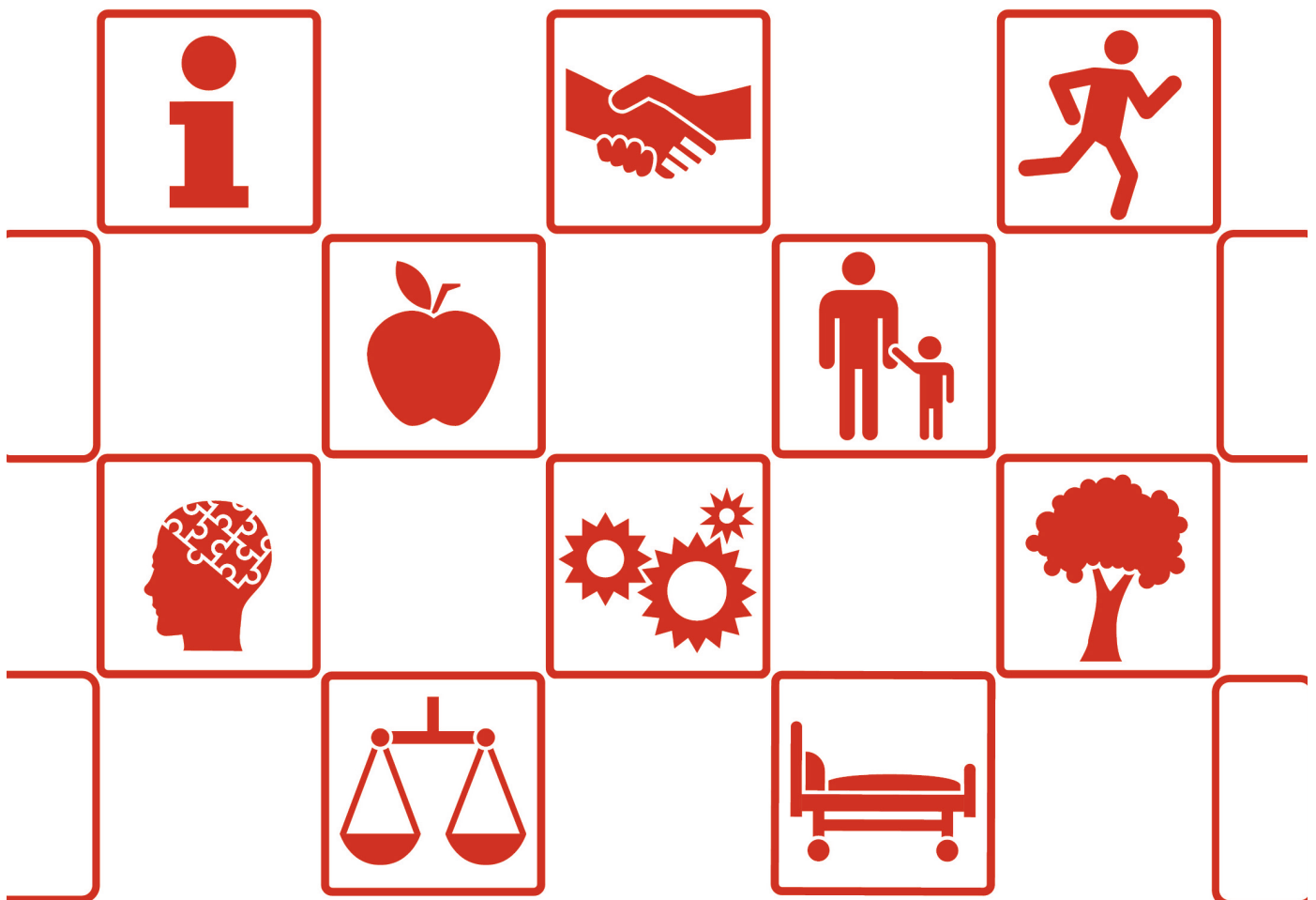


Gesundheitsziele Österreich

Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes
Österreich – Langfassung



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)
Radetzkystraße 2, 1030 Wien
www.bmgf.gv.at

Prozessbegleitung

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Logo und Layout Umschlag

Mag.^a Natascha Safarik (BMGF)

Druck

Kopierstraße des BMGF

Die vorliegende Publikation steht als Download unter
www.gesundheitsziele-oesterreich.at zur Verfügung.

