.at) und ist für Erwachsene mit einem BMI über 25 konzipiert. Auf dem Webportal stehen den Teilnehmenden verschiedene Werkzeuge zur Verfügung, wie ein Online-Tagebuch, Kalorientabellen, Ernährungsanalysen, Kalorienrechner für Rezepte und die Möglichkeit, Expert(inn)entipps von Ernährungs- und Sportwissenschaftler(inne)n einzuholen. Die Plattform bietet zudem eine Aufstellung des persönlichen Kalorien-Sollwertes inkl. Kalorienuhr, die Auswertung von Ernährungs- und Bewegungsprotokollen sowie die Berechnung der maximalen Kalorienmenge pro Tag an.

Teilnahmewillige Personen lassen sich von ihren Hausärzt(inn)en die Unterlagen für das erste Abo ausfüllen (d. h. Angaben zu Alter, Geschlecht, BMI). Gemeinsam mit den Mediziner(inne)n entscheiden sie sich bei der Einstiegsuntersuchung für ein Abo mit der Laufzeit ihrer Wahl, das angelehnt an den gewünschten Gewichtsverlust empfohlen wird (1 Monat = bis zu 5 kg Gewichtsverlust, 3 Monate = bis zu 10 kg Gewichtsverlust, 6 Monate = bis zu 20 kg Gewichtsverlust, Jahresabo = mehr als 20 kg Gewichtsverlust). Ein Monatsabo kostet 29 Euro, das Jahresabo 159 Euro. Nach Ablauf der vereinbarten Laufzeit (Abo) überprüft der Arzt bzw. die Ärztin während eines Folgetermins das aktuelle Gewicht der/des Teilnehmenden. Liegt dieses mindestens 7 % unter dem Ausgangswert, werden 50 % der Kosten für das Abo von der Krankenkasse zurückerstattet. Kann das (reduzierte) Gewicht für ein Jahr gehalten werden (dies wird im Rahmen eines dritten Besuches in der Arztpraxis nach einem Jahr überprüft), werden die gesamten Abokosten von der Krankenkasse erstattet. Das Projekt hat eine starke Onlinepräsenz und ist zudem mit einer Facebook-Seite vertreten. Auf der Webseite von KiloCoach sind wissenschaftliche Studien zum Konzept veröffentlicht, zudem die Ergebnisse der externen Evaluation durch das Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesundheitsförderungsforschung. Mittlerweile gibt es auch Schulprojekte unter Verwendung von KiloCoach, es ist jedoch nicht ersichtlich, ob diese auch von den Krankenkassen unterstützt werden.

Die Mehrzahl der Krankenkassen fördert den Jahresberichten zufolge auch Tabakprävention bzw. Tabakentwöhnung. Das Rauchfrei-Telefon wird finanziell von einigen Kassen unterstützt, weiterhin werden Workshops, Informationsveranstaltungen und Beratungen durchgeführt und Informationsmaterialien erstellt. Die meisten Kassen geben zudem an, zum Weltnichtrauchertag Aktivitäten zu gestalten.

Das Themenfeld Bewegung wird von den meisten Kassen in irgendeiner Form bedient, jedoch gibt es wenige explizite Bewegungsprojekte (vgl. Kap. 4.2.3). Stattdessen ist kA zumeist ein Bestandteil im Kanon anderer Maßnahmen oder Programme, z. B. der Schulischen GF oder der BGF. Wenige Kassen berichten über den Umfang oder Inhalt dieser Bewegungsaktivitäten im Rahmen dieser anderen Initiativen und Angebo-

te. Informationen zu bewegungsspezifischen Qualitätskriterien (Qualifikation der Übungsleiter/innen, Ausstattung der Räumlichkeiten etc.) konnten weder in den Jahresberichten noch auf den Webseiten ausfindig gemacht werden.

Die übrigen GF-Maßnahmen, die von den gesetzlichen Kassen organisiert bzw. begleitet werden, sind Gesundheitsstraßen oder Gesundheitstage, Aktivitäten zur Zahngesundheit, GF-Projekte in Kindergärten, Informationsveranstaltungen, Erstellung und Verteilung von Informationsmaterialien sowie Netzwerkaktivitäten verschiedenster Art. Überraschenderweise wird kaum über Aktivitäten der kommunalen Gesundheitsförderung berichtet. Fast alle Maßnahmen sind für Mitglieder und Nicht-Mitglieder der jeweiligen Kasse offen, die Minderheit setzt eine Versicherung mit der ausrichtenden Kasse voraus. Letzteres trifft primär auf Maßnahmen der Nicht-Gebietskrankenkassen zu. Die Hauptzielgruppen der Maßnahmen sind (werktätige) Erwachsene und Kinder. Ältere, Migrant(inn)en oder sozial benachteiligte Personen werden in den berichteten Aktivitäten deutlich seltener im Rahmen der Krankenkassenangebote angesprochen.

4.2.3 Stellenwert körperlicher Aktivität in der Gesundheitsförderung und Prävention der österreichischen Krankenkassen

Wie aus den einleitenden Kapiteln der Arbeit hervorgeht, ist das Bewegungsausmaß der österreichischen Bevölkerung steigerungsfähig. Dennoch gibt es bislang keine nationalen Bewegungsprogramme oder -kampagnen wie in anderen europäischen Ländern (z. B. *Allez hop* in der Schweiz, vgl. *Kap. 2.3.2*).

2013 wurde der *Nationale Aktionsplan Bewegung* (NAP.b) veröffentlicht, mit dem auf „breiter Basis Maßnahmen gesetzt werden, um für die Österreicherinnen und Österreicher die Wahl zu mehr Bewegung und Sport zur leichten Entscheidung zu machen“ (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & BMG, 2013, S. 13). Neben Institutionen des Sports, wie den Sportdachverbänden und dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, waren auch zahlreiche Akteur(inn)e(n) des Gesundheitsbereiches in die Erstellung involviert, z. B. BMG, GÖG, FGÖ, gesetzliche Krankenversicherungen, HVB, Österreichische Gesellschaft PH oder das ÖNBGF.

Im Rahmen des NAP.b wurden neben arbeitsgruppen-übergreifenden Zielen auch Zielstellungen und Maßnahmen für sechs Bereiche definiert: Sport, Gesundheitswesen, Bildungswesen, Verkehr, Umwelt, Raumordnung und Objektplanung, Arbeitswelt und Ältere Menschen. In den allgemeinen Zielen wird gefordert, dass das Verständnis von gesundheitswirksamer Bewegung erhöht und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gesteigert werden soll. Zudem sollen qualitätsvolle, konkrete Informationen über Bewegungsangebote erstellt und Netzwerke aufgebaut werden. Letztere sollen i. S. v. HiAP zwischen Akteur(inn)en des Gesundheitswesens und sonstigen bewegungsorientierten, gemeinnützigen Bewegungsanbieter(inne)n entstehen.

Für das Gesundheitswesen wurden im NAP.b ganz konkrete Ziele definiert, in denen z. B. gefordert wird, dass sich das Wissen hinsichtlich Bewegung bei Gesundheitsfachkräften verbessern solle. Im Gesundheitswesen Tätige sollen befähigt werden, Personen über Bewegung und deren Effekte auf die Gesundheit qualitativ hochwertig zu informieren und sie bestenfalls zu mehr Aktivität zu motivieren. Es wird angemerkt, dass das Wissen um gesundheitswirksame Bewegung bei Gesundheitsfachkräften, besonders bei Mediziner(inne)n je nach Aus- und Weiterbildungsstand variiert. Spezialwissen hinsichtlich spezifischer Formen kA bei speziellen Krankheiten, z. B. über Effekte von verschiedenen Bewegungsarten auf unterschiedliche Erkrankungen, scheint kaum verbreitet zu sein.

Dazu solle Bewegungswissen in Ausbildungsplänen integriert und verankert und spezifische Fortbildungsveranstaltungen für unterschiedliche Gesundheitsberufe mit Bewegungsinhalten sollen angeboten werden. Zudem solle ein *Leitfaden Körperliche Aktivität* für Gesundheitsfachkräfte entwickelt werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind im österreichischen Sozialversicherungssystem wichtige Akteur(inn)e(n) von Ernährungs- und Bewegungswissen. Als Ziel ist im NAP.b zudem formuliert, dass sich die Krankenversicherungsträger „bei allen Maßnahmen von einheitlichen und verbindlichen Qualitätsanforderungen bezüglich Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppen, Inhalten, Methodik und Anbieterqualifikation entsprechend dem aktuellen Stand der gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse leiten lassen“ (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & BMG, 2013, S. 28).

Die Krankenversicherungen sollen sich außerdem mit maßgeblichen Akteur(inn)en (z. B. Sportverbände, Sportvereine, Allgemeinmediziner/innen, Sportwissenschaftler/innen, Gemeinden und Kommunen etc.) im Bereich der gesundheitsorientierten Bewegung vernetzen und alltagstauglich und verständlich über Bewegung informieren. Dazu sollen sie entsprechend aufbereitete Informationsmaterialien, wenn möglich mit konkreten, qualitätsgesicherten Bewegungsangeboten bzw. -anbietern in der Region, zur Verfügung stellen. Diese könnten in den Institutionen der Leistungserbringer/innen verfügbar sein und so z. B. im Rahmen von Disease Management Programmen oder der VU eingesetzt werden. Sie sollten auch nicht-leistungsorientierte, niederschwellige Angebote bewerben, v. a. qualitätsgesicherte und wirksamkeitsbasierte Aktivitäten. Dabei sollen die *Leitlinien für gesundheitswirksame Bewegung* verstärkt eingesetzt werden (Titze et al., 2012). Auch im Rahmen von Arztkontakten außerhalb der VU könnte Bewegungsberatung stattfinden, z. B. bei Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen oder in sonstigen GF-Angeboten der Krankenkassen. Dazu sollten explizit individuelle Zeitressourcen für eine Bewegungsberatung geschaffen werden.

Nach der stark beworbenen Veröffentlichung des NAP.b in 2013 ist es ruhig gewor-

den um die Maßnahmen und Aktivitäten, die im Aktionsplan ausgelegt sind. Es ist nicht bekannt, inwieweit die für die Krankenkassen definierten Ziele bisher in entsprechende Maßnahmen oder Aktivitäten mündeten.

Obwohl mittlerweile fundiert wissenschaftlich belegt ist, dass kA gesundheitswirksam eingesetzt werden kann, werden Bewegung und kA von den meisten gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich nur in geringem Ausmaß angeboten oder finanziell unterstützt. In Deutschland wird in den Präventionsrichtlinien für Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes mellitus Typ 2 explizit auf kA verwiesen (GKV-Spitzenverband, 2010). Auch in Österreich findet kA in den wissenschaftlichen Grundlagen zur VU in den Themenbereichen Management von kardiovaskulären Risikofaktoren und Stoffwechselerkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Gewichtsreduktion und Beratung zu kA Erwähnung (Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB, 2005). Wie aus der Analyse der Jahresberichte der Krankenkassen hervorgeht, finanzieren dennoch nur wenige Kassen explizit Bewegungsangebote.

Eine Ausnahme bilden ausgewählte Projekte der SVA wie *SVA bewegt* (SVA, 2013b) oder *Selbstständig gesund* (SVA, 2013a) in denen kA ausdrücklich gefördert und mit finanziellen Boni belohnt wird. Darüber hinaus fördern einige Krankenkassen Initiativen oder Maßnahmen im Rahmen derer zum Thema kA informiert wird oder bei denen kA Bestandteil des Programmes ist (besonders in Kombination mit Ernährungsangeboten oder im Bereich BGF und Schulische GF), explizite Bewegungsangebote sind jedoch rar (vgl. Kap. 4.2.2.2.4). Auch in ihren Onlineangeboten weisen die gesetzlichen Krankenkassen wiederholt auf die Wichtigkeit ausreichender kA hin, manche Anbieter geben online stellenweise allgemeine Empfehlungen zur Erhöhung der Aktivitätslevel.

Bewegt gesund

Auch im niedergelassenen Bereich spielt kA in Österreich offenbar kaum eine wahrnehmbare Rolle. Im Rahmen der VU wird das Bewegungsverhalten abgefragt und Mediziner/innen sind angehalten ggf. zu mehr kA zu motivieren. Jedoch liegen weder Studien noch Evaluationsberichte vor, die überprüfen, in welchem Ausmaß dies geschieht bzw. welchen Einfluss dies auf das Aktivitätsniveau der Bevölkerung hat. Verknüpft man die relativ hohen Partizipationsraten der VU (Brunner-Ziegler et al., 2013) mit den Angaben zum verhältnismäßig geringen Ausmaß kA in der österreichischen Bevölkerung (Europäische Kommission, 2010), scheinen diesbzgl. Ratschläge in der Bevölkerung nicht zu fruchten. Abgesehen von sporadisch angebotenen Fortbildungen der Österreichischen Ärztekammer zum Thema kA oder „Bewegung als Medikament“ scheint es wenig bis keine strukturierte Aus- oder Weiterbildung für medizinisches (VU-)Personal zum Thema kA zu geben. Es obliegt vielmehr den jeweiligen Ärzt(inn)en, ob sie ihre Patient(inn)en auf kA ansprechen (oder nicht).

Ein österreichischer Versuch, KA im PHC-Setting zu verankern, war die gemeinsame österreichweite Initiative der WGKK *Fit für Österreich, Bewegt gesund*. Im Rahmen des Projektes wurde Ärzt(inn)en die Möglichkeit geboten, gezielt im Rahmen der VU jenen Patient(inn)en Bewegung zu „verordnen“, die bestimmte Risikofaktoren aufwiesen. Nahm die/der Patient/in das Bewegungsangebot in einem der kooperierenden Sportvereine für ein Jahr in Anspruch und absolvierte dabei mindestens 18 Einheiten, erstattete die WGKK 70 Euro der Gesamtkurskosten. Üblicherweise entstammten die Kurse dem laufenden Angebot der teilnehmenden Sportvereine.

Aufgrund mangelnder Projektdokumentation ist nicht bekannt, ob die angebotenen Kurse speziellen Qualitätskriterien unterlagen oder die Übungsleiter/innen spezielle Ausbildungen vorweisen mussten. Weiter ist unklar, auf welcher Basis die Teilnehmer/innen die Kurse auswählten und welche Rolle die Ärzt(inn)e(n) dabei spielten. Trotz limitierter Erfolge seit Projektbeginn 2009 wurde das Projekt 2012 nochmals verlängert (WGKK, 2012). Nach der Neuauflage von *Bewegt gesund* waren Anfang 2013 in Wien etwa 370 Ärzt(inn)e(n) registriert (200 in 2009/10, von insgesamt etwa 1250 VU-Anbieter/innen). Etwa 600 Personen nahmen zu diesem Zeitpunkt in Wien am Projekt teil (WGKK, 2013c). Im Oktober 2013 wurde *Bewegt gesund* eingestellt (persönliche Kommunikation mit einer Mitarbeiterin der WGKK, 24. Juli 2014), die Gründe dafür sind nicht bekannt. Mutmaßlich war der eingeschränkte (Teilnahme-)Erfolg eine Ursache dafür, u. U. lag es auch daran, dass durch Umstrukturierungen in der BSO die *Fit für Österreich*-Initiative nicht mehr in der ursprünglichen Form existiert. Falls *Bewegt gesund* evaluiert wurde, sind diese Ergebnisse (bisher) nicht öffentlich zugänglich.

SVA Selbständig gesund

Mit der Einführung des Programmes *Selbständig Gesund* hat die SVA 2012 versucht, den Wandel von einer Krankenversicherung zu einer Gesundheitsversicherung weiter zu forcieren. Im Mittelpunkt des SVA-Vorsorgeprogrammes stehen die fünf Parameter Blutdruck, Gewicht, Bewegung, Tabak und Alkohol. Im Rahmen der VU werden mit dem Arzt bzw. der Ärztin gemeinsam Ziele für diese Parameter abgestimmt, die entweder unter dem Motto „Gesundheit verbessern“ oder „Gesundheit beibehalten“ stehen. Werden diese individuellen Gesundheitsziele nach 6 Monaten erreicht, reduziert sich der Selbstbehalt der Versicherten um die Hälfte (von 20 % auf 10 %).

Zur Unterstützung der Versicherten im Erreichen der Ziele offeriert die SVA unter der Initiative *Fit zu mehr Erfolg* eigene, qualitätsgesicherte Angebote in den Bereichen Ernährung, Tabakentwöhnung, Burnoutprävention und bietet zudem Gesundheitswochen, Aktivcamps und eigene Bewegungskurse an (SVA, 2013a). Mit dem „Gesundheitshundert€“ unterstützt die SVA zusätzlich den Besuch dieser eigenen (oder individuell ausgewählter) Angebote finanziell.

Im Rahmen dieser Unterstützungs-Angebote ist *SVA Bewegt* ein Programm zur Bewegungsförderung in Kooperation mit der SPORTUNION Österreich unter Mitarbeit der beiden anderen Sportdachverbände ASKÖ und ASVÖ (SVA, 2013b). Im Rahmen der VU empfiehlt der Arzt/die Ärztin den Versicherten *SVA bewegt*. Auf einer der beiden Niveaustufen, Beginner/innen und Wiedereinsteiger/innen oder Bereits Aktive besuchen Versicherte zwei Mal pro Woche für 90 Minuten Gruppenangebote bzw. -kurse bei einem der o. g. Kooperationspartner (mindestens 60 Einheiten im Jahr). In den Einheiten werden die Teilnehmenden von Übungsleiter(inne)n bzw. Sportwissenschaftler(inne)n individuell angeleitet und unterstützt, über deren Qualifikationsprofile jedoch keine Information zur Verfügung stand. Inhaltlich versuchen die Angebote durch gezieltes Herz-Kreislauftraining, Koordinations- und muskelkräftigende Übungen die Teilnehmenden gesundheitswirksam, internationalen Richtlinien folgend, zu bewegen. Die Basis für die Angebote bilden Erfahrungen aus den Projekten Aktiv-Bewegt und GEHE (Gesundes Herz bei Adipositas).

Die Kurse finden in den Örtlichkeiten der Kooperationspartner statt. Für teilnehmende Arztpraxen werden Plakate und Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt, es können auch persönliche Informationstermine mit *SVA Bewegt*-Mitarbeiter(inne)n vereinbart werden. Auf der Projektwebseite können sowohl Kooperationsärzte und -ärztinnen, als auch Bewegungsangebote ausfindig gemacht werden, Letztere können online oder über ein eigenes Call-Center gebucht werden. Die Kosten belaufen sich auf 350 Euro, nach Zuschussung durch den „Gesundheitshundert€“ 250 Euro für ein Jahr, wenn mindestens 20 Einheiten besucht wurden.

