

soziales_kapital

wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit
Nr. 9 (2013) / Rubrik "Thema" / Standortredaktion St. Pölten

Printversion:

<http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/255/406.pdf>

**Sabine Haas, Gudrun Braunegger-Kallinger, Christine Knaller & Petra Winkler
(Gesundheit Österreich):**

Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

Der Artikel präsentiert den Prozess und die Ergebnisse der Erarbeitung von Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich. Die Themen Chancengerechtigkeit und Sozialkapital als wichtige Bezugspunkte der Auswahl und Definition der Gesundheitsziele werden ausführlicher dargestellt.

Der Beitrag ist eine überarbeitete und stark gekürzte Fassung eines Berichts zu den Rahmen-Gesundheitszielen, der unter <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/praesentation/10-rahmen-gesundheitsziele-fuer-oesterreich/> zum Download zur Verfügung steht.

1. Einleitung

Gesundheitsziele gelten als relevantes Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen, die Entwicklung von Gesundheitszielen wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen. Es gibt sie in vielen Ländern und auch in den meisten österreichischen Bundesländern. Für Österreich ist die Erarbeitung von nationalen Gesundheitszielen sowohl im aktuellen Regierungsprogramm als auch in der 15a-BVG Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008-2013 vorgesehen.

Im Jahr 2011 verabschiedeten auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowohl die Bundesgesundheitskommission (BGK) – als oberstes Steuerungsgremium im Gesundheitsbereich – als auch der Ministerrat einen Auftrag zur Erarbeitung von Rahmen-Gesundheitszielen nach dem sogenannten „Health in All Policies“-Ansatz. Dahinter steht der Gedanke, dass den zentralen Herausforderungen für den Erhalt der Gesundheit am besten durch breit abgestimmtes, politikfeldübergreifendes Handeln begegnet werden kann.

In Folge wurden in einem etwa einjährigen Prozess unter Federführung des BMG und breiter Beteiligung relevanter Stakeholder wie auch der Bevölkerung (vgl. 2.) zehn Rahmen-Gesundheitsziele erarbeitet. Die zehn Rahmen-Gesundheitsziele (vgl. 4.) wurden im Sommer 2012 von BGK und Ministerrat beschlossen und sollen für die nächsten zwanzig Jahre gültig sein. Sie skizzieren, wie in Zukunft ein noch gesünderes Österreich aussehen soll und welche Weichenstellungen dafür notwendig sind.

Im Folgenden werden zentrale Aspekte des Erarbeitungsprozesses (vgl. 2.), die erarbeiteten Rahmen-Gesundheitsziele (vgl. 4) und ein Ausblick auf die nächsten Arbeitsschritte (vgl. 5) präsentiert. Des Weiteren werden die Themen *gesundheitliche*

Chancengerechtigkeit – das sich sowohl in einem spezifisch gewidmeten Gesundheitsziel als auch als Querschnittsthematik bei allen Rahmen-Gesundheitszielen Berücksichtigung fand – und *Sozialkapital und Gesundheit* – das Grundlage für ein Ziel zu sozialem Zusammenhalt war – eingehender behandelt (vgl. 3), da sie von spezifischem Interesse für den Bereich der Sozialarbeit sein dürften.

Der Beitrag ist eine überarbeitete und stark gekürzte Fassung eines Berichts¹ zu den Rahmen-Gesundheitszielen, der auf der Website zur den Rahmen-Gesundheitszielen zum Download zur Verfügung steht.

2. Eckpunkte des Erarbeitungsprozesses

Die Entwicklung von Rahmen-Gesundheitszielen wurde vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert und in weiterer Folge in Bundesgesundheitskommission, Ministerrat und Nationalrat beschlossen.

Da viele gesundheitsbestimmende Faktoren (sogenannte Gesundheitsdeterminanten) außerhalb des Gesundheitswesens liegen, wurden alle wesentlichen Politik- und Gesellschaftsbereiche aktiv eingebunden²: verschiedene Ressorts des Bundes, Länder, Sozialversicherung, Sozialpartner, gesundheitsrelevante Berufsgruppen, Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, PatientenvertreterInnen, VertreterInnen von Kindern, Jugendlichen und Senioren sowie die Armutskonferenz. Darüber hinaus gab es für alle am Thema Interessierten die Möglichkeit, via Internet ihre Meinung abzugeben³.

Den Auftakt des einjährigen Prozesses bildete eine Bundesgesundheitskonferenz Mitte Mai 2011, an der rund 300 VertreterInnen aus gesundheitsrelevanten Politik- und Gesellschaftsbereichen teilnahmen. Im Rahmen der Veranstaltung wurde das Vorhaben, Gesundheitsziele sektorenübergreifend zu entwickeln, vorgestellt, und erste Ideen wurden als Grundlage für die Arbeit im Plenum gesammelt (Ideenkonferenz).

Anfang Juli 2011 fand ein intersektoraler Politikdialog zum Thema statt, um eine Basis für eine politikfeldübergreifende Zusammenarbeit zu legen.

Fast 4.500 Bürgerinnen und Bürger haben von Mitte Mai bis Ende August 2011 die Möglichkeit genutzt, an der öffentlichen Ideensuche mitzuwirken und ihre Meinungen und Ideen zu den Rahmen-Gesundheitszielen über die Online-Plattform zu äußern. Alle eingegangenen Anregungen und Ideen wurden thematisch sortiert, ausgewertet und in den Plenumworkshops diskutiert. Mittels eines elektronischen Newsletters wurden Interessierte über aktuelle Entwicklungen während des Prozessverlaufes informiert.