ISBN 978-3-903099-12-8

Wien 2012, Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort

Präambel

Gesundheit für alle

Die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat haben 2011 die Erarbeitung von Gesundheitszielen beschlossen. Mit diesen Zielen wird umrissen, wie in Zukunft ein noch gesünderes Österreich aussehen soll und welche Weichenstellungen dafür notwendig sind. Der Entwurf liegt nun vor: Die zehn Gesundheitsziele sollen für die nächsten zwanzig Jahre gültig sein.

Erklärtes Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen. Es geht darum, die Gesundheit der Menschen zu erhalten und nicht erst auf das Kranksein zu reagieren. So kann nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung verbessert, sondern auch eine Entlastung des Gesundheitsversorgungssystems bewirkt werden.

Mehr gesunde Lebensjahre

Die Gesundheitsziele sollen konkret dazu beitragen, dass in den nächsten zwanzig Jahren die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre im Durchschnitt um zwei Jahre steigen.

Österreich hat ein sehr leistungsfähiges Gesundheitssystem, die Lebenserwartung liegt über dem Durchschnitt der OECD-Staaten, jedoch liegt die Zahl der bei guter Gesundheit erlebten Jahre darunter. Menschen, die in Österreich leben, können knapp sechzig gesunde und beschwerdefreie Lebensjahre erwarten. Damit liegt Österreich unter dem EU-Durchschnitt. Deshalb ist es ein vorrangiges Ziel, die Zahl der gesunden Jahre zu erhöhen.

Die Gesundheitsziele setzen dort an, wo positiv auf die Erhaltung und Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung eingewirkt werden kann. Die Gesundheitsziele rücken daher jene Faktoren in den Vordergrund, die die Gesundheit entscheidend beeinflussen, wie etwa Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit oder Umwelteinflüsse.

Ein breites Thema braucht einen breit angelegten Prozess

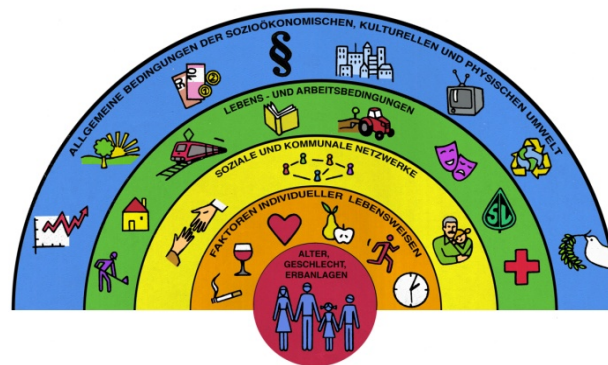
Gesundheitsziele gibt es auch in anderen Ländern und werden von der WHO empfohlen. In der internationalen Wahrnehmung wird der österreichische Prozess zur Erarbeitung der Gesundheitsziele als vorbildlich gesehen, da alle wesentlichen Politik- und Gesellschaftsbereiche aktiv eingebunden sind. Die Erarbeitung der Gesundheitsziele für Österreich ist auf breitestmöglicher Basis erfolgt, da viele gesundheitsbestimmende Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens liegen. Eingebunden sind alle relevanten politischen und gesellschaftlichen Bereiche: verschiedene Ressorts des Bundes, Länder, Sozialversicherung, Sozialpartner, gesundheitsrelevante Berufsgruppen, Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen, Gesundheits- und

Sozialeinrichtungen, Patientenvertreter/innen, Vertreter/innen von Kindern, Jugendlichen und Senioren sowie die Armutskonferenz. Darüber hinaus gab es für alle am Thema Interessierte die Möglichkeit, im Internet ihre Meinung abzugeben.

Grundprinzipien

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

- ✓ *Determinantenorientierung*, d. h. Ausrichtung an den Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung



- ✓ „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
- ✓ Ressourcenorientierung, d. h. Orientierung an Ressourcen im Sinne von Stärken und Potenzialen
- ✓ Public-Health-Orientierung, d. h. Ausrichtung an einem Nutzen in Hinblick auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen
- ✓ Zukunftsorientierung + Nachhaltigkeit, d. h. Ausrichtung an einem langfristigen Nutzen für die Bevölkerungsgesundheit
- ✓ Evidenzbasierung, Wirkungsorientierung + Relevanz, d. h. Beleg der Sinnhaftigkeit und Relevanz durch Daten und Fakten
- ✓ Verständlichkeit, d. alltagsprachliche Formulierungen, die auch für Nicht-Fachleute verständlich sind

Besondere Relevanz wurde den ersten drei Prinzipien beigemessen. 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.