Auch die Angebote *Gesundheitswochen*, *SVA-Rauchfrei* und *Burnout-Prävention* koppeln andere Inhalte mit Bewegungsangeboten, jedoch sind diese nicht näher spezifiziert. Zusätzlich können Versicherte, die an *Gesundheitswochen*, *SVA-isst-gesund* oder *Aktivcamps* teilnehmen, *SVA-Bewegungsboxen* erhalten. Diese beinhalten Informationen und Anleitungen zu kA, u. a. ein Handbuch, ein Theraband, einen Bewegungspass, eine DVD, Musterübungskarten, eine Übungssammlung und einen Schrittzähler. *Aktiv-Camps* sind Angebote für drei- bis viertägige Kurse für Nordic Walking, Radfahren, Skifahren oder Schwimmen.

Selbständig Gesund wurde 2013 erstmals von einem Team der Kepler-Universität Linz evaluiert (Halla, Pruckner & Schober, 2013), allerdings werden darin keine spezifischen Aussagen zur Wirkung oder zu Teilnehmeraten an *SVA bewegt* vorgestellt. Insgesamt konnte gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme der VU seit der Einführung von *Selbständig gesund* gestiegen ist. Langfristige Gesundheitswirkungen konnten aufgrund der bis dahin kurzen Programmlaufzeit (noch) nicht nachgewiesen werden.

Sonstige Bewegungsangebote der Krankenkassen

Wie bereits erwähnt, sind in den Jahresberichten der Krankenkassen wenig detaillierte

Informationen zu Angeboten kA aufgelistet, meist sind sie als ein Bestandteil oder *add on* Schulischer GF oder BGF aufgeführt. Ein aktuelles Projekt der Servicestellen Schule zielt auf die Umgestaltung von Schulen und Schulumgebungen zu aktiven Bewegungsräumen ab und ist somit eines der wenigen Projekte, das verhältnisorientierte Ansätze aufgreift (*Schule bewegt gestalten*). Im Rahmen dieser Angebote werden bewegungsfreundliche Schulraumberatung, Informationsveranstaltungen und Multiplikator(inn)enschulungen angeboten. Letztere zielen darauf ab, dass Lehrkräfte Anleitungen bekommen, wie sie in den neu geschaffenen Bewegungsräumen mit den Schüler(inne)n aktiv werden können.

Auf den Webseiten der Kassen gibt es Hinweise auf einige zusätzliche Maßnahmen im Bereich kA. Die meisten Anbieter weisen auf die Wichtigkeit kA hin und motivieren (schriftlich), körperlich aktiver zu werden. Eine Kasse hat konkrete Übungen mit Abbildungen und Anweisungen für die Ausführung online aufbereitet.

Konkret werden z. B. Gewichtsreduktionsprogramme für Kinder angeboten, die in Kooperation mit Sportvereinen durchgeführt werden. Die Kinder können auswählen, ob sie nur kA oder eine Kombination aus kA und Ernährungsberatung besuchen möchten. Auch Gewichtsmanagementgruppen für Erwachsene werden von einigen Kassen angeboten und enthalten häufig Module zu kA. Jedoch konnten zu diesen Projekten keine detaillierten Informationen ausfindig gemacht werden.

Ansonsten wird kA vielfach im Rahmen von Gesundheits- oder Bewegungstagen für unterschiedliche Zielgruppen mit Mitmachcharakter offeriert. Ein in diesem Bereich lange etabliertes Projekt ist der *Bewegungskaiser*, in dem generationenübergreifend in eintägigen Veranstaltungen Bewegungsangebote vorgestellt werden. Darüber hinaus bieten einige Kassen bewegungsorientierte mehrwöchige Sommer- oder Feriencamps für Kinder an. Auch Nordic Walking und sonstige Gesundheitssportprogramme wie Rückenfit werden fallweise von Krankenkassen, meist als Schnupperkurse, offeriert, auch neue Bewegungsformen stehen in Form von Probetrainings zur Auswahl (z. B. Bokwa, TABATA).

Exkurs: Bewegungsorientierte Maßnahmen in deutschen Krankenkassen

Der *Leitfaden Prävention* (vgl. Kap. 2.2.1.2) legt in Deutschland die Kriterien für individuelle Kursangebote der Krankenversicherungen fest, die zuoberst prinzipiell ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und sich an den Handlungsfeldern des Leitfadens ausrichten (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum). Die Kurskonzepte müssen evidenzbasiert sein, d. h. ihre Wirksamkeit muss im Rahmen von Studien oder Metaanalysen erwiesen sein. Kursleiter/innen müssen die im Leitfaden festgeschriebenen Qualifikationen vorlegen. Darüber hinaus müssen im Vorfeld der Maßnahmen Ziele definiert werden, die eine Überprüfung der

erreichten Veränderungen nach Kursende ermöglichen (GKV-Spitzenverband, 2010).

Für Primärprävention und BGF haben die deutschen gesetzlichen Krankenkassen im Berichtsjahr 2012 etwa 238 Millionen Euro ausgegeben, dies entspricht Aufwendungen von 3,41 Euro je Versicherten. Insgesamt wurden mit den Maßnahmen 4,8 Millionen Menschen direkt erreicht (GKV-Spitzenverband & MDS, 2013).

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Kurse nach Alter, kann festgestellt werden, dass in allen Altersklassen Bewegungsangebote am häufigsten wahrgenommen werden, im Mittel besuchen etwa 70 % der Versicherten Bewegungsangebote (GKV-Spitzenverband & MDS, 2013). Krankenkassen bieten entweder eigene Präventionskurse an oder sie bezuschussen Maßnahmen externer Anbieter/innen, wie z. B. Sportvereine oder Volkshochschulen. Etwa 80 % derjenigen, die ein Angebot im Handlungsfeld Bewegung besuchen, nutzen dabei externe Anbieter/innen.

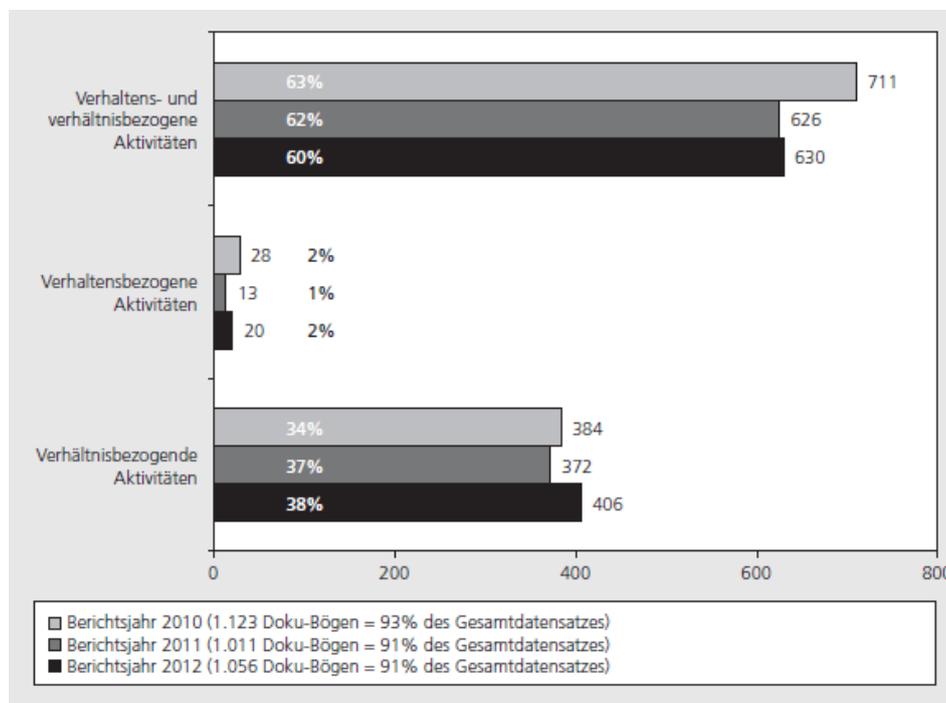


Abbildung 13. Ansatz der Krankenkassenaktivitäten

Quelle: GKV-Spitzenverband & MDS (2013, S. 64)

Im Durchschnitt laufen die in Anspruch genommenen Aktivitäten etwa über 18 Monate. Die Krankenkassen kooperieren in ihren Angeboten mit anderen Institutionen (Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen sowie gewerbliche Anbieter/innen und Unternehmen), um ihre Kompetenzen und Ressourcen zu ergänzen, die Effizienz der Maßnahmen zu steigern oder Präventionsstrategien weiterzuentwickeln (GKV-Spitzenverband & MDS, 2013).

Interessant ist die in *Abbildung 13* dargestellte Aufteilung der Aktivitäten in verhaltensbezogene bzw. verhältnisbezogene Maßnahmen. Daraus ist ersichtlich, dass eine Kombi-

nation beider Ansätze die bevorzugte Strategie ist, gefolgt von rein verhältnisbezogenen Ansätzen. Etwa drei Viertel aller Angebote haben Erfolgskontrolle durchgeführt oder geplant, in einem Viertel der Maßnahmen ist dies nicht vorgesehen.

4.3 Evidenzbasierung, Qualitätssicherung und Maßnahmenorientierung in GF und Prävention in Österreich

Wie in *Kap. 2.2* ausführlich dargestellt, sind Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der GF und Prävention notwendige und wichtige Instrumente, Maßnahmen, Projekte und Programme auf ihren Nutzen bzw. ihren Erfolg zu überprüfen. Es wurden verschiedene Checklisten vorgestellt, die im Zuge formativer und summativer Evaluationen eingesetzt werden können. Es war intendiert, im Rahmen dieser Arbeit zu überprüfen, welche Evaluations- und Qualitätssicherungsinstrumente in den Maßnahmen eingesetzt werden bzw. auf welchen (evidenzbasierten) Grundlagen die GF- und Präventionsinitiativen in Österreich fundieren.

Aufgrund mangelnden Zugangs zu diesen Informationen ist dies überwiegend nicht gelungen. Obwohl nach Aussage der Angestellten der Krankenkasse, die Auskunft erteilte, *alle* Projekte und Maßnahmen evaluiert würden, sind diese Ergebnisse weder für diese Kasse noch für die anderen Anbieter öffentlich zugänglich. Dabei kämen sowohl interne als auch externe Evaluationen zum Einsatz. Evaluationsergebnisse bzgl. der Wirksamkeit von Maßnahmen konnten nur für zwei Initiativen (*Surf dich schlank*, *Selbständig gesund*) eingesehen werden. Dies überrascht einerseits, da in den Gesetzestexten, Positions- und Strategiepapieren und Berichten (auch jenen der Krankenkassen) Evidenzbasierung nahezu ausnahmslos eingefordert wird. Für die VU liegen in Österreich umfangreiche Daten zur Partizipation vor (Häufigkeit, demographische und geographische Spezifika), zur Wirksamkeit, also der Senkung der Mortalität oder Morbidität, liegen bislang jedoch wenige Ergebnisse vor.

Für die von den gesetzlichen Krankenkassen unterstützten Maßnahmen kann auf Grundlage der verfügbaren Information für die meisten Projekte nicht eingeschätzt werden, ob Evaluationen durchgeführt wurden, die Ergebnisse jedoch nur für den internen Gebrauch bestimmt sind, oder ob keine Evaluationen stattfinden. In den Jahresberichten und auf den Webseiten der Krankenkassen wird fallweise erwähnt, dass die Projekte evidenzbasiert seien bzw. evaluiert wurden, jedoch ohne dies näher zu spezifizieren.

Ähnlich verhält es sich hinsichtlich zugrundeliegender Qualitätskriterien bzw. Evidenzbasierung. Obwohl Qualitätssicherung und Wirksamkeitsorientierung (auf dem Papier) groß geschrieben werden, gibt es wenige Maßnahmen, für die Qualitätsstandards berichtet werden. In erster Linie betrifft das die Bereiche BGF und Schulische GF,

für die es verschiedene Gütesiegel und Qualitätszertifikate gibt, die zum Teil auch international anerkannt sind, z. B. das BGF-Siegel oder die Zertifizierungen im Bereich *Gesunde* oder *Gesundheitsfördernde Schule*. Die VU scheint eine der wenigen Maßnahmen in Österreich zu sein, die auf der Grundlage öffentlich-gemachter evidenzbasierter Kriterien konzipiert wurde.

Für *SVA Bewegt* werden Qualitätsstandards für die Maßnahme und die Ausbildung der Übungsleiter/innen definiert, jedoch nicht umfassend öffentlich gemacht. Im nicht weitergeführten *Bewegt gesund* kooperierten die Kassen mit Sportvereinen, die Kurse mussten das *Fit für Österreich*-Siegel tragen. Auch das webbasierte KiloCoach-Angebot unterliegt gewissen Qualitätskriterien. Die im NAP.b vorgeschlagenen Maßnahmen basieren auf den Europäischen und Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Ob diese jedoch in Planung und Durchführung von Aktivitäten im Bereich GF und Prävention einbezogen werden, ist nicht bekannt. Ansonsten werden Qualitätsstandards kaum berichtet, abgesehen von dem Verweis darauf, dass die Angebote qualitativ hochwertig, qualitativvoll oder qualitativ gesichert seien, ohne jedoch Indikatoren oder spezifische Messkriterien zu definieren, die dies belegen.

Teil eines qualitativvollen Angebots ist auch immer umfassende Dokumentation. Wie oben beschrieben, gibt es im Berichtswesen bzw. der Zugänglichkeit der Informationen zu von den Krankenkassen unterstützten bzw. durchgeführten GF- und Präventionsmaßnahmen Verbesserungspotenzial.

Mit dem Blick auf zwei wichtige Erfolgskriterien der GF, Nachhaltigkeit und Verhältnisorientierung, kann festgestellt werden, dass die Mehrzahl der Angebote nicht zwingend auf Nachhaltigkeit ausgerichtet ist. Jene, die auf Nachhaltigkeit orientieren, finden sich primär in den Sektoren BGF und Schulische GF. Ein Großteil der sonstigen Aktivitäten sind Bewegungstage, Gesundheitsstraßen, Beratungsangebote, Workshops und Informationsveranstaltungen, die nicht nachhaltig angelegt sind. Setting- oder Lebensweltorientierung wird z. B. in den Rahmen-Gesundheitszielen, aber auch in gesetzlichen Bestimmungen explizit erwähnt. Viele Maßnahmen der GF und Prävention in Österreich sind verhaltensorientiert ausgerichtet, jedoch gibt es auch gute Beispiele und Ansätze für verhältnisorientierte Maßnahmen, auch hier vorwiegend im Bereich BGF und Schulische GF.

Nach Rosenbrock und Hartung (2010) könne GF im Setting auf zwei, nicht zwangsläufig trennscharfe, Arten erfolgen. Beim Ansatz von Maßnahmen *im Setting* steht im Vordergrund, dass die Zielgruppen in ihrer Lebenswelt (im Setting) erreicht werden können, um dort dann verhaltensorientierte, auf Risikofaktoren ausgerichtete Maßnahmen anzubieten. Dabei reicht der Bogen von der Nutzung des Settings als Ort, um zielgruppenspezifische Informationen zu platzieren (z. B. Broschüren in Arztpraxen oder Schulen) bis hin zu partizipativ, mit den Zielgruppen gemeinsam gestalteten Initiativen. Prinzipiell bleiben

bei diesem Ansatz die Strukturen und Abläufe im Setting gleich, das Setting bildet den Rahmen für die Intervention.

Im Vergleich dazu fokussieren Projekte oder *Maßnahmen zur Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings* auf partizipative Ansätze im Prozess der systematischen Organisationsentwicklung. Dies findet sich häufig in Maßnahmen der BGF mit den Methoden der aktivierenden Belegschaftsbefragungen, Betriebsversammlungen und v. a. der Gesundheitszirkel wieder. Auch hier werden häufig verhaltensorientierte Angebote eingesetzt, im Unterschied zum oben beschriebenen Ansatz *im Setting* werden diese jedoch im Rahmen „eines partizipativ gestalteten Prozesses der organisatorischen, sozialklimatischen etc. Veränderung des Settings von den Nutzerinnen und Nutzern des Settings selbst identifiziert, angefordert und meist auch (mit-)gestaltet“ (Rosenbrock & Hartung, 2010).

Settingorientierung wird in den Maßnahmen der Krankenkassen eher i. S. der ersten Definition verstanden, d. h. Zielgruppen werden in ihren Lebenswelten aufgesucht, um dort (verhaltensorientierte) Maßnahmen anzubieten. Wie beschrieben, speziell in der BGF und in der Schulischen GF, finden sich jedoch auch gute Beispiele für Projekte, die Settingorientierung als Veränderung der Lebenswelt verstehen.

Resümierend ist zu sagen, dass die Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in den Bereichen BGF und Schulische GF bereits gut etabliert sind und überwiegend auf Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung basieren. Dies liegt vermutlich darin begründet, dass diese in Österreich (und europaweit) schon eine längere Tradition haben und im Vergleich zu anderen Handlungsfeldern der GF schon auf vielfältigen Erfahrungen aufbauen können. Auch finden sich in diesen Bereichen vermehrt settingorientierte Ansätze wieder, die auch stellenweise auf die Veränderung der Lebenswelten ausgerichtet sind. Im Vergleich zu den letzten Jahren geht der Trend auch in Maßnahmen der Krankenkassen verstärkt hin zu Angeboten im Setting, wobei dabei jedoch primär auf verhaltensorientierte Maßnahmen gesetzt wird.

5 Zusammenfassung und Diskussion

In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Punkte der vorhergehenden Kapitel noch einmal aufgegriffen und mit Blick auf die aufgezeigten Problemfelder und die Forschungsfragen zusammengefasst und diskutiert.

5.1 Überblick der erörterten Facetten von Gesundheitsförderung und Prävention

5.1.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung, Bewegungsmangel und der Wert körperlicher Aktivität für die Gesundheit

Zunächst wurde dargelegt, dass die österreichische Bevölkerung im europäischen Vergleich eine weniger HLY aufweist, den eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzt und vergleichsweise bewegungs-inaktiv ist. Mit der Verabschiedung der Rahmen-Gesundheitsziele 2012 und der darauf abgestimmten Planung und Implementierung von Maßnahmen und Initiativen soll erreicht werden, dass die Österreicher/innen in der nächsten Dekade durchschnittlich mindestens zwei HLY dazugewinnen.

