

Gestaltung von chancengerechten Informationsangeboten

Ein Leitfaden



IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH,
Zentrum Ernährung & Prävention, Spargelfeldstraße 191, 1220 Wien, www.ages.at

Der Leitfaden wurde im Rahmen des Programms „Richtig essen von Anfang an!“ (REVAN) in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) erstellt.

Kontakt: richtigessenvonanfangen@ages.at

Für den Inhalt verantwortlich:

AGES – Dr.ⁱⁿ Alexandra Wolf

BMASGPK – Mag.^a Judith Benedics

DVSV – Mag.^a Bettina Maringer

Autorinnen:

Mag.^a Michaela Adamowitsch, MHProm (AGES)

Narine Barkhordarian, MSc (AGES)

Mag.^a Melanie U. Bruckmüller, MA (AGES)

Hermann Zöbinger, MSc (AGES)

Konsultationsteilnehmer:innen: siehe Anhang

Grafische Gestaltung: AGES

Titelbild erstellt von Microsoft Copilot, verantwortet von AGES/Michaela Adamowitsch

Verlagsort: AGES, Wien

© AGES, BMASGPK & DVSV

1. Auflage, Mai 2026

Zitiervorschlag: Adamowitsch, M., Barkhordarian, N., Bruckmüller, M.U. & Zöbinger H. (2026). *Gestaltung von chancengerechten Informationsangeboten – Ein Leitfaden. Programm "Richtig essen von Anfang an!"*. AGES, BMASGPK, DVSV.

Das Dokument ist ein Werk im Sinne des Urheberrechts. Alle Rechte bleiben vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne ausdrückliche schriftliche Genehmigung des Programms „Richtig essen von Anfang an!“ in irgendeiner Form verwertet, veröffentlicht, vervielfältigt, verbreitet, verliehen, verändert oder öffentlich vorgetragen werden.



Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherungen

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung und Hintergrund	7
2	Ziel und Aufbau des Leitfadens.....	10
3	Grundlagen	12
3.1	Zentrale Begriffe der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit	12
3.2	Good-Practice-Kriterien für chancengerechte Gesundheitsförderung	16
3.3	Evidenzbasierte Ansätze im Bereich Ernährung und Bewegung	19
4	Strategien/Methoden	25
4.1	Bestimmung der Zielgruppe(n).....	25
4.2	Nutzung geeigneter Settings und Zugangswege.....	30
4.2.1	Settings und Zugänge für die Zielgruppenerreichung identifizieren	30
4.2.2	Konkrete Kooperationsmöglichkeiten eruieren	35
4.3	Methodische und inhaltliche Gestaltung der Informationsangebote.....	40
4.3.1	Allgemeiner Bedarf für die Förderung der Ernährungskompetenz	41
4.3.2	Wichtige Strategien für die Angebotsgestaltung.....	42
4.3.3	Barrieren für die Angebotsnutzung und mögliche negative Effekte	44
4.3.4	Förderliche Faktoren für die Angebotsnutzung.....	46
4.3.5	Erfolgversprechende Ansätze der Ernährungskommunikation.....	48
4.3.6	Kriterien der Guten Gesundheitsinformation für Informationsmaterial	52
4.3.7	Ergänzungen von Vertreter:innen verschiedener Psychosozial- und Gesundheitsberufe zur Angebotsgestaltung.....	56
4.4	Evaluation	57
5	Fazit und Empfehlungen.....	59
6	Anhang	61
	Erläuterung der Umsetzungsstufen des Kriteriums „Zielgruppenbezug“	61
	Konsultationsteilnehmer:innen.....	63
	Glossar	64
	Literaturverzeichnis	66

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: <i>Sozialer Status und Ungleichheitsmerkmale</i>	15
Tabelle 2: <i>Evidenzbasierte Ansätze u. Erfolgskriterien für Bereich Bewegung u. Ernährung..</i>	20
Tabelle 3: <i>Barrieren für Inanspruchnahme von Angeboten</i>	44
Tabelle 4: <i>Förderfaktoren für Inanspruchnahme von Angeboten</i>	46
Tabelle 5: <i>Tools der Guten Gesundheitsinformation Österreich.....</i>	53
Tabelle 6: <i>Umsetzungsstufen des Kriteriums „Zielgruppenbezug“</i>	61

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABZ* Austria	Verein zur Förderung von Arbeit, Bildung und Zukunft von Frauen
AG	Arbeitsgruppe
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AMS	Arbeitsmarktservice
Anm.	Anmerkung
bez.	bezüglich
BLE	Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
bspw.	beispielsweise
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
etc.	et cetera (und so weiter)
EU	Europäische Union
evtl.	eventuell
FEM Süd	Frauengesundheitszentrum Süd des Instituts für Frauen- und Männergesundheit
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GEVAN	Gesundheit und Ernährung von Anfang an
ggf.	gegebenenfalls

GGI	Gute Gesundheitsinformation Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
Hrsg.	Herausgeber
LGBTIQ+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersexual, Queer (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und Queers ¹)
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
o.J.	ohne Jahr
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖPGK	Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz
REVAN	Richtig essen von Anfang an!
RKI	Robert Koch-Institut
S.	Seite
SMS	Short Message Service
u.	und
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

¹ Der Asterisk („*“) fungiert als Platzhalter für weitere, nicht benannte Identitäten (Sauer, 2018, zitiert in Gaiswinkler, Pfabigan et al., 2023, S. 138).

1 Einleitung und Hintergrund

Der Leitfaden „Gestaltung von chancengerechten Informationsangeboten“ ist im Rahmen von „Richtig essen von Anfang an!“, kurz REVAN, entstanden. REVAN wurde 2008 als **Gemeinschaftsprogramm** von der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) ins Leben gerufen. Übergeordnetes Ziel ist, die Ernährungskompetenz von (werdenden) Eltern und deren Angehörigen in Österreich zu stärken und eine **gesunde Ernährung von Schwangeren und Kindern (0 – 10 Jahre)** zu fördern.

Die **nationale Ebene** des Programms (AGES, BMASGPK, DVSV) wird im Leitfaden als *REVAN national* bezeichnet und die **regionale Ebene** (Österreichische Gesundheitskasse bzw. ÖGK) als *REVAN regional*. Aufgaben von *REVAN national* sind in erster Linie die strategische Ausrichtung des Programms, Schaffung und Aufbereitung der wissenschaftlichen Evidenz im Bereich Ernährung und Gesundheitsförderung und Entwicklung von zielgruppenspezifischen Informationsmaterialien und Unterstützungsangeboten. Aufgabe von *REVAN regional* ist die operative Umsetzung der Beratungsangebote in ganz Österreich unter Anpassung an die Rahmenbedingungen in den Bundesländern und die konkreten Bedarfe der jeweiligen Zielgruppen.

Für REVAN-Beratungsangebote, die sich an Eltern/Angehörige richten, sind ausschließlich **Berufsgruppen** tätig, die gesetzlich zur Ernährungsberatung berechtigt sind: Diätolog:innen, Ärzt:innen, Ernährungswissenschaftler:innen sowie Hebammen². Vor der Durchführung von REVAN-Workshops und anderen REVAN-Angeboten (Beispiele siehe Bericht von Gesundheit Österreich GmbH bzw. GÖG, 2015b, sowie *Kapitel 4*) absolvieren sie eine spezifische Fortbildung. Diese qualifizierten Personen, die REVAN-Beratungsangebote praktisch umsetzen, werden nachfolgend als **REVAN-Fachexpert:innen** bezeichnet. Eine wichtige Multiplikator:innenfunktion haben zudem auch alle anderen Vertreter:innen von Berufsgruppen im Umfeld von Eltern/Angehörigen (z. B. Apotheker:innen, Pädagog:innen, Mitarbeiter:innen von Elternberatungsstellen, Frühe-Hilfen-Familienbegleiter:innen). Auch wenn sie nicht zur Ernährungsberatung berechtigt sind, können und sollen sie Informationen weitergeben und das Programm REVAN bewerben (siehe *Kapitel 4.2*). Diese Personen werden im Leitfaden als **Multiplikator:innen** bezeichnet.

² Tätigkeitsbereich gemäß Hebammengesetz (HebG) § 2, Absatz 2: Beratung in Fragen der Hygiene und Ernährung als Teil der Vorbereitung auf Elternschaft und Geburt

Chancengerechte Gestaltung

Eine der aktuell wichtigsten Aufgaben bei der Maßnahmenplanung im Rahmen des nationalen Gesundheitsförderungsprogramms „Richtig essen von Anfang an!“ ist eine **chancengerechtere Gestaltung der Beratungsangebote und Informationsmaterialien** (siehe dazu auch den *Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Garantie für Kinder*, Kernelement „Gesunde Ernährung“; BMSGPK, 2023). Den *Gesundheitszielen Österreich* zufolge sollen sich „zielgruppenspezifische Interventionen (...) sowohl an **sozioökonomisch benachteiligte Personen(gruppen)** (geringes Einkommen, niedriger Bildungsstatus etc.) als auch an **spezifisch gesundheitlich benachteiligte Gruppen** wenden, wie z. B. Menschen mit Behinderungen, chronisch kranke Menschen und Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (Gesundheitsziel 2; BMGF, 2017, S. 15). Grundsätzlich sind Maßnahmen in der frühen Kindheit besonders effektiv, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren (vgl. Gesundheitsziel 6 – *Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen*). Bislang werden von Benachteiligung betroffene Personengruppen jedoch noch nicht ausreichend durch REVAN-Maßnahmen erreicht (zur Verwendung/Definition des Begriffs „Benachteiligung“ siehe *Kapitel 3.1*). Dies wurde in einem GÖG-Bericht zu Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern unter anderem auf mangelnde partizipative Einbindung zurückgeführt (GÖG, 2015b). (Gängige Hürden, die von Benachteiligung betroffene Personen hindern, Beratungs- und Informationsangebote in Anspruch zu nehmen, finden sich in *Kapitel 4.3.3*). „Speziell für bildungsferne oder sozioökonomisch benachteiligte Schwangere und junge Eltern sowie jene mit Migrationshintergrund wurde die Verwendung der österreichweit einheitlichen Workshop-Unterlagen als nicht zielführend angesehen“ (GÖG, 2015b, S. 9). Mittlerweile wurden daher im Rahmen von *REVAN national* einige Materialien in einfacher Sprache erstellt bzw. in andere Sprachen übersetzt (z. B. Arabisch, Englisch, Türkisch). Von der ÖGK bzw. *REVAN regional* wurden in manchen Bundesländern bereits alternative Beratungsangebote zur besseren Erreichung von Menschen in benachteiligten Lebenslagen erprobt (Beispiele siehe GÖG, 2015b; siehe auch *Kapitel 4*); aktuelle Zahlen zeigen, dass diese durchaus gut genutzt werden. Nach wie vor braucht es weitere Bemühungen auf allen Programmebenen (*REVAN national* und *REVAN regional*), um von Benachteiligung Betroffene (besser) zu erreichen und REVAN-Inhalte zielgruppengerecht zu vermitteln.

Der Leitfaden „Gestaltung von chancengerechten Informationsangeboten“ wurde als **Orientierungshilfe für die Planung möglichst treffsicherer, niederschwelliger REVAN-Angebote** erstellt. Er soll einen Überblick über good-practice-basierte Strategien und Methoden geben, inklusive relevanter Praxiserfahrungen von Vertreter:innen aus verschiedenen Psychosozial- und Gesundheitsberufen (Diätolog:innen, Ernährungswissenschaftler:innen, Psycholog:innen, Soziolog:innen usw.). Im Rahmen eines schriftlichen Konsultationsprozesses lieferten unter anderem auch erfahrene REVAN-Fachexpert:innen wertvolle Hinweise aus der Praxis (siehe *Kapitel 6*). Am Ende des

Leitfadens finden sich zusammenfassende Empfehlungen für die chancengerechte Weiterentwicklung des REVAN-Programms. Eine detailliertere Beschreibung von Ziel, Zielgruppen und Aufbau des Leitfadens folgt in *Kapitel 2*.

2 Ziel und Aufbau des Leitfadens

Ziel und Zielgruppen des Leitfadens

Der Leitfaden ist ein Werkzeug für die **Entwicklung spezifischer REVAN-Angebote** zur verbesserten Erreichung von Personengruppen, die von Benachteiligung betroffen sind. Dieser richtet sich in erster Linie an **Umsetzer:innen, Entscheidungsträger:innen und Partner:innen** des REVAN-Programms. Der Leitfaden kann auf allen Programmebenen (*REVAN national* und *REVAN regional*) als **Unterstützung für die Strategie- und Maßnahmenplanung** herangezogen werden. Auf die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Bedarfe in den Bundesländern kann im Leitfaden allerdings nicht eingegangen werden. Der Leitfaden ist jedenfalls nicht als strikt zu befolgende Handlungsanleitung zu verstehen und die beschriebenen Strategien und Methoden können an die jeweiligen (regionalen) Gegebenheiten angepasst werden. Der Leitfaden bildet zudem für alle Stakeholder, die eine Rolle bei der (Weiter-)Entwicklung spezifischer REVAN-Angebote spielen, eine gemeinsame Grundlage für Kommunikation, Kooperation und Wissenstransfer. Jedenfalls wird empfohlen, Menschen, die von Benachteiligung betroffen sind, wo immer möglich in die Planung und Umsetzung miteinzubeziehen, damit sie bestmöglich von den Maßnahmen profitieren können.

Aufbau des Leitfadens

Der Leitfaden umfasst vier zentrale Kapitel:

- Kapitel 3 – Grundlagen
- Kapitel 4 – Methoden/Strategien
- Kapitel 4.4 – Evaluation
- Kapitel 5 – Fazit und Empfehlungen

Für ein gemeinsames Begriffsverständnis werden in **Kapitel 3** zunächst die wichtigsten Begriffe zum Thema gesundheitliche Chancengerechtigkeit beschrieben (*Kapitel 3.1*) und anschließend zentrale Qualitätskriterien für chancengerechte Gesundheitsförderung angeführt (*Kapitel 3.2*).

Der Aufbau von **Kapitel 4** orientiert sich an den in *Kapitel 3.2* genannten Qualitätskriterien und gliedert sich wie folgt:

- Informationen und Empfehlungen zur Auswahl und Beschreibung von Zielgruppen (*Kapitel 4.1*),
- Informationen und Empfehlungen zur Identifikation von Settings, Zugängen und Kooperationsmöglichkeiten zur Zielgruppenerreichung (*Kapitel 4.2*),

- Informationen und Empfehlungen zur Ausgestaltung von Beratungsangeboten und Informationsmaterialien (*Kapitel 4.3*).

Kapitel 4.4 – Ein konkretes Evaluationskonzept für REVAN-Angebote zur (besseren) Erreichung von Menschen in benachteiligten Lebenssituationen wird nach Fertigstellung in diesen Leitfaden integriert.

In **Kapitel 5** werden schließlich zentrale Erkenntnisse für die Entwicklung spezifischer REVAN-Angebote zur verbesserten Erreichung von Personengruppen, die von Benachteiligung betroffen sind, zusammenfassend dargestellt.

3 Grundlagen

3.1 Zentrale Begriffe der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit

Gesundheitsförderung, soziale Benachteiligung und gesundheitliche Chancengleichheit stehen in einem engen konzeptionellen Zusammenhang.

Gesundheitsförderung ist im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Konzept zur Beeinflussung der Determinanten der Gesundheit entwickelt und verbreitet worden, um das gesundheitspolitische Ziel der „Gesundheit für alle“ umzusetzen und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

(Kaba-Schönstein & Kilian, 2018)

In Österreich wird primär die Bezeichnung **gesundheitliche Chancengerechtigkeit** verwendet³, während in Deutschland und der Schweiz die Bezeichnung **gesundheitliche Chancengleichheit** geläufiger ist. Oftmals werden die Bezeichnungen auch synonym verwendet. In einer Schweizer Übersichtsarbeit plädiert der Autor für eine Differenzierung und schlägt folgende Definitionen vor:

- **Gesundheitliche Chancengleichheit** ist ein gesundheitspolitisches Leitziel. Auf Zielebene fordert es, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben.
- **Gesundheitliche Chancengerechtigkeit** ist ein operatives Umsetzungsprinzip. Es bezieht sich auf das Schaffen der Bedingungen, die es allen Menschen ermöglichen, ein gesundes Leben zu führen. (Weber, 2020, S. 25)

Laut Weber gelten Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung dann als chancengerecht, „wenn sie dazu beitragen, dass gesundheitliche Möglichkeiten und Ressourcen nichtdiskriminierend über die Bevölkerung verteilt sind“ (Weber, 2020, S. 26). In Deutschland werden gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit auch als „**soziallagenbezogene Gesundheitsförderung**“ bezeichnet.

An dieser Stelle soll auch das sogenannte **Präventionsdilemma** bzw. das „Soziale Dilemma der Gesundheitsförderung“ (Bauer & Bittlingmayer, 2020, zitiert in Franzkowiak, 2022) erwähnt werden: Bevölkerungsgruppen, die sozial höher gestellt sind, höher gebildet sind und höhere Gesundheitskompetenz aufweisen, fragen stärker nach Präventionsangeboten und nutzen diese eher; währenddessen verfügen Bevölkerungsgruppen mit höherem

³ vgl. etwa https://fgoe.org/Wissenspool_zum_Thema_Gesundheitliche_Chancengerechtigkeit

Vorsorge- und (Früh-)Interventionsbedarf über eine niedrigere Gesundheitskompetenz, sie fragen auch weniger nach Präventionsangeboten und akzeptieren diese schlechter. Dadurch kann es passieren, dass Präventionsmaßnahmen „den Abstand zwischen erreichten ressourcenstarken und nicht erreichten ressourcenschwachen Gruppen (...) noch weiter anwachsen“ lassen (Sahrai, 2010, zitiert in Paul, 2019, S. 14). **Um gesundheitliche Ungleichheit nicht strukturell zu (re)produzieren, müssen insbesondere Maßnahmen der Verhaltensprävention die Lebenslagen und Lebensweisen von „benachteiligten Gruppen“ berücksichtigen** (vgl. Franzkowiak, 2022) – Gesundheitsförderung muss also „soziallagenbezogen“ sein.

Die **Berücksichtigung der Lebenslagen und Lebensphasen** bedeutet für die Gesundheitsförderung „eine verringerte Priorität der unspezifischen und generellen Förderprogramme. Vielmehr müssen differenzierte Förderkonzepte entwickelt werden, die

- auf die konkrete Lebenssituation von Einzelnen und Gruppen in lokalen Kontexten abgestimmt sind (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren),
- dort vorhandene Ressourcen systematisch zu erschließen versuchen (Resilienz und Schutzfaktoren) und
- unterschiedliche Bedürfnisse, entsprechend den unterschiedlichen Lebenslagen, anerkennen.“ (Kolip, 2020)

So schlussfolgern auch Gaiswinkler, Antony et al. (2023) im österreichischen Frauengesundheitsbericht, dass präzisere Zielgruppenbetrachtungen in zukünftigen Maßnahmen das Gießkannenprinzip ablösen müssen, um allen Frauen und Mädchen gleiche gesundheitliche Chancen zu ermöglichen. Voraussetzung dafür ist die genaue Kenntnis der Lebenslagen der jeweiligen Zielgruppen und deren Beteiligung bei der Planung und Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung (Kolip, 2020).

Synonym verwendete Begriffe für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung sind zum Beispiel **„Gesundheitsförderung mit und für vulnerable Gruppen⁴“**, **„Gesundheitsförderung mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen“** bzw. **„in belasteten Lebenslagen“** oder **„in besonderen Lebenslagen“**. Im vorliegenden Leitfaden wird zudem der Begriff „chancengerechte Gesundheitsförderung“ verwendet (vgl. Kapitel 3.2). Die Vielfalt der Begriffe geht auf die zunehmende Bemühung zurück, Zielgruppenbezeichnungen, die (ungewollt) diskriminieren bzw. stigmatisieren und Menschen zu passiven „Objekten“ von Interventionen machen, zu vermeiden. Gleichzeitig besteht Unsicherheit darüber, welche Bezeichnungen „korrekt“ sind. Bezeichnungen von Menschen als zum Beispiel „ressourcenschwach“, „sozial schwach“ oder „bildungsfern“ sind als **Stigmatisierung** zu verstehen. Jedenfalls sollen paternalistische Bezeichnungen wie „Gesundheitsförderung für

⁴ Anm.: Die Formulierung („mit und für“) drückt den partizipativen Charakter aus.

sozial benachteiligte Menschen“ vermieden werden – diese sind in „**Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen** zu erweitern“. (Kaba-Schönstein & Kilian, 2018)

Die Bezeichnung „Risikogruppe“ könnte ebenfalls als stigmatisierend wahrgenommen werden und wird daher im Kontext von REVAN nicht verwendet. Blümel, Lehmann und Hartung (2021) weisen außerdem darauf hin, dass auch die Bezeichnung von Bevölkerungsgruppen als „**schwer erreichbar**“ als diskriminierend interpretiert werden könnte. Denn letztendlich hänge „die Erreichbarkeit von der angewandten Zugangsmethodik, dem Setting sowie von den Kommunikations- und Zugangskompetenzen der Wissenschaftler bzw. Wissenschaftlerinnen und der Gesundheitsfachkräfte [ab]. Dabei gilt es (...) verstärkt, eigene Zugangsbarrieren zu berücksichtigen und strukturelle Faktoren im Hinblick auf die Erreichbarkeit zu verändern“ (Borde 2009, zitiert in Blümel, Lehmann und Hartung, 2021). Auf die Bezeichnung „schwer erreichbar“ wird daher im Leitfaden „Gestaltung von chancengerechten Informationsangeboten“ verzichtet. Eine ausführliche Erläuterung des Begriffs **Erreichbarkeit** findet sich in Soom-Ammann und Salis-Gross (2011, S. 3):

Zielgruppen zu erreichen, bedeutet in erster Linie, einen ersten Zugang zu finden. Erreichbarkeit beinhaltet in zweiter Linie aber auch, dass Angebote und Interventionen auch über diesen ersten Kontakt hinaus ihr Zielpublikum erreichen, im Sinne von Compliance und Akzeptanz des Angebotes/der Intervention. In dritter Linie beinhaltet Erreichbarkeit aber auch, dass das Angebot/die Intervention nicht nur eine Veränderung der Kognition, sondern auch im Hinblick auf konkretes Verhalten bewirkt.

„Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen“ möchte vor allem Personen(-gruppen) erreichen, die „von **vertikaler sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung** betroffen sind, d. h. die durch einen niedrigen sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen, Stellung im Beruf⁵) **geringere soziale und gesundheitliche Chancen** haben und dadurch benachteiligt bzw. besonders vulnerabel (verletzlich) sind“ (Kaba-Schönstein & Kilian, 2018). Ergänzend zu den von Kaba-Schönstein und Kilian (2018) genannten **vertikalen Ungleichheitsmerkmalen** wird von Weber (2020) noch Vermögen und soziale Herkunft genannt. Sie werden als vertikale Ungleichheitsmerkmale bezeichnet, weil sie über die Position in der Gesellschaft entscheiden und eine Unterteilung der Bevölkerung in ein „Oben und Unten“ ermöglichen (Weber, 2020, S. 20).

Zusätzlich zu Faktoren der vertikalen Benachteiligung hat in den letzten Jahren auch **horizontale soziale und gesundheitliche Benachteiligung** an Relevanz gewonnen – also

⁵ Laut Weber (2020) sei bei **Kindern und Jugendlichen** vor allem die soziale Herkunft (Einkommen und Bildung der Eltern) zu beachten.

Benachteiligung, die auf Faktoren/Eigenschaften wie Geschlecht, (frühes und fortgeschrittenes) Lebensalter und Migration(-shintergrund) zurückzuführen ist (Kaba-Schönstein & Kilian, 2018). „Als horizontale Merkmale werden jene soziodemografischen Merkmale bezeichnet, die sich nicht hierarchisch anordnen und in ein Oben und Unten einteilen lassen. Jedoch können auch diese Merkmale die Zuteilung von wichtigen Ressourcen wie Einkommen und gesellschaftliche Anerkennung begünstigen oder behindern“ (Rathmann & Richter, 2016, zitiert in Weber, 2020, S. 20). Neben den von Kaba-Schönstein und Kilian (2018) bereits genannten horizontalen Faktoren gelten auch Nationalität, Aufenthaltsstatus, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, Religionszugehörigkeit, Familienstand und Haushaltszusammensetzung sowie Wohnregion als wichtige horizontale Ungleichheitsmerkmale (Weber, 2020).

Tabelle 1: Sozialer Status und Ungleichheitsmerkmale (mod. nach Weber, 2020)

SOZIALER STATUS BZW. SOZIALE LAGE VON INDIVIDUEN Zuteilung einer gesellschaftlichen Position aufgrund von finanziellen Ressourcen, politischer Macht, sozialer Anerkennung (Prestige) und Diskriminierung, die mit vertikalen und horizontalen Merkmalen einhergeht	
Wichtige vertikale Merkmale („Sozioökonomischer Status“): – Bildung – Beruflicher Status – Einkommen – Vermögen – Soziale Herkunft	Wichtige horizontale Merkmale: – Geschlecht – Lebensalter – Migration(-shintergrund) – Nationalität – Aufenthaltsstatus – Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – Religionszugehörigkeit – Familienstand und Haushaltszusammensetzung – Wohnregion

Zuletzt ist auch die Berücksichtigung des **sozialen Gradienten** (siehe auch Glossar) zum Thema geworden, der sich durch alle Bevölkerungsschichten und -gruppen zieht. Ein Ansetzen am sozialen Gradienten bedeutet eine „Gesamtpolitik, die alle Gruppen berücksichtigt, auch Angehörige mittlerer Statusgruppen“. (Kaba-Schönstein & Kilian, 2018)

Weber (2020) weist zudem darauf hin, dass (gesundheitliche) **Vulnerabilität** nicht immer gleichzusetzen ist mit sozialer Benachteiligung:

- Mit dem Begriff „**sozial benachteiligt**“ werden spezifisch die Personen und Bevölkerungsgruppen bezeichnet, die von sozialer Ungleichheit betroffen bzw. aufgrund von strukturellen Faktoren benachteiligt sind und die als Folge davon häufig eine erhöhte Anfälligkeit für Erkrankungen aufweisen. Strukturelle Faktoren beziehen sich auf das gesellschaftliche Umfeld und dessen Einfluss auf einzelne Personen.
- Als (gesundheitlich) „**vulnerabel**“ bezeichnete Gruppen können aufgrund von individuellen oder einer Kombination von individuellen und strukturellen Faktoren eine erhöhte Anfälligkeit für Krankheit bzw. eine Häufung an Risikofaktoren und ein Defizit an Schutzfaktoren aufweisen. **Vulnerable Gruppen sind nicht zwingend sozial benachteiligt.** (Weber, 2020, S. 23)
Bei individuelle Faktoren handelt es sich v. a. um physische Faktoren (z. B. bestehende Erkrankung, Einschränkung/Behinderung, Schwangerschaft und hohes Alter), psychische Faktoren (z. B. psychische Erkrankung, Traumatisierung aufgrund von Gewalt und Kriminalität, Betreuung von kranken Angehörigen), gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (z. B. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, wenig körperliche Bewegung), niedrige Gesundheitskompetenz sowie schwache Sozialbeziehungen (Weber, 2020, S. 22).

Besonders zu beachten sind **kumulative Effekte**: Je mehr benachteiligende Faktoren bei einer Personengruppe zusammentreffen, desto stärker ist die Gesamtbelastung und desto höher die Krankheitsanfälligkeit (Weber, 2020).

Übereinstimmend mit dem Gesundheitsziel 2 der *Gesundheitsziele Österreich* (siehe Kapitel 1.1) soll der vorliegende Leitfaden eine verbesserte Erreichung von Menschen bzw. Personengruppen, die von **sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung** betroffen sind, unterstützen. Für eine kürzere Schreibweise werden folgende Bezeichnungen gewählt: **Menschen/Personengruppen, die von Benachteiligung betroffen sind** bzw. **von Benachteiligung Betroffene**.

3.2 Good-Practice-Kriterien für chancengerechte Gesundheitsförderung

Im deutschsprachigen Raum wurden Qualitätskriterien bzw. Empfehlungen für chancengerechte Gesundheitsförderung erarbeitet, die auch für die Weiterentwicklung der REVAN-Programmmaßnahmen relevant sind:

- **Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung** – Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie (GÖG, 2015a)
- **Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern** – Ein Praxisleitfaden – Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie (GÖG, 2015b)
- **Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung** (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021)

In die beiden (Handlungs-)Empfehlungen der GÖG sind frühere Erkenntnisse aus der Umsetzung von REVAN eingeflossen; im Leitfaden „Gestaltung von chancengerechten Informationsangeboten“ werden an relevanter Stelle ausgewählte Erkenntnisse dargestellt. Theoretische Grundlage für die Erstellung der GÖG-Dokumente bildeten unter anderem die Good-Practice-Kriterien des deutschen Kooperationsverbunds gesundheitliche Chancengleichheit (Anm.: basierend auf der Erstveröffentlichung 2005) (GÖG, 2015a). Da die Kriterien des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) unlängst vollständig überarbeitet wurden und sehr detailliert ausgearbeitet sind, werden diese für den Leitfaden verwendet.

Im Dokument des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit werden insgesamt **zwölf „Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“** im Detail beschrieben (jeweils gegliedert in Definition, Umsetzungsstufen und Erläuterungen mit Praxisbeispielen): Sie „bieten einen **fachlichen Orientierungsrahmen für die Planung und Umsetzung** von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Das besondere Merkmal der Kriterien ist, dass sie sich auf Maßnahmen konzentrieren, die einen aktiven Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten“ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 3). Nachfolgend werden die Kriterien kurz zusammengefasst:

- **Zielgruppenbezug⁶**: Die Zielgruppen sind präzise nach ihrer gesundheitlichen und sozialen Lage, ihrer sozialen Diversität und ihren Ressourcen beschrieben.

⁶ Das Kriterium „Zielgruppenbezug“ wurde in der aktualisierten Version an erste Stelle verschoben, „um die Probleme und Bedarfslagen der Zielgruppen als Ausgangspunkt aller gesundheitsfördernden Aktivitäten zu betonen“ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 5).

- **Konzeption:** Die Konzeption beschreibt Ziele, Zielgruppen, Beteiligte, Maßnahmen und Methoden. Die Konzeption sollte einen systematischen Soziallagenbezug haben und möglichst alle zwölf Good-Practice-Kriterien berücksichtigen.
- **Setting-Ansatz:** Im Setting wird ein partizipativer (d. h. unter aktiver Beteiligung der jeweiligen Zielgruppen), koordinierter Prozess der gesundheitsfördernden Strukturentwicklung umgesetzt.
- **Empowerment:** Es werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass alle Beteiligten ihre individuellen und gemeinschaftlichen Ressourcen entdecken, sie weiterentwickeln und im praktischen Handeln nutzen können.
- **Partizipation:** Partizipation der beteiligten und angesprochenen Gruppen bedeutet, in allen Phasen der Gesundheitsförderung (Bedarfserhebung, Planung, Umsetzung, Bewertung) möglichst umfassende Beteiligungsmöglichkeiten zu schaffen und dabei sicherzustellen, dass die Beteiligungsprozesse den Erfahrungen und Möglichkeiten der Zielgruppen entsprechend („zielgruppengerecht“) gestaltet sind.
- **Niederschwellige Arbeitsweise:** Eine niederschwellige Arbeitsweise zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zeichnet sich dadurch aus, dass Zugangshürden aus der Perspektive der Zielgruppen und weiterer Beteiligter reflektiert werden. Bedürfnisangepasste Angebote und Maßnahmen werden idealerweise im Austausch mit den Zielgruppen entwickelt; Barrieren und Zugangshürden werden gemeinsam abgebaut, vermieden oder so gering wie möglich gehalten.
- **Multiplikator:innen-Konzept:** Multiplikationspersonen haben eine wichtige Brückenfunktion bei der Vermittlung von Informationen und Kompetenzen. Das Multiplikator:innen-Konzept legt im Rahmen der Konzeption fest, welche Personen(gruppen) mit welcher Methodik systematisch in die Umsetzung einer Maßnahme eingebunden und für diese Aufgabe qualifiziert werden; es orientiert sich an den jeweiligen Lebensbedingungen in den Lebenswelten der Zielgruppen.
- **Nachhaltigkeit:** Mit nachhaltigen Maßnahmen wird bei den Zielgruppen eine dauerhafte und nachweisbare Stärkung individueller Kompetenzen und Ressourcen sowie in den Lebenswelten die Gestaltung dauerhaft gesundheitsgerechter Lebensbedingungen angestrebt. Voraussetzung für Nachhaltigkeit sind verlässliche und zeitstabile, also strukturell verstetigte gesundheitsfördernde Angebote.

- **Integriertes Handeln:** Erstellung integrierter Handlungskonzepte⁷ sowie Vernetzung von Personen und Institutionen aus verschiedenen Fachbereichen, Politik und Zivilgesellschaft. Vernetzung dient dem Austausch von Informationen, der Ergänzung materieller und nicht-materieller Ressourcen und/oder der Abstimmung gemeinsamer Werte und Ziele.
- **Qualitätsmanagement:** Kontinuierliches, systematisches und umfassendes Qualitätsmanagement gewährleistet als Steuerungs- und Führungssystem einer Organisation, dass die Anforderungen erfüllt werden.
- **Dokumentation und Evaluation:** Dokumentation und Evaluation sind Elemente des Qualitätsmanagements. Die Dokumentation erfolgt systematisch; die Maßnahmen werden durch eine Evaluation systematisch überprüft und weiterentwickelt.
- **Belege für Wirkungen und Kosten:** Wirkungen und Kosten von Maßnahmen werden so weit wie möglich erfasst; Maßnahmen sollten wirksam sein und ihre positiven Wirkungen sollten in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten stehen.

Die in diesem Kapitel genannten Good-Practice-Kriterien für chancengerechte Gesundheitsförderung sollen auch für die in *Kapitel 4* dargestellten Methoden und Strategien als „fachlicher Orientierungsrahmen“ gesehen werden und soweit als möglich und zutreffend bei der Weiterentwicklung von REVAN-Maßnahmen berücksichtigt werden. Im nachfolgenden Kapitel werden abschließend noch evidenzbasierte Ansätze und Erfolgskriterien spezifisch für chancengerechte Ernährungs- und Bewegungsinterventionen zusammengefasst.

3.3 Evidenzbasierte Ansätze im Bereich Ernährung und Bewegung

Grundsätzlich gibt es viel Literatur zum Thema (bessere) Erreichbarkeit von „benachteiligten“ Gruppen. Es besteht jedoch ein **Mangel an Wirksamkeitsstudien** zu Strategien für eine **höhere Angebotsreichweite**, wie durch einen Scoping Review von Sörensen et al. (2018) festgestellt wurde. Laut Autor:innen sei für einzelne Gruppen die Evidenzlage verhältnismäßig gut (v. a. für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, ältere Menschen, Migrant:innen), für andere aber sehr dürftig (v. a. für

⁷ Kernelemente von Handlungskonzepten: Problem- und Bedarfsanalyse, Zielsetzung, Maßnahmen zur Erreichung der Ziele, Zeit-, Ablauf- und Umsetzungsplan, Qualitätsmanagement, Dokumentation und Evaluation, Kosten- und Finanzierungsplan (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 45)

Alleinerziehende, Kinder aus sucht- oder psychisch belasteten Familien, Menschen mit Behinderungen) (Sörensen et al., 2018, S. 7).

Im Grundlagenbericht zu *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz* werden **evidenzbasierte Ansätze und Erfolgskriterien bei niedrigem sozioökonomischem Status** für verschiedene Themenbereiche angeführt (Weber, 2020): In der nachfolgenden Tabelle werden Ansätze/Erfolgskriterien zu **sozialen Gesundheitsdeterminanten** des Themenbereichs *Bewegung und Ernährung* genannt, da viele davon auch für REVAN relevant sind (für *REVAN national* und/oder für *REVAN regional*). In *Kapitel 4* werden diese Ansätze und Erfolgskriterien wo relevant wieder aufgegriffen.

Tabelle 2: Evidenzbasierte Ansätze und Erfolgskriterien für Bereich Bewegung und Ernährung

Lebensphase	Evidenzbasierte Ansätze und wichtige Erfolgskriterien bei niedrigem sozioökonomischem Status, nach Weber, 2020 (S. 58ff)
Lebensphasen-übergreifende Maßnahmen	Gestaltung der materiellen Lebensbedingungen (z. B. lokales Angebot an gesundem Essen in benachteiligten Stadtvierteln fördern) idealerweise in Kombination mit individueller Beratung bzw. Kommunikationsstrategien – Erfolgskriterien: – Verbindung von Maßnahmen auf der Verhältnis- und der Verhaltensebene – Breit angelegte Projekte, die mehrere Ebenen und Komponenten verbinden – Partizipative Elemente zur Planung und Durchführung der Projekte – Begleitende Kommunikationsstrategien wie <i>Social Marketing</i>
Maßnahmen in der Schwangerschaft und frühen Kindheit (bis 3 Jahre)	Interventionen zur Förderung der elterlichen Vorbildrolle – Erfolgskriterien: – Bildungsansätze (<i>educational approaches</i>), die Verhaltensänderungstechniken anwenden und beim Aufbau von konkreten Fähigkeiten (z. B. Kochen, Kommunikation, Problemlösen, Konfliktbewältigung) unterstützen; z. B. Lernen anhand konkreter Fallbeispiele (sogenannte <i>Vignetten</i>) – Interventionen im Setting Gemeinde – Frühzeitige Beratung von Müttern hinsichtlich des Stillens bzw. der Beikosteneinführung – Multithematischer Fokus (z. B. neben dem Thema Übergewicht auch ein Fokus auf Alltagsroutinen, Medien- und Schlafgewohnheiten) – Unterstützung beim Setzen von Zielen – Förderung sozialer Kontakte – Information zu weiteren Unterstützungsangeboten in der Gemeinde

	Interventionen zur Gewichtsreduktion⁸ – Erfolgskriterien: – Nutzung einer Kombination unterschiedlicher Ansätze (z. B. Selbst-Monitoring, pädagogische Strategien, praktische Komponenten wie Degustationen) und Adressierung mehrerer Bereiche (Ernährung, Bewegung, Medienkonsum etc.) – Rekrutierung durch Kinderärzt:innen und zielgruppenspezifische Settings (z. B. medizinische Einrichtungen und andere Unterstützungsprogramme) – Partizipative Einbindung der Eltern in die Programmentwicklung
Maßnahmen in der Kindheit und Jugend (4–20 Jahre)	Bewegungs- und Ernährungsinterventionen im Setting Schule – Erfolgskriterien: – Einbettung in Lehrpläne und Unterricht – Multithematische Ausrichtung und Mehr-Ebenen-Ansatz – Soziokulturelle Anpassung Interventionen für/mit Jugendliche/n – Erfolgskriterien: – Einbindung der Eltern – Erlebnisbasierte (körperliche) Aktivitäten (z. B. Ausflüge, Outdoor-Aktivitäten) – Partizipation von Jugendlichen in Programmentwicklung und Durchführung
Maßnahmen für Erwachsene im Erwerbsalter (Fokus Familie, Beruf) (21–65 Jahre)	Komplexe Multikomponenteninterventionen, die beispielsweise Verhaltenstechniken, edukative Komponenten und strukturelle Veränderungen der physischen Umwelt kombinieren – Erfolgskriterien: – Zielgruppenspezifische Anpassungen (um sozial bedingte Unterschiede nicht weiter zu verstärken) – Niederschwellige, barrierefreie Kommunikation – Auf Veränderung <i>einer</i> anstatt mehrerer Verhaltensweisen konzentrieren – Einbezug mehrerer Ebenen (Verhältnis- und Verhaltensebene) – Gruppenbasierte Umsetzung – Enger, persönlicher Kontakt; durchführende Personen stammen aus der Zielgruppe (oder sind gut mit ihr vertraut) – Botschaften sind inhaltlich und sprachlich möglichst einfach gehalten – Starke Ausrichtung auf Motivation und Empowerment; Veränderungen werden in kleinen Schritten angestrebt – Zusammenhang zwischen Bewegung/Ernährung und Gesundheit wird deutlich erkennbar gemacht; gesunde Nahrungsmittel erscheinen ansprechend – Interventionen enthalten praktische Übungen, achten auf konkrete Umsetzbarkeit und sind inhaltlich an Zielgruppe angepasst (z. B. passende Rezepte) – Kombination mit Kinderbetreuung

⁸ Anmerkung: Eine Gewichtsabnahme in der Zeit der Schwangerschaft ist nicht zu empfehlen (aber evtl. eine geringere Gewichtszunahme in ärztlicher Absprache; vgl. Kapadia et al., 2015a & 2015b); für Kinder zwischen 0 und 3 Jahren gibt es Empfehlungen bez. Übergewichtsprävention bzw. für eine normale Gewichtsentwicklung, aber nicht für eine Gewichtsreduktion (siehe Abou-Dakn et al., 2023).