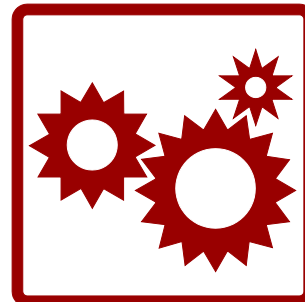
Gemeinsamer Handlungsrahmen

Die Gesundheitsziele schaffen einen gemeinsamen Handlungsrahmen, der von allen beteiligten Institutionen mitgetragen und dem in den kommenden Monaten ein verbindlicher und breit mitgetragener Umsetzungsplan folgen wird. Dabei wird wiederum institutionenübergreifend zusammengearbeitet.

10 Gesundheitsziele für Österreich

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 Bürger/innen 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 und Patienten bzw. Nutzer/innen 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 Partner/innen 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.

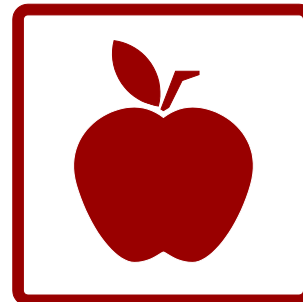
**Ziel 6:****Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen**

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.



Inhalt

Abbildungen und Tabellen	XVI
Abkürzungen.....	XVII
1 Ausgangslage	1
2 Entwicklungsprozess	4
3 Gesundheitsziele für Österreich	7
Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen	7
Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen.....	12
Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	17
Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern	22
Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken.....	27
Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen	32
Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen.....	37
Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern	42
Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern.....	47
Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen	51
4 Nächste Schritte / Ausblick	56
5 Literatur	58
6 Glossar	67
7 Beteiligte Institutionen und Personen	78

Abbildungen

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Zielentwicklungsprozess im Überblick.....	6
Abbildung 3.1:	Risikofaktoren für vorzeitigen Bildungsabbruch.....	9
Abbildung 3.2:	Höchste abgeschlossene Schulbildung der 15- bis 34-Jährigen nach höchster abgeschlossenen Schulbildung der Eltern.....	14
Abbildung 3.3:	Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz im europäischen Vergleich	18
Abbildung 3.4:	Belastung der städtischen Bevölkerung durch Luftverschmutzung mit Ozon – Mikrogramm pro Kubikmeter	23
Abbildung 3.5:	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen, in Prozent	28
Abbildung 3.6:	Ausgewählte Lebensstilindikatoren von Jugendlichen in Österreich nach Altersstufen, 2010	33
Abbildung 3.7:	Anteil der 11- und 15-jährigen Schüler/innen, die angeben, mindestens einmal täglich Obst/Früchte zu essen, nach Geschlecht, 1990 bis 2010.....	38
Abbildung 3.8:	Sitzende Freizeitaktivitäten (Fernsehen, Computernutzung) bei 11- bis 17-jährigen Schülerinnen/Schülern 2010	43
Abbildung 3.9:	Sport und körperliche Aktivität in Österreich im Vergleich zum EU-27-Durchschnitt 2009.....	44
Abbildung 3.10:	Entwicklung der psychischen Krankheiten – Krankenstandstage 1996-2010	48
Abbildung 3.11:	Ausgewählte Indikatoren zur Versorgungsstruktur im europäischen Vergleich, 2007	52
Abbildung 4.1:	Prozessschritte nach Erarbeitung der Gesundheitsziele.....	56

Abkürzungen

AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BKA	Bundeskanzleramt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMB	Bundesministerium für Bildung
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMFJ	Bundesministerium für Familie und Jugend
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CT	Computertomographie
d. h.	das heißt
etc.	et cetera
EW	Einwohner/innen
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
HV	Hauptverband
HVS	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
MR	Magnetresonanz-Tomographie
NÖ	Niederösterreich
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
z. B.	zum Beispiel

1 Ausgangslage

Die **Lebenserwartung** in Österreich ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen und zählt heute zu einer der höchsten in den OECD-Ländern (OECD 2011). 2010 in Österreich geborene Buben können bereits mit knapp 78 Lebensjahren, Mädchen mit rund 83 Lebensjahren rechnen. Im Vergleich dazu war die Lebenserwartung 1980 mit 69 Jahren für Männer und 76 Jahren für Frauen noch deutlich niedriger (eigene Berechnung der GÖG).