Im Besonderen soll mit den Zielen dazu beigetragen werden, gesundheitliche Chancengleichheit in der Bevölkerung herzustellen, ein Schwerpunktthema der aktuellen Diskussion im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 (BMG, 2014b). Studien belegen, dass gerade sozial Benachteiligte den eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Individuen mit höherem SES. Die Wahrnehmung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands einer Person hat sich als geeigneter Indikator für die Entwicklung der Mortalität und der Gesundheitsausgaben innerhalb eines Landes bewährt, da er Rückschlüsse auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und die Qualität des Gesundheitssystems zulässt (Bachner et al., 2013).

Körperliche Inaktivität ist mittlerweile relativ gesichert als gravierende Gesundheitsnoxe identifiziert (vgl. Kap.1.2), ein Absenken ihrer Prävalenz ist als Ziel in der *Gesundheitsstrategie 2020* der WHO definiert (*Health 2020*; WHO Europe, 2013b). Etwa 5 % der DALYs für Europa können körperlicher Inaktivität zugeschrieben werden. In Konsequenz wird im *Global Action Plan 2013-2020* zur Bekämpfung von NCD der weltweite Rückgang der Prävalenz unzureichender kA bis 2025 um 10 % angestrebt (WHO, 2013). Auf EU-Ebene arbeitet eine HEPA-Arbeitsgruppe der WHO derzeit eine *European Strategy for Physical Activity* aus.

Auch die österreichische Bevölkerung ist vergleichsweise inaktiv, nahezu jede/r Dritte (29 %) geht nie körperlichen oder sportlichen Aktivitäten nach. Nur 5 % der Bevölkerung sind *regelmäßig* und 33 % *mit gewisser Regelmäßigkeit* aktiv (Europäische Kommission, 2010). Zugleich ist überzeugend nachweisbar, dass körperliche Aktivität (kA) gesundheitswirksam in Initiativen und Maßnahmen der GF und Prävention eingesetzt werden

kann (z. B. WHO, 2007, 2010). Dabei sind Sport und kA jedoch nicht automatisch gesundheitswirksam, wie häufig angenommen. Es bedarf spezifischer Parameter, damit Individuen von den Effekten kA profitieren können (Tiemann & Brehm, 2006).

Das Rahmen-Gesundheitsziel 8 setzt seinen Schwerpunkt darauf, gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten (z. B. der Betriebe oder der Schulen) zu fördern. Der Gesundheitssektor ist dabei ein zentraler Stakeholder in der Schaffung der erforderlichen Strukturen und Angebote, die Individuen darin befähigen und unterstützen, regelmäßig körperlich aktiv zu sein und zu bleiben (Cavill et al., 2006; WHO, 2014b; 2014d).

5.1.2 Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im öffentlichen Diskurs vs. Allokation der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen

GF und Prävention werden in Österreich von der Mehrheit der Stakeholder/innen als wichtig erachtet und universal eingefordert. In den Strategiepapieren, Gesetzestexten und zahlreichen Dokumentationen und Berichten werden sie als wichtige Handlungsfelder des Gesundheitssektors definiert. Das BMG deklariert GF und Prävention als essenzielle Aufgaben des Gesundheitswesens, HBV und Krankenkassen werden nicht müde, die Wichtigkeit von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen zu betonen.

In Österreich besteht dennoch offenbar eine Diskrepanz zwischen der (theoretischen) Wertigkeit von GF und Prävention, also dem eigenen Soll-Anspruch, und der Ist-Realität, also dem Ausmaß, in dem GF und Prävention in der täglichen Praxis des Gesundheitswesens Einzug gefunden haben. Derzeit stehen Kuration und Rehabilitation in den Leistungskatalogen und Mittelallokationen der SVT an erster Stelle, GF und Prävention kommen im Vergleich dazu nur marginale Budgets zu. Knapp unter 2 % der Gesamtgesundheitsausgaben Österreichs werden derzeit für GF und Prävention aufgewendet. In den letzten Jahren gibt es verstärkte politische Bestrebungen, diese Kluft zu überwinden, besonders mit der Verabschiedung und schrittweisen Umsetzung der Gesundheitsreform 2013 und mit Initiativen wie der Gesundheitsförderungsstrategie oder dem Beschluss der Rahmen-Gesundheitsziele. Essenziell ist dabei, über alle Politikfelder hinweg also sektorenübergreifend nach dem HiAP-Ansatz vorzugehen (Bachner et al., 2013).

Prävention wird in Österreich in erster Linie mit medizinischer Prävention gleichgesetzt, in den letzten Jahren gibt es jedoch verstärkt Bemühungen, soziale Aspekte und Umweltfaktoren in GF und Prävention einzubeziehen, z. B. in den Rahmen-Gesundheitszielen (Pöttler, 2012; Rohrauer-Näf & Waldherr, 2011). Primäre Zielstellungen sind dabei der Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Le-

bensumständen. Sie setzen an den sogenannten Determinanten für Gesundheit an, also jenen Faktoren, die Gesundheit grundlegend beeinflussen (z. B. Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit oder Umwelteinflüsse) und sollen so neben der Verbesserung der Gesundheit auch eine Entlastung des Gesundheitsversorgungssystems herbeiführen (BMG, 2012b, 2013e, 2014b).

5.1.3 Gesetzliche Krankenkassen als kompetente Stakeholder in Gesundheitsförderung und Prävention, auch im Bereich körperliche Aktivität

Dem Gesundheitswesen, dabei im Besonderen den gesetzlichen SVT wie Krankenkassen, wird zugesprochen, eine wesentliche Rolle in der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der GF und Prävention übernehmen zu können. Der Gesundheitssektor ist laut WHO bestens geeignet, die dazu unentbehrlichen Partnerschaften und Kooperationen zu initiieren und zu effektiven Ergebnissen zu führen. GF bedarf vor allem auf kommunaler Ebene der Partizipation von und ggf. Koordinierung durch die politischen Stakeholder/innen, u. a. unter der Mithilfe von Krankenversicherungsträgern. Zudem sollten so auch Projekte finanziert werden, die nicht nur den Versicherten zukommen. In Österreich scheinen Letztere Vorrang zu haben, das Gros der Angebote der Krankenkassen im Bereich GF und Prävention ist der Gesamtbevölkerung zugänglich, nur wenige Initiativen setzen die Mitgliedschaft bei einer bestimmten Krankenkasse voraus.

Auch im Bereich der GF und Prävention durch Bewegungsaktivitäten sieht die WHO die Funktionen des Gesundheitssystems speziell in den folgenden sechs Bereichen: (1) *making physical activity part of primary prevention*, (2) *documenting effective interventions and disseminating research*, (3) *demonstrating the economic benefit of investing in physical activity*, (4) *connecting relevant policies*, (5) *advocacy and exchanging information* und (6) *leading by example* (WHO Europe, 2014d).

In den letzten Jahren hat sich der Trend *Exercise is Medicine* etabliert. In der Folge dessen wurden in vielen Ländern, u. a. auch in Österreich, Projekte und Initiativen zu *Bewegung auf Rezept* (ERS) eingeführt. Leistungserbringer/innen im Gesundheitswesen, vor allem im Bereich PHC, können ein geeignetes Setting für Maßnahmen zur Steigerung kA darstellen, da in der Primärversorgung der Zugang zu großen Teilen der Bevölkerung gegeben ist. In diesem Bereich können v. a. jene Personen erreicht werden, die bereits Risikofaktoren oder Krankheitssymptome aufweisen bzw. die spezifischen Zielgruppen angehören (Hinrichs et al., 2011; T. K. Jørgensen et al., 2012; McPhail & Schippers, 2012).

Ärztlicher Rat, körperlich aktiver zu werden, zeigte sich in einigen Studien als guter Anreiz bzw. Auslöser für gesteigerte kA bei den Patient(inn)en (McPhail & Schippers, 2012; A. W. Smith et al., 2011). Dabei sollten Bewegungs- und Sportaktivitäten wie andere (pharmazeutische oder sonstige Medikamente) als medizinische Behandlungen betrachtet

werden (Neville, 2013). Dies schließt die diesbzgl. Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals und der involvierten Stakeholder/innen ein (Vuori et al., 2013). Viele Mediziner/innen fühlen sich jedoch nicht genügend informiert, detaillierte Bewegungsberatung durchzuführen. Anleitung durch entsprechend ausgebildete (externe) Personen führten zu besseren Langzeiteffekten im Bewegungsverhalten (Tulloch et al., 2006). Als besonders geeignet erwiesen sich kurze Informationsgespräche über kA zu einem oder mehreren aufeinanderfolgenden Zeitpunkten oder die Vermittlung von ERS (Vuori et al., 2013).

Die Einstellungen und Wahrnehmungen des medizinischen Personals zu bzw. über kA, die Effektivität und Effizienz, die Kosten-Effektivität und die Machbarkeit der Umsetzung von Beratung bzw. ERS sind entscheidende Faktoren in der Entscheidung für oder gegen die (kontinuierliche) Beratung und ERS im Bereich kA (Vuori et al., 2013). Studien haben gezeigt, dass es verbreitet abhängig von den persönlichen Präferenzen des medizinischen Personals ist, ob kA empfohlen wird oder nicht (Bock et al., 2012; Sinclair et al., 2008; VanWormer et al., 2009).

Darüber hinaus bedarf es der Unterstützung (und auch Lobbying) durch relevante Stakeholder/innen, um das Wissen um die positiven Effekte gezielter kA weiterzugeben und damit die Rolle kA im Gesundheitswesen zu stärken. In Österreich sind mit der Festschreibung von diesbzgl. Zielen für das Gesundheitswesen im NAP.b erste Initiativen gesetzt worden, die aber leider bisher noch nicht flächendeckend umgesetzt wurden. Nationale Empfehlungen und Standards zur Implementierung und Evaluation von ERS wie es sie z. B. in Großbritannien gibt, sind in Österreich noch ausständig.

Reviews zur Effektivität von ERS bezüglich gesteigerter kA, Fitness oder Gesundheitsindikatoren gelangen zu heterogenen Ergebnissen. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass nach Abschluss der Intervention mehr teilnehmende Personen die Bewegungsempfehlungen erfüllten (Pavey et al., 2011). Sie bestätigen zudem, dass ERS das Ausmaß kA bei inaktiven Erwachsenen zumindest kurzfristig positiv beeinflussen können (Morgan, 2005; NICE, 2006; Sorensen et al., 2006; Williams et al., 2007). Dennoch sind sie meist limitiert in ihrer (nachhaltigen) Wirkung auf Gesundheitsparameter, da sie oft nur für einen kurzen Zeitraum (3 Monate) angeboten werden (Harrison et al., 2005). Studien zu langfristigen Effekten (>3 Monate) von ERS konnten bisher kaum nachhaltige Wirkungen aufweisen (NICE, 2006), jedoch gibt es auch wenige Initiativen, die über einen längeren Zeitraum angeboten wurden.

Ein methodologisches Problem systematischer Reviews bzw. Metaanalysen ist, dass die Einschlusskriterien oft sehr rigide sind und demzufolge nur wenige Arbeiten in die Auswertung einbezogen werden können. Eine der größten Herausforderungen für ERS ist demnach qualitätsvolle Evaluation. Bislang fehlt es weitestgehend an systema-

tisch erhobenen, qualitativ hochwertigen Daten, die valide, zuverlässige und vergleichbare Parameter enthalten (BHF National Centre, 2010b; NICE, 2006). Dies könnte ein Grund für die widersprüchlichen Befunde zur Wirkung von Beratung zu kA bzw. von ERS sein.

Weiterhin liegt die Vermutung nahe, dass die meisten Bewegungsangebote im Rahmen von ERS nicht spezifisch genug ausgerichtet sind (*one size fits all* und Gießkannenprinzip), sondern noch auf der Annahme beruhen, dass kA automatisch die gewünschten Effekte erzeuge, egal wie das Angebot strukturiert ist. Die verfügbare Evidenz legt nahe, dass ERS ein weitgefächertes Angebot an körperlicher Betätigung umfassen sollte, um damit die Bedürfnisse und Präferenzen verschiedener Populationen und Zielgruppen bedienen zu können (BHF National Centre, 2010b).

5.1.4 Gesetzliche Verpflichtung zu GF und Prävention in Österreich

Seit der Beschlussfassung über das ASVG 1992 sind GF und (primär)präventive Maßnahmen im Gesundheitsbereich in Österreich gesetzlich verankert und als Pflichtaufgaben der SVT definiert (§116, Abs.1). Darüber hinaus gibt es gesetzliche Regelungen für freiwillige Leistungen, die unter *Bedachtnahme* der finanziellen Leistungsfähigkeit der einzelnen Träger gewährt werden können, aber nicht müssen (Rohrauer-Näf & Waldherr, 2011). Das zeitliche, finanzielle oder personelle Ausmaß der Aufwendungen für GF und Prävention ist im ASVG jedoch (bisher) nicht definiert.

Auch mit dem GfG bzw. dem GQG sind GF und Prävention schon länger in der österreichischen Gesetzgebung verankert. Beachtlich ist die Vielzahl und Diversität an gesetzlichen Bestimmungen in Österreich, in denen GF und Prävention bereits (zumindest textlich) reguliert sind. Im Gesundheitsreformgesetz 2013 sind die Regelungen zur Zielsteuerung Gesundheit festgeschrieben. Auch ist hervorzuheben, dass z. B. die Tabaksteuer die einzige zweckgebundene Steuer in Österreich ist. Es ist festgeschrieben, dass Teile dieser Steuer für Maßnahmen der GF und Prävention investiert werden müssen. Zudem ist in der Gesundheitsförderungsstrategie festgelegt, wie die Vorsorgemittel und die Gesundheitsförderungsfonds-Mittel eingesetzt werden.

In Deutschland gibt es im Vergleich dazu einen gesetzlich festgeschriebenen Beitrag für Prävention und BGF pro Versicherungsnehmer/in, der jährlich angepasst wird. Die deutschen Krankenkassen sind demnach verpflichtet, Leistungen der Primärprävention und GF in ihre Satzungen aufzunehmen, dabei ist die BGF eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Zudem ist reguliert, dass die Maßnahmen der GF und Prävention settingorientiert und partizipativ gestaltet werden müssen. Für das neue Präventionsgesetz in Deutschland ist vorgesehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen zunächst 7 Euro, ab 2018 bis zu 10 Euro pro Versichertem in GF und Prävention investieren sollen. Davon sollen 80 % in Prävention in Settings fließen, zudem soll die Inanspruchnahme von VU und Impfprogrammen erhöht werden. Allerdings scheiterte die Verabschiedung dieses Geset-

zes bereits zweimal, es bleibt abzuwarten, ob es in der aktuellen Legislaturperiode noch ratifiziert wird.

In Österreich ist es noch nicht umfassend gelungen, konkrete Anforderungen an GF und Prävention wie spezifische jährlich angepasste Investitionen oder Prinzipien der GF wie Settingorientierung oder Partizipation gesetzlich zu regulieren. Hierzulande werden zwar auch Geldbeträge festgelegt, jedoch sind diese in der Regel über Jahre im Voraus festgeschrieben und können nicht vor Ablauf der Verträge flexibel an Marktschwankungen wie Inflation oder Kostensteigerungen angepasst werden.

5.1.5 Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention

Stand zu Beginn der GF- und Präventionswelle in den 1990er- und 2000er-Jahren im Vordergrund, zunächst (irgendwelche) Maßnahmen zu initiieren, zu implementieren und zu etablieren, so verstärkt sich in den letzten Jahren zunehmend der Ruf nach Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Evidenzbasierung und Evaluation in GF und Prävention. In den Rahmen-Gesundheitszielen wurde mit der Erwähnung von Qualität (Gesundheitsziel 10) ein zentraler Aspekt von GF und Prävention benannt, der in den letzten Jahren im Bereich PH radikal an Bedeutung gewann. Wie bereits erwähnt, finden Qualitätssicherung und Evidenzbasierung mehrfach in den österreichischen Gesetzen Erwähnung. Die Schaffung einer wissenschaftlichen Basis und der Nachweis der Wirksamkeit von GF und Prävention ist ein essenzieller Faktor, jedoch konnte er für eine Zahl von GF- und Präventionsmaßnahmen bisher nicht erbracht werden (RKI, 2007). Das kann u. a. daran liegen, dass die potenziellen positiven Gesundheitseffekte erst zeitverzögert zu erwarten sind.

Des Weiteren ist die Studien- und Publikationslage zu evidenzbasierten GF- und Präventionsmaßnahmen generell, aber besonders in Österreich, begrenzt, wohl auch, da für diesen Bereich nur limitierte Forschungsgelder zu Verfügung stehen. Zudem braucht der Nachweis der Wirksamkeit in GF und Prävention ob der Komplexität der Interventionen eigene bzw. zumindest adaptierte wissenschaftliche Methoden. Dies könnten Gründe für den verhältnismäßig niedrigen Stellenwert der GF und Primärprävention in der gesetzlichen Krankenversicherung sein.

Mittlerweile steht nicht nur in Österreich eine Reihe von erprobten Instrumenten und Kriterienlisten zur Bewertung der Qualität einer GF- oder Präventionsmaßnahmen zur Verfügung, die zuvor ausführlich beschrieben wurden. Auch im Gesundheitssport gelten bezüglich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements ähnliche Anforderungen wie für GF und Prävention allgemein (Kolip & Müller, 2009b; Loss et al., 2007). Es wurden verschiedene Kriterien definiert, die Income- und Outcome-Evidenz in Gesundheitssportprogrammen stärken. Dazu gehören z. B. stringenter Zielgruppen-

bezug, schriftliche Fixierung des Programms oder adäquate Aus- und Fortbildung der Kursleiter/innen (Tiemann & Brehm, 2006) oder praktische Erprobung der Durchführbarkeit und Evaluation der (Gesundheits- und Verhaltens-)Effekte mit Studien hohen Evidenzgrades (Pahmeier et al., 2007).

Im deutschsprachigen Raum haben sich im Gesundheitssportbereich verschiedene Qualitätssiegel etabliert, wobei Zertifizierungen in Deutschland (z. B. *präventionsgeprüft*) und der Schweiz (z. B. *Qualitop*) deutlich höheren Ansprüchen gerecht werden müssen als in Österreich (z. B. *Fit für Österreich-Siegel*). Auch sind in Deutschland und der Schweiz bereits Kooperationen zwischen Krankenkassen und Anbieter(inne)n von Bewegungsprogrammen existent, im Rahmen derer Kursteilnehmer/innen Kosten zurückerstattet bekommen können. In Österreich sind solche Kooperationen bisher nur begrenzt zu finden.

