

Health in All Policies

Die gesundheitspolitische Strategie „Health in All Policies“ (Gesundheit in allen Politikfeldern) zielt darauf ab, Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern (Stahl et al. 2006). Ausgangspunkt von Health in All Policies (HiAP) ist das Wissen, dass politische Maßnahmen, Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die Gesundheit der Menschen in einer kausalen Kette stehen.

Der Erfolg der Gesamtpolitik kann an ihren Auswirkungen auf die Gesundheit gemessen werden. Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für nachhaltiges Wirtschaftswachstum. Intersektorale Investitionen in Gesundheit tragen langfristig zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung eines Landes bei. (WHO 1999)

Einfluss der Medizin auf die Gesundheit Der Rückgang der Sterberate sowie der Anstieg der Lebenserwartung im 20. Jahrhundert werden häufig dem medizinischen Fortschritt zugeschrieben. Studien von McKeown und Lowe (1974) weisen jedoch darauf hin, dass beispielsweise der Rückgang von Infektionskrankheiten (z. B. Typhus, Cholera, Tuberkulose) im 19. Jahrhundert bzw. in der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert nur zu einem geringen Teil auf medizinische Interventionen zurückzuführen ist. Vielmehr haben sozialpolitische Maßnahmen, insbesondere die Verbesserung der Wohnverhältnisse oder gesündere Ernährung, maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheit beitragen.

„Sowohl die Verhältnisse, in denen wir leben, als auch unser Verhalten können uns gesund erhalten oder krank machen“ (FGÖ 2005, S.1). Gesundheit wird nicht nur durch biologische Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, genetisches Erbgut) oder durch den Zugang zur Krankenversorgung und anderen gesundheitlichen Diensten bestimmt, sondern auch durch die Verhaltens- und Lebensweisen des Einzelnen, durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen, über die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld sowie die allgemeinen ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Die Gesundheit der Bevölkerung kann nur zum Teil durch die „klassische“ Gesundheitspolitik gesichert werden. Die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung liegen außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems, wie etwa im Bereich der Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs- oder Wirtschaftspolitik. Da nur im Gesundheitsbereich gesetzte Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit zu kurz greifen, müssen Gesundheitsaspekte und -auswirkungen in allen Politikbereichen berücksichtigt werden.

Ein geringer Level bei Bildungsniveau, Beschäftigungsstatus und Einkommen geht mit schlechtem Gesundheitsstatus einher. Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leben ungesünder, erkranken häufiger und sterben früher. Die wissenschaftliche Evidenz belegt diese Wechselwirkungen zwischen sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit (Townsend & Davidson 1982; Wismar et al. 2006; Klimont et al. 2008; BMsSG 2002). Ein „Health in All Policies“-Ansatz kann der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen entgegenwirken (CSDH 2008).

„Ein heute 35-jähriger Akademiker kann nach Berechnungen der Statistik Austria ein durchschnittliches Sterbealter von 81,4 Jahren erwarten, ein gleichaltriger Pflichtschulabsolvent lebt statistisch um 6,2 Jahre kürzer, seine Lebenserwartung beträgt nur 75,2 Jahre. Bei Frauen sind die Unterschiede etwas geringer (84,4 bzw. 81,6 Jahre).“ (FGÖ 2008)

Die Verteilung der Gesundheit ist ein Spiegelbild der Verteilung der materiellen Ressourcen. Je gleichmäßiger die Ressourcen einer Gesellschaft verteilt sind, desto gleichmäßiger und besser ist der Gesundheitszustand einzelner Bevölkerungsgruppen (BZgA 2003). Faktoren wie Zugang bzw. Qualität der Krankenversorgungsleistungen spielen bei der Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit lediglich eine untergeordnete Rolle. Das Hauptgewicht liegt vielmehr bei gesellschaftsschichtspezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie bei individuellen, gesundheitsbezogenen Lebensstilen (Schwartz 2003).