Die konkrete Erarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele begann im Herbst 2011 in einem sektorenübergreifend und interdisziplinär zusammengesetzten Plenum mit 38 Repräsentantinnen und Repräsentanten aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, anderen Politikbereichen und Zivilgesellschaft. Das Plenum erarbeitete zwischen Oktober 2011 und März 2012 im Rahmen von fünf Workshops einen Vorschlag zu Rahmen-Gesundheitszielen für die Bundesgesundheitskommission. Die Arbeit des Plenums wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und der Gesundheit Österreich koordiniert bzw.

fachlich begleitet. Die Relevanz des Prozesses für das BMG wurde u. a. dadurch unterstrichen, dass die Projektleitung von der zuständigen Sektionsleiterin, Pamela Rendi-Wagner, selbst wahrgenommen wurde.

Ausgangsbasis für die Zielentwicklung im Plenum waren sechs vorab festgelegte Themenfelder: gesunde Lebensbedingungen / gesunde Verhältnisse, gesundes Verhalten, gesundheitliche Chancengleichheit, Gestaltung des Versorgungssystems, spezielle Zielgruppen und „Volkskrankheiten“. Bereits vorliegende Gesundheitsziele aus den Ländern sowie relevante Strategien (Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie) und Aktionspläne (Nationaler Aktionsplan Ernährung; Nationaler Aktionsplan Bewegung) auf Bundesebene wurden im Prozess berücksichtigt.

Neben der partizipativen Erarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele war es zentrale Aufgabe des Plenums, die Ergebnisse der Workshops an ihre Organisationen rückzukoppeln, um eine breite Akzeptanz der Ziele in den jeweiligen Organisationen sicherzustellen. Die Rückmeldungen aus den Organisationen flossen in den Prozess ein. Im letzten Plenumsworkshop Ende März 2012 wurden die Anmerkungen aus den Organisationen zum Letztentwurf des Plenums abschließend diskutiert und eingearbeitet.

Der Entwurf des Plenums zu den künftigen Rahmen-Gesundheitszielen wurde Ende April 2012 auf der Online-Plattform vorgestellt und am 24. Mai 2012 bei der Bundesgesundheitskonferenz gemeinsam von den Plenumsmitgliedern der Fachöffentlichkeit präsentiert. Im Juni 2012 wurden die Rahmen-Gesundheitsziele der Bundesgesundheitskommission und in der Folge dem Ministerrat und Nationalrat zur Beschlussfassung vorgelegt.

Die Erarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele war von einer Reihe von Grundprinzipien geleitet, die sich in den zehn ausgearbeiteten Rahmen-Gesundheitszielen widerspiegeln. Diese Prinzipien wurden zu Beginn der Arbeiten zur Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele vom Plenum auf Basis des Inputs von der Ideenkonferenz und der Online-Beteiligung festgelegt. Besondere Relevanz wurde folgenden Prinzipien beigemessen.

- *„Health in All Policies“-Ansatz*, d. h. Berücksichtigung des möglichen Beitrags verschiedener Politikfelder
- *Förderung von Chancengleichheit*, d. h. Berücksichtigung der Reduktion von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten als durchgängige Anforderung
- *Determinantenorientierung*, d. h. Ausrichtung an den Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung

Die erarbeiteten Ziele berücksichtigen daher jeweils die relevanten Einflussfaktoren und Politikfelder, beziehen sich auf gesellschaftliche Verhältnisse wie individuelles Verhalten und identifizieren den Beitrag in Bezug auf mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Sie setzen dort an, wo positiv auf die Erhaltung und Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung eingewirkt werden kann und rücken daher jene Faktoren in den Vordergrund, die die Gesundheit entscheidend beeinflussen, wie etwa Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit oder Umwelteinflüsse.

3. Chancengerechtigkeit und Sozialkapital als gesundheitspolitische Herausforderungen

Im Zuge bzw. als Grundlage der Auswahl bzw. Formulierung der Rahmen-Gesundheitsziele wurden die aktuellen Herausforderung bezüglich Erhalt bzw. Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung analysiert. Zwei relevante Aspekte, die dabei Beachtung fanden, sind Chancengerechtigkeit und Sozialkapital. Sie sollen hier ausführlicher dargestellt werden, da anzunehmen ist, dass für den Bereich der Sozialarbeit von besonderem Interesse sind.

3.1 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Chancengerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit bedeutet einen gerechten und fairen Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit, damit alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung und Erhaltung ihrer Gesundheit haben (Mielck 2000). Die Möglichkeiten des Zugangs zu und der Verteilung von Ressourcen werden meistens entlang von Unterschieden im sozioökonomischen Status beschrieben, wobei dem Einflussfaktor Bildung eine zentrale Bedeutung zukommt. Weitere Bestimmungsfaktoren sozialer Ungleichheit sind Geschlecht, Alter, Nationalität, Religionszugehörigkeit, Familienstand und Wohnregion (Mielck 2011).

Die ungleiche Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen in einer Gesellschaft – auch bezeichnet als soziale Ungleichheit – hat einen bedeutsamen Einfluss auf die Lebenschancen und damit auch auf die Gesundheit von betroffenen Personen, Gruppen oder Gesellschaften (Kreckel 1992; Mielck 2000). Soziale Ungleichheiten manifestieren sich in einem subjektiv schlechter bewerteten Gesundheitszustand, einer häufigeren Verbreitung von gesundheitlichen Risikofaktoren, einer erhöhten Krankheitslast sowie in einer verkürzten Lebenserwartung (Klimont et al. 2008; Till-Tentschert et al. 2011).