Maßnahmen für Menschen über 65 Jahre werden in Tabelle 2 nicht dargestellt, da diese Altersgruppe keine direkte Zielgruppe von REVAN ist. Selbstverständlich braucht es aber auch für diese Personen adäquate Maßnahmen im Bereich Ernährung und Bewegung. Für **Interventionen mit Migrant:innen zu sozialen Gesundheitsdeterminanten** konnte Weber (2020) zudem die folgenden wichtigen Erfolgskriterien im Bereich Ernährung/Bewegung identifizieren:

- Inhaltliche und sprachliche Anpassung an die Zielgruppe
- Partizipative Interventionen
- Interventionen finden im Rahmen von existierenden Strukturen und Settings innerhalb der Migrationsgemeinden statt
- Durchgeführt durch Personen aus der Zielgruppe oder durch bilinguales Personal
- Einbezug der Ebene der Familie (z. B. familienspezifische Werte ansprechen, Familienmitglieder involvieren)
- Partizipation von Gesundheitsakteur:innen und Selbsthilfegruppen/-organisationen aus den Communities der Migrationsbevölkerung
- Bezüglich webbasierter Angebote: idealerweise mit punktueller persönlicher Unterstützung kombiniert sowie sprachlich und inhaltlich an die Zielgruppe angepasst
- Nutzung von zielgruppenspezifischen Medienkanälen (Weber, 2020, S. 41)

Praxisbeispiele zur chancengerechten Förderung von Bewegung und einer gesunden, ausgewogenen Ernährung finden sich ebenfalls im Grundlagenbericht von Weber (2020, S. 69–70):

- Frühförderprogramme für Kinder, z. B. schritt:weise (<https://www.a-primo.ch/de/angebote/schritt-weise/was-ist-schritt-weise>)
- Beratung von Eltern mit Migrationshintergrund zur Förderung von Bewegung und Ernährung ab der Geburt, z. B. Miges Balù ([https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/fokusthemen/fruehe-foerderung/Steckbrief MigesBalu_082017.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/fokusthemen/fruehe-foerderung/Steckbrief_MigesBalu_082017.pdf))
- Geburtsvorbereitungskurse mit interkulturell Dolmetschenden, z. B. Mamamundo (<http://www.mamamundo.ch>)
- Gesundheitsförderung und Prävention in der Familie, Runde Tische für Migrant:innen, z. B. „FemmesTische“ oder Männer-Tische bzw. Väter-Foren (<https://femmestische.ch>)

„FemmesTische“ werden seit 2021 auch in der Steiermark durchgeführt – es handelt sich um eine Kooperation des Gesundheitsfonds Steiermark, der ÖGK Steiermark, der Frauen- und

Mädchenberatungsstellen Novum und innova und dem Frauenservice Graz, siehe <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/femmestische-fuer-die-gesundheit> und <https://www.frauenservice.at/forschung-und-projekte/femmes-tische#>. Sie stellen eine interessante Möglichkeit für *REVAN regional* zur Vernetzung und ggf. Kooperation dar (mehr zum Thema Kooperation siehe *Kapitel 4.2*).

Letztlich soll in diesem Kapitel noch auf die **Relevanz von verhältnispräventiven Ansätzen** eingegangen werden. Verhältnisprävention wird in den *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung* als eines von vier zentralen Elementen zur Umsetzung des Kriteriums „Setting-Ansatz“ genannt: **„Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen** (strukturelle Ebene, Gestaltung von Verhältnissen)“ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 22). Auch an der Auflistung der evidenzbasierten Ansätze von Weber (2020) wird die Relevanz deutlich (siehe v. a. Ansatz „Gestaltung der materiellen Lebensbedingungen“ und Ansatz „Komplexe Multikomponenteninterventionen“). Sörensen et al. (2018) identifizierten verhältnispräventive Strategien ebenfalls als wichtig für die Erreichung von „benachteiligten/vulnerablen Gruppen“⁹: „immer dann, wenn die Wahl zwischen der Umsetzung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen besteht, sollte letzteren den [sic] Vorzug gegeben werden oder **zumindest ein Einbezug verhältnispräventiver Elemente** stattfinden“ (Sörensen et al., 2018, S. 17). Eine ähnliche Schlussfolgerung findet sich im aktuellen Ergebnisbericht *Ernährungskompetenz in Österreich*: Zusätzlich zur Stärkung der Ernährungskompetenz von Individuen „braucht es **mehr gesundheitsfördernde Ernährungsangebote** (z. B. Gemeinschaftsverpflegung, Lebensmittel-Reformulierungen etc.)“ (Griebler et al., 2023, S. 43). Auch Lobstein (o.J.) zog aus der Durchführung des europäischen Health Equity Pilot Projects den Schluss, dass Erziehungs-/Informationsmaßnahmen in ihrer Wirkung beschränkt sind, und es für chancengerechte Adipositasprävention unbedingt auch eine Veränderung der Lebensmittelumwelt (punkto Verfügbarkeit, Preis, Werbung etc.) braucht: je mehr sich das Umfeld ändern würde, desto stärker würde sich auch das Verhalten der Menschen ändern. In einem aktuellen wissenschaftlichen Bericht zu Ernährungsarmut in Österreich werden verhältnispräventive Maßnahmen ebenfalls als zentral gesehen und konkrete Beispiele genannt: **kostenlose Gemeinschaftsverpflegung, Senkung der Mehrwertsteuer auf Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte, Förderung demokratischer Supermärkte in Kombination mit Verhaltensmaßnahmen** sowie **soziale Cafés und Restaurants** (Lampl et al., 2024).

REVAN-Informationsangebote zielen tendenziell auf eine Verhaltensänderung ab, dennoch sollten Chancen zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen im Rahmen des

⁹ Insgesamt wurden durch den Scoping Review neun Strategien identifiziert; die übrigen acht werden in *Kapitel 4* dargestellt.

Programms nach Möglichkeit genutzt werden. So werden im Rahmen von *REVAN national* etwa auch Maßnahmen zur Schaffung gesundheitsfördernder Schulverpflegungsangebote gesetzt.

4 Strategien/Methoden

Die in *Kapitel 4* beschriebenen Strategien bzw. Methoden sind nicht als streng chronologisch zu verstehen und nicht voneinander getrennt zu sehen. Grundsätzlich sollte immer mit der Auswahl und Beschreibung einer konkreten Zielgruppe begonnen werden (*Kapitel 4.1*) (vgl. Kriterium „Zielgruppenbezug“, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021). Im Zuge der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner:innen (bzw. Brückenbildner:innen, Multiplikator:innen, Dolmetscher:innen etc.) (*Kapitel 4.2*) und der Entwicklung von zielgruppenspezifischen Angeboten (*Kapitel 4.3*) könnte es jedoch noch zu einer Nachschärfung der Zielgruppe kommen bzw. könnten noch Untergruppen definiert werden.

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass im Rahmen von *REVAN regional* in einigen Bundesländern bereits Beratungsangebote umgesetzt wurden bzw. werden, die Empfehlungen für chancengerechte Gesundheitsförderung bzw. Erfolgskriterien teilweise berücksichtigen. Umsetzungsbeispiele sind etwa Kochworkshops oder Workshops mit praktischen Übungen und alltagsrelevanten Beispielen, sowie der persönliche Kontakt über Multiplikator:innen (z. B. Ärzt:innen; vgl. GÖG 2015b). Eine schriftliche Befragung aller Bundeslandkoordinator:innen von *REVAN regional* durch das Team von *REVAN national* im Jahr 2020 zeigte, dass zum Beispiel auch Gehörlosenworkshops, Kurzworkshops, Krankenhausworkshops, Ernährungstreffs, Baby-Kleinkindtreffs und „mobile Babycouch“-Angebote in einzelnen Bundesländern bzw. Regionen angeboten wurden (und größtenteils immer noch werden). Erfolgsversprechende Angebote könnten künftig nach einer Evaluation (siehe *Kapitel 5*) ausgerollt werden.

4.1 Bestimmung der Zielgruppe(n)

Als Grundlage für die Konzeption von bedarfsgerechten Maßnahmen und Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt im ersten Schritt die **Analyse, Auswahl und Beschreibung von Zielgruppen**.

Zweck: Die Personengruppe, die erreicht und beteiligt werden soll, wird in der Phase der Konzeption so präzise wie möglich bestimmt (evtl. werden auch Untergruppen bestimmt). Die Beschreibung dieser Zielgruppe(n) ist der **Ausgangspunkt für die Entwicklung bedarfsgerechter Maßnahmen**. (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021; vgl. auch GÖG, 2015b).

Was ist zu beachten? Prioritäten werden nach dem Prinzip des „proportionalen Universalismus“ gesetzt: Eine chancengerechte Gesundheitsförderung/Prävention zielt immer auf die Verbesserung der Gesundheit der ganzen Bevölkerung ab; die **Intensität der Bemühungen entspricht dabei idealerweise dem Grad der Benachteiligung** einzelner Bevölkerungsgruppen (Weber, 2020, S. 9). Das heißt, Maßnahmen legen idealerweise einen besonderen Fokus auf sozial und gesundheitlich benachteiligte Personenkreise und entsprechen damit den sozialen Realitäten, die zu gesundheitlicher Ungerechtigkeit führen (WHO Europe, 2014, zitiert in Weber, 2020, S. 53).

Bei der Zielgruppenbestimmung ist ein Denken in fixen Gruppenkategorien zu vermeiden: Stattdessen werden **Überschneidungen** ungleichheitsrelevanter Merkmale berücksichtigt – insbesondere Überschneidungen vertikaler und horizontaler Merkmale (Weber, 2020, S. 53; siehe *Kapitel 3.1*).

Für die Beschreibung von Belastungen und Problemen werden **keine Formulierungen** verwendet, die von der Zielgruppe als **stigmatisierend oder diskriminierend** empfunden werden können (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 13).

Ziel/Ergebnis: Eine **möglichst genaue Beschreibung der ausgewählten Zielgruppe(n)** liegt vor: Belastungen, Probleme (die sich aus der sozialen Lage ergeben), Ressourcen. Die Probleme und Bedarfslagen der Zielgruppe(n) sind Ausgangspunkt aller gesundheitsfördernden Aktivitäten. (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021; vgl. auch GÖG, 2015b)

Zielgruppenbezug: Bedarfslagen und Probleme der Zielgruppen als Ausgangspunkt

Eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ist eine **starke Zielgruppenorientierung** (bzw. starker Zielgruppenbezug, wie vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, bezeichnet). Die Gruppe „(sozial) Benachteiligte“ ist sehr heterogen; es sollte demnach in einem ersten Schritt überlegt werden: „Wer braucht das (REVAN-)Angebot am meisten (bzw. am dringendsten)?“ (vgl. REVAN-Expert:innen-Workshop, 2020). Welche Gruppe(n) priorisiert werden sollte(n), hängt laut Weber (2020) grundsätzlich zum einen vom thematischen Fokus einer Maßnahme

ab (REVAN-relevante Themen: alle Themen rund um eine gesunde Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit sowie im Kindesalter von der Geburt bis zum 10. Lebensjahr) und zum anderen von den zur Verfügung stehenden Daten bzw. Informationen:

1. Ausgangspunkt für die Zielgruppenauswahl sind idealerweise **empirische Ergebnisse** (Welche Gruppen haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für (ernährungsassoziierte) Erkrankungen? Welche Gruppen sind von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen betroffen? etc.). Allerdings lassen sich nicht alle sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen aus Gesundheitsstatistiken herauslesen. Ergänzend sind deshalb Hinweise zu berücksichtigen, die auf **Praxiserfahrungen** und/oder **theoretischen Überlegungen** beruhen.
2. **Prozesse der Benachteiligung und Vulnerabilität analysieren**: Welche Faktoren erklären tatsächlich, warum diese Gruppen häufiger von (ernährungsassoziierten) Erkrankungen und Einschränkungen betroffen sind? Welche Überschneidung von ungleichheitsrelevanten soziodemografischen Merkmalen gibt es? (Weber, 2020, S. 54–55)

Für Österreich stehen leider nur sehr eingeschränkt empirische Daten zur Verfügung. Einige Hinweise liefert zum Beispiel die von der Statistik Austria durchgeführte österreichische Gesundheitsbefragung, etwa für den Gesundheitsindikator „**Adipositas**“ (Statistik Austria, 2020, S. 14). Weitere Hinweise für die Zielgruppenauswahl finden sich auch im aktuellen Bericht zu Ernährungsarmut in Österreich (Lampl et al., 2024). Die sozioökonomische Benachteiligung von Kindern in Österreich wird in einem umfassenden Bericht der OECD (2023) dargestellt. Eine Übersicht zu den Zusammenhängen von Gesundheit und sozialer Lage bei Kindern und Jugendlichen gibt ein aktuelles Arbeitspapier des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2024).

Als **Bevölkerungsgruppen**, die großen sozialen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, und die daher einen besonders hohen Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen aufweisen, sind jedenfalls die folgenden zu nennen (nach Mielck, 2003, S. 12):

- Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z. B. Sozialhilfeempfänger:innen)
- Personen mit sehr niedrigem beruflichen Status (z. B. ungelernte Arbeiter:innen)
- Personen mit sehr niedriger Schulbildung
- Personen, die in sozialen Brennpunkten wohnen
- Langzeitarbeitslose
- Alleinerziehende
- Erwachsene und Kinder in kinderreichen Familien
- Migrant:innen (bzw. Menschen mit Migrationshintergrund/Migrationsgeschichte) mit schlechten Deutschkenntnissen
- Asylwerber:innen

- Irregulär Migrierte oder undokumentierte Zuwanderinnen/-wanderer¹⁰
- Sexdienstleister:innen bzw. Sexarbeiter:innen
- Strafgefangene
- Wohnungslose (Anm.: auch Menschen, die in sozialen Einrichtungen wohnen, z. B. in Frauenhäusern)

Zu ergänzen ist die Aufzählung jedenfalls um lesbische, schwule, bi-, trans-, intersexuelle und queere Personen (LGBTIQ+) (Gaiswinkler, Pfabigan et al., 2023; Weber, 2020)¹¹. Alle angeführten Bevölkerungsgruppen sind **potenzielle Zielgruppen für REVAN-Programmmaßnahmen**, wenn es sich um Schwangere und Eltern bzw. Angehörige von Kindern im Alter von 0 bis 10 Jahren handelt; diese werden in der Regel aber nicht gesondert adressiert (eine Ausnahme bildet z. B. die Integration von REVAN-Inhalten in Deutschkurse). Mielck (2003) erklärt, dass „die genannten Bevölkerungsgruppen (...) alle Altersgruppen ein[schließen]. Die Gruppen werden zumeist über die sozialen Merkmale von Erwachsenen definiert. **Die Kinder, die mit diesen Erwachsenen zusammenleben, sind den Belastungen jedoch ebenfalls ausgesetzt.** Auch wenn nicht bei jeder einzelnen Person, die zu einer der oben aufgelisteten Bevölkerungsgruppen gehört, ein Interventionsbedarf vorhanden ist und die Zugehörigkeit zu einer dieser Gruppen nicht automatisch bedeutet, dass eine besonders große soziale und gesundheitliche Belastung besteht, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Belastungen im Allgemeinen erheblich höher sind als bei anderen Bevölkerungsgruppen. Zu beachten ist, dass sich die Gruppen häufig überschneiden. (...) **Je mehr Belastungsfaktoren zusammenkommen, umso größer ist der Bedarf an gezielten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.**“ (Mielck, 2003, S. 12–13)

In diesem Zusammenhang soll auch nochmal auf das Gesundheitsziel 2 der *Gesundheitsziele Österreich* verwiesen werden: „Zielgruppenspezifische Interventionen sollen sich sowohl an sozioökonomisch benachteiligte Personen(gruppen) (geringes Einkommen, niedriger Bildungsstatus etc.) als **auch an spezifisch gesundheitlich benachteiligte Gruppen** wenden, wie z. B. Menschen mit Behinderungen, chronisch kranke Menschen und Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (BMGF, 2017, S. 15).

Für die Planung und Umsetzung von chancengerechten Maßnahmen braucht es ausreichend **Informationen über die jeweilige Lebenssituation und Lebenswelt** der gewählten Zielgruppe(n), inklusive Informationen zu den bestehenden **strukturellen und sozialen Ressourcen, Belastungen und Herausforderungen** (GÖG, 2015a & 2015b;

¹⁰ Zur Verwendung einer diskriminierungssensiblen Sprache siehe RKI (2022).

¹¹ Im Rahmen der Evaluation von REVAN-Beratungsangeboten wird die sexuelle Orientierung nicht erfasst; bei der Abfrage der Geschlechtsidentität ist neben „männlich/weiblich“ als weitere Auswahlkategorie „divers“ vorzugeben. Ein umfangreiches E-Learning Tool zum Thema LGBTIQ+ findet sich hier: <https://www.gesundheit.gv.at/service/professional/e-learning-tool-lgbtq.html>

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021). Auch die systematische Recherche zu *Ernährungskommunikation in Schwangerschaft und früher Kindheit* der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung führte zur Erkenntnis, dass die Zielgruppen sehr gut gekannt werden müssen, um Maßnahmen auf sie abstimmen und Barrieren bzw. Widerstände adressieren zu können (BLE, 2022). Informationen, die spezifisch für **Ernährungskommunikation** relevant sind, umfassen beispielsweise **Vorwissen, Werte, Kompetenzen, Ernährungsstile und Mediennutzungsmuster**; die Analyse der Zielgruppe(n) sollte außerdem auch die Identifikation von relevanten **Akteur:innen im Umfeld** dieser Gruppe(n) einschließen (vgl. BLE, 2022, S. 80) (mehr dazu siehe *Kapitel 4.2*).

Übereinstimmend mit der Literatur kam man im Rahmen eines Expert:innen-Workshops¹², der im September 2020 durch das Team von *REVAN national* im Auftrag des Gesundheitsministeriums organisiert wurde, zu folgenden Schlussfolgerungen: Um „benachteiligte Gruppen“ (besser) kennenzulernen, ist einerseits eine gute und **enge Zusammenarbeit**

- **mit Akteur:innen**, die bereits in Kontakt mit der/den gewählten Zielgruppe/n sind (Ärzt:innen, Hebammen, Pädagog:innen, Vertreter:innen sozialer Vereine, REVAN-Fachexpert:innen etc.), notwendig und andererseits
- **mit den „Betroffenen“ bzw. Zielgruppen** selbst (Anm.: im Sinne des Kriteriums „Partizipation“; vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021).

Auf viele Fragen lassen sich mittels geeigneter **partizipativer Methoden** (z. B. Fokusgruppen) Antworten finden, zum Beispiel (vgl. GÖG, 2015b, und REVAN-Expert:innen-Workshop, 2020):

- Welche **positiven Ressourcen**, etwa positive Verhaltensweisen, sind vorhanden, an die sich anknüpfen lässt?
- Welche **(Ernährungs-)Mythen** kursieren?
- Was brauchen die Zielgruppen (von REVAN) bzw. welche **Bedürfnisse** sind vorhanden?

Mehr zum Thema Partizipation findet sich in *Kapitel 4.3*.

¹² Im Rahmen des Workshops „Wie wird das Gesundheitsförderungsprogramm *Richtig essen von Anfang an!* chancengerechter?“ wurden zwischen Vertreter:innen der AGES, des BMASGPK, des DVSV und Vertreter:innen von Psychosozial- und Gesundheitsberufen von FEM Süd, FGÖ, GÖG und NZFH Erfahrungen ausgetauscht und gemeinsam spezifische Fragestellungen diskutiert.

Genaue Beschreibung der gewählten Zielgruppe(n)

Idealerweise erfolgt eine genaue Beschreibung der gewählten Zielgruppe(n): Beschreibung ihrer **gesundheitlichen und sozialen Lage**, ihrer **sozialen Diversität** und ihrer **Ressourcen** (es wird darauf eingegangen, welche Ressourcen vorhanden sind, und wie diese gestärkt werden können); in Bezug auf die soziale Lage „werden nicht nur die vertikalen Merkmale der sozialen Ungleichheit (z. B. Bildung, Einkommen) dargestellt, sondern auch horizontale Merkmale von Ungleichheit und Diversität wie Geschlecht und Alter.“ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 15) Im Bedarfsfall können auch **Unterzielgruppen** definiert und spezifisch angepasste Maßnahmen für sie entwickelt werden. Zielgruppen (z. B. Personen mit Migrationsgeschichte) können sehr heterogen sein und müssen daher noch näher beschrieben werden.

Für Beispiele nach Umsetzungsstufen siehe Kriterium „Zielgruppenbezug“ der *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung* (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021) im Anhang.

4.2 Nutzung geeigneter Settings und Zugangswege

4.2.1 Settings und Zugänge für die Zielgruppenerreichung identifizieren

Aufbauend auf Auswahl und Beschreibung der Zielgruppe(n) werden geeignete **Settings und Zugangswege** für die Zielgruppenerreichung **identifiziert und beschrieben**. Zentrale Fragen lauten: Wo (in welchen Settings/Strukturen) ist die gewählte Zielgruppe gut erreichbar? Welche Akteur:innen sind bereits in Kontakt mit der Zielgruppe (und eignen sich demnach als „Türöffner:innen“, Zuweiser:innen, Multiplikator:innen etc.)?

- Zweck:** Systematisch und umfassend Zugang zu den gewählten Zielgruppen finden und vernetzte Angebote schaffen (Paul, 2019, S. 29).
- Was ist zu beachten?** Empfehlenswert sind **aufsuchende Gesundheitsförderungsmaßnahmen** in den jeweiligen Settings bzw. Lebenswelten (Wohnumgebung, Kulturverein, Kindergarten, Schule, Betrieb, öffentliche Plätze etc.). Die normalerweise „üblichen“ **Zugangswege** wie Medieneinschaltungen, Einsatz von Flyern, Websites etc. sind unabhängig vom ethnischen Hintergrund **nur bedingt zielführend** (San & Wolf, 2019, S. 35; vgl. auch Weber, 2020).

Wichtig: Schaffung von **möglichst frühzeitig** ansetzenden Beratungsangeboten und ein **möglichst flächendeckender Zugang** – beginnend in der Schwangerschaft (vgl. Paul, 2019).