In Österreich sind „52 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss übergewichtig bzw. adipös, unter Hochschulabsolventinnen sind es nur 28 Prozent“. (FGÖ 2008)

Rechtliche Grundsätze für Health in All Policies. Die Resolution „Health for All“ (HFA) der Weltgesundheitsversammlung (WHA) bestätigte 1977 formell die Notwendigkeit eines intersektoralen Zugangs zur Förderung der Gesundheit. Die aktuelle europäische „HFA policy“ („Health21“) betont explizit, dass bis zum Jahr 2020 alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren und in ihren Maßnahmen und Strategien gesundheitliche Auswirkungen mitberücksichtigen sollen (WHO 1999). Eines der zentralen Handlungsfelder der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) stellt die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik dar. Die Wichtigkeit von Gesundheit bei Maßnahmen aller Sektoren wurde auf EU-Ebene 1997 im Vertrag von Amsterdam formell festgehalten (Artikel 152) (Commission of the European Communities 1997). Im Jahr 2006 widmete die finnische Ratspräsidentschaft „Health in All Policies“ einen Schwerpunkt (Stahl et al. 2006). EU und WHO setzen immer wieder Initiativen, und auch in Österreich wird verstärkt auf die Notwendigkeit einer intersektoralen Verantwortung für Gesundheit verwiesen.

Um die Gesundheit aller Kinder in Österreich nachhaltig zu verbessern, wurde im Sinne von „Health in All Policies“ eine Kindergesundheitsstrategie unter Einbindung möglichst aller beteiligten Interessensgruppen und Politikbereiche erarbeitet (BMG 2011). Im nationalen „Aktionsplan Ernährung“ ist eine koordinierte Ernährungspolitik unter Einbeziehung aller relevanten Politikfelder auf allen politischen Ebenen vorgesehen (NAP.e 2010).

Umsetzung von Health in All Policies. International gibt es unterschiedliche Ansatzpunkte und Strategien, wie „Health in All Policies“ umgesetzt werden kann. Beispielsweise werden intersektorale Gremien eingerichtet, determinantenorientierte Gesundheitsberichte erstellt oder sektorenübergreifende Gesundheitsziele entwickelt. Eine vielversprechende Möglichkeit zur konkreten Umsetzung von „Health in All Policies“ bietet das international etablierte Instrument „Health Impact Assessment“ (HIA).

Quellen

BMG (2011): Kindergesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMsSG (Hg.) (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien; http://www.goeg.at/media/download/berichte/Soziale_Ungleichheit.pdf (15. 12. 2009)

BZgA (Hg.) (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gamburg.

Commission of the European Communities (1997): Consolidated version of the Treaty establishing the European Community. In: Official Journal, C340, Commission of the European Community, Brussels, 173–308

CSDH (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Geneva

Dahlgren, Göran; Whitehead, Margret (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies. Stockholm

Fonds Gesundes Österreich (2005): Determinanten der Gesundheit. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinanten-der-gesundheit> (19. 05. 2010)

Gesundheit Österreich/Fonds Gesundes Österreich (2008): Warum Armut krank macht. Download 6.07.2010 <http://gesundesleben.at/zusammenleben/fakten/warum-armut-krank-macht>

Klimont, Jeannette; Ihle, Petra; Baldaszti, Erika; Kytir, Josef (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07. Statistik Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

McKeown Thomas; Lowe C. R. (1974): An introduction into social medicine. Blackwell Scientific Publications. Oxford

NAP.e 2010: Nationaler Aktionsplan Ernährung. Konsultationsentwurf. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. München

Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (Ed.) (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland

Townsend P; Davidson N. (1982): Inequalities in health: the Black Report. Harmondsworth

WHO (1999): Health 21 - Health for All in the 21th Century. European Health for All series No. 6. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Weltgesundheitsorganisation. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (15. 12. 2009)

Wismar, Matthias; Lahtinen, Eero; Ståhl, Timo; Ollila, Eeva; Leppo, Kimmo (2006): Introduction. In: Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (Ed.) (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland, xvii-xxx