Wissenschaftlich belegt ist der Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Gesundheitszustand: Personen, deren höchste abgeschlossene Schulbildung ein Pflichtschulabschluss ist, geben viermal häufiger starke Beeinträchtigungen durch Behinderungen oder gesundheitliche Probleme an als Personen mit abgeschlossener Lehre oder mittlerem Schulabschluss. Die fernere Lebenserwartung im Alter von 35 Jahren ist für Männer mit Hochschulbildung um sechs Jahre höher als für jene mit Pflichtschulbildung, für Frauen beträgt der Unterschied 2,3 Jahre (Till-Tentschert et al. 2011).

In Hinblick auf die Erhöhung der Gesundheitschancen wird dem sozioökonomischen Einflussfaktor Bildung eine zentrale Bedeutung beigemessen, da der Bildungsstand den Lebensstandard einer Person wesentlich beeinflusst und eng mit dem Grad der Deprivation⁴ korreliert (WHO 1998). Bildung – die häufig mit einer höher qualifizierten Berufstätigkeit einhergeht – führt zu einem höheren Einkommen, einer niedrigeren Erwerbslosenquote und schützt dadurch vor Armutsgefährdung. Beispielsweise haben fast drei Viertel der „working poor“ (Personen, die trotz Erwerbstätigkeit armutsgefährdet sind) keine Matura (Till-Tentschert et al. 2011). Kinder, die einen höheren Bildungsstand erreichen oder eine bessere Berufsausbildung erhalten, haben bezogen auf ihre Gesundheit - sowie auf Beschäftigung und Einkommen – weitaus bessere Chancen für ihre Zukunft (WHO 1998).

Obwohl in unserem solidarischen System alle Menschen grundsätzlich den gleichen Zugang zur Bildung haben, scheint das Bildungsniveau über Generationen „vererbt“ zu werden: Während 40,6 Prozent der 15- bis 34-Jährigen aus einem akademischen Elternhaus einen tertiären Bildungsabschluss erreichen, tun dies lediglich 4,5 Prozent jener Personen, deren Eltern höchstens einen Pflichtschulabschluss haben.

Einkommen und Beschäftigung sind neben der Bildung wichtige soziale Gesundheitsdeterminanten. Ein geringes Einkommen wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus (erhöhte Morbidität, geringere Lebenserwartung, soziale Ausgrenzung etc.); Armut ist zudem ein großer Risikofaktor für die Gesundheit (WHO 1998).

Zwischen 1995 und 2008 ist in Österreich die Ungleichverteilung von lohnsteuerpflichtigen Einkommen aller ArbeitnehmerInnen um 9,2 Prozent gestiegen. Häufig ausgeprägt sind die Unterschiede bei Lohn- bzw. Einkommenshöhe zwischen Geschlecht, Berufsgruppe und Branche. Beispielsweise verdienen Frauen zwei Drittel vom durchschnittlichen Einkommen der Männer, wobei die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Arbeiterinnen und Arbeitern sowie bei den Angestellten am stärksten ausgeprägt sind (Till-Tentschert et al. 2011).

In Österreich sind eine Million Menschen armutsgefährdet. Die Hälfte davon ist manifest arm, d. h. sie verfügen über ein niedriges Einkommen und sind in ihrer Lebenslage sichtbar benachteiligt, indem sie sich grundlegende Bedürfnisse wie eine ausreichend warm geheizte Wohnung, Lebensmittel oder benötigte Kleidung nicht leisten können. Obwohl in Österreich der Anteil der von Armut betroffenen Menschen an der Gesamtbevölkerung deutlich unter dem EU-27-Durchschnitt liegt (Till-Tentschert et al. 2009), ist zu beachten, dass ohne Pensionen und Sozialtransfers die Armutsgefährdungsquote nicht bei 12,1 Prozent, sondern bei 43 Prozent läge (Till-Tentschert et al. 2011). Familienbezogene Sozialleistungen sind in Hinblick auf die Wahrung der Gesundheit der Kinder zentral, denn sie reduzieren das Risiko von Armutsgefährdung in dieser Bevölkerungsgruppe sogar um knapp 50 Prozent (Stegeman/Costongs 2012).

Hinsichtlich eines sozial ausgewogenen Zugangs zum Gesundheitssystem zählt das österreichische Gesundheitssystem zu einem der besten Europas, jedoch kann durch Selbstzahlungen privater Haushalte, die nicht durch soziale Maßnahmen abgedeckt werden können, der Zugang zum Gesundheitssystem insbesondere für einkommensschwache Haushalte eingeschränkt werden. Zu den sogenannten „out-of-pocket payments“ zählen beispielsweise Rezeptgebühren, Kostenbeiträge für stationäre Aufenthalte oder private Ausgaben für Selbstmedikation. „In Österreich lag der Anteil von Selbstzahlungen der privaten Haushalte an den Gesundheitsausgaben mit 15,4 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt von 12,2 Prozent“ (Habl/Bachner 2010).

Zu berücksichtigen ist, dass gesundheitliche Ungleichheiten hohe menschliche und wirtschaftliche Kosten verursachen und meist vermeidbar sind. Der Einkommensunterschied in einer Gesellschaft verringert auch die Aufstiegschancen der nächsten Generation. Diese Unterschiede müssen daher nach Möglichkeit in einer Generation ausgeglichen werden (Marmot 2011).