Es wäre wünschenswert und zu erwarten, dass im Bereich PH nur solche Maßnahmen initiiert und implementiert würden, die nachweislich evidenzbasiert sind. Jedoch weist „die Situation zum Nachweis von Effektivität in Prävention und Gesundheitsförderung ... im internationalen Umfeld in etwa den Stand der kurativen Medizin von vor 25 Jahren“ auf (Klever-Deichert et al., 2007, S. 12). In der Praxis ist es vielfach so, dass im oft langen und komplexen Prozess der Planung, Implementierung und Evaluation von GF- und Präventionsmaßnahmen nur selten strukturiert, transparent und wissenschaftlich angemessen vorgegangen wird (Gerhardus et al., 2010). Österreichische Beispiele dafür sind die beschriebene Kampagne zur täglichen Sportstunde oder die Initiative *Bewegt gesund*.

Obwohl Qualitätssicherung gesetzlich verankert ist, werden Dokumentationen und Evaluationsergebnisse in Österreich nur selten öffentlich zugänglich gemacht. Dabei ist nicht ersichtlich, ob evaluiert wurde, die Ergebnisse jedoch nur für den internen Gebrauch bestimmt sind oder von vornherein keine Evaluation durchgeführt wurde. Gängige Praxis ist leider auch, dass die Interventions- oder Evaluationsziele so minimal angesetzt werden, dass eine Erreichung quasi vorprogrammiert ist, was die (Schein-)Evaluation dann obsolet macht (vgl. oben zu taktischer und legitimierender Funktion von Evaluation).

Weiterentwicklung und Ausbau von Evaluation in den Bereichen PH, GF und Prävention werden in der Literatur vielfach angemahnt (Gerhardus et al., 2010; Korczak et al., 2011; R. D. Smith & Petticrew, 2010; Whitehead, 2010). Dabei sollten unbedingt die direkten und indirekten sowie die intendierten und nicht-intendierten Wirkungen der Intervention auf Individuen, Gemeinden und Bevölkerungsgruppen offengelegt werden (R. D. Smith & Petticrew, 2010).

Dies ist zweifelsohne nicht leicht, da Interventionen auf der Makroebene, die den Fokus auf soziale Determinanten von Gesundheit und soziale Ungleichheit richten, i. d. R. sehr komplex sind. Daher müssen multiple Faktoren und Ergebnisindikatoren einbezogen

werden, nicht nur einzelne Gesundheitsparameter (vgl. *Kap. 2.2.2*). Einerseits wird diesem Fakt von den involvierten Wissenschaftler(inne)n noch nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt, andererseits sind es die Geldgeber/innen und sonstigen Stakeholder/innen, die mit ihrem Einfluss steuern, welche Art von Studien und Evaluationen (finanziell) unterstützt werden (R. D. Smith & Petticrew, 2010). Dies spiegelt sich z. B. auch in Drittmittelausschreibungen (und erfolgreichen Drittmittelinwerbungen) wider, die derzeit meist noch einfache Interventions- und Evaluationsdesigns auf Mikroebene zu bevorzugen scheinen (Whitehead, 2010).

5.2 Zusammenfassende Betrachtung anhand der Forschungsfragen

Aus der Darstellung der o. g. Facetten von GF und Prävention, der Bedeutung von kA als Mittel zur Aufrechterhaltung, Stärkung und Wiederherstellung der Gesundheit und dem Stellenwert des Gesundheitssektors in den Maßnahmen der GF und Prävention wurden fünf Forschungsfragen abgeleitet. Diese widmeten sich spezifischen Fragestellungen zum Stellenwert der gesetzlichen Krankenkassen in GF und Prävention in Österreich.

Die Mehrzahl der österreichischen Krankenkassen, vor allem die mitgliederstarken Träger, haben mittlerweile eigene GF- und Präventionsabteilungen eingerichtet, die die Verantwortung für die entsprechenden Agenden innehaben. Aus den Berichterstattungen geht hervor, dass in den österreichischen Krankenversicherungsanstalten GF und Prävention scheinbar primär als Screeningmaßnahmen, periodische Untersuchungen (VU, Jugendlichenuntersuchung, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) und Impfkampagnen (z. B. FSME, Influenza) verstanden werden. Daneben sind BGF und Schulsche GF bereits recht umfassend etabliert.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden primär die Jahresberichte der Krankenkassen und sonstige Dokumentationen des HVB herangezogen. Weiterhin wurden die Webauftritte der Krankenkassenträger systematisch bzgl. der Fragestellungen analysiert. Fehlende Informationen sollten anhand von persönlichen und emailigen Befragungen von Mitarbeiter(inne)n der Krankenkassen ergänzt werden. Leider war der Rücklauf aufgrund von Desinteresse, mangelnder Zeit oder Erreichbarkeit und Antwortverweigerung so gering, dass durch diese Methode nur wenig neue Information gewonnen werden konnte. Im Folgenden werden die Resultate zu den einzelnen Forschungsfragen kurz zusammengefasst und diskutiert.

5.2.1 Inwieweit werden Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung von den gesetzlichen Krankenkassen finanziell unterstützt?

GF und Prävention sind in Österreich als Pflichtaufgaben der Krankenkassen und

des HVB definiert. Wie oben beschrieben, gibt es neben den gesetzlichen Regelungen auch Bestimmungen für freiwillige Leistungen, die unter *Bedachtnahme* der finanziellen Leistungsfähigkeit der einzelnen Träger gewährt werden können. Diese freiwilligen Leistungen werden von allen analysierten Krankenkassen für Leistungen der Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung investiert, mit Ausnahme der TGKK; die seit 1995 diese Mittel nicht mehr aufbringt.

Im sogenannten Rahmen-Pharmavertrag ist festgehalten, dass „durch einen freiwilligen Beitrag der pharmazeutischen Unternehmen und der pharmazeutischen Großhandelsfirmen die Leistungsfähigkeit der sozialen Krankenkassen, insbesondere auch gegenüber dem Patienten“ unterstützt wird (HVB, 2014a). In der Vertragsperiode von 2011-2015 zahlt die Pharmaindustrie insgesamt 82 Millionen Euro an den HVB (zurück). 2011 wurde erstmals festgelegt, dass aus dieser Gesamtsumme ein Betrag von 6,75 Millionen Euro (etwa 5 %) für Maßnahmen in den Bereichen Kindergesundheit und Prävention zweckgebunden wird, das entspricht 1,5 Millionen Euro jährlicher Förderung. Damit sollen „der Öffentlichkeit, anderen Partnern im Gesundheitswesen und der Politik Handlungsnotwendigkeiten in den Bereichen Kindergesundheit und Prävention“ aufgezeigt werden und es soll gezeigt werden, „wie leistungsfähig zwei Partner im Gesundheitswesen sein können.“ (HVB, 2014a).

Laut Hofmarcher (2013) liegt die Motivation für diese Vereinbarung jedoch in erster Linie darin, Medikamentenkosten für die Krankenversicherungen zu dämpfen. Sie spricht in diesem Zusammenhang von einem „Stillhalteabkommen“ (S. 248) seitens des HVB, sollte es zu gesetzlichen Bemühungen kommen, Preis- und Erstattungsregeln anzupassen. Hofmarcher (2013) kritisiert darüber hinaus, dass durch diese Regelung der Bund nicht in die Planung und Erstellung von Gesundheitszielen und Präventionsmaßnahmen involviert ist und zeitgleich eigene Gesundheitsziele entwickelte. Sie appelliert, dass die Zuständigkeiten für GF- und Präventionsmaßnahmen gebündelt werden sollten, um langfristig gemeinsam nationale Strategien zu entwickeln.

Insgesamt betrachtet ist die Finanzierung im österreichischen Gesundheitssystem sehr komplex und schafft wenig Anreize für sektorenübergreifende Kooperationen, da z. B. Stakeholder/innen aus dem intra- und extramuralen Bereich finanzielle Einsparungen nur zu Lasten des jeweils anderen durchsetzen können.

Im Jahr 2011 erbrachten die gesetzlichen Krankenversicherungen insgesamt Leistungen im Wert von etwa 13,8 Milliarden Euro, die primär für Krankenanstaltenkosten, für niedergelassene Ärzt(inn)e(n) und für Medikamente verwendet wurden (BMG, 2014f). In den Gesundheitsgesamtausgaben Österreichs sind die Krankenanstalten mit etwa 40 % der größte Budgetposten (Dorner, 2013). Für die Früherkennung von Krankheiten und für GF wurden im gleichen Zeitraum 131 Millionen Euro ausgegeben. Zu den Vorsorgeleis-

tungen der Kassen zählen VU, Jugendlichenuntersuchungen, Mutter-Kind-Pass-Leistungen, humangenetische Untersuchungen, Zuschüsse zur FSME-Impfung (Zekenschutzimpfung), Zahnindividual- und Gruppenprophylaxe und weitere präventive Leistungen (z. B. Krebsabstrich, Prostatauntersuchung etc.).

Im Bereich der GF werden von den österreichischen Kassen primär Maßnahmen der BGF und Schulischen GF unterstützt, auch Tabakprävention (z. B. Unterstützung des Rauchfrei Telefons) und Maßnahmen zur gesunden Ernährung werden von nahezu allen Kassen angeboten. Die Reichweite dieser Aktivitäten variiert jedoch stark.

Gründe für das Engagement der Krankenversicherungen in BGF waren und sind primär gesundheitsökonomisch motiviert und auf Einschränkung der Ausgaben für Krankenbehandlungen, Krankengeld und vorzeitige Pensionierungen ausgerichtet. Auch erwarten sich Krankenkassen positive Imageeffekte, da BGF die Kooperation zwischen Betrieb und Krankenversicherungsträger fördere und damit das Ansehen der Krankenkassen im Allgemeinen stärke (HVB, 2005).

Alle Kassen arbeiten mit Betrieben zusammen, die das BGF-Gütesiegel innehaben, als *Gesunde Betriebe* ausgezeichnet wurden oder die BGF-Charta unterschrieben. Nahezu alle Kassen sind im ÖNBGF vertreten. Die sonstigen Maßnahmen der BGF umfassen Projekte wie „fit 2 work“ oder das „Modellprojekt für Klein- und Kleinstunternehmen“, Vorträge und/oder Aktivitäten zu den Themenbereichen Ernährung oder psychosoziale Gesundheit, Multiplikator(inn)enschulungen und nicht näher spezifizierte Bewegungsangebote.

Im Feld der Schulischen GF beteiligen sich die Krankenkassen an Maßnahmen der *Gesunden* oder *Gesundheitsfördernden Schule*, die Initiativen und Projekte mit den Inhalten Ernährung, Bewegung, Tabak, Alkohol und psychosoziale Themen u. a. über die Servicestellen Schule der GKK gewähren. Einige wenige Angebote streben die Umgestaltung der Schule oder des Schulumfeldes im Sinne einer Organisationsentwicklung an, die meisten Projekte sind verhaltensorientiert ausgerichtet. Die Zielgruppen der Schulischen GF sind Schüler/innen, aber auch Lehrkräfte, fallweise Eltern.

Die übrigen GF-Maßnahmen, die von den gesetzlichen Kassen organisiert bzw. begleitet werden, sind Gesundheitsstraßen oder Gesundheitstage, Aktivitäten zur Zahngesundheit, GF-Projekte in Kindergärten, Informationsveranstaltungen, Erstellung und Verteilung von Informationsmaterialien sowie Netzwerkaktivitäten verschiedenster Art. Überraschenderweise wird kaum über Aktivitäten der kommunalen Gesundheitsförderung berichtet. Die Hauptzielgruppen dieser Maßnahmen sind (werktätige) Erwachsene und Kinder. Ältere, Migrant(inn)en oder sozial benachteiligte Personen werden in den berichteten Aktivitäten deutlich seltener im Rahmen der Krankenkassenangebote angesprochen.

Offenbar liegt es im Ermessen der Kassen, welche Leistungen den Kategorien GF oder Prävention zuzuordnen sind, es bleibt offen, ob die stellenweise ungewöhnliche Allokation buchhalterisch bedingt erfolgt oder unterschiedlichen Definitionen von GF und Prävention unterliegt. So führt z. B. eine Kasse die Leistungen der Schulischen GF und der BGF unter Krankheitsverhütung, gleichzeitig aber Tumorvorsorge unter GF. Vor allem Impfkosten rangieren bei den unterschiedlichen Kassen unter verschiedenen Kategorien.

Insgesamt betrachtet lagen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2012 in den drei o. g. Bereichen der GF und Primärprävention im ernüchternden Bereich, über alle Kassen hinweg betragen sie 1,6 %. Die Ausgaben für GF und Prävention haben damit bisher nur untergeordneten Stellenwert in den Leistungen der sozialen Krankenversicherungen. Betrachtet man nur die Ausgaben für Maßnahmen der GF (ohne Prävention), so bewegten sich diese 2011 bei 0,2-0,3 % der Gesamtaufwendungen und damit unterhalb der Wahrnehmungsschwelle. Im Zuge der Umsetzung der Beschlüsse zu den Rahmen-Gesundheitszielen, der Gesundheitsreform 2013, der Gesundheitsförderungsstrategie und den entsprechenden bereits zuvor existierenden Gesetzen, soll dem zukünftig entgegengewirkt werden.

Es gibt österreichweit nur wenige Programme, die bundesländerübergreifend organisiert, durchgeführt und finanziert werden. Die Ausnahmen sind im Bereich BGF (z. B. Gütesiegel ÖNBGF) und Schulische GF (z. B. Projekte der Schulservice-Stellen) auszumachen. Zusätzlich gibt es einige wenige Initiativen, wie z. B. REVAN als Teil des Nationalen Aktionsplanes Ernährung oder das mittlerweile eingestellte *Bewegt Gesund*. Auch Präventionsmaßnahmen wie Screenings- und VU-Programme werden österreichweit durchgeführt.

Es fällt auf, dass nur wenige Programme und Initiativen in Kooperation mit Hausärzt(inn)en oder Allgemeinmediziner(inne)n erfolgen (z. B. VU, *Surf dich schlank*, *SVA bewegt*), somit scheint in Österreich das Potenzial des Settings PHC noch nicht genügend ausgeschöpft.

5.2.2 Welchen Stellenwert hat körperliche Aktivität in den Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen zur Gesundheitsförderung und Prävention?

Wie aus den einleitenden Kapiteln der Arbeit hervorgeht, ist das Bewegungsausmaß der österreichischen Bevölkerung steigerungsfähig. Dennoch gibt es bislang keine nationalen Bewegungsprogramme oder -kampagnen wie in anderen europäischen Ländern (z. B. *Allez hop* in der Schweiz). Obwohl mittlerweile fundiert wissenschaftlich belegt ist, dass kA gesundheitswirksam eingesetzt werden kann, werden Bewegung und kA von den meisten gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich nur in geringem Ausmaß selbst angeboten oder finanziell unterstützt. Dabei ist kA häufig *add on* zu anderen Hand-

lungsfeldern, wird bis auf wenige Ausnahmen jedoch nicht als eigenständige Maßnahme konzipiert.

Auch im niedergelassenen Bereich spielt kA in Österreich offenbar eine untergeordnete Rolle. Im Rahmen der VU wird das Bewegungsverhalten abgefragt, und Mediziner/innen sind angehalten ggf. zu mehr kA zu motivieren. Jedoch liegen weder Studien noch Evaluationsberichte vor, die überprüfen, in welchem Ausmaß dies geschieht bzw. welchen Einfluss dies auf das Aktivitätsniveau der Bevölkerung hat. Verknüpft man die relativ hohen Partizipationsraten der VU (Brunner-Ziegler et al., 2013) mit den Angaben zum verhältnismäßig geringen Ausmaß kA in der österreichischen Bevölkerung (Europäische Kommission, 2010), scheinen diesbzgl. Ratschläge in der Bevölkerung nicht zu fruchten.

Abgesehen von sporadisch angebotenen Fortbildungen der Österreichischen Ärztekammer zum Thema kA oder *Bewegung als Medikament* scheint es wenig bis keine strukturierte (oder verpflichtende) Aus- oder Weiterbildung für medizinisches (VU-)Personal zum Thema kA zu geben. Es obliegt vielmehr den jeweiligen Ärzt(inn)en, ob sie ihre Patient(inn)en auf kA ansprechen (oder nicht). Dies entspricht den Beobachtungen in der Literatur zu ERS (Vuori et al., 2013).

Ein österreichischer Versuch, kA im PHC-Setting zu verankern, war das Programm *Bewegt gesund*. Aufgrund mangelnder Projektdokumentation ist nicht bekannt, ob die angebotenen Kurse speziellen Qualitätskriterien unterlagen oder die Übungsleiter/innen spezielle Ausbildungen vorweisen mussten. Weiter ist unklar, auf welcher Basis die Teilnehmer/innen die Kurse auswählten und welche Rolle die Ärzt(inn)e(n) dabei spielten. Falls *Bewegt gesund* evaluiert wurde, sind diese Ergebnisse (bisher) nicht öffentlich zugänglich. Ein weiteres Programm zur expliziten Bewegungsförderung, das i. S. eines ERS funktioniert, bietet die SVA mit *SVA bewegt*. Beide Programme basierten auf finanziellen Anreizstrukturen, d. h. bei ausreichender Teilnahme wurden Kursgebühren zurückerstattet.

In den Jahresberichten der Krankenkassen finden sich wenig detaillierte Informationen zu Angeboten kA, meist sind sie als ein Bestandteil oder *add on* Schulischer GF oder BGF aufgeführt. Ein aktuelles Projekt der Servicestellen Schule zielt auf die Umgestaltung von Schulen und Schulumgebungen zu aktiven Bewegungsräumen ab und ist somit eines der wenigen Projekte, das verhältnisorientierte Ansätze aufgreift (*Schule bewegt gestalten*). Auch gibt es vereinzelt Gewichtsreduktionsprogramme, die in Kooperation mit Sportvereinen durchgeführt werden.