Zielführend ist, **mit Strukturen und (Gruppen-)Angeboten aus den Bereichen Soziales, Gesundheit, Freizeit und Bildung zu kooperieren**, die von „benachteiligten Gruppen“ bereits genutzt werden, und REVAN-Inhalte/-Angebote dort zu integrieren (REVAN-Expert:innen-Workshop, 2020).

Analog zur Zielgruppenanalyse sollten relevante Merkmale von Settings/Zugangswegen eruiert und ihre **Eignung** für Maßnahmen eingeschätzt werden (BLE, 2022, S. 80).

Ziel/Ergebnis: Eine Beschreibung/Übersicht von relevanten Settings und möglichen Zugangswegen liegt vor. Das Augenmerk liegt dabei auf Strukturen und Angeboten aus den Bereichen Soziales, Gesundheit, Bildung und Freizeit, die von der gewählten Zielgruppe bereits genutzt werden und für Kooperation geeignet scheinen.

Zugänge in der Zeit der Schwangerschaft und frühen Kindheit

Basierend auf der systematischen Recherche zur *Ernährungskommunikation in Schwangerschaft und früher Kindheit* (bis 36. Lebensmonat) wurden für die **Allgemeinbevölkerung** unter anderem folgende Erfolgsfaktoren für präventive Interventionen als wichtig eingestuft (BLE, 2022, S. 26–27):

- **Sektorenübergreifender Ansatz:** Es werden möglichst verschiedene Lebensbereiche adressiert und demnach auch verschiedene Personengruppen einbezogen.
- **Kommunen-/Lebensweltbasierung:** Interventionen sollten so gut wie möglich auf der jeweiligen Kommune (d. h. Stadtteil oder Gemeinde) bzw. Lebenswelt der Zielgruppe basiert und dort präsent sein, um für die Zielgruppe tatsächlich relevant und zugänglich zu sein.
- **Anbindung an Routine-Settings:** Um die Teilnahmebereitschaft der Zielgruppe zu erhöhen, sollten Interventionen nach Möglichkeit an etablierte Routine-Settings anknüpfen (z. B. Kinderärzt:innen). Durch die Nutzung solcher Settings können viele Personen relativ problemlos (und ohne zusätzlichen Aufwand für Eltern) in einer vertrauten Umgebung erreicht werden.

Zugänge zu Menschen, die von Benachteiligung betroffen sind

Nach aktuellem Kenntnisstand hat die **Kommune** auch für die Erreichung von Menschen in benachteiligten Lebenslagen großes Potential (Sörensen et al., 2018); durch kommunen-basierte Ansätze ließe sich auch die Gefahr einer Stigmatisierung eher vermeiden. Im Grundlagenbericht von Weber (2020) werden zur Förderung der elterlichen Vorbildrolle ebenfalls Interventionen im Setting Gemeinde als Erfolgsfaktor angeführt (siehe evidenz-basierte Ansätze bei niedrigem sozioökonomischem Status, **Tabelle 2**).

Hierzu passend wurde von Sörensen et al. (2018) folgende Strategie für die Erreichung von „benachteiligten/vulnerablen“ Personen identifiziert (v. a. für Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, arbeitslose Menschen, Kinder/Jugendliche aus suchtselasteten Familien, Migrant:innen, Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung/Behinderung und Ältere):

- **Zugang über Institutionen:** Kooperationen mit verschiedenen, lokal gut verankerten Institutionen und Einrichtungen innerhalb der Kommune können wirksam bei der Ansprache und Rekrutierung sein und erweisen sich als vielversprechender Zugangsweg. (...) Die Ansprache kann dabei sowohl durch Projektverantwortliche als auch durch Mitarbeiter:innen der jeweiligen Institution erfolgen. (Sörensen et al. 2018, S. 11)

Umsetzungsbeispiele von *REVAN regional* sind z. B. Kurzvorträge bzw. Kurzberatungen in Krankenanstalten und die Zusammenarbeit mit Frühe-Hilfen-Netzwerken (Stand 2020).

- **Zugeh-Strukturen:** Angebote mit „Zugeh-Struktur“ sind **in ein bestimmtes Setting eingebunden** und stehen der Zielgruppe dort zur Verfügung, wo sie sich regelmäßig aufhält. Im Gegensatz dazu erfordern Angebote mit einer „Komm-Struktur“ Eigeninitiative im Aufsuchen der Angebote und werden selten von „sozial schlechter gestellten“ Personengruppen wahrgenommen. (Sörensen et al., 2018, S. 11)

Umsetzungsbeispiele von *REVAN regional* sind u. a. Workshops und Informationsveranstaltungen (z. B. Gesprächsrunden) in Eltern-Kind-Zentren, Elternberatungsstellen, Kinderkrippen und -gärten sowie in „Gesunden Gemeinden“ und Beratungsangebote im Rahmen von Eltern- bzw. Still-Treffs und Mütter-Cafés; darüber hinaus wurden Beratungsangebote mit praktischen Kocheinheiten in diversen Institutionen etabliert (z. B. Volkshochschule, Familienhaus, Elternberatung) (Stand 2020).

Übereinstimmend damit empfehlen auch die Kolleg:innen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen Deutschland – basierend auf ihren Erhebungsergebnissen – unter anderem die Schaffung oder Nutzung von (Zu-)Geh-Strukturen (statt Komm-Strukturen) bzw. eine

aufsuchende und sozialräumliche Arbeitsweise (Setting-Ansatz, Orte für Familien) um dem Präventionsdilemma (siehe *Kapitel 3.1*) entgegenzuwirken (Paul, 2019, S. 29).

Für die Schaffung eines **systematischen und umfassenden Zugangs zu stark belasteten Familien** (bzw. zu Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf) werden außerdem folgende Empfehlungen gegeben (Paul, 2019, S. 29):

- **Einbindung von „Türöffnern“** mit besonderer Vertrauensstellung zur ausgewählten Zielgruppe (z. B. Hebammen; Anm.: auch Angehörige von Sozialberufen)
- **Nutzung von etablierten Vorsorgestrukturen** der medizinischen Versorgung (Anm.: in Österreich z. B. Eltern-Kind-Pass Untersuchungen); besonders relevant sind Akteur:innen des Gesundheitssystems (nicht-stigmatisierender Zugang) (vgl. auch Weber, 2020)
- **Brückenbauen an System- und Angebotsgrenzen** durch Lots:innensysteme (Anm.: in Österreich z. B. Social Prescribing¹³, Care- und Case-Management¹⁴, Projekt „Gesundheitslots*innen“ der Volkshilfe Wien¹⁵ oder auch Frühe Hilfen) und Präventionsketten¹⁶ (Anm.: in Österreich z. B. Initiative „Gemeinsam stark für Kinder“ in der Steiermark¹⁷ und „Vorarlberg lässt kein Kind zurück“¹⁸)

Im REVAN-Expert:innen-Workshop (2020) wurde ebenfalls mehrfach erwähnt, dass es für eine chancengerechte(re) Gestaltung des Programms sinnvoll ist, REVAN-Angebote (bzw. REVAN-Inhalte) **in bestehende Angebote zu integrieren bzw. vorhandene Strukturen zu nutzen**, die von „benachteiligten Gruppen“ bereits in Anspruch genommen werden (an den Orten, an denen sie sich aufhalten). Voraussetzung dafür ist, die vorhandenen Angebote/Strukturen (d. h. relevante Institutionen/Einrichtungen und „Zugeh-Strukturen“) zu kennen, sich mit den Verantwortlichen zu vernetzen/auszutauschen und mit ihnen zusammenzuarbeiten. Durch Zugang über Institutionen und „Zugeh-Strukturen“ verringert

¹³ Siehe <https://goeg.at/socialprescribing>: Bisher wurden 24 Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung beim Auf- und Ausbau von Social Prescribing unterstützt (GÖG, o.J.).

¹⁴ Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management, „Was verstehen wir unter Care und Case Management“: <https://www.oegcc.at/ueber-uns/die-oegcc/>

¹⁵ <https://www.volkshilfe-wien.at/angebote-services/asyl-migration-integration/gesundheitslotsinnen/>

¹⁶ integrierte kommunale Gesamtstrategien zur Gesundheitsförderung und Prävention (siehe Richter-Kornweitz, Holz & Kilian, 2023; siehe auch Weigl et al., 2024)

¹⁷ <https://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/143765348/DE/>

¹⁸ <https://vorarlberg.at/-/kein-kind-zuruecklassen>

sich auch der zeitliche Aufwand für die Zielgruppen; dieser sollte generell so gering wie möglich sein.

Konkrete Beispiele für **Akteur:innen im Umfeld von Schwangeren und jungen Eltern** (d. h. potenzielle Kooperationspartner:innen aus diversen Institutionen/Einrichtungen und „Zugeh-Strukturen“) finden sich im GÖG-Praxisleitfaden für chancengerechte Gesundheitsförderung (GÖG, 2015b, S. 6–7):

- Gynäkolog:innen
- Hebammen
- Kinderärzt:innen
- Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (inkl. Kinderkrankenpflege)
- Ernährungswissenschaftler:innen
- Stillberater:innen
- Diätolog:innen
- Apotheker:innen
- Mitarbeiter:innen von Eltern-Kind-Zentren
- Allgemeinmediziner:innen
- Tagesmütter/Tagesväter
- Medizinische Fachassistent:innen (z. B. Ordinationsassistent:innen)
- Alle weiteren Berufsgruppen bzw. Mitarbeiter:innen von Einrichtungen, die mit Schwangeren und jungen Eltern in Kontakt kommen

Berufsgruppen, die sich dem letzten Aufzählungspunkt zuordnen lassen, sind zum Beispiel Pädagog:innen und Betreuungspersonal von Kinderkrippen, Kindergärten und Schulen, Schulärzt:innen oder Mitarbeiter:innen von Schwangeren- und Familienberatungsstellen. Weitere Beispiele für relevante Akteur:innen sind etwa auch Mitarbeiter:innen bzw. Vertreter:innen von folgenden Institutionen/Einrichtungen und „Zugeh-Strukturen“: Arbeitsmarkt Service Austria (AMS), ABZ* Austria (Verein zur Förderung von Arbeit, Bildung und Zukunft von Frauen), Caritas (z. B. Frauenhäuser), Deutschkurs-Anbieter:innen (z. B. „Mama lernt Deutsch!“-Kurse¹⁹), div. Glaubensgemeinschaften, Frauengesundheitszentrum FEM Süd, Frühe Hilfen Österreich, Österreichischer Integrationsfonds (in jedem Bundesland vertreten) und Unterkünfte für Asylwerber:innen (REVAN-Expert:innen-Workshop, 2020). Mögliche Kooperationszwecke im Rahmen von REVAN werden im nächsten Kapitel beschrieben (4.2.2 *Konkrete Kooperationsmöglichkeiten eruieren*).

Für den Zugang zu „schwieriger zu erreichenden“ Migrant:innengruppen wird insbesondere die Zusammenarbeit mit **kultur- und sprachkompetenten Akteur:innen bzw.**

¹⁹ <https://www.wien.gv.at/menschen/integration/deutsch-lernen/frauen/>

Multiplikator:innen (Ärzt:innen, Sozialarbeiter:innen etc.) empfohlen (San & Wolf, 2019; vgl. auch Weber, 2020). Dazu passend zeigte eine qualitative Erhebung der GÖG, dass von den Studienteilnehmer:innen – über 100 Menschen aus unterschiedlichen ausgewählten Herkunftsländern – neben Bekannten/Verwandten **insbesondere (Haus-)Ärzt:innen** als Informationsquellen genannt werden (Weigl et al., 2021). Zur Erreichung von Migrant:innengruppen können auch jene Orte genutzt werden, wo sie einkaufen (z. B. spezialisierte Supermärkte für ethnische Lebensmittel).

An dieser Stelle soll ergänzend auf ein allgemeines Fazit aus der Erhebung *Ernährungskompetenz in Österreich* hingewiesen werden (Griebler et al., 2023, S. 43): Zur Förderung der Ernährungskompetenz der Menschen in Österreich sollten ernährungsbezogene Kompetenzen schon von klein auf in **unterschiedlichen Bildungssettings** (Kindergarten, Schule, Lehre) – z. B. als Teil der Grundbildung in der Schule – und in anderen zielgruppenspezifischen Settings (z. B. in der außerschulischen Jugendarbeit, am Arbeitsplatz, in Pflegeeinrichtungen sowie auch in außerschulischen Bildungsangeboten) gefördert werden. Bereits bei Weber (2020) wurden Bewegungs- und Ernährungsinterventionen im Setting Schule als evidenzbasierter Ansatz zur Erreichung von Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status angeführt (siehe *Kapitel 3.3*). In Einrichtungen, in denen Gemeinschaftsverpflegung angeboten wird, wie in Schulen, Krankenanstalten oder Unterkünften für Geflüchtete, kann zudem der Verpflegungsbetrieb in gesundheitsfördernde Maßnahmen eingebunden werden.

Da Pädagog:innen und (Haus-)Ärzt:innen zu einem sehr großen Teil der Bevölkerung Zugang haben, wurden für diese Berufsgruppen **Informations- und Fortbildungsmaterialien** im Rahmen von *REVAN national* erstellt.

4.2.2 Konkrete Kooperationsmöglichkeiten eruieren

Aufbauend auf Auswahl und Beschreibung geeigneter Settings und Zugangswege für die Zielgruppenerreichung werden konkrete **Kooperationsmöglichkeiten eruiert, gemeinsam geplant und umgesetzt**. Zentrale Fragen lauten: Welche Kooperationsmöglichkeiten gibt es? Was sind die Vorteile einer Kooperation (bzw. einer gemeinsamen Maßnahme) und werden diese von allen Beteiligten gesehen (vgl. GÖG, 2015b)?

Zweck: Systematisch und umfassend Zugang zu den gewählten Zielgruppen finden und vernetzte Angebote schaffen (Paul, 2019, S. 29).

Was ist zu beachten? Grundsätzlich gilt: je „benachteiligter“ eine Gruppe ist, desto intensivere Bemühungen braucht es, um diese zu erreichen. Durch **Kooperation und Integration in bestehende Angebote/Strukturen** kann dieser „**Mehraufwand**“ **reduziert** werden (z. B. durch Reduktion des eigenen Bewerbungs- und Organisationsaufwands). Zu beachten ist, dass für die Herstellung und Erhaltung von Kooperationen auch Ressourcen benötigt werden. (REVAN-Expert:innen-Workshop, 2020)

Ziel/Ergebnis: (Kontinuierliche) Vernetzung und Kooperation mit Akteur:innen relevanter Strukturen und Angebote aus den Bereichen Soziales, Gesundheit, Bildung und Freizeit, die von der gewählten Zielgruppe bereits genutzt werden. Die Ergebnisse der Vernetzungs- und Kooperationsaktivitäten werden dokumentiert und möglichst auch evaluiert.

Mögliche Kooperationszwecke

Nach der ersten Einschätzung bzw. Beurteilung der Eignung von Settings und Zugangswegen für die Zielgruppenerreichung wird mit potenziellen Kooperationspartner:innen (v. a. Verantwortliche relevanter Organisationen, Vereine, Institutionen) geklärt, welche konkreten Kooperationsmöglichkeiten bestehen. Dies erfolgt unter **Berücksichtigung der beiderseits bestehenden Bedarfe, Erwartungen, Ressourcen, sowie anderer wichtiger Rahmenbedingungen**.

In Bezug auf das Programm REVAN sind etwa folgende **Kooperationszwecke** denkbar:

- Wechselseitiger Wissensaustausch (Austausch von Fachwissen und Praxiswissen, evtl. auch in Form von Schulungen²⁰)
- Einbindung von Kooperationspartner:innen bei der (Weiter-)Entwicklung von REVAN-Angeboten (Beratungsangebote und Informationsmaterialien)
- (Mit-)Bewerbung von REVAN-Beratungsangeboten
- Weitergabe von REVAN-Informationsmaterialien
- Integration von REVAN-Inhalten in die Strukturen/Angebote von Kooperationspartner:innen
- Ggf. Gewinnung von Laien-Multiplikator:innen (v. a. aus schwieriger zu erreichenden Communities für aufsuchende Maßnahmen) als „Türöffner:innen“ zur Zielgruppe

²⁰ u. a. auch in Form von (Online-)Schulungen für REVAN-Fachexpert:innen durch Mitarbeiter:innen von beispielsweise Frauenhäusern oder Unterkünften für Geflüchtete

(z. B. Zugang herstellen und REVAN-Informationsmaterial weitergeben), sowie Dolmetscher:innen für REVAN-Beratungsangebote

Durch den Scoping Review von Sörensen et al. (2018) wurde unter anderem auch **der Einsatz von Multiplikator:innen oder Peers**²¹ als Strategie für eine höhere Reichweite präventiver Angebote identifiziert (siehe auch Kriterium „Multiplikator:innen-Konzept“ des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021):

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können Personen aus verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens, der Sozialarbeit, der Pädagogik oder auch Angehörige aus der Gemeinde oder der Zielgruppe selbst sein. Sie **vermitteln bspw. Informationen, Kenntnisse oder Einstellungen** (auf REVAN bezogen: Weitergabe von REVAN-Informationsmaterialien und Bewerbung von bzw. Vermittlung zu REVAN-Beratungsangeboten; z. B. Frühe-Hilfen-Familienbegleiter:innen). Als eine Art Untergruppe gibt es **Peers**. Diese haben in der Regel zuvor ein Training erhalten und treten als Vorbild für die Zielgruppe auf und tragen auf diesem Weg das gewünschte Gesundheitsverhalten an die Zielgruppe heran (auf REVAN bezogen: Weitergabe von REVAN-Informationsmaterialien und Bewerbung von bzw. Vermittlung zu REVAN-Beratungsangeboten; z. B. Leiter:innen von „FemmesTischen“). Allerdings werden die beiden Begriffe oft nicht trennscharf verwendet. In mehreren Studien wird der Einbezug von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bzw. Peers als zentraler **Erfolgsfaktor für die Rekrutierung** von Teilnehmenden angesehen. (Sörensen et al., 2018, S. 12)

Wenn REVAN-Fachexpert:innen mit Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen arbeiten, ist zudem Folgendes zu beachten (REVAN-Expert:innen-Workshop, 2020): Oft sind für Menschen in diesen Lebenslagen andere (existenzielle) Themen relevant(er) neben/als gesunde/r Ernährung – die Grenze hin zu einer psychologischen Beratung verläuft sehr fließend. Es ist daher wichtig, dass REVAN-Fachexpert:innen ihren Kompetenzbereich (und dessen Grenzen) kennen und einhalten. Zwar sollen sie ein offenes Ohr für ernährungsunabhängige Problemstellungen haben, jedoch im Bedarfsfall die jeweilige Person/Familie an die zuständige/n Fachkräfte bzw. Fachstelle/n weitervermitteln. Gesprächsleitfäden zur Unterstützung beim Thematisieren von psychosozialen Belastungen finden sich hier: <https://nzfh.at/materialien/arbeitshilfen> bzw. <https://oepgk.at/schwerpunkte/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem/ggg-ressourcen>.

²¹ Eine *Peergroup* ist eine Gruppe Gleichrangiger oder Gleichaltriger oder ein Kreis von Bezugspersonen, z. B. die Familie oder die Freizeitgruppe/der Freundeskreis. Diese dient oft (insbesondere im Jugendalter) als Bezugsgruppe für Einstellungen, Überzeugungen, Verhalten und Erleben des Einzelnen. (Psyhyrembel online, 2022)

Umsetzungsbeispiele

Konkrete **Umsetzungsbeispiele** finden sich etwa in **Deutschland**. Vom Netzwerk Gesund ins Leben²² (Teil der Initiative IN FORM und angesiedelt im Bundeszentrum für Ernährung) wurden bzw. werden

- Laien-Multiplikator:innen (bzw. Peers) zur Erreichung junger Familien mit Migrationshintergrund qualifiziert,
 - bestehende Strukturen wie zum Beispiel Gesundheitsroutinen genutzt und niederschwelliges Beratungsmaterial entwickelt (z. B. Merkblätter in Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte zur Unterstützung von präventionsorientierten Beratungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen) und
 - Multiplikator:innen, die bereits für aufsuchende Angebote (v. a. Frühe Hilfen) tätig sind, für die Weitergabe von u. a. Ernährungsinformationen an sozial benachteiligte Familien qualifiziert; Mitarbeiter:innen des Netzwerks Gesund ins Leben haben zudem an der Erstellung von Frühe Hilfen-Material mitgewirkt.
- (Flothkötter, 2019, S. 13–14)

Auch im Rahmen von *REVAN regional* sowie *REVAN national* wurden (bzw. werden) teilweise bereits **Vernetzungs- und Kooperationsmaßnahmen** umgesetzt, die Kriterien für chancengerechte Gesundheitsförderung berücksichtigen. Dazu gehören laut Erhebung der GÖG (2015b) beispielsweise:

- die Integration von REVAN-Inhalten in Deutschkurse;
- aufsuchende REVAN-Angebote in Frauenhäusern bzw. Familienhäusern;
- REVAN-Materialien in unterschiedlichen Sprachen, kultursensible Überarbeitung;
- Einbindung strategisch wichtiger Partner:innen (z. B. Krankenanstalten, Stillberatung, Caritas, Hilfswerk, Eltern-Kind-Zentren, Ärztekammer, Apothekerkammer, Arbeitsmediziner:innen, Landes- und Stadträte);
- Vernetzung und Kooperation mit anderen Programmen/Projekten (z. B. Gesunde Gemeinde, Projekte von Styria vitalis, MiMi – Mit Migranten für Migranten der Volkshilfe²³).