3.2 Sozialkapital und Gesundheit

Der soziale Zusammenhalt einer Gesellschaft – auch als Sozialkapital oder soziale Kohäsion bezeichnet – leistet als protektiver Faktor einen wichtigen Beitrag für Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden (Siegrist et al. 2009). Das Sozialkapital steht in einem direkten Zusammenhang mit dem wirtschaftlichen Erfolg und der Sicherheit einer Region und hat positive Auswirkungen auf die Stabilität der Gesellschaft (vgl. Bundesministerium für Unterricht/Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2009).

Es können grob drei relevante Ebenen des sozialen Zusammenhalts bzw. des Sozialkapitals unterschieden werden:

- der Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene (Makroebene), der durch die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird;
- der Zusammenhalt in Nachbarschaften und sozialen Netzwerken (Mesoebene);
- und der Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis (Mikroebene).

Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Zusammenhalt zeigt sich sowohl hinsichtlich der individuellen als auch der gesellschaftlichen Ebene: Internationale Studien fanden Korrelationen zwischen sozialem Kapital und Mortalität, Suiziden und selbsteingeschätzter Gesundheit (Siegrist et al. 2009). Die Daten der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ zeigen, dass auch in Österreich Menschen, die mit ihren sozialen Beziehungen und der Unterstützung durch Freunde sehr zufrieden sind, ihren Gesundheitszustand deutlich besser einschätzen als jene, die in sozialer Hinsicht sehr unzufrieden sind (Abbildung 1).

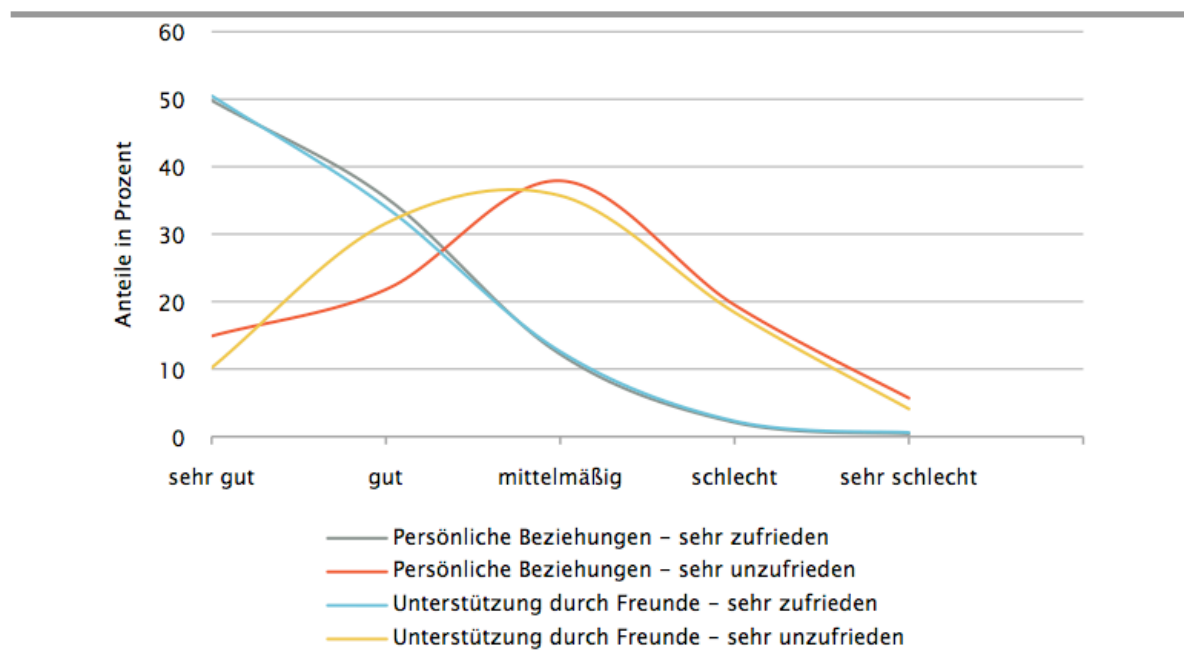


Abbildung 1: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen, in Prozent (Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG)

Im „European Social Survey“ wurde auf Basis eines für Analysezwecke gebildeten „Index des sozialen Vertrauens“ festgestellt, dass Länder mit niedrig ausgeprägtem sozialem Kapital einen hohen Anteil von Personen mit selbsteingeschätztem mittelmäßigem oder schlechtem Gesundheitszustand aufweisen. In Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten ist relevant, dass der Anteil jener mit hohen Werten für soziales Vertrauen bei Personen mit hoher Bildung größer ist als bei jenen mit niedriger Bildung (Siegrist et al. 2009).

Anhand der Einkommensverteilung – eines wichtigen Aspekts der sozialen Kohäsion – konnte gezeigt werden, dass es Gesellschaften, die durch weniger Einkommensunterschiede (damit auch mehr Solidarität) gekennzeichnet sind, in sozialer und gesundheitlicher Hinsicht besser geht. In Gesellschaften, in denen die Kluft zwischen Arm und Reich kleiner ist, ist der soziale Stress – nicht nur für die Unterschicht, sondern auch für die Mittel- und die Oberschicht – geringer, was sich positiv auf die Gesundheit auswirkt. Umgekehrt sinken mit dem Grad der Ungleichheit Niveau des Vertrauens, Lebenserwartung, schulische Leistungen der Kinder und soziale Mobilität, während psychische Erkrankungen, Alkohol- und Drogensucht, Säuglingssterblichkeit, Fettleibigkeit, Teenager-Schwangerschaften, Selbstmorde und Zahl der Gefängnisstrafen steigen (Wilkinson/Pickett 2009).