Bei der **gesunden Lebenserwartung**¹ liegt Österreich im internationalen Vergleich jedoch lediglich im Mittelfeld. 2010 beträgt in EU-27-Ländern die durchschnittliche Lebenserwartung in Gesundheit bei Männern durchschnittlich 61,7 und bei Frauen 62,6 Jahre. In Österreich geborene Männer und Frauen können nur 59,3 bzw. 60,7 gesunde Lebensjahre erwarten (Eurostat 2012a; Eurostat 2012b).

In Hinblick auf das Ziel, die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre zu erhöhen und damit im internationalen Vergleich aufzuholen, ist die Politik mit **zentralen Herausforderungen** konfrontiert:

- » Rund zwei Drittel der Bevölkerung in hoch entwickelten Ländern wie Österreich versterben an chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Krebs), die primär durch lebensstilrelevante Faktoren verursacht sind und somit weitgehend als vermeidbar gelten (OECD 2011; WHO o. J.). Auf Risikofaktoren chronischer, nicht übertragbarer Krankheiten – wie dauerhafte Stressbelastung, ungesunde Ernährung oder Bewegungsmangel – kann das Gesundheitssystem präventiv nur bedingt Einfluss nehmen. Viel größer ist der Einfluss der alltäglichen Lebensbedingungen, die durch alle Politikbereiche gestaltet werden.
- » Wissenschaftlich abgesichert sind die Wechselwirkungen zwischen sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit: Personen mit niedrigem Bildungsniveau, geringem Einkommen und niedrigem sozialen Status weisen höhere gesundheitliche Risiken auf, erkranken häufiger und sterben früher (Klimont et al. 2008; Pochobradsky et al. 2002; Townsend/Davidson 1982; Wismar et al. 2006). Dies zeigte sich auch bei der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007: Beispielsweise wird bei der österreichischen Bevölkerung in niedrigeren sozialen Schichten ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten beobachtet als bei jenen aus sozial besser gestellten Verhältnissen (vgl. Kerschbaum 2009). Ein „Health in All Policies“-Ansatz kann der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen entgegenwirken (Commission on Social Determinants of Health 2008).
- » Besonders relevant ist der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit bei Kindern. Die Lebenssituation im Kindes- und Jugendalter hat Auswirkungen auf die Gesundheit als Erwachsene/r (Lampert/Richter 2009), da „die soziale Herkunft eines Menschen seine Gesundheitschancen in allen Lebensphasen prägt“ (Dragano/Siegrist 2009,

1

Gesunde Lebenserwartung beschreibt die Anzahl der Lebensjahre, die eine Person zum Zeitpunkt ihrer Geburt erwarteterweise in guter Gesundheit verbringen wird.

191). Vorläufige Ergebnisse einer deutschen Kohortenstudie zeigen beispielsweise einen direkten Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und der Krankheitshäufigkeit (speziell von Herz-Kreislauf-Risiken und -Erkrankungen) im Erwachsenenalter (Dragano/Siegrist 2009).

- » Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt in Österreich kontinuierlich an. Prognosen zufolge wird sich der Anteil der über 64-Jährigen von gegenwärtig 17,6 Prozent auf voraussichtlich 23,6 Prozent im Jahr 2030 erhöhen (Statistik Austria Bevölkerungsprognose 2005 auf elektronischen Datenträgern). Die demografische Alterung der Gesellschaft geht mit einer Zunahme chronischer Krankheiten und von Pflegebedürftigkeit einher (Nowossadeck 2012), die durch das Gesundheitssystem entsprechend versorgt werden müssen.
- » Infolge der Verschiebung der Altersstruktur in der Gesellschaft wird künftig eine immer größer werdende Zahl älterer, gesundheitlich beeinträchtigter Menschen, die durch das Gesundheits- und Sozialsystem versorgt werden müssen, einer immer kleiner werdenden Gruppe von Erwerbstätigen gegenüberstehen, die das System aufrechterhalten müssen (Nowossadeck 2012). Fragen bezüglich der Deckung des Pflegebedarfs oder hinsichtlich der Finanzierung des Pensionssystems werden von steigender Relevanz sein.
- » Budgetknappheit und Kosteneinsparungsmaßnahmen sind im privaten wie auch im öffentlichen Bereich insbesondere in Zeiten der Finanzkrise zunehmend zum Thema geworden. Jedoch stehen der Ressourcenknappheit steigende Ausgaben im Gesundheitswesen gegenüber (Habl/Bachner 2010b). Um die Finanzierung eines patientenorientierten und qualitativ hochwertigen Krankenversorgungssystems weiterhin sicherstellen zu können, bedarf es eines zielgerechten und effizienten Ressourceneinsatzes.