Das Team von *REVAN national* hat im Jahr 2020 eine schriftliche Umfrage durchgeführt, in der die Bundeslandkoordinator:innen von *REVAN regional* nach Maßnahmen gefragt wurden, die zur Erreichung von „benachteiligten“ Gruppen bereits gesetzt werden. Diese

²² Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden zur Förderung der frühkindlichen Gesundheit – von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter. Es werden einheitliche Botschaften an Eltern vermittelt zur Ernährung und Bewegung, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. (BLE, 2022)

²³ aktuelles Nachfolgeprojekt der Volkshilfe Wien: „SANEAS - Gesundheitslots*innen“

Umfrage zeigte, wie schon die Erhebung der GÖG, dass es **in vielen Bundesländern bereits Vernetzungs- und Kooperationsaktivitäten** gibt – insbesondere in Kärnten, der Steiermark und Wien (Unterschiede zwischen den Bundesländern sind u. a. ressourcenbedingt). Aus einer nachfolgenden schriftlichen Umfrage im selben Jahr (Fokus Gelingensfaktoren und Hürden) ging auch hervor, dass – zumindest in einigen Bundesländern – eingeschränkte/fehlende budgetäre bzw. personelle **Ressourcen ein wesentliches Hemmnis** darstellen. Im Rahmen von *REVAN national* werden Vernetzung und Kooperation seit dem Jahr 2021 bewusst forciert; aktuell wird insbesondere mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) sowie mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd intensiver zusammengearbeitet.

Vom Frauengesundheitszentrum FEM Süd wurden zwischen Jänner 2022 und März 2024 im Bundesland Wien Maßnahmen im Rahmen des Projekts GEVAN („Gesundheit und Ernährung von Anfang an“)²⁴ erprobt, mit dem Ziel, die Ernährungs- und Gesundheitskompetenz sowie das Wissen im psychosozialen Kontext von Schwangeren und jungen Familie durch Wissensvermittlung und Anregung zu einer Verhaltensänderung zu verbessern (FGÖ, 2024). GEVAN richtete sich an die Zielgruppe Frauen mit Migrationshintergrund und sozioökonomisch benachteiligte Frauen während Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. Die Umsetzung der Projektmaßnahmen erfolgte in Kooperation mit sozialen Institutionen und Vereinen, die direkt mit den Zielgruppen arbeiten. Es wurden Workshops zu den Themenbereichen Gesundheits- und Ernährungskompetenz, psychosoziale Gesundheit und Stillen durchgeführt (115 Workshops in deutscher Sprache, 65 auf Arabisch, die übrigen Workshops auf Somali, Türkisch und Farsi) (FGÖ, 2024). Die Inhalte der Ernährungsworkshops basierten auf den Inhalten von *REVAN*; gehalten wurden diese von Ernährungsfachkräften, die vorab durch *REVAN national* geschult wurden. GEVAN wird von FEM Süd seit Dezember 2024 unter dem Projektnamen „Gesundheit für Kinder und Eltern“ weitergeführt (Projekt-Homepage siehe Institut für Frauen- und Männergesundheit., o.J.).

²⁴ Das Projekt wurde vom BMSGPK im Rahmen der Schwerpunktsetzung „Gesundheitsförderung 21+“ finanziert.

4.3 Methodische und inhaltliche Gestaltung der Informationsangebote

Konkrete **Informationsangebote** (Beratungsangebote und Informationsmaterialien) werden unter Einbezug der Zielgruppe(n) sowie relevanter Akteur:innen aus dem Umfeld treffsicher gestaltet und auf geeignete Weise beworben bzw. disseminiert. Die Informationsangebote sind nach Möglichkeit evidenz- bzw. good-practice-basiert.

Zentrale Fragen lauten: Wie können Angebote möglichst niederschwellig, ressourcen- und handlungsorientiert gestaltet werden? Wie können Diversität und kulturelle Vielfalt abgebildet werden?

Zweck: Treffsichere Informationsweitergabe an die gewählte/n Zielgruppe/n durch **angepasste Beratungsangebote und** (analoge und digitale) **Informationsmaterialien**. Das Anpassen von Botschaften, Maßnahmen, Aktivitäten etc. an die Besonderheiten und Bedürfnisse von Zielgruppen wird auch als **Tailoring** bezeichnet (Sörensen et al., 2018, S. 10).

Was ist zu beachten? **Beratungsangebote:** Im Sinne einer **niederschweligen Arbeitsweise** sind Barrieren und Zugangshürden für die Teilhabe an gesundheitsfördernden Maßnahmen zu vermeiden. Geachtet werden soll v. a. auf: Schaffung organisatorischer Voraussetzungen (Tageszeit, Ort, Anmeldungsformalitäten²⁵ etc.); Bedarfsgerechtigkeit; geschlechts- und kultursensible Vermittlung und Vermeidung von Stigmatisierung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 33).

Materialien: Bei der Erstellung sind die Kriterien der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* zu beachten (ÖPGK, 2020a; ÖPGK, 2020c; siehe *Kapitel 4.3.6*). Die eingesetzten Medien und Materialien sollen **professionell gestaltet** sein: Das bezieht sich auf formale Merkmale (z. B. Schriftarten, Visualisierungen) ebenso wie auf sprachliche oder inhaltliche Aspekte; in der Regel erfordert dies eine professionelle Unterstützung durch Medien-Agenturen bzw. Kommunikations-Expert:innen (BLE, 2022, S. 27).

²⁵ auch Beratungsangebote schaffen ohne Anmeldepflicht bzw. mit Möglichkeit zur anonymen Teilnahme

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine ausgesprochen heterogene Gruppe, auch hinsichtlich ihrer verfügbaren persönlichen und materiellen Ressourcen – Gemeinsamkeiten sowie klare Unterschiede sind bei der Materialienerstellung (und Entwicklung von Beratungsangeboten) zu berücksichtigen (vgl. Weigl et al., 2021).

Ziel/Ergebnis: Adäquate Informationsangebote wurden mit und für Zielgruppen entwickelt und erreichen diese. Die entwickelten Angebote werden soweit als möglich evaluiert und die Zielgruppenerreichung überprüft (siehe *Kapitel 5*).

4.3.1 Allgemeiner Bedarf für die Förderung der Ernährungskompetenz

Eingangs werden weitere Schlussfolgerungen aus der Erhebung zur *Ernährungskompetenz in Österreich* (Griebler et al., 2023) für die **Allgemeinbevölkerung** angeführt²⁶. Sie sind auch für Menschen, die von Benachteiligung betroffen sind, von Relevanz und damit bei der (Weiter-)Entwicklung von REVAN-Angeboten zu berücksichtigen.

- Es bräuchte mehr **qualitätsgesicherte Informationen** zum Thema Gesunde Ernährung, die zielgruppenspezifisch aufbereitet, verständlich und leicht zugänglich sind. Sie sollten **klare Botschaften** enthalten und in **unterschiedlichen Formaten** angeboten werden.
- Um einen kritischeren Umgang mit Gesundheitsinformationen – auch im Bereich Gesunde Ernährung – zu ermöglichen, sollte außerdem die „**Urteilskompetenz**“ von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen **gestärkt** werden.
- Durch die Förderung der **digitalen Gesundheitskompetenz** sollte ein sicherer Umgang mit Gesundheits- und Ernährungsinformationen in sozialen Medien und im Internet gefördert werden.
- Es sollte ein stärkeres Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass Ernährung **mehr als nur Energie- und Nährstoffzufuhr** ist. Gemeinsames Kochen und Essen stärkt auch die Gemeinschaft und fördert das psychosoziale Wohlbefinden und die Genussfähigkeit.
- Zudem bräuchte es Maßnahmen und Initiativen, die das **Erlernen einer kostengünstigen, zeitsparenden und genussvollen Zubereitung** von Speisen ermöglichen (Anm.: Dabei ist zu bedenken, dass Menschen, die von Benachteiligung

²⁶ Erwähnt wurde bereits die Schaffung gesundheitsfördernder Ernährungsangebote (*Kapitel 3.3*), sowie Maßnahmen in diversen Bildungssettings und außerschulischen Bildungsangeboten (*Kapitel 4.2.1*).

betroffen sind, manchmal nur sehr eingeschränkte Ressourcen zur Verfügung stehen, z. B. eingeschränkte finanzielle Mittel, Zeitressourcen oder Küchenausstattung.). Damit wird eine bedarfsgerechte Ernährung anders erlebbar und umsetzbar.

- Konsument:innen brauchen einfache und leicht verständliche **Tools**, um **Lebensmittel** gesamthaft und hinsichtlich ihres Kalorien-, Fett-, Zucker- und Salzgehalts **einschätzen** zu können. (Griebler et al., 2023, S. 43)

4.3.2 Wichtige Strategien für die Angebotsgestaltung

Tailoring wurde durch den Scoping Review von Sörensen et al. (2018, S. 10) als eine Art übergeordnete Strategie zur Erreichung „vulnerabler/benachteiligter“ Gruppen identifiziert, die „je nach Zielgruppe und Intervention unterschiedliche Formen annehmen kann“: Botschaften, Maßnahmen, Aktivitäten etc. werden an die Besonderheiten und Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst (diese wurden zumindest teilweise bereits im Rahmen der Zielgruppenbestimmung eruiert, siehe *Kapitel 4.1*). Tailoring scheint sich insbesondere für Angebote für/mit Migrant:innen („Cultural Tailoring“), Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen/Behinderungen und ältere Menschen zu eignen (Sörensen et al., 2018, S. 10). Dazu passend nennen Sörensen et al. (2018) auch **Partizipation und Empowerment** als erfolgversprechende Strategien²⁷. Die aus partizipativen Prozessen gewonnenen Erkenntnisse stellen eine wichtige Grundlage für Tailoring dar.

Eine Vielzahl an **Methoden für Partizipation** finden sich auf der Webseite www.partizipation.at: es kann mittels Filterfunktion aus über 40 Methoden nach Gruppengröße, Dauer, Stufe, Form und Zweck der Beteiligung ausgewählt werden. Im REVAN-Expert:innen-Workshop wurde darauf hingewiesen, dass die Eignung einer partizipativen Methode von der jeweiligen Fragestellung bzw. Aufgabenstellung abhängt und dass auch mit kreativen, erlebnisorientierten Methoden experimentiert werden kann. Von den Expert:innen wurde empfohlen, alle REVAN-Angebote und -Materialien unter Nutzung partizipativer Methoden (z. B. Fokusgruppen²⁸ oder Forscher:innengruppen²⁹) gemeinsam (weiter-) zu entwickeln, wobei auch „Betroffene“ bzw. Vertreter:innen der Zielgruppe(n) direkt eingebunden werden (REVAN-Expert:innen-Workshop, 2020; vgl. auch *Kapitel 4.1*). Zu bedenken ist, dass partizipative Prozesse Zeit und weitere Ressourcen (ggf. etwa geeignete

²⁷ siehe auch *Kapitel 3.2*: Good-Practice-Kriterien „Partizipation“ und „Empowerment“ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021) und Erfolgsfaktoren für evidenzbasierte Ansätze (**Tabelle 2**: *Evidenzbasierte Ansätze und Erfolgskriterien für Bereich Bewegung und Ernährung*; Weber, 2020)

²⁸ <https://partizipation.at/methoden/fokusgruppe/>

²⁹ wurden mit Zielgruppen für Begleitforschung zu Frühe Hilfen-Angeboten eingesetzt

Räumlichkeiten in Wohnortnähe, Kinderbetreuung, Aufwandsentschädigungen) brauchen, die eingeplant werden müssen. *REVAN national* hat zur Erstellung neuer Informationsmaterialien mittlerweile mit der Umsetzung von Fokusgruppen bzw. Nutzer:innen-Testungen begonnen. Auch im Rahmen des Pilotprojekts GEVAN wurden zur Konzeption der Workshops Fokusgruppen mit Zielgruppen-Vertreter:innen durchgeführt, wobei in den Leitfaden „Gestaltung von chancengerechten Informationsangeboten“ auch Fragestellungen von REVAN eingeflossen sind.

Dass die Fokusgruppen-Methode sehr hilfreiche Hinweise für die Gestaltung von Informationsangeboten liefern kann, zeigt auch eine aktuelle Forschungsarbeit von Zschorlich et al. (2023). Die **qualitative Bedarfserhebung** mit sozial benachteiligten Familien und Alleinerziehenden, älteren Menschen und deren Vermittlern (z. B. aus verschiedenen Beratungsstellen oder sozialen Einrichtungen) betreffend Gesundheitsinformationen führte zu Erkenntnissen, die auch für die Gestaltung von REVAN-Informationsangeboten relevant sind. Nachfolgend die zentralen Ergebnisse der Erhebung (Zschorlich et al., 2023):

- Sozial benachteiligte Familien und ältere Menschen wollen Gesundheitsthemen verstehen und in Entscheidungen eingebunden sein.
- Gesundheitsinformationen werden oft nur auf persönliche Empfehlung hin angenommen.
- Multiplikator:innen spielen eine entscheidende Rolle und benötigen Informationen, die sie an die Bedürfnisse ihrer Klient:innen anpassen können³⁰.
- Es werden kurze Texte und Videos benötigt, manchmal auch ausführlichere Printprodukte.
- Fotos und Illustrationen sind essenziell, um schwer erreichbare Zielgruppen anzusprechen.

Um **niederschwellige Angebote** zu schaffen, werden partizipative Methoden, wie Fokusgruppen, auch dazu genutzt, um Zugangshürden bzw. Barrieren aus Sicht der Zielgruppe(n) in Erfahrung zu bringen – diese können dann bei der Angebotsentwicklung berücksichtigt bzw. nach Möglichkeit vermieden werden (siehe Kriterium „Niederschwellige Arbeitsweise“, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021). In der Literatur sind Beispiele für häufige Barrieren zu finden – einige sollen nachfolgend genannt werden.

³⁰ Die bevorzugte Variante ist ein Online-Dienst in modularer Form. Das bedeutet, dass die Multiplikator:innen verschiedene Formate zu unterschiedlichen Themen selbst zusammenstellen, weiterleiten, bestellen oder herunterladen können, zum Beispiel auf einer Website. Sie bevorzugen ein möglichst personalisiertes Angebot, etwa ein Abonnement nur für die Themen, die sie am meisten interessieren. (Zschorlich et al., 2023)

4.3.3 Barrieren für die Angebotsnutzung und mögliche negative Effekte

Gängige Hürden, die von Benachteiligung betroffene Personen hindern, Beratungs- und Informationsangebote in Anspruch zu nehmen (Weber, 2020), sind:

- fehlende Überzeugung,
- finanzielle Hürden (z. B. bei Anmeldung zu Kursen),
- fehlende Transportmöglichkeiten,
- fehlende Zeit,
- fehlende Möglichkeiten der Kinderbetreuung,
- komplizierte Sprache,
- geringe Lesefähigkeit.

Eine etwas ausführlichere Auflistung von hinderlichen Faktoren für die Inanspruchnahme von Angeboten durch „vulnerable/benachteiligte“ Gruppen findet sich in Sörensen et al. (2018, S. 21; Fokus kommunale Prävention/Gesundheitsförderung):

Tabelle 3: Barrieren für Inanspruchnahme von Angeboten (Sörensen et al., 2018)

Strukturelle Barrieren	Persönliche Barrieren
Hohes Maß an Verbindlichkeit der Teilnahme an Angeboten ³¹	Fehlende zeitliche Ressourcen/Terminkonflikte
Hoher finanzieller Aufwand einer Teilnahme	Mangelnde Energie (z. B. nach einem langen Arbeitstag)
Fehlende Informationen über bestehende Angebote in der Umgebung	Bestehende Gewohnheiten
Schlechte Erreichbarkeit des Angebots (weite Entfernungen, unangemessene Transportzeiten)	Hindernisse aus dem sozialen Umfeld (z. B. familiäre Verpflichtungen, ungesundes Essverhalten der Familie)
Potenziell stigmatisierende Angebote	Motivationslosigkeit; fehlendes Interesse
Unsichere Umgebung (z. B. in Bezug auf Kriminalität, schlechtes Wetter bei Outdoor-Aktivitäten, freilaufende Hunde)	Schmerzen oder Unwohlsein
Schlechtes Image von gesundheitsfördernden Angeboten, z. B. durch eine negative Assoziation mit dem Begriff „gesunde Ernährung“	Ein subjektiv schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand bzw. bestehende Erkrankungen
	Fehlende Begleitperson(en)

³¹ Im Rahmen von *REVAN regional* gibt es auch angepasste Beratungsangebote, für die keine Vorab-Anmeldung nötig ist. Teilweise wird dadurch allerdings die Planbarkeit erschwert.

Soziale Isolation/Angst vor Ausgrenzung aufgrund der Nationalität/mangelndes Zugehörigkeitsgefühl

Allgemeine Zugangsbarrieren, die sich aus einer psychosozial belastenden Lebenslage ergeben, werden zudem von Paul (2019) genannt: **Überforderung, Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit sowie Beratungsbedarf** der selbst oft gar **nicht erkannt wird** (oder der eigene Beratungsbedarf soll von Fachpersonen nicht erkannt werden³²).

Auch **negative und unintendierte Effekte** sind fast immer in einem gewissen Ausmaß zu erwarten und möglichst zu vermeiden (BLE, 2022, S. 29–30; dort umfassender dargestellt):

- **Bumerangeffekte:** wenn Interventionen das Gesundheitsverhalten verschlechtern, statt verbessern und damit das Gegenteil des eigentlich intendierten Ziels erreichen;
- **Verstärkung präventionsgegenläufiger Einstellungen:** Verstärkung der bisherigen Einstellungen bei Personen, die von den Informationen nicht überzeugt wurden (die problematisierten Verhaltensweisen könnten an Attraktivität gewinnen);
- **Negative Folgen der Sensibilisierung für Körpergewicht und Figur:** ernährungsbezogene Präventionsprogramme können unbeabsichtigt problematische gesellschaftliche Standards für Schönheit, Körperform und Körpergewicht reproduzieren;
- **Problematische Suggestionen:** suggestive Darstellungen von problematischen Strategien zur Körpergewichtskontrolle (z. B. Rauchen, Hungern, Einnahme von Abführtabletten) können dazu führen, dass diese Strategien Kindern und Erwachsenen erst bekannt werden (Anm.: d. h. problematisches Verhalten wird unbeabsichtigt gefördert; Strategien zur Körpergewichtskontrolle sind per se kein REVAN-Thema, ggf. wird bei Nachfrage an andere Strukturen verwiesen);
- **Stigmatisierung von Personengruppen oder Verstärkung gesellschaftlicher Ungleichheiten:** Interventionen können bestehende gesellschaftliche Ungleichheiten weiter verstärken, beispielsweise wenn besser gebildete oder weniger gesundheitlich gefährdete Personen in stärkerem Maße als die eigentlichen Zielgruppen erreicht oder die Botschaften von ihnen besser verstanden werden (siehe Begriff „Präventionsdilemma, Kapitel 3.1); dementsprechend wichtig ist es, bereits im Vorfeld zu eruieren, wie die tatsächlichen Risikogruppen – im Kontext von REVAN

³² Ergebnis der Fokusgruppe *Was heißt eigentlich „Unterstützung“ für die belasteten Mütter?*: „Scham, mangelnde Wertschätzung: Nutzung von Unterstützungsangeboten wird verbunden mit dem Eingeständnis eigener Unzulänglichkeit. Das Gefühl, „von oben herab“ behandelt zu werden und eine „Defizitsicht“ in der Kommunikation führen zur ablehnenden Haltung des Angebots“ (Paul, 2019, S. 26).

sind das Personengruppen, die von Benachteiligung betroffen sind – möglichst effektiv erreicht und überzeugt werden können.