Auf den Webseiten der Kassen gibt es Hinweise auf einige zusätzliche Maßnahmen im Bereich kA. Die meisten Anbieter weisen auf die Wichtigkeit kA hin und motivieren (schriftlich), körperlich aktiver zu werden. Eine Kasse hat konkrete Übungen mit Abbil-

dungen und Anweisungen für die Ausführung online aufbereitet. Ansonsten wird kA vielfach im Rahmen von Gesundheits- oder Bewegungstagen für unterschiedliche Zielgruppen offeriert. Darüber hinaus bieten einige Kassen bewegungsorientierte mehrwöchige Sommer- oder Feriencamps für Kinder an. Auch Nordic Walking und sonstige Gesundheitssportprogramme wie Rückenfit werden fallweise von Krankenkassen, meist als Schnupperkurse, offeriert, auch neue Bewegungsformen stehen in Form von Probetrainings zur Auswahl. Die wenigsten dieser Kurse sind langfristig ausgelegt.

2013 wurde der österreichische NAP.b veröffentlicht, in dem neben arbeitsgruppenübergreifenden Zielen auch Zielstellungen und Maßnahmen für den Bereich Gesundheitswesen definiert wurden. Allgemein wird darin gefordert, dass das Verständnis von gesundheitswirksamer Bewegung erhöht und die dahingehende Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gesteigert werden soll. Zudem sollen qualitätsvolle konkrete Informationen über Bewegungsangebote erstellt und Netzwerke aufgebaut werden. Letztere sollen i. S. v. HiAP zwischen Akteur(inn)en des Gesundheitswesens und sonstigen bewegungsorientierten gemeinnützigen Bewegungsanbieter(inne)n entstehen. Bisher ist es in Österreich noch nicht umfassend gelungen, langfristige und nachhaltige Kooperationen zwischen Sportvereinen und anderen Partner(inne)n bzw. Krankenkassen aufzubauen. Die Vernetzung beschränkt sich bislang vielfach auf das Auslegen von Broschüren in Arztpraxen oder anderen öffentlichen Einrichtungen.

2014 fand erstmals ein Vernetzungstreffen zwischen dem HVB, den Krankenkassen und den Sportdachverbänden statt. Dies ist ein guter Ansatz, so könnten z. B. langfristige Partnerschaften für ERS ausgehandelt oder Aus- und Fortbildung von medizinischem Personal im Bereich kA organisiert werden. Es wäre wünschenswert, wenn diese Treffen regelmäßig stattfänden und in langfristige Kooperationen mündeten.

Für das Gesundheitswesen wurden im NAP.b ganz konkrete Ziele definiert, in denen z. B. gefordert wird, dass sich das Wissen hinsichtlich Bewegung und Spezialwissen, z. B. über Effekte von verschiedenen Bewegungsarten auf unterschiedliche Erkrankungen, bei Gesundheitsfachkräften verbessern solle. Dazu solle ein *Leitfaden Körperliche Aktivität* für Gesundheitsfachkräfte entwickelt werden. Auch im Rahmen von Arztkontakten außerhalb der VU könnte Bewegungsberatung stattfinden, z. B. bei Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen oder in sonstigen GF-Angeboten der Krankenkassen. Dazu sollten explizit individuelle Zeitressourcen für eine Bewegungsberatung geschaffen werden.

Als Ziel ist im NAP.b zudem formuliert, dass sich die Krankenversicherungsträger „bei allen Maßnahmen von einheitlichen und verbindlichen Qualitätsanforderungen bezüglich Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppen, Inhalten, Methodik und Anbieterqualifikation entsprechend dem aktuellen Stand der gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse leiten lassen“ (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & BMG, 2013, S. 28). Sie soll-

ten zudem auch nicht-leistungsorientierte, niederschwellige Angebote bewerben, v. a. qualitätsgesicherte und wirksamkeitsbasierte Aktivitäten. Dabei sollen die *Leitlinien für gesundheitswirksame Bewegung* verstärkt eingesetzt werden (Titze et al., 2012).

Nach der stark beworbenen Veröffentlichung des NAP.b im Jahr 2013 ist es ruhig geworden um die vielversprechenden Maßnahmen und Aktivitäten, die im Aktionsplan ausgelegt sind. Es ist nicht bekannt, inwieweit die für das Gesundheitswesen und damit die Krankenkassen definierten Ziele bisher in konkrete Maßnahmen oder Aktivitäten mündeten.

5.2.3 Wie ist die Verteilung der verhältnis- zu verhaltensorientierten Maßnahmen?

Setting- oder Lebensweltorientierung wird z. B. in den Rahmen-Gesundheitszielen, aber auch in gesetzlichen Bestimmungen explizit erwähnt. Die Mehrzahl der Maßnahmen der GF und Prävention in Österreich sind jedoch nach wie vor verhaltensorientiert ausgerichtet. Jedoch gibt es auch gute Beispiele und Ansätze für verhältnisorientierte Maßnahmen, die jedoch vorwiegend in den traditionellen Handlungsfeldern der österreichischen GF (BGF und Schulische GF) angesiedelt sind. In Berichten aus Deutschland ist ersichtlich, dass eine Kombination beider Ansätze die bevorzugte Strategie sein sollte, gefolgt von rein verhältnisbezogenen Ansätzen.

Im Vergleich zu den letzten Jahren geht der Trend auch bei Maßnahmen der Krankenkassen verstärkt hin zu Angeboten im Setting, wobei dabei jedoch primär auf verhaltensorientierte Maßnahmen gesetzt wird. In Österreich muss noch mehr Fokus auf die Schaffung gesunder Lebenswelten, also verhältnisorientierter Initiativen gelegt werden. Entsprechend der Unterscheidung nach Rosenbrock und Hartung (2010) wird Settingorientierung in den Maßnahmen der Krankenkassen eher dahingehend definiert, dass Zielgruppen in ihren Lebenswelten aufgesucht werden, um dort (verhaltensorientierte) Maßnahmen anzubieten. Wie beschrieben, speziell in der BGF und in der Schulischen GF, finden sich jedoch auch gute Beispiele für Projekte, die Settingorientierung als Veränderung der Lebenswelt verstehen.

5.2.4 Gibt es Evidenz für die Wirksamkeit der von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen?

Wie in *Kap. 2.2* ausführlich dargestellt, sind Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der GF und Prävention notwendige und wichtige Instrumente, Maßnahmen, Projekte und Programme auf ihren Nutzen bzw. ihren Erfolg zu überprüfen. Entsprechende Evaluationsergebnisse sind in Österreich bisher kaum verfügbar (Pöttler, 2012). Dadurch seien massive Effektivitäts- und Effizienzverluste in dem Bereich zu befürch-

ten, die durch eine Fokussierung und Vereinheitlichung der Maßnahmen unter Umständen eingedämmt werden könnten. Im Rahmen der Anstrengungen in der Umsetzung der Beschlüsse der Gesundheitsreform 2013 (BMG, 2014b) werden dahingehende Verbesserung angestrebt.

Nach Aussage der Angestellten der Krankenkasse, die schriftlich Auskunft erteilte, würden *alle* Projekte und Maßnahmen der Kasse (intern oder extern) evaluiert, dennoch sind entsprechende Ergebnisse weder für diese eine Kasse noch für die anderen Anbieter problemlos öffentlich zugänglich.

Evaluationsergebnisse bzgl. der Wirksamkeit der Maßnahme konnten nur für zwei Initiativen (*Surf dich schlank*, *Selbständig gesund*) eingesehen werden. Dies überrascht einerseits, da in den Gesetzestexten, Positions- und Strategiepapieren und Berichten (auch jenen der Krankenkassen) Evidenzbasierung nahezu ausnahmslos eingefordert wird. Für die VU liegen in Österreich z. B. umfangreiche Daten zur Partizipation vor (Häufigkeit, demographische und geographische Spezifika), zur Wirksamkeit, also der Senkung der Mortalität oder Morbidität, liegen bislang jedoch wenige Ergebnisse vor.

Selbständig Gesund wurde 2013 erstmals von einem Team der Kepler-Universität Linz evaluiert (Halla et al., 2013), allerdings werden darin keine spezifischen Aussagen zur Wirkung oder zu Teilnehmer(innen)raten an *SVA bewegt* vorgestellt. Insgesamt konnte gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme der VU seit der Einführung von *Selbständig gesund* gestiegen ist. Langfristige Gesundheitswirkungen konnten aufgrund der bis dahin kurzen Programmlaufzeit (noch) nicht nachgewiesen werden.

Im Sinne transparenter und effizienter Ressourcenallokation für wirksamkeitsorientierte Maßnahmen ist es erforderlich, (externe) Evaluationen zu einem festen Bestandteil von Projekten und Initiativen zu machen, wie es z. B. bei FGÖ-geförderten Projekten oder bei anderen Fördergebern Standard ist. Darüber hinaus ist es ebenso essenziell, diese Ergebnisse in der Folge öffentlich zugänglich zu machen.

Die Maßnahmen der österreichischen VU, dem Flaggschiff der österreichischen Präventionsprogramme, basieren auf einem Bericht, in dem die Evidenz für die entsprechenden Inhalte zum Zeitpunkt der Erstellung (2005) aufbereitet wurden (Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB, 2005). Neueren Erkenntnissen folgend, sollten diese Wirksamkeitsnachweise u. U. nochmals überprüft werden (Gartlehner et al., 2013). Mittlerweile ist bekannt, dass die VU hohe Partizipationsraten aufweist, es bisher aber kaum Nachweise für ihre Wirksamkeit bzgl. der Mortalitätsraten gibt und offenbar die „falschen“ Zielgruppen erreicht werden (preaching to the converted; Brunner-Ziegler et al., 2013; Dorner et al., 2012). Insgesamt ist es in Österreich noch nicht umfassend gelungen, jene Zielgruppen erfolgreich anzusprechen, die am meisten von einer VU profitieren könnten, wie Personen mit Migrationshintergrund, mit ge-

ringem Bildungsniveau oder niedrigem sozio-ökonomischen Status (Brunner-Ziegler et al., 2013; Dorner et al., 2012).

Schlussendlich hängt die Bewertung solcher Programme aber sicher auch davon ab, welche Performanceindikatoren herangezogen werden. Mortalität allein ist oft nicht aussagekräftig. So werden in den letzten Jahren DALYs oder QALYs betrachtet, bei deren Erhebung/Berechnung jedoch auch hinterfragt werden muss, ob sie die entsprechenden Dokumente ausreichend diskriminieren können, um mögliche Änderungen tatsächlich abzubilden.

In Österreich wird Evidenzbasierung zwar in den verschiedensten Berichten und Stellungnahmen gefordert, jedoch gibt es keine expliziten Vorgaben wie z. B. im deutschen *Leitfaden Prävention* (vgl. Kap. 2.2.1.2), der die Kriterien für individuelle Kursangebote der Krankenversicherungen festlegt. Die Kurskonzepte müssen dabei z. B. evidenzbasiert sein, d. h. ihre Wirksamkeit muss im Rahmen von Studien oder Metaanalysen erwiesen sein. Kursleiter/innen müssen die im Leitfaden festgeschriebenen Qualifikationen vorlegen. Darüber hinaus müssen im Vorfeld der Maßnahmen Ziele definiert werden, die eine Überprüfung der erreichten Veränderungen nach Kursende ermöglichen (GKV-Spitzenverband, 2010). Das österreichische Gesundheitswesen könnte von einem solchen Leitfaden durchaus profitieren.

Für die von den gesetzlichen Krankenkassen unterstützten Maßnahmen kann auf Grundlage der verfügbaren Information für die meisten Projekte nicht eingeschätzt werden, ob Evaluationen durchgeführt wurden, die Ergebnisse jedoch nur für den internen Gebrauch bestimmt sind, oder ob keine Evaluationen stattfanden. In den Jahresberichten und auf den Webseiten der Krankenkassen wird fallweise deklariert, dass die Projekte evidenzbasiert seien bzw. evaluiert wurden, jedoch ohne dies näher zu spezifizieren.

5.2.5 Sind die Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in Gesundheitsförderung und Prävention qualitätsgesichert? Wenn ja, welche Qualitätskriterien liegen zugrunde?

Obwohl Qualitätssicherung und Wirksamkeitsorientierung in Österreich (auf dem Papier) großgeschrieben werden, gibt es wenige Maßnahmen, für die Qualitätsstandards berichtet werden. In erster Linie betrifft das die Bereiche BGF und Schulische GF, für die es verschiedene Gütesiegel und Qualitätszertifikate gibt, die zum Teil auch international anerkannt sind, z. B. das BGF-Siegel oder die Zertifizierungen im Bereich *Gesunde* oder *Gesundheitsfördernde Schule*.

Für *SVA Bewegt* werden Qualitätsstandards für die Maßnahme und die Ausbildung der Übungsleiter/innen definiert, jedoch nicht umfassend öffentlich gemacht. Im nicht weitergeführten *Bewegt gesund* kooperierten die Kassen mit Sportvereinen, die Kurse

mussten das *Fit für Österreich*-Siegel tragen. Auch das webbasierte *KiloCoach*-Angebot unterliegt gewissen Qualitätskriterien. Die im NAP.b vorgeschlagenen Maßnahmen basieren auf den Europäischen und den Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Ob diese jedoch in Planung und Durchführung von Aktivitäten im Bereich GF und Prävention einbezogen werden, ist nicht deklariert. Ansonsten werden Qualitätsstandards in Österreich in der Planung oder Dokumentation von Maßnahmen kaum berichtet, abgesehen von dem Verweis darauf, dass die Angebote qualitativ hochwertig, qualitativvoll oder qualitativ gesichert seien, ohne jedoch Indikatoren oder spezifische Messkriterien zu definieren, die dies belegen.

Teil eines qualitativvollen Angebots ist auch immer umfassende Dokumentation. Wie oben beschrieben, gibt es im Berichtswesen bzw. der Zugänglichkeit der Informationen zu von den Krankenkassen unterstützten bzw. durchgeführten GF- und Präventionsmaßnahmen durchaus Verbesserungspotenzial.

Ein wichtiges Kriterium von Qualität in GF- und Präventionsangeboten ist Nachhaltigkeit. Auch mit der Gesundheitsreform 2013, deren erklärtes Ziel es ist, „nachhaltig qualitätsgesicherte, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung und die langfristige Finanzierbarkeit des öffentlichen solidarischen Gesundheitssystems sicherzustellen“, wurden „eine stärkere Ausrichtung an Versorgungszielen und -ergebnissen, insbesondere in den Feldern GF, Prävention und Qualität, sowie die Schaffung von Transparenz über eben diese Ergebnisse“ als Schwerpunkte definiert (BMG, 2014d).

In Deutschland dauern die in Anspruch genommenen Aktivitäten durchschnittlich etwa 18 Monate. In Österreich sind viele Initiativen und Projekte als Gesundheitsstraßen, einmalige Mitmach- oder Schnupperangebote, Beratungsangebote oder Informationsveranstaltungen konzipiert, die Nachhaltigkeit vermissen lassen. Obgleich Angebote dieser Art mit Informations- und Aufklärungscharakter wichtige Bestandteile von GF und Prävention sind, scheint nach wie vor die Annahme vorzuherrschen, dass Menschen allein durch die Vermittlung von Information oder durch punktuelle Angebote mit Mitmachcharakter ihr Verhalten (dauerhaft) ändern. Das dem nicht so ist, wurde in der Literatur vielfach nachgewiesen. Obwohl ein gewisser Trend hin zu langfristigeren und nachhaltig geplanten Maßnahmen zu erkennen ist, sollten diese möglichst noch ausgebaut werden. Jene Initiativen, die auf Nachhaltigkeit abzielen finden sich primär in den Handlungsfeldern BGF und Schulische GF.

5.3 Kritische Würdigung des österreichischen Handlungsfeldes Gesundheitsförderung und Prävention

Insgesamt sind in Österreich die Bereiche Prävention und GF geprägt durch die föderalistische politische Struktur und die Verteilung der Zuständigkeiten auf eine Vielzahl von

politischen Entscheidungsträger(inne)n und Institutionen. Durch die kaum vorhandene länder- und sektorenübergreifende Kooperation verlief vor allem die Entwicklung der GF bisher wenig koordiniert und strukturiert. Bis 2011 gab es keinen bundesweiten systematisch geplanten und strategischen Ansatz (Rohrauer-Näf & Waldherr, 2011). Mit der Veröffentlichung der Rahmen-Gesundheitsziele 2012 (BMG, 2013e) und der Gesundheitsreform von 2013, welche die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens neu regelt, soll dem entgegengewirkt werden (Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit; BMG, 2014b).

Trotz einer wachsenden Zahl an Berichten und Dokumentationen (z. B. Bachner et al., 2013; BMG, 2009) existiert bisher jedoch nur eine limitierte Zahl an Publikationen zum aktuellen Stand und Entwicklungsbedarf der GF(-Forschung) in Österreich. Im Ranking der Publikationen zu GF und PH und im Bereich internationaler Kooperationen rangiert Österreich im EU-Vergleich im unteren Drittel (Clarke, Gatineau, Grimaud, et al., 2007; Clarke, Gatineau, Thorogood, et al., 2007). Eine routinemäßige Verknüpfung von Gesundheitsdaten mit sozioökonomischen Determinanten fehlt z. B. derzeit komplett (Bachner et al., 2013). Auch mangelt es an einer zentralen Übersicht über die unterschiedlichen GF-Aktivitäten, welche überwiegend auf Landes- oder Gemeindeebene durchgeführt werden (BMG, 2009). Offenbar gibt es in Österreich keine standardisierten Vorgaben für die Inhalte der Jahresberichte der Krankenkassen, daher müssen die dargestellten Informationen mit Vorsicht interpretiert werden. Aufgrund der unterschiedlichen Informationslage bleibt unklar, ob die Kassen tatsächlich nur die dargestellten Aktivitäten unterstützen oder andere Maßnahmen nicht veröffentlichen.

Im Bereich der GF-Maßnahmen des BMG hapert es zudem sowohl an Koordination und Abstimmung sowohl mit anderen GF-Akteur(inn)en wie Ländern, Gemeinden oder SV oder Partner(inne)n aus anderen Sektoren als auch an einer Absprache untereinander. Hinzu kommt, dass finanzielle Mittel für GF teilweise unkoordiniert und unabhängig voneinander vergeben werden, meist nach Gießkannenprinzip.