Den zentralen Herausforderungen für den Erhalt der Gesundheit kann am besten durch breit abgestimmtes, politikfeldübergreifendes Handeln begegnet werden. Gesundheitsziele bieten eine strategische Orientierung, wie die Erhaltung der Gesundheit ein gemeinsames Anliegen werden kann.

Gesundheitsziele, die auf Basis einer „Gesundheit in allen Politikfeldern“-Strategie (sog. „Health in All Policies“-Ansatz) entwickelt werden, tragen zu einer nachhaltigen Förderung von Gesundheit und Lebensqualität bei und können den steigenden Kosten im Krankenversorgungsbereich gegensteuern.

Gerade in Zeiten der Ressourcenknappheit bedarf es einer zielorientierten, politikfeldübergreifenden Steuerung, um Doppelgleisigkeiten zu verringern, Synergien zu nutzen bzw. zu erzielen und letztlich den Einsatz der Ressourcen zu optimieren.

Seitens der WHO wird die intersektorale und prozesshafte Entwicklung von Gesundheitszielen propagiert (WHO 1998). Auf nationaler Ebene ist in der 105. Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und im Regierungsübereinkommen für die XXIV. Gesetzgebungsperiode die Entwicklung von bundesweiten Gesundheitszielen verankert.

Bereits bestehende Gesundheitsziele auf Länderebene – die meisten Bundesländer in Österreich haben sie bereits definiert bzw. befinden sich derzeit im Prozess der Zielentwicklung – sowie Strategien und Pläne des Gesundheitsressorts, die unter breiter und politikfeldübergreifender Beteiligung erarbeitet wurden – der „Nationale Aktionsplan Ernährung“ (Bundesministerium für Gesundheit 2011b), die „Kindergesundheitsstrategie“ (Bundesministerium für Gesundheit 2011a) und der „Nationale Aktionsplan Bewegung“ (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport und Bundesministerium für Gesundheit 2012) –, sind in die Entwicklung der Gesundheitsziele eingeflossen.

2 Entwicklungsprozess

Die Entwicklung von Gesundheitszielen wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen initiiert und in weiterer Folge in Bundesgesundheitskommission, Ministerrat und Nationalrat beschlossen. Auftakt des Entwicklungsprozesses bildete eine Bundesgesundheitskonferenz, die Erarbeitung der Gesundheitsziele erfolgte im Kern in einer institutionell breit aufgestellten Arbeitsgruppe (sog. „Plenum“; vergleiche Abbildung 2.1). Die Bevölkerung konnte sich am Zielentwicklungsprozess beteiligen.

Am 1. April 2011 wurde in der **Bundesgesundheitskommission** die Entwicklung von Gesundheitszielen für Österreich beschlossen. In der Folge gab es dazu einen Ministerratsbeschluss und einen Entschließungsantrag des Nationalrates.

Den Auftakt des folgenden einjährigen Prozesses bildete eine **Bundesgesundheitskonferenz** Mitte Mai 2011, an der rund 300 Vertreter/innen 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 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 Gesundheitsziele begann im Herbst 2011 in einem sektorenübergreifend und interdisziplinär zusammengesetzten **Plenum** mit 38 Repräsentantinnen und Repräsentanten aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, anderen Politikbereichen und Zivilgesellschaft (vgl. Tabelle „Mitwirkende Institutionen und Fachleute“). Das Plenum erarbeitete zwischen Oktober 2011 und März 2012 im Rahmen von fünf Workshops einen Vorschlag zu Gesundheitszielen für die Bundesgesundheitskommission. Die Arbeit des Plenums wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und der Gesundheit Österreich koordiniert bzw. fachlich begleitet.