4.3.4 Förderliche Faktoren für die Angebotsnutzung

Ergänzend zu den bereits in *Kapitel 3.3* genannten Erfolgsfaktoren zur Erreichung von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (Weber, 2020) werden in diesem Abschnitt förderliche Faktoren aufgelistet, die durch den Scoping Review von Sörensen et al. (2018) identifiziert wurden. Die genannten Faktoren beziehen sich auf die Inanspruchnahme von Angeboten der kommunalen Prävention/Gesundheitsförderung durch „vulnerable/benachteiligte“ Gruppen (Sörensen et al. weisen darauf hin, dass diese nicht eindeutig von den identifizierten Strategien abgegrenzt werden können); insbesondere bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status könne eine Inanspruchnahme durch Anreize wie Gutscheine oder kostenfreies Essen gefördert werden (Sörensen et al., 2018, S. 19–20):

Tabelle 4: Förderfaktoren für Inanspruchnahme von Angeboten (Sörensen et al., 2018)

Förderliche strukturelle Faktoren	Förderliche persönliche Faktoren
Einsatz von Anreizen (z. B. kostenlose Mahlzeiten, Bereitstellung von Trainingsutensilien)	Wunsch nach empathischen Kursleitenden, die die Fähigkeit besitzen zu begeistern und ein Vertrauensverhältnis herzustellen
Kostenlose Angebote bzw. Einsatz von Gutscheinen oder Coupons	Vertrauen in die Anbieter:innen
Kostenlose Kinderbetreuungsangebote für die Zeit der Teilnahme	Ärztliche Empfehlung einer Teilnahme
Angebote, die die gesellschaftliche Teilhabe erhöhen bzw. die soziale Interaktion fördern	Mentale Unterstützung durch die Kursleiter:innen
Universell angelegte Programme, die sich an alle Personengruppen richten, jedoch die Bedarfe der Zielgruppe berücksichtigen	Wunsch nach Kursleitenden, die die individuellen Voraussetzungen berücksichtigen und den Fortschritt begleiten
Ansprache über Peers, die ein Vertrauensverhältnis herstellen können	
Förderung der sozialen Unterstützung (überwiegend durch Freunde und Familie)	
Angebote mit Teilnehmenden gleicher nationaler Herkunft	
Aktiver Einbezug der Zielgruppe in die Gestaltung sowie regelmäßige Kommunikation mit den Teilnehmenden	

Gute Erreichbarkeit der Angebote	
Geschlechtergetrennte Kurse	
Kleine Gruppengrößen bei Kursangeboten	
Versand von persönlichen Einladungskarten	
Indoor-Aktivitäten (insbesondere für Ältere)	
Kurze, klare und einfach formulierte Informationsmaterialien mit praxisnahen Beispielen und ansprechender Gestaltung	
Bei Angeboten zur gesunden Ernährung: Einsatz von Rezepten mit bekannten und für die Zielgruppe bezahlbaren Nahrungsmitteln	

Des Weiteren ist die **Verwendung von Theorien, Modellen oder Konzepten im Interventionsprozess** zu nennen (Sörensen et al., 2018, S. 16, S. 16):

Einige Studien und Reviews können aufzeigen, dass bei einer Sichtung vorhandener Modelle oder Theorien in der Phase der Interventionsplanung **höhere Partizipationsraten** sowie weniger Dropouts zu verzeichnen sind. Die Bezugnahme auf solche Modelle, wie bspw. Das Transtheoretische Modell³³ oder der Intervention-Mapping-Ansatz³⁴, können hilfreich sein, ein Angebot systematisch zu planen, durchzuführen und zu bewerten, was wiederum positive Effekte für Reichweite und Wirksamkeit mit sich bringen kann.

Sörensen et al. (2018, S. 16) weisen allerdings auch darauf hin, dass eine große Zahl an theoretischen Konzepten für Interventionsplanung verfügbar ist, und dass für Praxisakteur:innen zum Beispiel die Berücksichtigung von **Kriterien guter Praxis**, wie unter anderem vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit erstellt, besser handhabbar sein kann. Im Rahmen der Interventionen sollten in jedem Fall neben Wissen auch (theoriebasierte) **Fähigkeiten/Strategien zur Verhaltensänderung** vermittelt werden (Sörensen et al., 2018, S. 17; vgl. auch Weber, 2020, *Kapitel 3.3*).

³³ *Transtheoretical Model* bzw. transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung: gesundheitspsychologisches Phasenmodell nach Prochaska und DiClemente (1983) zur Beschreibung der Motivation zu einer Verhaltensänderung im Hinblick auf ein konkret definiertes Problemverhalten (Pschyrembel online, 2016)

³⁴ Intervention Mapping basiert auf dem PRECEDE/PROCEED-Planungsmodell und bietet zusätzlich zu diesem einen Rahmen zur Auswahl und Ausgestaltung konkreter Interventionsmethoden, die sich direkt auf theoretische Modelle beziehen. Für eine nähere Beschreibung siehe Gohres et al. (2021).

4.3.5 Erfolgsversprechende Ansätze der Ernährungskommunikation

Die systematische Recherche der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung zu *Ernährungskommunikation in Schwangerschaft und früher Kindheit* führte zu der zentralen Erkenntnis, dass „**langfristig angelegte und theoriebasierte Multi-Komponenten-Ansätze in Kommunen, die mehrere Informationskanäle einschließlich interpersonaler [bzw. zwischenmenschlicher] Kontakte einsetzen**“, für die **Allgemeinbevölkerung** besonders erfolgversprechend sind (BLE, 2022, S. 5) (vgl. auch evidenzbasierte Ansätze von Weber, 2020, Kapitel 3.3).

Auch wenn kein Schwerpunkt der Recherche diesbezüglich definiert wurde, konnten dennoch einige Erkenntnisse zur **Ansprache von soziostrukturell und gesundheitlich benachteiligten Personengruppen** gewonnen werden: Sowohl **interpersonale Kommunikation**³⁵ (z. B. Peer-Support; Beratungen durch medizinisches Fachpersonal³⁶) als auch die **Kombination verschiedener Dienste und Medien** sind erfolgversprechend (BLE, 2022, S. 51). Als häufigstes Setting für Ernährungskommunikation wurde das eigene Zuhause der Zielgruppen identifiziert, gefolgt von Kindertagesstätten und Krankenhäusern. Nach Gruppe unterschieden zeigte sich Folgendes (BLE, 2022, S. 46–50):

- Zur Ansprache von **Schwangeren** erscheinen entweder eine Kombination neuer Technologien und Medien (z. B. Webseite, private Facebook-Seite, Smartphone App, Textnachrichten, telefonische Peer-Beratung), herkömmliche elektronische Medien und Printmedien oder eine alleinige interpersonale Kommunikation erfolgversprechend.
- Zur Ansprache von **Müttern** erscheinen neben alleiniger interpersonaler Kommunikation soziale Medien, Webseiten und Messaging-Dienste, Plakate, Merkblätter oder eine Kombination verschiedener Kanäle (soziale Medien, Webseiten, Videoplattformen, Telefon, Broschüren, Radio und Computer) erfolgversprechend³⁷.
- Die Analyse von erfolgreichen Studien zeigte, dass die Ansprache von **Familien** entweder ausschließlich über interpersonale Kommunikation oder in Verbindung mit verschiedenen Medien erfolgte. In einzelnen Studien war zur Ansprache von

³⁵ allgemeine Bedeutung: persönlicher Informationsaustausch zwischen mindestens zwei oder auch mehreren Einzelpersonen

³⁶ Wie in Kapitel 1 beschrieben, dürfen REVAN-Angebote ausschließlich von REVAN-Fachexpert:innen umgesetzt werden: REVAN-geschulte Diätolog:innen, Ärzt:innen, Ernährungswissenschaftler:innen und Hebammen. In Österreich sind ausschließlich diese Berufsgruppen zur Ernährungsberatung befugt.

³⁷ REVAN-Fachexpert:innen beobachteten die gestiegene Relevanz von Social-Media-Kanälen und Influencer:innen als Informationsquelle, bei „vulnerablen“ wie auch „nicht-vulnerablen“ Gruppen (z. B. Instagram-Reels und TikTok-Videos).

Kleinkindern und deren Müttern eine Kombination aus interpersonaler Kommunikation mit Radio, Fernsehen, Plakaten und Merkblättern erfolgreich.

Nachfolgend wird nach Gruppen dargestellt, welche **Rekrutierungsarten** sich für die **Teilnahme an (kommunalen) Angeboten** gemäß den Ergebnissen des Scoping Reviews von Sörensen et al. (2018, S. 13) am besten eignen:

- **Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status**
aktives, persönliches Zugehen (Ansprache durch Multiplikator:innen und Projektverantwortliche); auf die Zielgruppe zugeschnittene Werbung über Zeitung und Radio (bspw. durch Interviews mit den Projektverantwortlichen); personalisierte Anrufe oder E-Mails; persönliche Ansprachen durch Tür-zu-Tür-Rekrutierung oder Informationsstände (z. B. in Einkaufszentren); „Schnuppertage“; Mund-zu-Mund-Propaganda; DVDs und Audiomaterialien; Werbung über Massenmedien (Plakate, Banner, Flyer) und soziale Medien
- **Migrant:innen**
aktives, persönliches Zugehen (Ansprache durch Multiplikator:innen und Projektverantwortliche); kulturell angepasste Informationsveranstaltungen (...); sprachlich angepasste Werbung über Radio, Zeitung und soziale Medien; Mund-zu-Mund-Propaganda; DVDs und Audiomaterialien
- **Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen**
Auslegung von Flyern und weiteren Informationsmaterialien; persönliche Ansprache bei Gesundheitsdienstleistern
- **Ältere Menschen**
aktives, persönliches Zugehen (neben der Ansprache durch Multiplikator:innen auch durch Projektverantwortliche); Werbung in lokalen Zeitungen, E-Mails und Flyern; Informationsveranstaltungen und Kurzvorträge (die beiden Letzteren scheinen für diese Gruppe besonders effektiv zu sein)

Durch den Scoping Review von Sörensen et al. (2018) wurde auch festgestellt, dass in gesundheitsfördernden Interventionen vermehrt technik- bzw. internetbasierte Elemente vorkommen. In ihrem Bericht zählen sie **technikbasierte Interventionen im häuslichen Umfeld** ebenfalls zu den Strategien für eine (bessere) Erreichung „vulnerabler/ benachteiligter“ Gruppen; gemäß Literatur eignen diese sich besonders für Personen im ländlichen Raum, Personen mit körperlichen Einschränkungen oder mit zeitlich unflexiblen Verpflichtungen (Sörensen et al., 2018, S. 15):

Diese ermöglichen es der Zielgruppe, die Intervention im eigenen Umfeld durchzuführen oder sich von zuhause aus über bestimmte Angebote zu informieren und sich dadurch Gesundheitswissen anzueignen. Dies erleichtert den Zugang zu den Angeboten und ist ein vielversprechender Ansatz, vulnerable Personengruppen für eine Teilnahme zu gewinnen. Beispiele hierfür sind eigens für die Zielgruppe konzipierte und auf diese zugeschnittene Internetseiten, das Versenden von SMS-Nachrichten mit Tipps und Verhaltensvorschlägen sowie der Einsatz von *Storytelling*³⁸.

Bei der Methode des **Storytellings** (bzw. Narrative) soll durch strategisch konstruierte Geschichten (z. B. individuelle Erfahrungen mit Krankheit oder Gesundheit) überzeugt werden (BLE, 2022). Im Bericht des BLE wird darauf hingewiesen, dass der Einsatz von derartigen Methoden immer ethisch zu reflektieren ist (BLE, 2022, S. 78). Erfahrungsberichte/Narrative können unerwünschte Wirkungen haben, wenn sie beispielsweise überredend wirken, und so nicht dem Anspruch evidenzbasierter Gesundheitsinformationen entsprechen; laut Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation kann für Narrative **keine Empfehlung** ausgesprochen werden (Lühnen et al., 2017).

In Zeiten der Corona-Pandemie wurden **REVAN-Online-Workshops** (bzw. Webinare) entwickelt und umgesetzt. Seitdem hat dieses Format enorm an Zulauf gewonnen. Um dem hohen Bedarf gerecht zu werden, setzt die ÖGK mittlerweile in allen Bundesländern Online-Angebote um. Seither überwiegt dieses Format gemessen an der Anzahl der Workshops und Teilnehmer:innen. Langfristig werden Evaluationen zeigen, ob gewisse REVAN-Themeninhalte bevorzugt als Webinar konsumiert werden.

Es sollen an dieser Stelle noch zwei weitere zentrale Erkenntnisse der systematischen Recherche zu *Ernährungskommunikation in Schwangerschaft und früher Kindheit* für die Allgemeinbevölkerung genannt werden, da diese für die Gestaltung von REVAN-Angeboten relevant sind (BLE, 2022, S. 5):

³⁸ „Beim *Digital Storytelling* werden drei- bis fünfminütige Videos mit Bildern, Filmsequenzen, Audioaufnahmen, Musikelementen und Texten erstellt, in denen eigene Erfahrungen der *Storyteller* aufgezeigt werden (bspw. zum Umgang mit einer Erkrankung oder eine vollzogene Lebensstiländerung). Ziel ist es, mithilfe der Videos andere Personen zu erreichen und zu Verhaltensänderungen zu motivieren.“ (Sörensen et al., 2018, S. 13)

- **Positive Ansprachen, Framing Strategien³⁹, soziale Appelle⁴⁰ und Fallbeispiele⁴¹** sind besonders **erfolgsversprechende Botschaftsstrategien**. Bei Kindern ist die Verwendung kreativer oder lustiger Namen für Gerichte oder Mahlzeiten eine wirksame Strategie zur Verbesserung des Essverhaltens.
- Eine **stigma- und abwehrsensible Präventionskommunikation** ist dringend anzuraten, um die Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Effekte zu senken. Eine **interdisziplinäre theoretische Fundierung** der Kommunikationsaktivitäten im Kontext von Präventionskampagnen erscheint sehr sinnvoll.

Teilnehmer:innen/Klient:innen sollen grundsätzlich als Expert:innen für die eigene Gesundheit gesehen werden. In Übereinstimmung mit BLE (2022) empfiehlt Paul (2019, S. 30) in Bezug auf eine **wertschätzende Haltung von Fachkräften** gegenüber Eltern (und Angehörigen) Folgendes:

- Potentiale und Ressourcen fördern, statt nur auf Defizite zu fokussieren;
- nicht bevormunden;
- authentisch agieren;
- stigmasensibel vorgehen und zur Überwindung soziokultureller Unterschiede beitragen; und grundsätzlich
- die Selbstwirksamkeitserwartung der Teilnehmer:innen/Klient:innen und damit deren Handlungskompetenz stärken (hin zu selbstbestimmtem Handeln).

So wird auch vom Netzwerk Gesund ins Leben eine **diversitätssensible Beratung** empfohlen (Abou-Dakn et al., 2023, S. 9):

Fachkräfte sollten junge Familien zu einem gesunden Lebensstil motivieren und im Dialog beraten. In einer wertschätzenden Haltung interessieren sie sich für die Lebensrealität der Familie, ihre Erfahrungen mit Ernährung und Bewegung und ihre Einstellungen. Sie gehen auf Bedenken und Vorbehalte ein, respektieren die

³⁹ insbesondere positive Framing-Strategien wie Gewinn-Framing (Betonung möglicher Gewinne), inhaltliche Framings (z. B. Hervorhebung der Verantwortung für das Kind oder Adressierung von elterlichen Unsicherheiten) oder Re-Labeling (strategische Umdeutungen, z. B. „Scheitern“ als „Lernchance“, „Probleme“ als „kleine Herausforderungen“) (BLE, 2022, S. 14)

⁴⁰ Im BLE-Bericht (2022, S. 14) werden verschiedene Arten unterschieden, z. B. Affiliation-Appelle (Akzeptanz und Anerkennung durch andere) und Caring-Appelle (Unterstützung anderer Personen, Vorbildfunktion).

⁴¹ „Als Fallbeispiele gelten Darstellungen einzelner Personen, die als repräsentativ für eine bestimmte Zielgruppe angesehen werden können. Sie werden genutzt, um Änderungen von Werten, Einstellungen und Verhaltensintentionen zu bewirken“ (BLE, 2022, S. 54).

Entscheidungsfreiheit der Familie und setzen gemeinsam mit den Eltern realistische Ziele.

Auch hier wird die **Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung** empfohlen – damit ist die Erwartung gemeint, aufgrund der eigenen Kompetenzen und Erfahrungen selbstwirksam handeln zu können; „Beratende erkennen und wertschätzen dazu das Selbstverständnis der Familie und ihre Entwicklungswünsche [Hilbig et al., 2014; Geene et al., 2021] und loten gemeinsam mit der Familie Möglichkeiten für ein gutes – nicht notwendigerweise perfektes – Gelingen aus (...)“ (Abou-Dakn et al., 2023, S. 10).

Methoden und Techniken zur Umsetzung dieser professionellen Haltung finden sich im **Motivational Interviewing** bzw. in der **Motivierenden Gesprächsführung** (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2020; Messner, 2016; Miller & Rollnick, 2015, zitiert in Abou-Dakn et al., 2023, S. 10). Bei diesem Ansatz wird mit der Familie ein Dialog geführt (kein monologisch-direktives Vortragen von Empfehlungen), Konfrontationen werden konsequent vermieden und die Entscheidungsfreiheit der Familie wird respektiert (Abou-Dakn et al., 2023, S. 10). Die Effektivität von Motivierender Gesprächsführung wurde für die allgemeine sowie pädiatrische Gesundheitsberatung nachgewiesen (Bischof et al., 2021, Gayes & Steele, 2014, zitiert in Abou-Dakn et al., 2023, S. 10).

4.3.6 Kriterien der Guten Gesundheitsinformation für Informationsmaterial

Wertvolle Ressourcen für die Erstellung von medial vermittelten Informationen stellen die Tools der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* dar. Sie können auch für die Erstellung von **REVAN-Informationsmaterialien** verwendet werden. Der Begriff „Gute Gesundheitsinformation“ (GGI) bezeichnet **qualitätsvolle Informationen zu gesundheitsbezogenen Inhalten**; gemäß der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz ist GGI (GÖG, 2023):

- leicht verständlich,
- zielgruppenorientiert,
- umfassend,
- unabhängig (keine offene oder verdeckte Werbung),
- unverzerrt (nicht über- oder untertreibend),
- geschlechtergerecht,
- verlässlich und basierend auf wissenschaftlicher Evidenz, also auf gesicherten Fakten.

Aktuell stehen Vertreter:innen von Gesundheitsberufen folgende **Tools** für die Erstellung qualitätsvoller Gesundheits- bzw. Ernährungsinformationen zur Verfügung:

Tabelle 5: Tools der Guten Gesundheitsinformation Österreich

Factsheets	• „Gute Gesundheitsinformation“ (Flaschberger und die Mitglieder der AG GGI, 2020), https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-factsheet-expertinnen-bfrei.pdf • „Überblick über die 15 Qualitätskriterien für zielgruppenorientierte, evidenzbasierte Broschüren, Videos, Websites und Apps. (ÖPGK, 2020b), https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-fuenfzehn-qualitaetskriterien.pdf • „Zielgruppenbeteiligung in der Erstellung Guter Gesundheitsinformation“ (Wahl et al., 2021), https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-factsheet-zielgruppenbeteiligung-bfrei.pdf • „Verständliche Sprache bei schriftlichen Gesundheitsinformationen“ (Flaschberger et al., 2020), https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-factsheet-leichte-sprache-bfrei.pdf
Checkliste	• „Profi-Checkliste – Gute Gesundheitsinformation“ für Vertreter:innen von Gesundheitsberufen, die Gesundheitsinformationen weitergeben und deren Qualität sie vorab überprüfen möchten (ÖPGK, 2020c), https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-checkliste-profis.pdf
Leitfaden	• „Gute Gesundheitsinformationen erstellen – ein Leitfaden zur Beteiligung von Nutzer:innen“ (ÖPGK, 2021), https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-leitfaden-gute-gesundheitsinformationen-bfrei.pdf
Broschüre	• „Der Weg zum Methodenpapier – Anleitung für Organisationen“ (ÖPGK, 2020a), https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-die-gute-gesundheitsinformation.pdf

Zudem gibt es ein Instrument, welches das Qualitätskonzept der *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation* (Lühnen et al., 2027) operationalisiert und dieses auch für Gesundheitsinteressierte ohne fachliche Vorkenntnisse anwendbar macht: *MAPPinfo* (“Mapping the Quality of Health Information”), eine wissenschaftlich validierte Checkliste, mit der sich die Qualität von Gesundheitsinformationen beurteilen lässt (Stiftung Gesundheitswissen, o.J.).

GGI kann **unterschiedliche Formen** haben und über **unterschiedliche Kanäle** vermittelt werden: gedruckte, schriftliche Informationen (z. B. Broschüren); Informationen in digitaler Form (z. B. Websites, Apps); aber auch (Kurz-)Videos und Audioformate wie Podcasts (GÖG, 2023). Eine „One-size-fits-all“-Lösung gibt es nicht, da sich die potenziellen Nutzer:innen in ihren Bedürfnissen stark unterscheiden und sich diese auch je nach Lebensphase verändern können.

Gemäß ÖPGK (2020a, S. 13) kann der **Einsatz unterschiedlicher Formate** (Text, Grafik, Comic, Audio, Video, Leichte Sprache⁴²) die Verständlichkeit für die Zielgruppe(n) sicherstellen (und zur besseren Erreichung beitragen; vgl. BLE, 2022, *Kapitel 4.3.5*: erfolgreiche Ansprache von benachteiligten Personengruppen durch Kombination verschiedener Dienste und Medien). Damit übereinstimmend wurde auch in zwei Fokusgruppen mit Müttern und einer Diskussionsrunde mit Frühe-Hilfen-Familienbegleiter:innen (durchgeführt im Jahr 2022 im Rahmen von *REVAN national* in Kooperation mit einem Mutter-Kind-Haus der Caritas, einem privaten Eltern-Kind-Zentrum und dem NZFH) von den Teilnehmenden gesagt, dass sowohl Printmaterialien (Broschüren, Folder, Factsheets) als auch digitale Materialien/Medien (Videos von max. 10 Min. Länge, Newsletter, Online-Broschüren etc.) verwendet werden bzw. gewünscht sind.