Im *Masterplan Gesundheit* wird festgestellt, dass der Fokus im österreichischen Gesundheitswesen auf „individueller Reparaturmedizin“ (Pöttler, 2012, S. 276) und nicht auf einem ganzheitlichen Ansatz zur Stärkung und Verbesserung der Gesundheit läge. Daraus resultiere eine hohe (vermeidbare) Anzahl chronisch kranker Personen, zudem wurde moniert, dass Österreich das einzige europäische Land ohne nationale Gesundheitsziele sei (Schelling & Reischl, 2010). Neben der Bemängelung der Verantwortungsteilung von Bund und Ländern für den extra- und den intramuralen Bereich und der damit einhergehenden Fragmentierung der medizinischen Versorgung, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen könne, wurden Qualitätseinbußen befürchtet. Diese ergäben sich aus einer Versorgungs- und Finanzplanung, die sich nach der Zu-

ständigkeit der Akteure statt nach dem Bedarf richte und die nicht sektorenübergreifend und ganzheitlich gestaltet sei. Weiterhin wird moniert, dass Evidenzorientierung in Österreich vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt würde, ebenso fehlten umfassende Qualitätsberichte und eine offene Fehlerkultur, die durch die zersplitterten Strukturen gefördert würde (HVB, 2010). Diese Situation ist seit 2010 nahezu unverändert.

Walter, Schwarz et al. (2012) kritisieren, dass im deutschen Gesundheitssystem immer noch die traditionelle Modellvorstellung vorherrsche, dass die einzelnen Stufen der Prävention (von Primordial- bis Tertiärprävention, vgl. *Kap. 2.1*) sequenziell aufeinanderfolgen. Auch wenn zunehmend mehr integrative Ansätze Anwendung fänden, geschähe dies bisher nur auf Modellprojektebene. Auf diesem „Stufendenken“ basieren die derzeit gültigen Leistungsgesetze, Maßnahmen, Angebote, Trägerschaften und Finanzierungen – im Umkehrschluss führt dies zu strikt getrennten Organisationsstrukturen. Zudem fehlten intersektorale Strategien in der Politik, auch gäbe es kaum nationale Präventionsprogramme oder Mehr-Ebenen-Konzepte. Darüber hinaus kritisieren die Autor(inn)en, dass es ob unzureichend definierter (und akzeptierter) Aufgaben und Rollen „Ausgrenzungstendenzen und sich abgrenzende Professionalisierungsbestrebungen“ gäbe, die gelingende Kooperationen verhindern (Walter, Schwartz, et al., 2012, S. 286).

GF und Prävention seien geprägt von vielen Akteur(inn)en, hoher Interdisziplinarität, finanzieller und personeller Diskontinuität und von „Projektitis“. Insgesamt fehle es an gemeinsamen, langfristigen Strategien und an flächendeckender Anwendung und Implementierung von Qualitätsmanagementprogrammen und -instrumenten, deren Entwicklung im Bereich GF und Prävention erst am Anfang stünde. Qualitätsstandards in den Angeboten, standardmäßige Evaluation und Qualitätssicherung hätten sich noch nicht umfassend durchgesetzt.

All diese Kritikpunkte treffen zweifelsohne auch auf das österreichische Gesundheitswesen zu. Zudem ist zu befürchten, dass mit der proklamierten Orientierung an Lebenswelten nur die Stärkung von verhaltensorientierten Maßnahmen in Settings gemeint sei, nicht jedoch die Schaffung gesundheitsförderlicher Settings, die nachweislich wirksamer und nachhaltiger sind. Settings dürfen nicht nur als „Interventionsfeld für verhaltenspräventive Maßnahmen verstanden“ werden (Blättner et al., 2014).

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die aktuelle Diskussion um die nationalen Rahmen-Gesundheitsziele, die primär auf GF und Prävention ausgerichtet sind, könnte u. a. dazu beitragen, die derzeit noch vorherrschende Schwäche in Koordination und Planung in diesem Bereich entgegenzuwirken. Zudem scheint umsetzbar mittels der formulierten Rahmen-Gesundheitsziele speziell (sozial) benachteiligte Gruppen zu erreichen und zudem die hohen morbiditätsbedingten Kosten einzudämmen.

Es bleibt daher weiterhin Aufgabe der Forschung, Prävention und GF auf eine stärkere wissenschaftliche Basis im Sinne des Nachweises der Wirksamkeit und des Nutzens durch kontrollierte Studien zu stellen (Gerhardus et al., 2010; RKI, 2007; Schmacke, 2009). Das zuvor vorgestellte handlungsorientierte EbPH-Modell (Gerhardus et al., 2010) vereinigt die notwendigen Schritte von der Problemidentifikation bis zur Implementation der Maßnahme unter Berücksichtigung der besonderen Bedingungen von PH und sollte demnach verstärkt in der österreichischen Praxis Anwendung finden.

Auch wenn die Bemühungen in den Bereichen GF und Prävention in den letzten Jahren intensiviert und speziell zielgruppenspezifische GF-Maßnahmen initiiert und umgesetzt wurden, liegen die Ausgaben dafür sowohl in der Höhe als auch im Wachstum über die Jahre mit aktuell 2 % noch unter dem EU-Durchschnitt (OECD, 2012). Um das EU15- bzw. OECD-Länder-Mittel von 3 % zu erreichen, wären insgesamt etwa 300 Millionen Euro an Mehrinvestitionen nötig. Die SV investiere zwar in Prävention, jedoch „erst dann, wenn die gesetzlich vorgesehenen kurativen Anforderungen gedeckt sind“ (Hofmarcher, 2013, S. 277).

So waren z. B. die Maßnahmen auf Bundesebene in den letzten Jahren verstärkt auf die zielgruppenorientierte GF gerichtet, die primär durch den FGÖ umgesetzt wurden. Im Bereich der SV wurde dahingegen eher die gezielte Entwicklung von GF angestrebt, die vom Fond für Gesundheitsförderung implementiert wird, in den u. a. seit 2011 die oben genannten Gelder aus dem Rahmen-Pharmavertrag fließen. Formal arbeiten diese beiden Bereiche jedoch nicht zusammen, wodurch weder systematische Planung noch Umsetzung von Maßnahmen gegeben sein kann.

Maßnahmen, die darauf abzielen, Krankheit zu verhindern, werden in Österreich noch nicht genügend in Anspruch genommen. Die Partizipationsraten in der VU z. B. sind durchschnittlich hoch, regional jedoch sehr unterschiedlich. Die Inanspruchnahme ist z. B. in Tirol und Vorarlberg viermal so hoch wie in Niederösterreich und ungefähr doppelt so hoch wie in Wien oder Oberösterreich (Hofmarcher, 2013). Nur wenige Programme oder Maßnahmen der GF und Prävention werden in Österreich in Kooperation mit Hausärzt(inn)en oder Allgemeinmediziner(inne)n geplant und implementiert, somit scheint das Potenzial des Settings PHC noch nicht genügend erkannt und ausgeschöpft.

So wäre das PHC-Setting mit seiner intendierten *gatekeeper*-Funktion u. a. hervorragend geeignet, Initiativen zur Erhöhung der kA in der Bevölkerung zu integrieren. Dazu könnten Expert(inn)en des Bereiches körperliche Bewegung in das erweiterte PHC-Team aufgenommen werden und so in Kooperation mit dem medizinischen Personal Beratung zu kA i. S. v. ERS vornehmen, wie im NAP.b vorgeschlagen. Leider

sind Sportwissenschaftler/innen im Konzept zur Primärversorgung Neu, das Mitte 2014 vorgestellt wurde, nicht vorgesehen (BMG, 2014e).

Abgesehen von einigen Ausnahmen, wie z. B. der VU, fehlt in Österreich die gesetzliche Basis für SVT, in der GF oder Prävention tätig zu werden. Es müssen also zunächst die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, solche Maßnahmen zu verankern (Hofmarcher & Quentin, 2013). Langfristig könnten die Bestrebungen der letzten Jahre, eine *HiAP*-Strategie zu implementieren, Wirkung zeigen, jedoch nur, wenn den Initiativen zu den nationalen Gesundheitszielen konkrete Maßnahmenplanung und -implementierung folgt (Hofmarcher, 2013). Zudem müssen ausreichende Ressourcen, sowohl finanzieller als auch zeitlicher und personeller Art, dafür zur Verfügung gestellt werden. Unabdinglich ist auch eine gemeinsame Allokation und Koordination von Aktivitäten über alle Akteur(inn)e(n) und Sektoren hinweg, mit konkreter Benennung von Zuständigkeiten und terminierten Zielen. Hofmarcher (2013, S. 288) kritisiert:

Letztlich ist auch die Transparenz durch die fragmentierten Zuständigkeiten im Gesundheitswesen im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung (...) nicht umfassend gewährleistet. Dies trifft insbesondere auch den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (...), wo neben einer fehlenden nationalen Strategie (...) auch ein Mangel an zukunftsorientierter wissenschaftlicher Kapazität (...) identifiziert wird. Auch wenn Bemühungen am Weg sind, die Planung der Versorgung über Sektorgrenzen besser abzustimmen (...), verhindern „regionale Kulturen“ das Wirksamwerden versorgungsrelevanter Potenziale (...) im Gesundheitswesen (...).

Laut Bachner et al. (2013) ist das österreichische Gesundheitswesen im europäischen Vergleich gekennzeichnet durch einen überdurchschnittlich hohen Ressourceneinsatz, der gleichzeitig die Rahmenbedingungen für den guten Zugang zu Gesundheitsleistungen gewährleistet, „Fragen der Effizienz des Ressourceneinsatzes sowie der Ressourcenallokation bleiben aber vielfach ausgeblendet“ (Bachner et al., 2013, S. 148).

Ein weiteres österreichspezifisches Problem im gegenwärtigen Gesundheitssystem sind gegenseitigen „Abhängigkeiten“ der einzelnen Stakeholder/innen. Der Bund kann z. B. seinen Einfluss auf die sozialen Krankenversicherungsträger nicht umfassend geltend machen, da die Gefahr besteht, dass diese dann in der nächsten §15a-Verhandlung Vereinbarungen verhindern könnten.

Wie bereits beschrieben, mangelt es in der österreichischen Gesundheitsberichterstat-

tung an verlässlichen Datenquellen und Informationen zu den Initiativen der GF und Prävention. Einheitliche Vorgaben zu qualitätsgesicherter Dokumentation könnten Abhilfe schaffen. Im Zuge dessen könnten dann Angebote und Maßnahmen der GF und Prävention besser erfasst und in weiterer Folge bedarfsgerecht geplant und durchgeführt werden. Auch wäre es hilfreich, wenn die Webauftritte der einzelnen Krankenkassen ihre Informationen aktuell gestalten könnten. Im Zuge der Recherchen wurde mehrfach deutlich, dass die Angaben in den Jahresberichten, die mündlichen Auskünfte und die Webinhalte stark divergierten.

Zudem könnte das österreichische Gesundheitswesen von Präventionsleitlinien und -kriterien sowie klar strukturierten, evidenzbasierten Gesundheitssportprogrammen nach Brehm und Kolleg(inn)en (vgl. Kap. 2.3.2) profitieren, die von den Krankenkassen selbst angeboten oder zumindest (teil-)finanziert werden. Dafür könnte der im NAP.b vorgeschlagene *Leitfaden körperliche Aktivität* eine gute Ausgangsbasis darstellen. Mit den zertifizierten Programmen geht in Deutschland eine (Teil-)Erstattung der Kosten von bis zu 80 % für die Kursteilnehmenden durch die kooperierenden Krankenkassen einher, die in einer Rahmenvereinbarung zwischen dem DTB und dem Spitzenverband der GKV geschlossen wurde (DTB, 2014). Möglicherweise wäre dies auch ein gangbarer Weg für Angebote der österreichischen Krankenkassen, wie z. T. schon von der SVA offeriert. Auch könnten hier Kooperationen, wie im Netzwerktreffen zwischen Sportdachverbänden, Krankenkassen und HVB angestrebt, genutzt werden, um von der gegenseitigen Expertise zu profitieren.

Insgesamt liegt nach Hofmarcher (2013) die größte Herausforderung im österreichischen Gesundheitswesen darin, die Aktivitäten im Bereich GF und Prävention besser zu koordinieren und auszubauen. Sie appelliert, dass die Zuständigkeiten für GF- und Präventionsmaßnahmen gebündelt werden sollten, um langfristig gemeinsam nationale Strategien zu entwickeln. Erste gute, richtungsweisende Schritte sind mit der Gesundheitsförderungsstrategie bzw. der Zielsteuerung Gesundheit unternommen, nun ist es essenziell, dass diesen Dokumenten qualitätsgesicherte, evidenzbasierte und gut geplante Interventionen folgen.

Literaturverzeichnis

- Armutskonferenz. (2010, 23. März). *Krank und nicht versichert in Österreich: 100.000 betroffen*. Zugriff am 26. November 2013 unter http://www.armutskonferenz.at/index.php?option=com_content&task=view&id=171&Itemid=174
- Bachner, F., Ladurner, J., Habimana, K., Ostermann, H., Stadler, I. & Habl, C. (2013). *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2012*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- BHF National Centre. (2010a). *A Toolkit for the Design, Implementation & Evaluation of Exercise Referral Schemes*. Zugriff am 01. August 2014 unter <http://www.bhfactive.org.uk/sites/Exercise-Referral-Toolkit/downloads.html>
- BHF National Centre. (2010b). *A Toolkit for the Design, Implementation & Evaluation of Exercise Referral Schemes. Section 3: Exercise Referral Research*. Zugriff am 01. August 2014 unter <http://www.bhfactive.org.uk/sites/Exercise-Referral-Toolkit/downloads/s3-exercise-referral-research.pdf>
- Blättner, B., Bolte, G., Dierks, M.-L., Gerhardus, A., Gusy, B. & Faller, G. (2014). Anforderungen an ein Präventionsgesetz aus der Perspektive von Public Health. *Prävention extra*, (12/2014). Zugriff unter <http://zeitschrift-praevention.de/prvention-extra/dghp-anforderungenan-ein-neues-praeventionsgesetz.html?options=cart>
- Bock, C., Diehm, C. & Schneider, S. (2012). Physical activity promotion in primary health care: results from a German physician survey. *European Journal of General Practice*, 18(2), 86-91. doi: 10.3109/13814788.2012.675504
- Bolye, S. & Quentin, W. (2011). *United Kingdom (England). Health System Review*. (Health Systems in Transition, Vol. 13, No. 1). Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bös, K. & Brehm, W. (2012). Bewegung. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks, ... & N. Schneider (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (3., völlig neu bearb. & erw. Aufl., S. 160-166). München: Urban & Fischer.
- Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Gesundheitssport* (2., vollst. neu bearb.). Schorndorf: Hofmann
- Bös, K., Brehm, W., Breuer, C., Fehres, K., Hartmann, H., Pauly, P., ... & v. Troschke, J. (2005). Gesundheitsförderliche Lebenswelten in Turn- und Sportvereinen. *Prävention extra*, 28(3), 84-89.
- Bouchard, C., Blair, S. N. & Haskell, W. L. (Hrsg.). (2007). *Physical activity and health*. Champaign: Human Kinetics
- Bouchard, C., Shephard, R. J. & Stephens, T. (Hrsg.). (1994). *Physical activity, fitness, and health. International proceedings and consensus statement*. Champaign: Human Kinetics
- Brehm, W. (2006). Gesundheitssport - Kernziele, Programme, Evidenzen. In W. Kirch & B. Badura (Hrsg.), *Prävention* (S. 243-265). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bröthaler, J., Bauer, H. & Schönböck, W. (2006). *Österreichs Gemeinden im Netz der finanziellen Transfers: Steuerung, Förderung, Belastung* (Springer Wirtschaftswissenschaften). Wien: Springer.
- Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L. & Gillespie, K. N. (Hrsg.). (2003). *Evidence-Based Public Health*. New York: Oxford University Press
- Brunner-Ziegler, S., Rieder, A., Stein, K. V., Koppensteiner, R., Hoffmann, K. & Dorner, T. E. (2013). Predictors of participation in preventive health examinations in Austria. *BMC Public Health*, 13, 9. doi: 10.1186/1471-2458-13-1138
- Bundeskanzleramt Österreich. (2006). *Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz-GfG; letzte Änderung am 31.07.2006)*. Zugriff am 24. November 2013 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011127>
- Bundeskanzleramt Österreich. (2013). *Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG; letzte Änderung am 08.08.2013)*. Zugriff am 24. November 2013 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2010). *Handbuch ÖDG. Handbuch für den Öffent-*
-

- lichen Gesundheitsdienst in Österreich*. Wien: Hausdruckerei des BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2012a, 13. Januar). *Qualität im Gesundheitswesen*. Zugriff am 20. Juli 2014 unter https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/QualitaetimGesundheitswesen_LN.html
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2012b). *Rahmen-Gesundheitsziele (Langfassung)*. Wien: Druckerei Gesundheit Österreich GmbH.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2013a, 15. Oktober). *Änderung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 199/2013)*. Zugriff am 30. Juli 2014 unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_I_199/BGBLA_2013_I_199.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2013b). *Das Österreichische Gesundheitssystem: Zahlen - Daten - Fakten*. Zugriff am 21. Juli 2014 unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsbericht/Broschuere_Das_Oesterreichische_Gesundheitssystem_Zahlen_Daten_Fakten
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2013c, 23. Mai). *Gesundheitsreformgesetz 2013 (BGBl. I Nr. 81/2013)*. Zugriff am 30. Juli 2014 unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_I_81/BGBLA_2013_I_81.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2013d). *Nationale Strategie öffentliche Gesundheit. Grundlage für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Österreich* (2. Aufl.). Wien: Hausdruckerei des BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2013e). *Rahmen-Gesundheitsziele*. Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 01. Juli 2014 unter <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2014a). „Das Team rund um den Hausarzt“. *Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich*. Wien: Eigenverlag.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2014b, 31. März). *Die Gesundheitsreform 2013*. Zugriff am 30. Juni 2014 unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Die_Gesundheitsreform_2013
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2014c, 21. Mai). *Gesundheitsförderungsstrategie (im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages)*. Zugriff am 27. Juli 2014 unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/1/4/CH1099/CMS1401709162004/gesundheitsfoerderungsstrategie_21_mai_2014.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2014d, 20. Februar). *Gesundheitsreform 2013 – Zielsteuerung Gesundheit*. Zugriff am 20. Juli 2014 unter <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsreform2013.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2014e, 01. Juli). *Primärversorgung in Österreich neu*. Zugriff am 29. Juli 2014 unter http://www.bmg.gv.at/home/Startseite/aktuelle_Meldungen/Primaerversorgung_in_Oesterreich_neu
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2014f). *Soziale Krankenversicherung*. Zugriff am 27. Juli 2014 unter http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Kranken_und_Unfallversicherung/Soziale_Krankenversicherung
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). (2009). *Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2009*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2013). *Nationaler Aktionsplan Bewegung. NAP.b*. Wien: diebesorger.at.
- Bundessportorganisation (BSO). (2014). *Unterschriftenaktion für die „Tägliche Turnstunde“ der Österreichischen Bundes-Sportorganisation*. Zugriff am 06. August 2014 unter <http://www.turnstunde.at/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (2011). *Leitbegriffe der Ge-*
-