Eine Förderung des sozialen Zusammenhalts auf gesellschaftlicher Ebene, beispielsweise durch Einkommensumverteilung, Chancengerechtigkeit oder ein solidarisches Sozialversicherungssystem, trägt daher dazu bei, soziale Kosten zu reduzieren.

Internationale Studien belegen eine Abnahme des sozialen Zusammenhalts (sowohl bezüglich sozialer Bindungen als auch Einkommensgleichheit) in den europäischen Wohlstandsgesellschaften. Die Einkommensunterschiede haben nach Angaben der OECD von Mitte der 1980er Jahre bis zur Mitte der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts deutlich zugenommen. Im österreichischen Sozialbericht 2009/2010 (Bundesministerium für Arbeit 2010) wird eine starke und steigende Konzentration des Vermögens vor allem für Immobilien und Geld festgestellt. So besitzen die reichsten zehn Prozent der Bevölkerung etwas mehr als die Hälfte des gesamten Geldvermögens. Bezüglich der individuellen Ebene zeigen beispielsweise Studien aus Vorarlberg, dass die sozialen Bindungen abnehmen und in der Folge Vereinsamung, Sich-Einkapseln und Kulturkonflikte zunehmen – wobei es in den untersuchten Städten auch starke Gemeinschaftskräfte (aktives Vereinsleben, Verbundenheit) gibt (Büchel-Kapeller/Hellrigl 2009).

Soziale Gerechtigkeit, Solidarität, wertschätzender Umgang mit Vielfalt sowie Mitgestaltungsmöglichkeiten bilden eine wichtige Basis für gesellschaftlichen Zusammenhalt, da sie das Gemeinschaftsgefühl und das soziale Vertrauen stärken. Der soziale Zusammenhalt sowohl innerhalb als auch zwischen verschiedenen Generationen und Geschlechtern sowie sozioökonomischen und soziokulturellen Gruppen hat Relevanz für die gesamte Gesellschaft. Die sozialen Beziehungen und Bindungen – auf Ebene einer Gemeinde, einer Institution, eines Unternehmens oder der Gesellschaft – beeinflussen die Lebensqualität auf vielen Ebenen, beispielsweise Arbeitsqualität und -zufriedenheit, die Qualität einer Nachbarschaft/eines Wohnviertels oder das Wohlbefinden in der Schule oder in einem Seniorenheim. Sozialer Zusammenhalt bedeutet auch Solidarität mit kranken Menschen in den Lebens- und Arbeitswelten. Die Pflege von sozialen Beziehungen, die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten und die Teilhabe an demokratischen, gemeinschaftlichen Prozessen brauchen Zeit sowie entsprechende Räume und Strukturen.

4. 10 Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

Es wurden zehn Rahmen-Gesundheitsziele ausgearbeitet und beschlossen. Jedes Ziel verfügt über eine Zielformulierung und eine Zielerläuterung:

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

Die Gesundheit der Bevölkerung wird wesentlich von den Rahmenbedingungen der Lebens- und Arbeitswelt und somit von Entscheidungen in allen Politikbereichen bestimmt und nicht nur von individuellem Verhalten und von körperlichen Faktoren. Besonders im Alltag, also dort, wo Menschen leben, spielen, lernen, arbeiten, unterwegs sind und ihre Freizeit verbringen, werden die Lebensqualität und die Gesundheit der Menschen geschaffen. Daher ist es von zentraler Bedeutung, die Lebens- und Arbeitswelten der Menschen so zu gestalten, dass diese gesundheitsförderlich sind und die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben möglich ist. Dazu braucht es den Beitrag aller relevanten Akteurinnen und Akteure und damit das Zusammenwirken von Bund, Ländern, Gemeinden/Städten, Körperschaften öffentlichen Rechts und der Sozialpartnerschaft über alle Politik- und Gesellschaftsbereiche hinweg. Hohen Stellenwert haben des Weiteren Beteiligungs-, Mitgestaltungs- und Mitentscheidungsmöglichkeiten der BürgerInnen für ihre Lebens- und Arbeitswelten.

Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

Alle Bevölkerungsgruppen sollen über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Bildung ist neben Sozialstatus und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit. Insbesondere in Hinblick auf gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast ist die Chancengerechtigkeit sicherzustellen. Es soll für alle Altersgruppen gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft oder Wohnregion sowie Geschlecht dieselben Gesundheitschancen bestehen. Hierzu bedarf es unter anderem der Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in allen Lebensbereichen sowie fairer Ausgangsbedingungen im Bildungssystem. Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist. Schaffung und nachhaltige Sicherstellung des Zugangs für alle zu evidenzbasierten Innovationen im Gesundheitsbereich muss gemeinsames Ziel aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem sein.

Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung. Sie soll die Menschen dabei unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern. Dazu gilt es unter anderem, bei allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei

benachteiligten Gruppen, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu stärken, den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern. Im Gesundheitssystem soll die Rolle der PatientInnen bzw. NutzerInnen und damit auch die Patientensouveränität gestärkt werden. Für die Menschen soll es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche PartnerInnen im System wahrzunehmen.

Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

Eine gesunde Umwelt stellt eine wichtige gesundheitliche Ressource dar. Umweltfaktoren können Gesundheit und Wohlbefinden aber auch beeinträchtigen und chronische Erkrankungen (wie Atemwegserkrankungen und bestimmte Krebserkrankungen) mit verursachen. Die Bevölkerung ist in unterschiedlichem Ausmaß Umweltbelastungen ausgesetzt. Vulnerable Gruppen und Kinder müssen besonders geschützt werden. Im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitssicherung ist es von hoher Bedeutung, Luft, Wasser, Boden und den gesamten natürlichen Lebensraum zugänglich und sauber zu halten sowie sichere und qualitativ hochwertige Lebensmittel zu produzieren. Eine nachhaltige Gestaltung unserer Lebensräume und eine Stärkung der persönlichen Umweltkompetenz sind Beiträge für die Gesundheit heutiger und zukünftiger Generationen.

Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

Soziale Beziehungen und Netzwerke leisten einen wichtigen Beitrag für Gesundheit und Wohlbefinden – solidarische Gesellschaften sind gesünder. Der soziale Zusammenhalt sowohl innerhalb der als auch zwischen verschiedenen Generationen und Geschlechtern sowie sozioökonomischen und soziokulturellen Gruppen ist für die Lebensqualität in einer Gesellschaft von Bedeutung. Sozialer Zusammenhalt, wertschätzender Umgang mit Vielfalt sowie Mitgestaltungsmöglichkeiten und ein gestärktes Verantwortungsbewusstsein des Einzelnen für die Gesellschaft stärken das Gemeinschaftsgefühl. Sie bilden damit im Zusammenwirken mit entsprechenden Sozialkompetenzen der Menschen eine wichtige Basis für gesellschaftlichen Zusammenhalt und für die Gesundheit der Bevölkerung. Die Pflege von sozialen Beziehungen, ehrenamtliche Tätigkeit und die Teilhabe an demokratischen, gemeinschaftlichen Prozessen (soziale Gesundheit) brauchen Zeit sowie entsprechende Strukturen.

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

Kinder und Jugendliche verdienen besondere Beachtung, da in der frühen Lebensphase die Grundlage für eine gesunde Lebensweise und lebenslange Gesundheit gelegt wird. Ungleichheiten in den Gesundheitschancen in der frühen Kindheit können sich in Ungleichheiten im Erwachsenenalter fortsetzen, auch den

Gesundheitszustand betreffend. Optimale Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche haben daher einen langfristigen Nutzen für die Betroffenen wie auch für die Gesellschaft. Bereits in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren der Kinder ist es wichtig, Eltern und Erziehungsberechtigte dabei zu unterstützen, ihre Kinder gut zu versorgen und eine sichere und positive Bindung zu ihnen aufzubauen, weil dies einen bedeutenden Schutzfaktor für Gesundheit darstellt. Daher soll neben alltagspraktischer Unterstützung die Beziehungs- und Erziehungskompetenz von Eltern auch in Hinblick auf ihre Vorbildwirkung und Verantwortung gefördert werden. Die geschlechtsspezifische Förderung von Bildung und Lebenskompetenzen im Kindesalter ist ein wichtiger Beitrag für eine gesunde Lebensgestaltung. Darüber hinaus ist eine umfassende und für alle zugängliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit bedarfsgerechten Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

Die Ernährung übt einen grundlegenden Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen in allen Lebensphasen aus. Durch eine ausgewogene Ernährung kann das Risiko für viele chronische Erkrankungen (insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes) reduziert werden. Das Angebot in der Gemeinschaftsverpflegung – sei es in Kindergarten, Schule, Betrieb, Krankenhaus oder Seniorenheim – soll daher nach gesundheitsförderlichen Kriterien zusammengestellt und schonend zubereitet sein und auch besondere Ernährungsbedürfnisse berücksichtigen. Gesundheitliche, ökologische und soziale Aspekte sollen auch bei der Herstellung, Verarbeitung und Vermarktung von Lebensmitteln berücksichtigt werden. Eine gesundheitsförderliche Ernährung mit hochwertigen Lebensmitteln muss für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich sein. Saisonale und regionale Lebensmittel sind ein wichtiger Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Ernährung. Die Ernährungskompetenz soll bei allen Menschen – insbesondere bei Kindern, Jugendlichen, Schwangeren, Eltern/Erziehungsberechtigten und älteren Menschen – gefördert werden.

Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

Regelmäßige körperliche Aktivität beeinflusst Gesundheit grundlegend und nachhaltig positiv. Sie beugt vielen chronischen Krankheiten vor und begünstigt psychisches und körperliches Wohlbefinden. Ausreichend Bewegung ist vom frühen Kindesalter bis ins hohe Alter unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsförderung. Ziel ist deshalb, ausreichend Bewegung in den Alltag zu integrieren, wofür die Lebenswelten inklusive Infrastruktur (wie Radwege, Spielplätze, Schulwege und Pausenräume) so gestaltet sein müssen, dass sie Bewegung ermöglichen und dazu anregen. Neben dem Schaffen von Freiräumen für sichere Bewegung im Alltag sollen Bewegungskompetenz und Freude an Bewegung und Sport insbesondere in Kindergärten und Schulen, in Senioren- und Pflegeheimen sowie im Vereinswesen gefördert werden. Die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

Psychosoziale Gesundheit ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität und steht in Wechselwirkung mit akuten und insbesondere chronischen Erkrankungen. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen sollen so gestaltet werden, dass die psychosoziale Gesundheit in allen Lebensphasen gefördert wird und psychosoziale Belastungen und Stress möglichst verringert werden. Besonderes Augenmerk soll auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und auf Maßnahmen zur Gewalt- und Suchtprävention (z. B. Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten wie Essstörungen) gelegt werden. Das Wissen und die Sensibilität in Bezug auf psychische Erkrankungen soll erhöht werden, mit dem Ziel einer umfassenden Entstigmatisierung. Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige (vor allem Eltern und Kinder) müssen umfassend und bedarfsgerecht versorgt und in der Gesellschaft integriert bleiben bzw. in sie integriert werden.

Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Die Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung braucht eine an den Patientinnen und Patienten orientierte, bedarfsgerechte, koordinierte, wirkungs- und prozessorientierte sowie qualitätsgesicherte Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Das öffentliche solidarische Gesundheitssystem muss daher nachhaltig abgesichert sein. Prioritäre Anliegen sind das Stärken von Prävention und Vorsorge sowie der primären Gesundheitsversorgung und die Gewährleistung des zielgruppenspezifischen und diskriminierungsfreien Zugangs, insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Integrierte, multiprofessionelle und gesundheitsförderliche Versorgungssysteme und Netzwerkstrukturen leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualität, Effektivität und Effizienz. Wirksame Früherkennung, Frühintervention, integrierte Versorgung und das Stärken der Patientenkompetenz im Umgang mit ihrer Erkrankung sind von zentraler Relevanz. Ein zukunftsorientiertes Gesundheitswesen bedarf effizienter und zweckmäßiger Planung, Steuerung und Finanzierung in gemeinsamer Verantwortung auf Basis eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems. Transparenz und Orientierung an Qualitätszielen sind im Hinblick auf Patientensicherheit und Patientennutzen erforderlich. Entsprechende Kapazitätsentwicklung (Capacity building) in den Bereichen Public Health, Gesundheitsökonomie, Gender-Medizin, Versorgungsforschung sowie praxisnahe und bedarfsgerechte Ausbildung und kontinuierliche Fortbildung für Gesundheitsberufe sind erforderlich. Gute Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe können einen wesentlichen Beitrag zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung leisten.

5. Ausblick

Die Rahmen-Gesundheitsziele stellen einen ersten Schritt für eine Strategie im Sinne der WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ dar und bieten eine grundlegende Orientierung. In einem zweiten Schritt ist nunmehr die Erarbeitung eines auf den Rahmen-Gesundheitszielen basierenden Strategie- und Maßnahmenkonzepts geplant. Dieses soll konkrete Ziele der einzelnen Politikbereiche, Sektoren und Organisationen für ihren Zuständigkeitsbereich mit Indikatoren und definierten

Zeithorizont ebenso beinhalten wie daraus abgeleitete Maßnahmen. Die Institutionen und Einrichtungen aller gesundheitsrelevanten Politik- und Gesellschaftsbereiche sollen weiterhin breit eingebunden sein, und die Erarbeitung und Umsetzung der Ziele soll – wo immer möglich – sektorenübergreifend erfolgen. Ein politikfeldübergreifendes und interdisziplinär zusammengesetztes Plenum soll dabei wieder eine maßgebliche Rolle spielen.

Die Erarbeitung des Strategie- und Maßnahmenkonzeptes wird wiederum vom Bundesministerium für Gesundheit und der Gesundheit Österreich koordiniert bzw. fachlich begleitet. Der Auftrag für die zweite Prozessphase erfolgte im Herbst 2012 in der Bundesgesundheitskommission. Die Vorarbeiten wurden bereits begonnen und im Februar 2013 wird das Gesundheitsziele-Plenum wieder seine Arbeiten aufnehmen.

In einem dritten Schritt soll die konkrete Umsetzung von Maßnahmen im Sinne einer „Gesundheit für alle“ Strategie – wie von der WHO vorgesehen – erfolgen, die durch ein Monitoring und eine regelmäßige Berichterstattung begleitet werden soll.

Verweise

¹ siehe <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/presentation/10-rahmen-gesundheitsziele-fuer-oesterreich/>

² siehe <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/arbeit-im-plenum/organisationen-im-plenum/>

³ siehe <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/ideen-sammlung/ihre-meinung-ist-gefragt/>

⁴ Der Begriff Deprivation beschreibt die Einschränkungen der täglichen Lebensführung aufgrund mangelnder Ressourcen (Lamei/Til-Tentschert 2005, zitiert nach Till-Tentschert et al. 2011).