Hinsichtlich der **Gestaltung von (Erährungs-)Botschaften** lassen sich zwei grundlegende Aspekte unterscheiden (BLE, 2022, S. 14):

1. **Formale Gestaltung**, z. B. optische Aufmachung, Farben, Visualisierungen, Schriftarten, Flächen, Abstände, Kontraste, Schnitte, Bewegungen, Logos, Töne, Musik (Die formale Gestaltung sollte stets so hochwertig und so ansprechend wie möglich sein.)
2. **Inhaltliche Gestaltung**, z. B. Inhalte, Argumente, Belege, Assoziationen, Framing, emotionale Appelle, soziale Appelle, emotionale Tönung

In jedem Fall sollen Gesundheits- bzw. Ernährungsinformationen „**in Komplexität, Inhalten, Darstellung und Verständlichkeit an die Bedürfnisse und Kompetenzen der Zielgruppe(n) angepasst sein**“; dabei werden auch sprachliche, kulturelle und Bildungs-Hintergründe berücksichtigt (ÖPGK, 2020a, S. 13). Um Relevanz, Verständlichkeit und Gebrauchstauglichkeit einer Gesundheitsinformation zu erhöhen, wird empfohlen, dass die Perspektiven von Nutzer:innen bereits während der Entwicklung einbezogen werden (ÖPGK, 2020a). „Neben dem ethischen Anspruch, auf unterschiedliche Gesundheitsvorstellungen, Sorgen, Wünsche und Bedürfnisse einzugehen, zeigen Studien, dass die Beteiligung der Nutzer:innen die **Verständlichkeit, Relevanz und Akzeptanz** von Gesundheitsinformation **erhöht**“ (ÖPGK, 2021, S. 6). Es ist zu bedenken, dass Laien – im Vergleich zu Fachkräften – oftmals eine abweichende Erwartung an Inhalte und Darstellungen haben; es können etwa andere Informationsbedarfe im Vordergrund stehen oder andere Informationen interessant sein (ÖPGK, 2021, S. 7). So wurde beispielsweise bei der Nutzer:innen-Testung (Fokusgruppe mit Bewohnerinnen eines Mutter-Kind-Hauses, durchgeführt von *REVAN national*) des

⁴² Ergänzend ist hier die Einfache Sprache zu nennen (entspricht in etwa dem Sprachniveau B1). Allgemeine Regeln für das Verfassen von Sachtexten in Einfacher Sprache finden sich in der DIN ISO 24495-1 (DIN Media GmbH, 2025).

Factsheets „Flaschennahrung – darauf ist zu achten“ von den Teilnehmerinnen Erklärungen dazu gewünscht, warum etwas (nicht) empfohlen wird (z. B. warum selbst hergestellte Flaschennahrungen aus Tiermilch ungeeignet sind oder weshalb in Säuglingsanfangsnahrung Docosahexaensäure und Arachidonsäure enthalten sein sollen).

Wie **Beteiligung** für die Erstellung von Gesundheitsinformationen am besten gelingen kann, ist je nach Zielgruppe, Thema und Ressourcen zu entscheiden; bei sehr knappen Ressourcen wird eine Beteiligung künftiger Nutzer:innen **zumindest zu Beginn** (Erhebung der Informationsbedürfnisse) **und vor Fertigstellung** (Prüfung von Verständlichkeit, Alltagsrelevanz/-tauglichkeit) empfohlen⁴³ (Wahl et al., 2021, S. 6). Grundsätzlich kann eine Zielgruppe ihr Erfahrungswissen und ihre Erfahrungsexpertise in allen oder in einzelnen Phasen (z. B. Bedürfniserhebung) einbringen (für exemplarische Fragen zu den einzelnen Bereichen siehe Wahl et al., 2021, S. 4):

- Bedürfniserhebung – Themenauswahl
- Bedürfniserhebung – Gestaltung der Gesundheitsinformation
- Feedback zum Produkt („Nutzer:innen-Testung“)
- Dissemination

Für die Beteiligung stehen eine Vielzahl an Methoden aus der Nutzer:innen-Testung und/oder der partizipativen Gesundheitsforschung zur Verfügung; Wahl et al. verweisen für eine detailliertere Beschreibung der partizipativen Methoden auch auf die Webseite <https://partizipation.at/partizipation-anwenden/methoden> (Wahl et al., 2021, S. 5):

- quantitative Befragungen, Fragebögen (online und offline)
- qualitative Einzelinterviews (ggf. nach der Think-Aloud-Methode)
- Gruppeninterviews
- Peerinterviews
- Fokusgruppen, Gruppendiskussionen
- Beteiligung im Rahmen von Nutzer:innen-Beiräten, Arbeitsgruppen oder Teams
- Werkstätten (z. B. Entwicklungswerkstätten) oder Workshops
- Feedback-, Review-Schleifen (z. B. auf Zwischenergebnisse oder Entwürfe der Gesundheitsinformation)

Qualitative Methoden wie Fokusgruppen oder Einzelinterviews müssen nicht einer frühen Phase im Projekt vorbehalten sein; sie kommen häufig auch zum Einsatz, wenn ein bereits

⁴³ Zielgruppenbeteiligung trägt zum ersten Wirkungsziel („Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“) des *Österreichischen Gesundheitsziels 3* („Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung“) bei (Wahl et al., 2021, S. 6).

erstelltes Informationsmaterial (bzw. ein Entwurf davon) von Nutzer:innen getestet werden soll (auch bezeichnet als „Nutzer:innen-Testung“; ÖPGK, 2021, S. 31).

4.3.7 Ergänzungen von Vertreter:innen verschiedener Psychosozial- und Gesundheitsberufe zur Angebotsgestaltung

Der Expert:innen-Workshop „Wie wird das Gesundheitsförderungsprogramm *Richtig essen von Anfang an!* chancengerechter?“ hat zu einer Reihe von weiteren REVAN-spezifischen Erkenntnissen geführt. Diese werden nachfolgend dargestellt, ergänzt um zusätzliche Hinweise aus dem schriftlichen Konsultationsprozess zum vorliegenden Leitfaden:

- Für die Vermittlung von REVAN-Inhalten soll stets ein **ressourcenorientierter und wertschätzender Zugang** gewählt werden (z. B. in Workshops mittels Anknüpfens an vorhandene positive Ressourcen sowie an Verhaltensweisen, die schon „gut funktionieren“). Es werden sachliche Informationen auf Augenhöhe vermittelt und Belehrungen stets vermieden. (Vgl. Paul, 2019: wertschätzende Haltung der Fachkräfte)
- Für die Vermittlung von REVAN-Inhalten soll – v. a. in Beratungen – ein erlebnisorientierter Zugang bevorzugt werden (gegenüber einem kognitiven Zugang). In REVAN-Workshops bzw. Gruppenberatungsangeboten können kreative Methoden für eine **handlungs- und erlebnisorientierte Gestaltung** angewendet und zusätzlich niederschwelliges Informationsmaterial (z. B. Factsheets) angeboten werden. So kann etwa durch gemeinsames Kochen⁴⁴ Ernährungswissen mit allen Sinnen erfahrbar gemacht werden. (Vgl. Paul, 2019: handlungsorientierter und weniger gesprächsorientierter Zugang; Griebler et al., 2023: Fokus auf Handlungsorientierung und Lernen mit allen Sinnen)
- In Informationsangeboten (v. a. Beratungen) soll auf **Herausforderungen des Lebensalltags** der Zielgruppen (bzw. der Teilnehmer:innen) eingegangen werden, wie etwa die finanzielle Lage, materielle Ressourcen (z. B. Verfügbarkeit eines Küchenblocks/Kochfeldes und von geeigneten Kochutensilien im Zuhause der Teilnehmenden) oder die Doppelbelastung von Familie und Beruf. Beispielsweise werden Informationen dazu bereitgestellt, wie man trotz wenig Geld und wenig Zeit

⁴⁴ Beispielsweise bieten Kooperationen mit Food-Sharing-Organisationen die Möglichkeit mit den Lebensmitteln vor Ort Kochworkshops zu veranstalten und so unverbindlich mit den Zielgruppen in Kontakt zu kommen.

gesund essen kann. (Zusätzlicher Hinweis: Klient:innen könnten unter Schamgefühlen leiden, zum Beispiel wenn sie von Armut betroffen sind.)

- Es ist vorteilhaft, die REVAN-Workshops/-Beratungsangebote partizipativ bzw. als „Lerndialog“ zu gestalten: es erfolgt eine **Anpassung an die Bedürfnisse** der Teilnehmer:innen (z. B. Anpassung an den jeweiligen Informationsbedarf; es müssen dabei nicht immer alle Inhalte „vorgetragen“ werden). Bei der Beratung von Personen(-gruppen), die von Benachteiligung betroffen sind, werden zum Beispiel nur zwei bis drei ausgedruckte Informations-Folien (foliert, mit Bildern/in einfacher Sprache) unterstützend eingesetzt.
- Für die Erreichung von Menschen in schwierigen Lebenssituation mit Ernährungsinformationen ist eine **Kopplung des Themas Ernährung** an andere für die Zielgruppe wichtige Themen (z. B. Thema Familienbetreuungsgeld oder Babyschlaf) vorteilhaft. So können Ernährungs-/REVAN-Themen etwa in thematisch breit konzipierte Beratungsangebote integriert werden (Umsetzungsbeispiele Babycouch/ARGE, „FemmesTische“ in der Steiermark, „Gesundheit für Kinder und Eltern“/FEM Süd).
- Für REVAN-Fachexpert:innen (und andere REVAN-Mitarbeiter:innen) sind **Schulungen bzw. Trainings** für ein (kultur-)sensible, wertschätzendes, ressourcenorientiertes und partizipatives „Arbeiten“ mit den Zielgruppen empfehlenswert. Diversität im Team/Pool der REVAN-Fachexpert:innen ist generell von Vorteil (unterschiedliche Sprach- und Kulturkompetenzen).
- Zusätzlich: Alle Ebenen des REVAN-Programms (*REVAN national* und *REVAN regional*, inkl. REVAN-Fachexpert:innen) sollen (verstärkt) **kooperieren, sich austauschen, voneinander lernen**. Das gemeinsame Ziel – Personengruppen, die von Benachteiligung betroffen sind, besser zu erreichen – soll gestärkt werden.

4.4 Evaluation

Evaluationen sind Teil der guten Praxis einer chancengerechten Gesundheitsförderung. Durch eine systematische Dokumentation und Überprüfung wird die Weiterentwicklung der umgesetzten Maßnahmen ermöglicht (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021). Des Weiteren lassen sich wirksame Maßnahmen identifizieren und ausrollen, sowie gegebenenfalls in andere Regionen und Bundesländer transferieren (vgl. Weber, 2020).

„Evaluationen können eine oder mehrere Qualitätsdimensionen haben, insbesondere Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die strukturelle Qualität wird selten getrennt evaluiert, jedoch zumeist in Prozess- und Ergebnisevaluationen berücksichtigt. Es ist wichtig, dass **Umfang und Methodik** der Evaluation **an den Gegenstand und die Komplexität der Fragestellung angepasst** sind.“
(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 56)

Für REVAN-Angebote zur Erreichung von Menschen, die von Benachteiligung betroffen sind, wurde parallel zur Erstellung dieses Leitfadens ein spezifisches Evaluationskonzept erarbeitet. Dabei wurden Vertreter:innen von *REVAN national* und *REVAN regional* von Expert:innen für Sozialforschung des Forschungsbüros *queraum* unterstützt. Basierend auf einem Wirkungsmodell nach der Input-Output-Outcome-Logik wird im Konzept ein Methodenmix (d. h. der Einsatz von verschiedenen Erhebungsmethoden) empfohlen, sowie die Einbeziehung von verschiedenen Perspektiven.

Das Evaluationskonzept umfasst folgende Elemente:

- Einsatz eines möglichst einfachen und kurzen Feedbackbogens für Teilnehmer:innen
- Befragung der Mitarbeiter:innen in Einrichtungen, wo REVAN-Angebote umgesetzt werden
- Einheitliche Dokumentation der Angebote durch REVAN-Fachexpert:innen
- Einsatz eines Einschätzungs- und Reflexionsbogens für niederschwellige REVAN-Angebote

5 Fazit und Empfehlungen

In diesem Kapitel werden zentrale Erkenntnisse bzw. Empfehlungen für die Entwicklung spezifischer REVAN-Angebote zur verbesserten Erreichung von Personengruppen, die von Benachteiligung betroffen sind, zusammenfassend dargestellt. Sie gingen aus der in diesem Leitfaden dargestellten Literatur, der gemeinsamen Reflexion und Diskussion mit Vertreter:innen verschiedener Psychosozial- und Gesundheitsberufe (2020) sowie einem schriftlichen Konsultationsprozess (2024) hervor (eine Auflistung der Konsultations-teilnehmer:innen finden sich im Anhang).

Fazit

Im Zuge der Leitfadenerstellung hat sich gezeigt, dass sehr viel Literatur rund um das Thema *Erreichung von Menschen, die von Benachteiligung betroffen sind*, existiert und sich viele hilfreiche Ansatzpunkte für die chancengerechte Weiterentwicklung des REVAN-Programms finden lassen. Welche Maßnahmen im Konkreten für welche spezifische (Unter-)Zielgruppe in welchem Setting erfolgreich sind, lässt sich davon jedoch nicht mit Sicherheit ableiten (u. a. da die möglichen förderlichen/hinderlichen Einflussfaktoren zahlreich und oft unvorhersehbar sind). Daher ist dies in der Praxis unter Berücksichtigung von Good-Practice-Kriterien für REVAN zu erproben und zu evaluieren.

Empfehlungen für die chancengerechte Weiterentwicklung von REVAN-Angeboten:

- **REVAN-Angebote für Eltern/Angehörige so niederschwellig wie möglich gestalten**
Es besteht ein allgemeiner Bedarf in Österreich an qualitätsgesicherten, verständlichen und leicht zugänglichen Ernährungsinformationen. REVAN-Maßnahmen sollen daher möglichst viele Menschen erreichen, unabhängig von ihrer Lebenslage bzw. vom Benachteiligungsgrad.
- **Prioritäten bei der Auswahl spezifischer Zielgruppen setzen**
In einem ersten Schritt sind Zielgruppen zu identifizieren, bei denen viele Belastungsfaktoren kumulieren und die demnach einen besonders hohen Bedarf an Maßnahmen haben.
- **Spezifische REVAN-Angebote für Menschen, die von Benachteiligung betroffen sind, schaffen**
Es gibt keine „One-size-fits-all Lösung“; unter Anwendung von Good-Practice-Kriterien (wie z. B. *Partizipation* und *Niederschwelligkeit*) und Strategien (wie z. B.

Tailoring) sind zielgruppengerechte Maßnahmen zu entwickeln. Dabei sind – neben verhältnispräventiven Maßnahmen – insbesondere aufsuchende Angebote in den jeweiligen Settings/Lebenswelten (Wohnumgebung, Kulturverein, Kindergarten, Schule, Betrieb, öffentliche Plätze etc.) empfehlenswert.

- **Vernetzung und Kooperation forcieren**

Die Kooperation mit Akteur:innen („Brückenbauer:innen“, Multiplikator:innen), die bereits in Kontakt mit den gewählten Zielgruppen sind, ist essenziell für die Schaffung und Dissemination von niederschweligen REVAN-Angeboten. Auch innerhalb des Programms REVAN sind Austausch und Kooperation zu intensivieren.

- **Informationsmaterial für Akteur:innen im Umfeld der Zielgruppe/n bereitstellen**

Auch Berufsgruppen wie Ärzt:innen, Hebammen, Familienbegleiter:innen und -berater:innen benötigen für ihre Beratungstätigkeit gut verständliches Informationsmaterial (Beratungsunterlagen und Hintergrundinformationen) zum Thema „Gesunde Ernährung“.

- **Bewährte Angebote ausrollen**

Bereits bewährte REVAN-Angebote für Menschen, die von Benachteiligung betroffen sind, sollten evaluiert (wer wird erreicht, was sind Erfolgsfaktoren etc.) und ausgerollt bzw. in andere Bundesländer/Regionen transferiert werden.

- **REVAN-Mitwirkenden regelmäßig fortbilden**

Spezifische Fortbildungen durch umsetzungserfahrene Praktiker:innen sind für REVAN-Programmverantwortliche sowie für REVAN-Fachexpert:innen zu organisieren.

6 Anhang

Erläuterung der Umsetzungsstufen des Kriteriums „Zielgruppenbezug“

Für alle Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit wurden verschiedene Umsetzungsstufen beschrieben. Die jeweils nächsthöhere Stufe stellt eine Qualitätssteigerung dar. Die nachfolgende Tabelle zeigt Erläuterungen und Beispiele für das Kriterium „Zielgruppenbezug“ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 14–15):

Tabelle 6: Umsetzungsstufen des Kriteriums „Zielgruppenbezug“ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021)

UMSETZUNGSSTUFE	ERLÄUTERUNG	BEISPIEL
STUFE 1: BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPEN ANHAND DER GESUNDHEITLICHEN, ABER NICHT DER SOZIALEN LAGE	Die Zielgruppen werden anhand ihrer Belastungen und gesundheitlichen Probleme bestimmt. Die sozialen Faktoren, die hinter diesen Belastungen und Problemen stehen, werden jedoch nicht oder kaum berücksichtigt, ebenso wenig die Ressourcen der Zielgruppen.	Eine Beratungsstelle für Frauen plant ein Kursangebot zur Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt „psychisch belastende Aspekte der Arbeitslosigkeit“. Die Zielgruppe für das geplante Kursangebot wird als „alle erwerbslosen Frauen mit psychischen Problemen“ benannt. In der Erläuterung werden die psychischen Probleme mit „geringes Selbstwertgefühl, Neigung zu Depression und zu Angstreaktionen“ beschrieben.
STUFE 2: BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPEN AUCH ANHAND DER MERKMALE SOZIALER BENACHTEILIGUNG	Die Zielgruppen werden anhand von Merkmalen der sozialen Benachteiligung wie Bildung, Einkommen und berufliche Situation weiter eingegrenzt. Auf die soziale Diversität innerhalb dieser Zielgruppen und auf ihre Ressourcen wird jedoch nicht näher eingegangen.	Die Beratungsstelle nimmt Kontakt zum Jobcenter auf, um mehr darüber zu erfahren, bei welcher Gruppe arbeitsloser Frauen der Beratungsbedarf besonders groß ist. Die Zielgruppe wird daraufhin als Frauen in Arbeitslosengeld II-Bezug, ohne Berufsbildungsabschluss und mit besonderen Vermittlungshemmnissen aufgrund psychischer Probleme definiert. Das Kursangebot wird auf diese speziellen Problemlagen hin ausgerichtet.

STUFE 3: GENAUE BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPEN, IHRER GESUNDHEITLICHEN UND SOZIALEN LAGE, IHRER SOZIALEN DIVERSITÄT UND IHRER RESSOURCEN	Die soziale Lage der Zielgruppen wird präzise erläutert. Dabei werden nicht nur die vertikalen Merkmale der sozialen Ungleichheit (z. B. Bildung, Einkommen) dargestellt, sondern auch horizontale Merkmale von Ungleichheit und Diversität wie Geschlecht und Alter. Auch auf die Ressourcen der Zielgruppen und die Frage, wie diese Ressourcen gestärkt werden können, wird eingegangen.	Um das Kursangebot noch besser auf die Bedarfe der arbeitslosen Frauen ausrichten zu können, wird ihre soziale Lage im Projektplan detailliert dargestellt (auch anhand von Merkmalen wie ethnischer Hintergrund, geschlechtliche Identität, Alter und Religion/Weltanschauung). In einer Fokusgruppe mit interessierten Frauen aus der Zielgruppe werden Improvisationsbereitschaft und Solidarität untereinander als Ressourcen identifiziert und daraufhin in das Kursangebot integriert.
--	---	--

Zur Veranschaulichung beispielhaft umgelegt auf REVAN – für die Planung von REVAN-Gruppenberatungen in Frauenhäusern oder Familienhäusern könnte folgendermaßen vorgegangen werden:

- Stufe 1: Die Zielgruppe wird auf einfache Weise beschrieben, z. B. „Alle Bewohner:innen des Frauenhauses – Frauen/Familien in schwierigen Lebenslagen“.
- Stufe 2: Relevante Merkmale der Bewohner:innen werden bei Zuständigen des Frauen-/Familienhauses erfragt und in die Zielgruppen-Beschreibung aufgenommen (z. B. Bildung, berufliche Situation, Anzahl und Alter der Kinder).
- Stufe 3: Mit Bewohner:innen einer/mehrerer Wohnhäuser werden Fokusgruppen durchgeführt, um diese Zielgruppe besser kennenzulernen. Wesentliche Merkmale der Bewohner:innen (Benachteiligungsfaktoren, Ressourcen, Bedürfnisse, Bedarfe etc.) werden beschrieben, um das REVAN-Angebot auf diese abstimmen zu können.