- sundheitsförderung und Prävention* (Neuausgabe 2011). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- BVA. (2013). *Jahresbericht 2012*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.bva.at/portal27/portal/bvportal/content/contentWindow?contentid=10008.549232&action=b&cacheability=PAGE&version=1391171416>
- Cavill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen: WHO Europe.
- Clarke, A., Gatineau, M., Grimaud, O., Royer-Devaux, S., Wyn-Roberts, N., Le Bis, I. & Lewison, G. (2007). A bibliometric overview of public health research in Europe. *European Journal of Public Health*, 17(Suppl 1), 43-49. doi: 10.1093/eurpub/ckm063
- Clarke, A., Gatineau, M., Thorogood, M. & Wyn-Roberts, N. (2007). Health promotion research literature in Europe 1995-2005. *European Journal of Public Health*, 17 (Suppl 1), 24-28. doi: 10.1093/eurpub/ckm062
- Cloetta, B., Spencer, B., Spörri, A., Ruckstuhl, B., Brosskamp, U. & Ackermann, G. (2004). Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention*, 27(3), 67-72.
- Deutscher Turnerbund (DTB). (2014). *Siegel "Präventionsgeprüft"*. Zugriff am 31. Juli 2014 unter <http://www.dtb-online.de/portal/gymwelt/gesundheitsport/pluspunkt-gesundheitdtb/uebersicht-informationen/siegel-praeventionsgeprueft.html>
- Dorner, T. E. (Hrsg.). (2013). *Public Health : Von den Gesundheitsbedürfnissen der Gesellschaft zu klinischen Implikationen [MCW Block 22/23]*. Wien: Facultas
- Dorner, T. E., Stein, K. V., Koppensteiner, R., Hoffmann, K., Rieder, A. & Brunner-Ziegler, S. (2012). Characteristics of subjects attending preventive health examinations in Austria. *European Journal of Public Health*, 22, 230-230.
- Dorner, T. E., Stronegger, W. J., Hoffmann, K., Stein, K. V. & Niederkrotenthaler, T. (2013). Socio-economic determinants of health behaviours across age groups: results of a cross-sectional survey. *Wiener klinische Wochenschrift*, 125(9-10), 261-269. doi: 10.1007/s00508-013-0360-0
- Douglas, F., Torrance, N., van Teijlingen, E., Meloni, S. & Kerr, A. (2006). Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. *BMC Public Health*, 6, 138. doi: 10.1186/1471-2458-6-138
- Elkeles, T. (2006). Evaluation von Gesundheitsförderung und Evidenzbasierung? In W. Bödeker & J. Kreis (Hrsg.), *Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 111-153). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Elkeles, T. & Broesskamp-Stone, U. (2011). Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (Neuausgabe 2011, S. 73-78). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Europäische Kommission. (2010). *Special Eurobarometer: Sport and Physical Activity* (Eurobarometer, Vol. 72.3). Brüssel: TNS Opinion & Social.
- Fit Sport Austria. (2014). *"Fit für Österreich" Qualitätskriterien*. Zugriff am 01. August 2014 unter <http://www.fitfueroesterreich.at/main.asp?kat1=11&kat2=132&kat3=327&vid=1>
- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). (2005a, 22. September). *Gesundheitsförderungsgesetz*. Zugriff am 24. November 2013 unter <http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/gfoerderungsgesetz>
- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). (2005b, 19. August). *Prävention*. Zugriff am 24. November 2013 unter <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?&view=prvention>
- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). (2013, 25. September). *Qualitätskriterien zur Planung und Bewertung von Projekten der Gesundheitsförderung*. Zugriff am 24. November 2013 unter <http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/fact-sheet-201equalitatskriterien-zur-planung-und-bewertung-von-projekten-der-gesundheitsforderung201c-erschienen/2013-09-25.3837244721/download>
- Franke, A. (2011). Salutogenetische Perspektive. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (Neuausgabe 2011, S. 487-490). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Franzkowiak, P. (2011). Prävention und Krankheitsprävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (Neuausgabe 2011, S. 437-447). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Gartlehner, G., Piribauer, F. & Siebenhofer-Kroitzsch, A. (2013, 16. Oktober). *Wiener Ärzte-*

- kammer empfiehlt veraltete Vorsorgeuntersuchungen*. Zugriff am 05. August 2014 unter http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20131016_OTSO103/wiener-aerztekammer-empfehl-vertaltete-vorsorgeuntersuchungen
- Gerhardus, A., Breckenkamp, J. & Razum, O. (2008). Evidence-based Public Health. Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Wissenschaft, Werten und Interessen. *Medizinische Klinik*, 103(6), 406-412. doi: 10.1007/s00063-008-1060-9
- Gerhardus, A., Breckenkamp, J., Razum, O., Schmacke, N. & Wenzel, H. (Hrsg.). (2010). *Evidence-based Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber
- gesundheit.gv.at. (2014, 03. Januar). *Die Vorsorgeuntersuchung auf einen Blick*. Zugriff am 05. August 2014 unter https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Die_Vorsorgeuntersuchung_LN.html
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (2014). *Jahresbericht 2013*. Wien Eigenverlag.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2013, 18. November). *quint-essenz - Ergebnisse und Wirkungen*. Zugriff am 03. August 2014 unter http://www.quint-essenz.ch/de/files/Ergebnismodell_Uebersicht.pdf
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2014a, 03. März). *quint-essenz*. Zugriff am 03. August 2014 unter <http://www.quint-essenz.ch/de>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2014b, 02. August). *quint-essenz - Projekte*. Zugriff am 03. August 2014 unter http://www.quint-essenz.ch/de/project_profiles
- GIZ. (2013, Januar). *GIZ Jahresbericht 2012*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.sgkk.at/portal27/portal/sgkkportal/content/contentWindow?&contentid=10008.579758&action=b&cacheability=PAGE>.
- GKV-Spitzenverband. (2010). *Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010*. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- GKV-Spitzenverband. (2014). *Krankenkassenliste*. Zugriff am 09. Juni 2014 unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf>
- GKV-Spitzenverband & MDS. (2013). *Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012*. Korschbroich: das druckhaus.
- Gøtzsche, P. C. & Jørgensen, K. J. (2013). Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6). doi: DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5
- Gøtzsche, P. C., Jørgensen, K. J. & Krogsboll, L. T. (2014). General health checks don't work. *British Medical Journal*, 348, g3680. doi: 10.1136/bmj.g3680
- Green, J. (2000). The role of theory in evidence-based health promotion practice. *Health Education Research*, 15(2), 125-129. doi: 10.1093/her/15.2.125
- Haas, S., Breyer, E., Knaller, C. & Weigl, M. (2013). *Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Kurzanleitung)* (WISSEN, 10, Teil 2). Wien: Fonds Gesundes Österreich.
- Halla, M., Pruckner, G. J. & Schober, T. (2013). *Programmevaluierung: Selbständig Gesund*. (unveröffentlichter Bericht). Johannes-Kepler-Universität Linz.
- Harrison, R. A., Roberts, C. & Elton, P. J. (2005). Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 27, 25-32. doi: 10.1093/pubmed/fdh197
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2010, 18. November). *Masterplan Gesundheit. Einladung zum Dialog*. Zugriff am 28. Juli 2014 unter <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.564144&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184539>
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2014a, n.d.). *Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag* Zugriff am 28. Juli unter <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693685&action=2&viewmode=content>
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2014b). *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2014*. Wien: Eigenverlag.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2014c, 3. Juni). *Netzwerke aufbauen – Gesundheitsförderung stärken*. Zugriff am 24. Juli unter <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow;jsessionid=0>
-

- CB9F711A85E7F2651CF97552AEDB163.jbport_271_esvportal_a?contentid=10007.729941&action=2&viewmode=content
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.). (2005). *Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung*. Wien: Eigenverlag
- Heath, G. W., Parra, D. C., Sarmiento, O. L., Andersen, L. B., Owen, N., Goenka, S., ... & Brownson, R. C. (2012). Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *The Lancet*, 380(9838), 272-281. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60816-2
- Hebert, E. T., Caughy, M. O. & Shuval, K. (2012). Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 46(9), 625-631. doi: 10.1136/bjsports-2011-090734
- Hinrichs, T., Moschny, A., KlauSzen-Mielke, R., Trampisch, U., Thiem, U. & Platen, P. (2011). General practitioner advice on physical activity: Analyses in a cohort of older primary health care patients (getABI). *BMC Family Practice*, 12(1), 26.
- Hoffmann, K., Stein, K. V. & Dorner, T. E. (2012). Analysis of access points to the health care system in a country with free choice of access. Results of a cross-sectional study from Austria. [Meeting Abstract]. *European Journal of Public Health*, 22, 138-138.
- Hofmarcher, M. M. (2013). *Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftlicher Verlagsgesellschaft.
- Hofmarcher, M. M. & Quentin, W. (2013). *Austria. Health System Review*. (Health Systems in Transition, Vol. 15, No. 7). Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hofmarcher, M. M. & Rack, H. M. (2006). *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. (Gesundheitssysteme im Wandel, 8). Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3., vollst. überarb. und erw.). Bern: Huber
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP). (2013). *Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gemäß § 447h (4) ASVG für das Jahr 2012*. Graz: Eigenverlag.
- Jenicek, M. (1997). Epidemiology, Evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *Journal of Epidemiology*, 7(4), 187-197.
- Jørgensen, K. J., Jacobsen, R. K., Toft, U., Aadahl, M., Glumer, C. & Pisinger, C. (2014). Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *British Medical Journal*, 348, g3617. doi: 10.1136/bmj.g3617
- Jørgensen, T. K., Nordentoft, M. & Krogh, J. (2012). How do general practitioners in Denmark promote physical activity? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(3), 141-146. doi: doi:10.3109/02813432.2012.688710
- Joy, E., Blair, S. N., McBride, P. & Sallis, R. (2013). Physical activity counselling in sports medicine: a call to action. *British Journal of Sports Medicine*, 47(1), 49-53. doi: 10.1136/bjsports-2012-091620
- Kaba-Schönstein, L. (2011, 27. Januar). *Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien*. BzGA (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung). Zugriff am 20. Juli 2014 unter <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=200>
- KGKK. (2013). *Geschäftsbericht 2012*. Zugriff am 05. August 2014 unter <https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/kgkkportal/content/contentWindow?&contentid=10008.568125&action=b&cacheability=PAGE>.
- Klemperer, D. & Braun, B. (2010). *Sozialmedizin - Public Health: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. (2. vollst. überarb. & erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Klever-Deichert, G., Gerber, A., Schröer, M. A. & Plamper, E. (2007, 12. November). *International erfolgreiche Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Übertragbarkeit auf Deutschland. Entwicklung und exemplarische Anwendung eines Bewertungsinstruments (Ausgabe 09/2007)*. Zugriff am 24. Juli 2014 unter http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2007-09_praeventionspolitik_international.pdf
- Knoll, M. (1997). *Sporttreiben und Gesundheit: eine kritische Analyse vorliegender Befunde*. Schorndorf Hofmann.
- Kohatsu, N. D., Robinson, J. G. & Torner, J. C. (2004). Evidence -based public health: an evolving concept. . *American Journal of Preventive Medicine*, 27(5), 417-421.

- Kohl 3rd, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G. & Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*, 380(9838), 294-305. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60898-8
- Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1, 234-239.
- Kolip, P. (2012). Qualität und Evaluation in der Bewegungsförderung. In G. Geuter & A. Hollenderer (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 115-127). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (2012). *Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber.
- Kolip, P. & Müller, V. E. (2009a). Evaluation und Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Zentrale Fragen, vielfältige Antworten. In P. Kolip & V. E. Müller (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 7-20). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kolip, P. & Müller, V. E. (Hrsg.). (2009b). *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber
- Kolip, P. & Müller, V. E. (Hrsg.). (2012). *Gesundheitsförderung mit System : quint-essenz ; Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber
- Korczak, D., Dietl, M. & Steinhauser, G. (2011). Effectiveness of programmes as part of primary prevention demonstrated on the example of cardiovascular diseases and the metabolic syndrome. *GMS health technology assessment*, 7, Doc02. doi: 10.3205/hta000093
- La Vecchia, C., Gallus, S. & Garattini, S. (2012). Effects of physical inactivity on non-communicable diseases. *Lancet*, 380(9853), 1553; author reply 1553-1554. doi: 10.1016/s0140-6736(12)61872-8
- Laimböck, M. (2012). Zukunftsszenarien für die Soziale Krankenversorgung in Österreich. In G. Pöttler (Hrsg.), *Gesundheitswesen in Österreich. Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt*. (S. 290-297). Wien: Goldegg-Verlag.
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219-229. doi: 10.1016/s0140-6736(12)61031-9
- Lobelo, F., Stoutenberg, M. & Hutber, A. (2014). The Exercise is Medicine Global Health Initiative: a 2014 update. *British Journal of Sports Medicine*. doi: 10.1136/bjsports-2013-093080
- Loss, J., Eichhorn, C., Reisig, V., Wildner, M. & Nagel, E. (2007). Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(4), 199-206. doi: 10.1007/s11553-007-0079-8
- McPhail, S. & Schippers, M. (2012). An evolving perspective on physical activity counselling by medical professionals. *BMC Family Practice*, 13, 31. doi: 10.1186/1471-2296-13-31
- Morgan, O. (2005). Approaches to increase physical activity: reviewing the evidence for exercise-referral schemes. *Journal of Public Health*, 119(5), 361-370. doi: 10.1016/j.puhe.2004.06.008
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). (2006). *A rapid review of the effectiveness of ERS to promote physical activity in adults*. NICE Public Health Collaborating Centre. Zugriff am 19. Juli 2014 unter http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nice.org.uk%2Fguidance%2Fph2%2Fresources%2Fexercise-referral-review-may-20062&ei=3N7KU9XPIIWGyOSsYHQAw&usq=AFQjCNF0I_f6ZL_ID_PuWUCBmsb5AB-7DQ&bvm=bv.71198958,d.bGQ
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). (2014). *Exercise Referral Schemes*. Zugriff am 19. Juli 2014 unter <http://www.nice.org.uk/Guidance/InDevelopment/GID-PHG76>
- Neville, R. D. (2013). Exercise is medicine: some cautionary remarks in principle as well as in practice. *Medicine, Health care & Philosophy*, 16(3), 615-622.

- NÖGKK. (2013). *Jahresbericht 2012*. Zugriff am 02. Juni 2014 unter <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/noegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.702029&action=2&viewmode=content>
- NÖGKK. (2014). *Jahresbericht 2013*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.noegkk.at/vib/Galerie/Flipbooks/jahresbericht/web/flipviewerexpress.html>
- Nutbeam, D. & Bauman, A. (2011). *Evaluation in a Nutshell. A practical guide to the evaluation of health promotion programs*. North Ride (Australia): McGraw-Hill
- OECD. (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264183896-en
- OECD. (2013). *Health expenditure since 2000*. Zugriff am 24. November 2013 unter http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#
- Oertel, R., Walther, A. & Kirch, W. (2009). Sport als Gesundheitsprävention und Gesundheitsrisiko. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(4), 240-244. doi: 10.1007/s11553-009-0183-z
- OÖGKK. (2013). *Jahresbericht OÖGKK_2012*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.oegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.574877&action=b&cacheability=PAGE&version=1391198266>
- Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. (2014). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Zugriff am 21. Juni 2014 unter <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.701055&action=2&viewmode=content>
- Pahmeier, I., Brehm, W. & Tiemann, M. (2007, 2007/10/01). *Evidenzbasierung und Zertifizierung von Gesundheitssportprogrammen*. Paper presented at the 6. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 2. Nationaler Präventionskongress, 24. bis 27. Oktober 2007, Dresden, Deutsches Hygiene-Museum.
- Pavey, T. G., Taylor, A. H., Fox, K. R., Hillsdon, M., Anokye, N., Campbell, J. L., ... & Taylor, R. S. (2011). Effect of exercise referral schemes in primary care on physical activity and improving health outcomes: systematic review and meta-analysis. [Journal Article]. *British Medical Journal*, 343. doi: 10.1136/bmj.d6462
- Petrella, R. J., Lattanzio, C. N. & Overend, T. J. (2007). Physical activity counseling and prescription among canadian primary care physicians. *Archives of Internal Medicine*, 167(16), 1774-1781. doi: 10.1001/archinte.167.16.1774
- Porter, M. E. & Guth, C. (2012). Defizite des deutschen Gesundheitssystems. In M. E. Porter & C. Guth (Hrsg.), *Chancen für das deutsche Gesundheitssystem*. Berlin: Springer-Verlag.
- Pöttler, G. (2012). *Gesundheitswesen in Österreich. Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt*. (Goldegg Fachbuch). Wien: Goldegg-Verlag.
- Qualitop. (2012). *Verband für Qualitätssicherung bei gesundheitswirksamen Bewegungsangeboten*. Zugriff am 01. August 2014 unter <http://www.qualitop.ch/de/home/>
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D. & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity--a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13, 813. doi: 10.1186/1471-2458-13-813
- Resch, K. (2007). *Gesundheitsförderung als neue Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich – Alibi oder Re-orientierung?* Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2011). Determinanten von Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (Neuausgabe 2011, S. 45-48). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.). (2007). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. (2.). Berlin: Robert Koch-Institut
- Rohrauer-Näf, G. & Waldherr, K. (2011). Gesundheitsförderung in Österreich *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 223-230). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Rosenbrock, R. (1995). Public health as a social innovation. *Gesundheitswesen*, 57(3), 140-144.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2010, 03. November). *Settingansatz / Lebensweltansatz*. Zugriff am 06. August 2014 unter <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=131>
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2011). Settingansatz/Lebensweltansatz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (Neuausgabe 2011, S.? - ?). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Schelling, H. J. & Reischl, I. (2010). Masterplan Gesundheit - Einladung zum Dialog. *Soziale*