Literatur

Büchel-Kapeller, Kriemhild; Hellrigl, Manfred (2009): Sozialkapital – von der Theorie zur Praxis. In: SuchtMagazin 1/32-35

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.) (2010): Sozialbericht 2009-2010. Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. Wien

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur; Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (2009): Sozialkapital. Das Leben im Netz sozialer Beziehungen. Wien

Habl, Claudia; Bachner, Florian (2010): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich 2009. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Klimont, Jeanette; Ihle, Petra; Erika, Baldazsti; Kytir, Josef (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien

Kreckel, Reinhard (1992): Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit. Campus Verlag, Frankfurt am Main

Marmot, Michael (2011): Plenarvortrag. 4 Europäische Public Health Konferenz, Kopenhagen

Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Mielck, Andreas (2011): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

<http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=fb5bdb7682d22a0a089ac181e9e06306&id=angebote&idx=165>
[Zugriff am 11.5.2012]

Siegrist, Johannes; Dragano, Nico; dem Knesebeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter Matthias/Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 167-180

Stegeman, Ingrid; Costongs, Caroline (2012): The Right Start to a Healthy Life Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union – What Works?, EuroHealthNet, Brüssel

Till-Tentschert, Ursula; Glaser, Thomas; Heuberger, Richard; Kafka, Elisabeth ; Lamei, Nadja; Skina, Magdalena; Till, Matthias (2009): Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008 Eingliederungsindikatoren. Sozialpolitische Studienreihe, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

Till-Tentschert, Ursula; Till, Matthias; Glaser, Thomas; Heuberger, Richard; Kafka, Elisabeth; Lamei, Nadja; Skina-Tabue, Magdalena (2011): Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010. Sozialpolitische Studienreihe, Statistik Austria, Bd. 8, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

WHO (Hg.) (1998): Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. (In: Europäische Schriftenreihe "Gesundheit für alle" Nr 5. Dänemark

Wilkinson, Richard; Pickett, Kate (2009): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Tolkemitt bei Zweitausendeins, Berlin

Über die Autorinnen



Mag. Dr. Sabine Haas, Jg. 1963

Sabine.Haas@goeg.at

Studium der Soziologie an der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien und Doktoratsstudium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Universität Wien - Studienzweig Soziologie; koordiniert an der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG den Arbeitsbereich Prävention. Nach langjährigen Arbeitsschwerpunkten zu den Themen HIV/AIDS und Drogen/Sucht in den letzten Jahren vor allem mit Grundlagen von (struktureller) Prävention und Gesundheitsförderung, Strategien zur intersektoralen Verankerung von Gesundheit sowie mit den sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit befasst.



Mag. Gudrun Braunegger-Kallinger, Jg. 1973

Gudrun.Braunegger@goeg.at

Soziologin, Studium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Doktoratsstudium der Soziologie laufend; Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an der Universität Wien, zu Themenschwerpunkten Zivilgesellschaft, Beteiligung von Laien im Gesundheitswesen, PatientInnenorganisationen, seit 2010 an der GÖG als Gesundheitsreferentin im Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich zum Themenbereich gesundheitliche Chancengerechtigkeit; weiterer Arbeitsschwerpunkt ist Gesundheitsförderungsforschung.



Mag. (FH) Christine Knaller, Jg. 1985

Christine.Knaller@goeg.at

Gesundheitswissenschaftlerin, Studium Gesundheitsmanagement im Tourismus an der FH JOANNEUM, postgradualer Universitätslehrgang Public Health an der Medizinischen Universität Graz, seit März 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Gesundheit Österreich/Geschäftsbereich ÖBIG, Arbeitsschwerpunkte sind Strategien und Instrumente zur Umsetzung von Health in All Policies, Gesundheitsfolgenabschätzung, Aufbereitung von Evidenz im Bereich Public Health/Gesundheitsförderung



DI Petra Winkler, Jg. 1965

Petra.Winkler@goeg.at

Studium der Raumplanung und Raumordnung an der TU Wien; koordiniert an der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG den Arbeitsbereich Gesundheitsberichterstattung. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung lag in den letzten Jahren der Arbeitsschwerpunkt auf bevölkerungsspezifischen Gesundheitsberichten, namentlich Frauen und insbesondere Kinder. Insgesamt ging es um eine stärkere Vernetzung mit Prävention und um die Erarbeitung von Gesundheitsförderungsstrategien, im Sinne des Public Health Action Cycle.

Abstract

Die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat haben 2011 die Erarbeitung von Rahmen-Gesundheitszielen beschlossen. Ausgehend vom Wissen, dass viele gesundheitsbestimmende Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens liegen, wurde entschieden, dass die Erarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele dem Ansatz

„Gesundheit in allen Politikfeldern“ folgen und unter breiter Einbindung aller wichtigen Politik- wie Gesellschaftsbereiche erfolgen soll.

Die 10 Rahmen-Gesundheitsziele wurden in einem einjährigen Prozess entwickelt und von der Bundesgesundheitskommission und dem Ministerrat im Sommer 2012 beschlossen. Chancengerechtigkeit und Sozialkapital waren Schlüsselaspekte, die bei der Definition der Ziele Berücksichtigung fanden. Die Rahmen-Gesundheitsziele stellen einen ersten Schritt eines längerfristigen Prozesses zur Erarbeitung und Umsetzung einer Strategie „Gesundheit für alle“ dar.

In 2011 the Bundesgesundheitskommission (federal health commission) and the Austrian Council of Ministers decided that health targets at federal level should be developed. Based on the recognition that the health of the population is determined by living conditions and lifestyles which are influenced by many sectors and not by the health care sector alone, it was decided that the Health in All Policies should be the core principle for the health targets and that broad participation of relevant sectors of policy as well as civil society is key in the process of elaboration.

The 10 health targets developed in a one-year process were officially approved by the Bundesgesundheitskommission and the Council of Ministers in Summer 2012. Equity and social capital were among the key aspects taken into account for defining the health targets. The health targets are just a first step in a longer-term process to come up with and implement an Austrian strategy “Health for all” based on a Health in All Policies view.

Keywords: Gesundheitsziele, Chancengerechtigkeit, Sozialkapital, Partizipation, Gesundheitsförderung, Prävention