Konsultationsteilnehmer:innen

Das Team von *REVAN national* bedankt sich bei den Konsultationsteilnehmer:innen für die wertvollen Rückmeldungen zum Leitfaden „Gestaltung von chancengerechten Informationsangeboten“ (in alphabetischer Reihenfolge):

Jasmin Briesner, BSc, Martina Buchgraber, BSc, und Mag.^a Iris Huber unter Einbezug von REVAN-Fachexpert:innen verschiedener Bundesländer – Österreichische Gesundheitskasse (*REVAN regional*)

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Edith Flaschberger – Gesundheit Österreich GmbH (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz)

Mag.^a Elisabeth Hanusch-Mild und Mag.^a Hilde Wolf, MBA – Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Mag.^a Rita Kichler – Fonds Gesundes Österreich

Carina Marbler, MA – Gesundheit Österreich GmbH (Abteilung Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit)

Mag.^a Anna Riebenbauer – BMSGPK (Sektion V – Europäische, internationale und sozialpolitische Grundsatzfragen Gruppe B/Abteilung 4 – Grundlagen und Forschungsangelegenheiten)

Glossar

Ernährungskompetenz, Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz in puncto Ernährung umfasst **das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Individuen, Informationen zum Thema Ernährung finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können**, um im Alltag Ernährungsentscheidungen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden zu treffen. Dieses Verständnis folgt der allgemeinen Definition von Gesundheitskompetenz, wie sie vom HLS-EU-Konsortium (Sørensen et al., 2012) vorgelegt wurde. Verstanden als ein relationales Konzept (Parker, 2009), entsteht Gesundheitskompetenz im **Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten mit der Verfügbarkeit, Verständlichkeit, Zugänglichkeit und Benutzerfreundlichkeit** von Informationen und Angeboten. Dies gilt auch für das Thema Ernährung. (Griebler et al., 2023, S. 20)

Multiplikator:innen

Multiplikator:innen sind Personen oder Institutionen, die eine Transferfunktion im Umsetzungsprozess haben (bzw. eine Brückenfunktion zu primären Zielgruppen); sie unterstützen die Etablierung der Maßnahmen in der Praxis und erhöhen deren Reichweite; sie leiten beispielsweise Informationen an mehrere Personen weiter und multiplizieren diese dadurch (z. B. Lehrer:innen, Betriebsrät:innen, Gemeinderät:innen) (FGÖ, o.J.).

Präventionsketten

Mit Präventionsketten – oder integrierten kommunalen Strategien – erarbeiten Städte, Gemeinden oder Bezirke ein Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung und Prävention, das sich kontinuierlich über die verschiedenen Phasen von Kindheit und Jugend erstreckt. Ziel ist ein Aufwachsen im Wohlergehen für alle Kinder – insbesondere für diejenigen, die in prekären Lebenslagen aufwachsen. (GÖG, 2024; vgl. auch Weigl et al., 2024)

Ressourcen

Gemäß Gesundheitswissenschaften können Ressourcen – wie auch Belastungen – in einer Person selbst (**interne Ressourcen**) und im Umfeld der Person (**externe Ressourcen**) liegen; Ressourcen und Belastungen können auf körperlicher, psychischer, sozialer und physikalisch-materieller Ebene bestehen (Weber et al., 2016, zitiert in Weber, 2020, S. 24):

- Wichtige interne Ressourcen sind z. B. Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstwirksamkeitserwartung und Kohärenzgefühl, Bildung und Wissen wie Gesundheitskompetenz, berufliche und zwischenmenschliche Kompetenzen, finanzielle Möglichkeiten.

- Wichtige externe Ressourcen sind z. B. unterstützende soziale Beziehungen, gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen, ein bewegungsfreundliches Umfeld und Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben.

Ziel der chancengerechten Gesundheitsförderung/Prävention ist einerseits die Stärkung interner Ressourcen; andererseits bedarf eine nachhaltige Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit/Chancengerechtigkeit auch der Stärkung von externen Ressourcen – also der Schaffung von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen (Weber, 2020, S. 24).

Setting

Ein Setting – im deutschen Sprachraum auch als „Lebenswelt“ bezeichnet – ist ein Sozialzusammenhang, in dem sich Menschen in ihrem Alltag aufhalten und der ihre Gesundheit beeinflusst. Dieser soziale Zusammenhang ist relativ beständig und seinen Mitgliedern auch bewusst. Er drückt sich aus durch formale Organisationen (z. B. Betrieb, Schule, Kindertagesstätte, Krankenhaus), regionale Situationen (z. B. Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslagen, gemeinsame Werte oder Präferenzen (z. B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale. In der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung wird der Setting-Begriff am häufigsten für soziale Systeme wie formale Organisationen oder regionale Situationen verwendet. (Hartung & Rosenbrock, 2022)

Social Prescribing

Social Prescribing ist ein innovativer Ansatz, um gesundheitsrelevante, nichtmedizinische Bedürfnisse in der Primärversorgung systematisch zu adressieren. Das Team der Primärversorgungseinheit wird sensibilisiert, Patient:innen ganzheitlich zu betrachten und im Falle gesundheitsrelevanter, nichtmedizinischer Bedürfnisse an eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion in der Einrichtung zu vermitteln. Diese Fachkraft arbeitet dann mit der Patientin/dem Patienten heraus, was für diese/diesen von Bedeutung ist und vermittelt sie/ihn an passende regionale Angebote (z. B. Seniorentreff, Theater, Schuldnerberatung). Daher ist Netzwerkmanagement, d. h. der Aufbau und die Pflege von Kooperationen mit Beratungseinrichtungen, Vereinen und weiteren gesundheitsfördernden Initiativen ein weiteres wichtiges Element des Ansatzes. (GÖG, o.J.)

Sozialer Gradient

Bezeichnung für die lineare Beziehung zwischen sozialem Status und allgemeinen Lebensbedingungen und Lebenschancen. Zwischen Morbidität und Mortalität sowie sozialem Status wurde häufig eine solche lineare inverse Beziehung ermittelt: je geringer der soziale Status (bzw. je ausgeprägter die soziale Benachteiligung), umso höher die Morbidität und Mortalität. (Pschyrembel online, 2018) So steigen beispielsweise bei abnehmendem Einkommen die Erkrankungsrisiken graduell an.

Literaturverzeichnis

Abou-Dakn M, Alexy U, Beyer K, Cremer M, Ensenauer R, Flothkötter M, Geene R, Hellmers C, Joisten C, Koletzko B, Mata J, Schiffner U, Somm I, Speck M, Weißenborn A, Wöckel A. Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter – Aktualisierte Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Monatsschrift Kinderheilkunde 2023; 171 (Suppl 1): 7–27.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00112-022-01519-3.pdf?pdf=button>

Bauer U, Bittlingmayer UH. Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung – Das Beispiel ungleicher Lebenslagen. In: O Razum, P Kolip (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 7. Auflage. Weinheim München: Juventa. 2020. S. 710–735.

Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ. Motivational interviewing: an evidence-based approach for use in medical practice. Deutsches Ärzteblatt International 2021; 118: 109–115.

Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2021.

<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i128-1.0> (Zugriff: 10.06.2025)

Borde T. Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. In: BZgA (Hrsg.). *Migration und Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten (Gesundheitsförderung konkret, Band 12)*.

Köln: BZgA. 2009. S. 18–31. <https://shop.bzga.de/pdf/60649120.pdf>

Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE). Ernährungskommunikation in Schwangerschaft und früher Kindheit – Eine systematische Recherche. Bonn, 2022.

https://www.gesund-ins-leben.de/fileadmin/resources/files/PDFs/0525_2631_web.pdf

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Gesundheitsziele Österreich: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Ausgabe 2017. Wien, 2012a. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2024/wp-content/uploads/2024/03/gz-langfassung-2018-1.pdf>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Garantie für Kinder – Österreich. Wien, 2023.

https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:bf2758ea-1d85-4752-8730-41b6ad4e1b6b/BMSGPK_Broschuere_NAP_DE_DinA4_pdfUA.pdf

Dachverband der Sozialversicherungsträger. Methodenbox – Die gesundheitskompetente Sozialversicherung. 2020.

<https://www.ifgp.at/cdscontent/load?contentid=10008.644516&version=1582718090> (Zugriff: 10.06.2025)

DIN Media GmbH. DIN 8581-1:2024-05 Einfache Sprache – Anwendung für das Deutsche – Teil 1: Sprachspezifische Festlegungen. 2025. <https://www.dinmedia.de/de/norm/din-8581-1/377238273> (Zugriff: 10.06.2025)

Flaschberger E, Holler P, Soffried J. Verständliche Sprache bei schriftlichen Gesundheitsinformationen. Factsheet. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, Gesundheit Österreich. 2020. <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-factsheet-leichte-sprache-bfrei.pdf>

Flaschberger E und die Mitglieder der AG GGI. Gute Gesundheitsinformation. Factsheet. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, Gesundheit Österreich. 2020. <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-factsheet-expertinnen-bfrei.pdf>

Flothkötter M. Vortrag „Mission Netzwerk Gesund ins Leben – Die ersten 7 Jahre“. Bonn: Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familien. 2016. https://www.gesund-ins-leben.de/fileadmin/resources/import/pdf/20161115_vortrag_flothkoetter.pdf

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Glossar: Zielgruppe. o.J. <https://fgoe.org/glossar/zielgruppe> (Zugriff: 10.06.2025)

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Projekt GEVAN. 2024.

Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2022. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0> (Zugriff: 10.06.2025)

Gaiswinkler S, Antony D, Delcour J, Pfabigan J, Pichler M, Wahl A. Frauengesundheitsbericht 2022. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). 2023. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7157d267-ef16-4a8b-8861-56e9cbf54089/Frauengesundheitsbericht_2022_FINAL.pdf

Gaiswinkler S, Pfabigan J, Pentz R, Teufl L, Winkler R. LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). 2023 https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:27c3947b-0c67-4627-96f3-eb6a03b87355/LGBTIQ_Gesundheitsbericht_2022_formatiert_fin.pdf

Gayes LA, Steele RG. A meta-analysis of motivational interviewing interventions for pediatric health behavior change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2014; 82: 521–535.

Geene R, von Haldenwang U, Bär G, Kuck J, Lietz K. Nutzerorientierte familiäre Gesundheitsförderung – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Netzwerk Gesunde Kinder. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2021; 16: 95–103. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11553-020-00807-8.pdf>

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung – Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und

praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Wien, 2015a.

<https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-12/Allgemeine%20Empfehlungen%20Chancengerechtigkeit.pdf>

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Etablierung von Social Prescribing. o.J.

<https://goeg.at/socialprescribing> (Zugriff: 10.06.2025)

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Gute Gesundheitsinformation Österreich – Was ist Gute Gesundheitsinformation? 2023. <https://oepgk.at/schwerpunkte/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/> (Zugriff: 10.06.2025)

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern – Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Wien, 2015b. <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-12/Handlungsempfehlungen%20Chancengerechtigkeit%20Schwangere.pdf>

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Frühe Hilfen – Präventionsketten. 2024.

Gesundheitsförderung Schweiz. Überblick über Beispiele aus der Praxis – Das Projekt Miges Balù. 2017. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2023-01/Steckbrief_MigesBalu_082017.pdf

Gohres H, Finne E, Seibt AC. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2021. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i013-2.0> (Zugriff: 10.06.2025)

Griebler R, Schütze D, Link T, Schindler K. Ernährungskompetenz in Österreich. Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich. 2023. https://jasmin.goeg.at/2850/1/Enbericht%20Ern%C3%A4hrungskompetenz_bf.pdf

Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz-Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Bzga) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2022. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> (Zugriff: 10.06.2025)

Hilbig A, Stahl L, Avci Ö, Metzing J, Kersting M. Verständnis der bestehenden Ernährungsempfehlungen für Säuglinge bei Müttern deutscher und türkischer Herkunft. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2014; 9: 99–103. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-014-0430-9> (Zugriff: 10.06.2025)

Institut für Frauen- und Männergesundheit. FEM Süd – Gesundheit für Kinder und Eltern. o.J. <https://femsued.at/arbeitsbereiche/gevan/> (Zugriff: 10.06.2025)

Kaba-Schönstein L, Kilian H. Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In: Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2018. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-soziale-benachteiligung-gesundheitsfoerderung-und-gesundheitliche-chancengleichheit/> (Zugriff: 10.06.2025)

Kapadia MZ, Park CK, Beyene J, Giglia L, Maxwell C, McDonald SD. Can we safely recommend gestational weight gain below the 2009 guidelines in obese women? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Review* 2015a; 16(3): 189–206. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/obr.12238> (Zugriff: 10.06.2025)

Kapadia MZ, Park CK, Beyene J, Giglia L, Maxwell C, McDonald SD. Weight loss instead of weight gain within the guidelines in obese women during pregnancy: a systematic review and meta-analyses of maternal and infant outcomes. *PLoS ONE*. 2015b; 10(7): e0132650. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4509670/pdf/pone.0132650.pdf>

Kolip P. Lebenslagen und Lebensphasen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2020. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i071-2.0> (Zugriff: 10.06.2025)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. 4. Auflage. Berlin, 2021. https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/daten/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei.pdf

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Zur gesundheitlichen Lage sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher. Berlin, 2024. https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/02_PDF/10_Alte_Struktur/Handreichungen/2024_Kinder_und_Jugendgesundheit_bf.pdf

Lampl C, Schmidt A, Aigner E. Ernährungsarmut in Österreich als Barriere für eine gesunde und klimafreundliche Ernährung: Status quo und Handlungsoptionen. Wien: Gesundheit Österreich. 2024. https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3695/1/Ern%C3%A4hrungsarmut%20in%20%C3%96sterreich_bf.pdf

Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. 2017. <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de> (Zugriff: 10.06.2025)

Lobstein T. Health Equity Pilot Project – Rapid review: social inequities in obesity determinants. HEPP Obesity Workshop Training. Europäische Union. o.J.

Messner T. Motivational Interviewing: ein Ansatz zur Stärkung der Eigenmotivation in der Ernährungsberatung. *Ernährungs Umschau* 2016; 02(15): 94–105. <https://www.ernaehrungs-umschau.de/print-artikel/15-02-2016-motivational-interviewing-ein-ansatz-zur-staerkung-der-eigenmotivation-in-der-ernaehrungsberatung/> (Zugriff: 10.06.2025)

Mielck A. Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure*. Köln: BZgA. 2003. <https://shop.bzga.de/pdf/60622000.pdf>

Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. 3. Auflage. Freiburg i. Breisgau: Lambertus. 2015.

OECD. Sozioökonomische Benachteiligung in der Kindheit in Österreich. Wesentliche Herausforderungen im aktuellen Überblick. Paris: OECD Publishing. 2023. https://www.sozialministerium.gv.at/dam/sozialministeriumat/Anlagen/Themen/Soziales/Soziale-Themen/Allgemeine-Sozialpolitik/BMSGPK_OECD_Studie_Soziooek-Benachteiligung-in-Kindheit_nov2023_pdfUA.pdf

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). Gute Gesundheitsinformationen erstellen – ein Leitfaden zur Beteiligung von Nutzer:innen. Wien, Graz: ÖPGK, Frauengesundheitszentrum. 2021. <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-leitfaden-gute-gesundheitsinformationen-bfrei.pdf>

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). Gute Gesundheitsinformation Österreich. Die 15 Qualitätskriterien. Der Weg zum Methodenpapier – Anleitung für Organisationen. 4. Auflage. Wien, Graz: BMSGPK, Frauengesundheitszentrum, ÖPGK. 2020a. <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-die-gute-gesundheitsinformation.pdf>

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). Gute Gesundheitsinformation Österreich – Überblick über die 15 Qualitätskriterien für zielgruppenorientierte, evidenzbasierte Broschüren, Videos, Websites und Apps. 4. Auflage. Wien, Graz: BMSGPK, Frauengesundheitszentrum, ÖPGK. 2020b. <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-fuenfzehn-qualitaetskriterien.pdf>

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). Profi-Checkliste Gute Gesundheitsinformation. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, Gesundheit Österreich. 2020c. <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-checkliste-profis.pdf>

Parker RM. Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In: H Hernandez, M Lyla (Hrsg.). *Measures of health literacy*. Washington, D.CS.: Institute of Medicine of the National Academies. 2009. S. 91–98.

Paul M. Wie erreicht man alle Eltern – Umgang mit dem Präventionsdilemma. Fachkonferenz: Wie stillfreundlich ist Deutschland? Berlin: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2019. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/BBF-Fachkonferenz-Umgang-mit-dem-Praeventionsdilemma-Vortrag-Paul-b.pdf

Pschyrembel online. Gesundheitsverhaltensmodelle. 2016. <https://www.pschyrembel.de/Gesundheitsverhaltensmodelle/S011K> (Zugriff: 10.06.2025)

Pschyrembel online. Peergroup. 2022. <https://www.pschyrembel.de/Peergroup/T02VN/doc/> (Zugriff: 10.06.2025)

Pschyrembel online. Sozialer Gradient. 2018.

<https://www.pschyrembel.de/Sozialer%20Gradient/S012N> (Zugriff: 10.06.2025)

Rathmann K, Richter M. Gesundheitliche Ungleichheit – eine theoretische und empirische Einführung. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). *Privileg Gesundheit? Zugang für alle!* Zürich: Seismo Verlag. 2016. S. 25–58.

REVAN-Expert:innen-Workshop. „Wie wird das Gesundheitsförderungsprogramm `Richtig essen von Anfang an!` chancengerechter?“ Erfahrungsaustausch und Diskussion spezifischer Fragestellungen. Wien: Richtig essen von Anfang an! (REVAN). 2020.

Robert Koch-Institut (RKI). Übersicht über relevante Begriffe und Konzepte zum diskriminierungssensiblen Sprachgebrauch rund um das Thema Migration und Gesundheit. 2022. https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/M/Migration-Gesundheit/Uebersicht.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Sahrai D. Differenzen in der Wahrnehmung präventiver Angebote und von Elternpartizipation im Setting Kita: eine Analyse der Wechselwirkung schicht- und migrationsspezifischer Einflüsse. Bielefeld: Bielefeld University. 2010.

San E, Wolf H. Maßnahmen im Bereich von Gesundheitsförderung und Public Health zur Förderung von Chancengerechtigkeit. *Psychologie in Österreich* 2019; 1 & 2: 28–36. https://www.pioe.at/public/archiv/2019/1&2/PIOe_2019_1_2_San_Wolf_Massnahmen_im_Bereich_von_Gesundheitsfoerderung_und_Public_Health_zur_Foerderung_von_Chancengerechtigkeit.pdf

Soom-Ammann E, Salis-Gross C. Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen – Teilprojekt im Rahmen des Projekts „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. 2011. https://public-health-services.ch/wp-content/uploads/2011-Via-BP-Studie_Schwer-erreichbare-und-benachteiligte-ZG.pdf

Sørensen J, Barthelmes I, Marschall J (IGES Institut). Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen – Handlungsempfehlungen für die Praxis. Berlin: GKV-Spitzenverband. 2018. <https://assets.ctfassets.net/fclxf7o732gi/5PJ8HUKJxASS2y9RhvtLn/eaebce5bd048d757d22c11cd1d1d4c7c/Handlungsempfehlungen-Praxis-Strategien-Erreichbarkeit-Vu.pdf>

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, for (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1471-2458-12-80.pdf>

Statistik Austria. Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit – Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Wien: BMSGPK, Statistik Austria. 2020.

https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Soziodemographische_und_soziooekonomische_Determinanten_von_Gesundheit_2019.pdf

Stiftung Gesundheitswissen. Verlässliche Gesundheitsinformationen erkennen – mit der validierten Checkliste MAPPinfo. o.J. <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/mappinfo> (Zugriff: 10.06.2025)

Wahl A, Flaschberger E, Teutsch F, Rojatz D, Schmotzer C und die Mitglieder der AG GGI. Zielgruppenbeteiligung in der Erstellung Guter Gesundheitsinformation. Kurzinformation. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, Gesundheit Österreich. 2021.
<https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-factsheet-zielgruppenbeteiligung-bfrei.pdf>

Weber D. Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK. 2020.
https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Grundlagenbericht_Chancengleichheit_in_der_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_in_der_Schweiz.pdf

Weber D, Abel B, Ackermann G, Biedermann A, Bürgi F, Kessler C, Schneider J, Steinmann RM, Widmer-Howald, F. Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme „Gesundheitsförderung im Alter“. Bericht 5. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz. 2016.
[https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Bericht_005_GFCH_2016-03 - Gesundheit und Lebensqualitaet im Alter.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Bericht_005_GFCH_2016-03_-_Gesundheit_und_Lebensqualitaet_im_Alter.pdf)

Weigl M, Ecker S, Gaiswinkler S. Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund. Wien: Gesundheit Österreich. 2021.
https://jasmin.goeg.at/1892/1/Bericht_GGIMigration_bf.pdf

Weigl M, Haas S, Ofner T. Frühe Hilfen und Präventionsketten: Gemeinsamkeiten, Unterschiede, potenzielle Schnittstellen und Synergien. Kurzbericht. Wien: Gesundheit Österreich. 2024.
https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3578/1/Kurzbericht_Fr%C3%BCheHilfen_Pr%C3%A4ventionsketten_bf.pdf

WHO Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: World Health Organization. 2014.

Zschorlich B, Wiegand B, Warthun N, Koch K. Health information for hard-to-reach target groups: A qualitative needs assessment. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2023; 179: 8–17.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S186592172300065X/pdf?md5=e15478968b6e2f70b66e882b3bbda35b&pid=1-s2.0-S186592172300065X-main.pdf>