- Sicherheit*, 12, 600-606.
- Schmacke, N. (2009). Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Gesundheitsförderung und Prävention? In P. Kolip & V. E. Müller (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 61-72). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schulke, H.-J., v. Troschke, J. & Hoffmann, A. (1997). *Gesundheitssport und Public Health* (Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Bd. 7). Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften.
- Schwartz, F. W. & Busse, R. (2012). Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks, ... & N. Schneider (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (3., völlig neu bearb. & erw. Aufl., S. 555-582). München: Urban & Fischer.
- SGKK. (2013, Juli). *Geschäftsbericht 2012*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.sgkk.at/portal27/portal/sgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.579873&action=b&cacheability=PAGE>
- Sinclair, J., Lawson, B. & Burge, F. (2008). Which patients receive advice on diet and exercise? Do certain characteristics affect whether they receive such advice? *Canadian family physician*, 54(3), 404-412.
- Smith, A. W., Borowski, L. A., Liu, B., Galuska, D. A., Signore, C., Klabunde, C., ... & Ballard-Barbash, R. (2011). U.S. primary care physicians' diet-, physical activity-, and weight-related care of adult patients. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(1), 33-42. doi: 10.1016/j.amepre.2011.03.017
- Smith, B. J., Tang, K. C. & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340-345. doi: 10.1093/heapro/dal033
- Smith, R. D. & Petticrew, M. (2010). Public health evaluation in the twenty-first century: time to see the wood as well as the trees. *Journal of Public Health*, 32(1), 2-7. doi: 10.1093/pubmed/fdp122
- Sorensen, J. B., Skovgaard, T. & Puggaard, L. (2006). Exercise on prescription in general practice: A systematic review. [Review]. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(2), 69-74. doi: 10.1080/02813430600700027
- Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft (SVA). (2013a, 2013, 30. September). *Fit zu mehr Erfolg*. Zugriff am 25. November 2013 unter http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=56594&p_tabid=3
- Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft (SVA). (2013b, 2013, 27. September). *SVA-Bewegt*. Zugriff am 25. November 2013 unter http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=73067&p_tabid=3
- Speller, V., Wimbush, E. & Morgan, A. (2005). Evidence-based health promotion practice: how to make it work. *Promotion & Education*, 12(1 suppl), 15-20. doi: 10.1177/10253823050120010106x
- Stamm, H., Lamprecht, M., Somaini, B. & Peters, M. (2001). "Getting Switzerland to move": evaluation of a new "Sport for All" programme. [Article]. *Sozial-und Präventivmedizin*, 46(1), 20-28. doi: 10.1007/bf01318795
- Statistik Austria. (2013, 2013, 05. April). *Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD)*. Zugriff am 24. November 2013 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html
- Statistisches Bundesamt (destatis). (2012, 20. August). *Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz*. Zugriff am 31. Juli 2014 unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/08/PD12_285_122.html;jsessionid=ABD2F01F9C8973769A1A73A96D1E0C41.cae2
- Statistisches Bundesamt (destatis). (2014). *Gesundheit. Ausgaben 2012 (Fachserie 12, Reihe 7.1.1)*. Wiesbaden: Eigenverlag.
- Steinbach, H. (2011). *Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (3., aktual. und überarb.). Wien: Facultas.WUV.
- Steinkohl, C. & Donner-Banzhoff, N. (2014). Periodische Gesundheitsuntersuchungen im internationalen Vergleich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(4), 185-191. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2014.04.003>
- STGKK. (2013). *Jahresbericht 2012*. Zugriff am 05. August 2014 unter
-

- <http://www.stgkk.at/flipbook/Jahresbericht2012/flipviewerexpress.html>
STGKK. (2014, Mai). *Jahresbericht Team Gesundheitsförderung und Public Health 2013*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.stgkk.at/portal27/portal/stgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.599286&action=b&cacheability=PAGE&version=1401175179>
- Stockmann, R. & Meyer, W. (2010). *Evaluation. Eine Einführung*. Opladen: Budrich.
- Studer, H., Ackermann, G. & Ruckstuhl, B. (2006). Quint-essenz: enhance quality in health promotion and prevention projects. *European Journal of Public Health*, 16(Suppl 1), 205-206.
- SVA. (2013). *Jahresbericht 2012*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://esv-va.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/content/contentWindow?contentid=10008.586874&action=b&cacheability=PAGE&version=1391214099>
- SVB. (2013). *Jahresbericht 2012*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.svb.at/portal27/portal/svbportal/content/contentWindow?contentid=10008.588229&action=b&cacheability=PAGE&version=1406807231>
- TGKK. (2014). *Geschäftsbericht 2013*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.tgkk.at/portal27/portal/tgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.599822&action=b&cacheability=PAGE&version=1402901703>
- The Lancet. (2012, 18. July). *Physical Activity*. Zugriff am 02. August 2014 unter <http://www.thelancet.com/series/physical-activity>
- Tiemann, M. & Brehm, W. (2006). Qualitätsmanagement im Gesundheitssport. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1(4), 262-268. doi: 10.1007/s11553-006-0039-8
- Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P. H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H. C., ... & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. (2012). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung* (WISSEN, Nr. 8). Wien: Fonds Gesundes Österreich.
- Tönges, S., Weidmann, C. & Schneider, S. (2006). Compliance nach ärztlicher Sportempfehlung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1(2), 108-114. doi: 10.1007/s11553-006-0015-3
- Töppich, J. & Lehmann, H. (2009). QIP - Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der GF und Prävention. In P. Kolip & V. E. Müller (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 223-238). Bern: Verlag Hans Huber.
- Tulloch, H., Fortier, M. & Hogg, W. (2006). Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? *Patient Education & Counseling*, 64(1-3), 6-20. doi: 10.1016/j.pec.2005.10.010
- VAEB. (2013, Dezember). *Jahresbericht 2012*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.vaeb.at/portal27/portal/vaebportal/content/contentWindow?contentid=10008.598126&action=b&cacheability=PAGE&version=1406035745>
- VanWormer, J. J., Pronk, N. P. & Kroeninger, G. J. (2009). Clinical Counseling for Physical Activity: Translation of a Systematic Review Into Care Recommendations. *Diabetes Spectrum*, 22(1), 48-55. doi: 10.2337/diaspect.22.1.48
- VGKK. (2013). *Geschäftsbericht 2012*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.vgkk.at/portal27/portal/vgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.593153&action=b&cacheability=PAGE&version=1391228112>
- Vuori, I. M., Lavie, C. J. & Blair, S. N. (2013). Physical activity promotion in the health care system [epub]. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1446-1461. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.08.020
- Walter, U., Robra, P.-B. & Schwartz, F. W. (2012). Prävention. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks, ... & N. Schneider (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (3., völlig neu bearb. & erw. Aufl., S. 196-222). München: Urban & Fischer.
- Walter, U., Schwartz, F. W. & Plaumann, M. (2012). Prävention: Institutionen und Strukturen. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks, ... & N. Schneider (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (3., völlig neu bearb. & erw. Aufl., S. 271-287). München: Urban & Fischer.
- Wanner, M., Martin-Diener, E., Bauer, G. F., Stamm, H. & Martin, B. W. (2011). Allez Hop, a nationwide programme for the promotion of physical activity in Switzerland: what is the evidence for a population impact after one decade of implementation? *British Journal of*

- Sports Medicine*, 45(15), 1202-1207. doi: 10.1136/bjism.2009.070201
- Whitehead, M. (2010). The right wood, but barking up the wrong tree. *Journal of Public Health*, 32(1), 16-17. doi: 10.1093/pubmed/fdq005
- Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK). (2012, 27. September). *Projekt „BEWEGT GESUND“ geht in die nächste Runde*. Zugriff am 25. November 2013 unter <http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.726022>
- Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK). (2013a). *Geschäftsbericht 2012 der Wiener Gebietskrankenkasse*. Zugriff am 05. August 2014 unter <http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.595027&action=b&cacheability=PAGE&version=1396863031>
- Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK). (2013b, 8. Oktober). *Landeszielsteuerungsvertrag*. Zugriff am 28. November 2013 unter http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=664170&action=2&p_menuid=52138&p_tabid=10
- Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK). (2013c, 26. Februar). *Projekt BEWEGT GESUND kommt bei Wienerinnen und Wienern immer besser an*. Zugriff am 24. Juli 2014 unter <http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.726080>
- Williams, N. H., Hendry, M., France, B., Lewis, R. & Wilkinson, C. (2007). Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. *British Journal of General Practice*, 57(545), 979-986.
- Winkler, P. & Anzenberger, J. (2013). *Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele. Baseline für die Beobachtung der Indikatoren* (im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur). Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (Hrsg.). (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz: Eigenverlag
- Woll, A., Tittlbach, S., Bös, K. & Opper, E. (2003). FINGER: Finnisch-deutsche Längsschnittstudie zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit im kommunalen Rahmen. In K. Eisfeld, W. Wiesmann, H.-J. Hannick & P. Hirtz (Hrsg.), *Gesund und Bewegt ins Alter* (S. 38-57). Butzbach-Grüdel: Afra-Verlag.
- World Health Organisation (WHO). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO. Zugriff am 24. November 2013 unter <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- World Health Organisation (WHO). (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO. Zugriff am 24. November 2013 unter <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organisation (WHO). (2007). *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Genf: WHO.
- World Health Organisation (WHO). (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genf: WHO.
- World Health Organisation (WHO). (2010). *Global recommendations on Physical Activity for Health*. Genf: WHO.
- World Health Organisation (WHO). (2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*. WHO. Zugriff am 21. Juli 2014 unter <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
- World Health Organisation (WHO) Europe. (2013a, 5.-6. Juli). *Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020*. Zugriff am 05. Juli 2014 unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/234383/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Ger.pdf?ua=1
- World Health Organisation (WHO) Europe. (2013b). *Gesundheit 2020. Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. Zugriff am 24. November 2013 unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/215756/Health2020-Short-Ger.pdf
- World Health Organisation (WHO) Europe. (2014a, 27. Juni). *10 key facts on physical activity in the WHO European Region*. Zugriff am 20. Juli 2014 unter <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and->
-

-
- statistics/10-key-facts-on-physical-activity-in-the-who-european-region
- World Health Organisation (WHO) Europe. (2014b). *HEPA promotion in health care settings*. Zugriff am 21. Juli 2014 unter <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe/hepa-europe-projects-and-working-groups/hepa-promotion-in-health-care-settings>
- World Health Organisation (WHO) Europe. (2014c). *Physical activity: Data and statistics*. WHO. Zugriff am 21. Juli 2014 unter <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics>
- World Health Organisation (WHO) Europe. (2014d). *The role of the health sector*. Zugriff am 20. Juli 2014 unter <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/role-of-the-health-sector>
- World Health Organisation (WHO) Europe. (2014e, 27. Juni). *WHO advances development of European physical activity strategy*. Zugriff am 05. Juli 2014 unter <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/news/news/2014/06/who-advances-development-of-european-physical-activity-strategy>
- Wright, M. T. (Hrsg.). (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber

Anhang

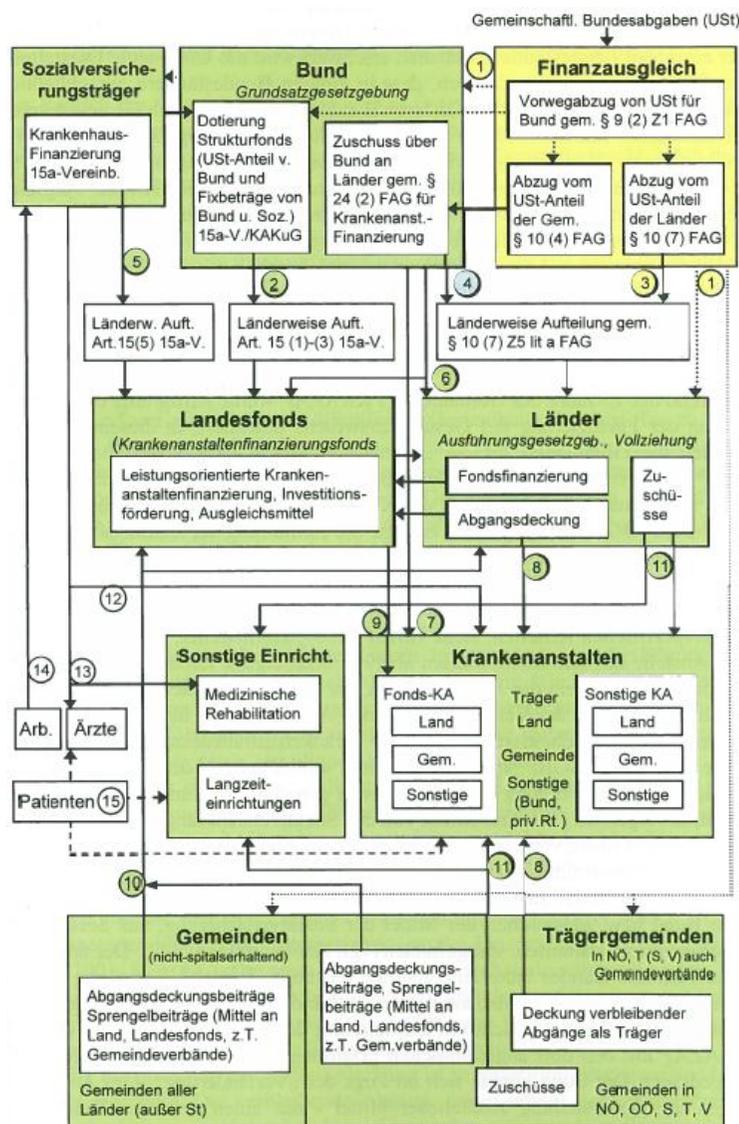


Abbildung 14. Finanzierungsströme im Gesundheitswesen
Quelle: Bröthlaler et al. (2006, S. 170)

1. Finanzausgleich (Ertragsanteile des Bundes, der Länder und der Gemeinden an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben, nach verschiedenen Vorwegabzügen, u. a. für die gemeinschaftliche Krankenanstaltenfinanzierung, für den Gesundheits- und Sozialbereich gemäß GSBG und für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information).
 2. Mittel des Strukturfonds an die Länder (Landesfonds) aufgrund Art. 12 (1) der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung („15a-Vereinbarung“) nach Abzügen gem. Art. 12 (2), gewährleistete Beiträge des Bundes zum Strukturfonds: 1,416 % des Umsatzsteueraufkommens nach Abzug des im § 9 (2) Z1 FAG 2001 genannten Betrages (Beihilfen gemäß §§ 1-3 GSBG) sowie Fixbetrag (242 Mio. €, davon 83 Mio. € von Sozialversicherungsträgern gem. § 57 (2) KAKuG).
 3. Mittel der Länder an die Landesfonds gemäß Art. 12 (3) der 15a-Vereinbarung: im FAG festgelegt durch eigenen Zuteilungsschlüssel bei Aufteilung der Ertragsanteile der Länder (0,949 % der Umsatzsteuer gemäß § 10 (7) Z 5 lit a FAG 2001 nach Abzug gem. 9 (2) Z1 FAG 2001).
 4. Mittel der Gemeinden an die Landesfonds auf Basis Art. 11 Z3 der 15a-Vereinbarung: Abzug gem. § 10 (4) FAG 2001 von den Ertragsanteilen der Gemeinden bei der Umsatzsteuer (0,642 % des Aufkommens an USt nach Abzug gemäß § 9 (2) Z 1) zur Finanzierung der Zuschüsse des Bundes an die Länder (in B, K, St direkt an die Landesfonds) gemäß § 24 (2) FAG 2001.
 5. Mittel des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an Länder (Landesfonds) gemäß Art. 13, länderweise Aufteilung der Mittel gemäß Art. 15 (5) der 15a-Vereinbarung.
 6. Mittel gemäß GSBG auf Basis Art. 11 Z6 der 15a-Vereinbarung: Beihilfen gemäß §§ 1-3 des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes (GSBG 1996) vom Bund (finanziert aus Vorwegabzügen von USt für Bund gemäß § 9 (2) Z1 FAG 2001) an Länder (z. T. direkt an Landesfonds).
 7. Zahlungen des Bundes an Universitätskliniken gemäß § 55 KAKuG („Klinischer Mehraufwand“, der sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich dem Unterricht an Medizinischen Universitäten dienenden öffentlichen Krankenanstalten ergibt).
 8. Mittel der Länder / Gemeinden, die direkt an Krankenanstalten bzw. Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaften fließen:
 - a) Betriebsmittelabgang, wenn sie nicht über die Landesfonds verteilt werden,
 - b) Mittel der Länder bzw. der Gemeinden als Träger von Krankenanstalten, wenn sie nicht über die Landesfonds fließen (nach Betriebsabgangsdeckung noch verbleibender Abgang, Besoldung von Bediensteten).
 9. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung durch die Landesfonds (gemäß Abschnitt 5 und 6 der 15a-Vereinbarung) - Mittelzuteilung an die Träger der Krankenanstalten: LKF-Gebührensätze, allenfalls Investitionsförderungen, Beiträge zum Betriebsabgang, Ausgleichsmittel, Strukturmittel, Leistungen gemäß GSBG.
 10. Mittel der Gemeinden an Land, Landesfonds, z. T. Gemeindeverbände zur Finanzierung des Betriebsabgangs der Krankenanstalten (Abgangsdeckungs-/Sprengelbeiträge).
 11. Zuschüsse der Länder bzw. Gemeinden zur Investitionsfinanzierung.
 12. Mittel der Sozialversicherung, die direkt an Krankenanstalten fließen:
 - a) Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds finanziert wurden, aufgrund von privatrechtlichen Verträgen,
 - b) bestimmte Leistungen der Fondskrankenanstalten, die nicht über Landesfonds, sondern direkt mit den Sozialversicherungsträgern abzurechnen sind (z. B. Mutter-Kindpass-Untersuchungen).
 13. Mittel der Sozialversicherungsträger für Leistungen von Vertragspartnern des außerstationären Bereiches (z. B. niedergelassene Ärzte, Apotheker) und Zahlungen der Sozialversicherungsträger an sonstige medizinische Einrichtungen, Betreiben eigener Einrichtungen.
 14. Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, gewerblich Selbständigen, freiberuflich Selbständigen, Landwirte, Beamte etc. nach den Sozialversicherungsgesetzen (ASVG, BSVG, GSVG, FSVG, B-KUVVG).
 15. Kostenbeiträge, Selbstbehalte der Patienten, Zahlungen der privaten Krankenversicherungen.
- Quelle: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (für die Jahre 2001-2004); FAG 2001/2005; KAKuG; Hofmarcher, Rack, 2001, S. 95; Rechnungshof, 2001, S. 16; eigene Darstellung, 2006.

Abbildung 15. Erläuterungen zu Abbildung 14
Quelle: Bröthlaler et al. (2006, S. 171)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Magisterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfsmittel verfasst habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solches gekennzeichnet. Diese Arbeit wurde an keiner anderen Stelle eingereicht noch von anderen Personen veröffentlicht.

Wien, 26.08.2014

Nadine Zillmann