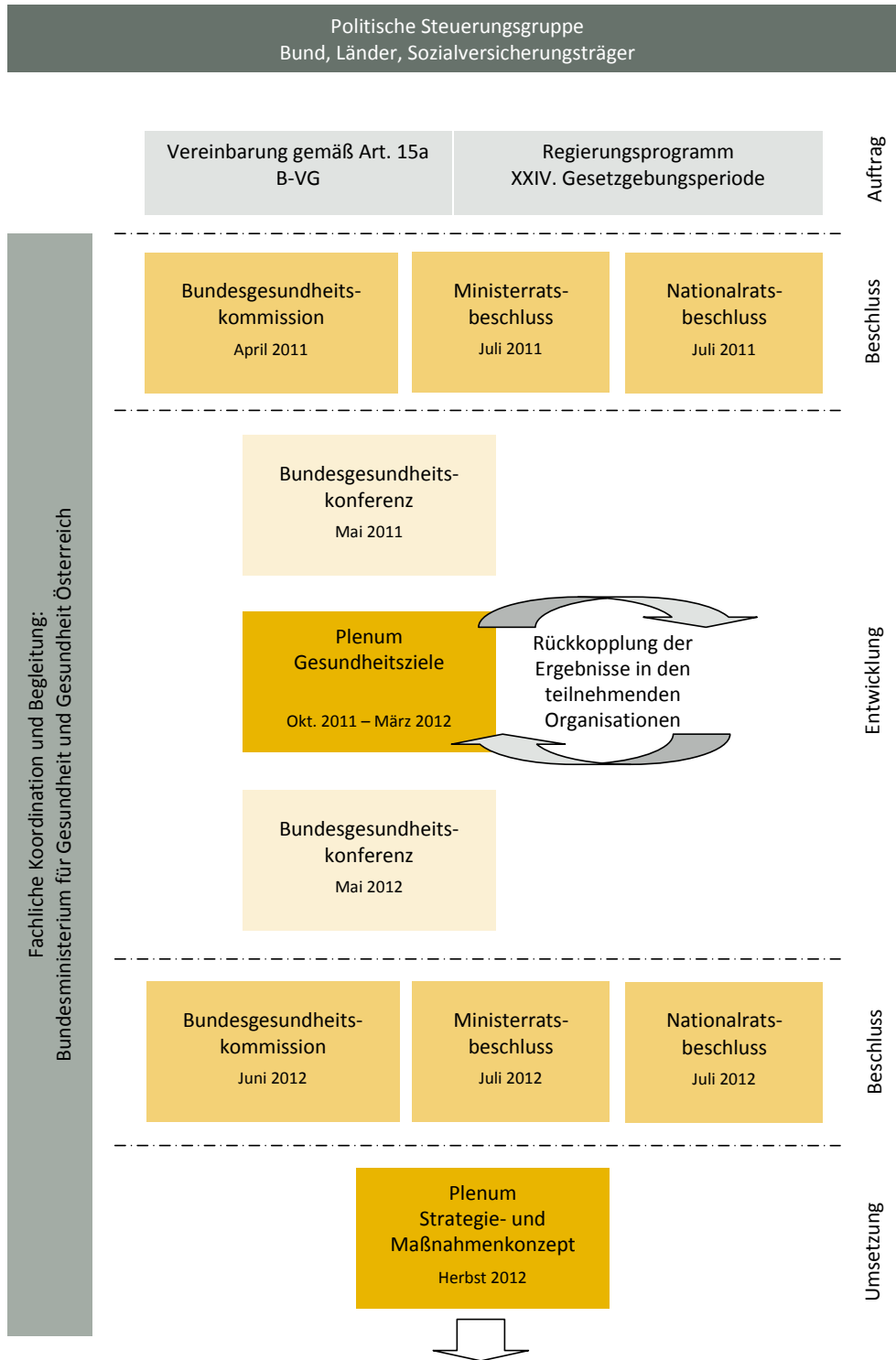
Ausgangsbasis für die Zielentwicklung im Plenum waren sechs vorab festgelegte Themenfelder: gesunde Lebensbedingungen / gesunde Verhältnisse, gesundes Verhalten, gesundheitliche Chancengleichheit, Gestaltung des Versorgungssystems, spezielle Zielgruppen und „Volkskrankheiten“. Bereits vorliegende Gesundheitsziele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

Neben der partizipativen Erarbeitung der 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 fließen in den Prozess ein. Im letzten Plenumsworkshop Ende März 2012 wurden die Anmerkungen aus den Organisationen zum Letztentwurf des Plenums abschließend diskutiert.

Der Entwurf des Plenums zu den künftigen 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 werden die Gesundheitsziele der Bundesgesundheitskommission und in der Folge dem Ministerrat und Nationalrat zur Beschlussfassung vorgelegt.

Die unten stehende Abbildung 2.1 gibt einen Überblick über die wichtigsten Prozessschritte und deren zeitlichen Verlauf bei der Entwicklung der Gesundheitsziele für Österreich.

Abbildung 2.1:
Zielentwicklungsprozess im Überblick



Quelle und Darstellung: GÖG

3 Gesundheitsziele für Österreich

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 Bürger/innen für ihre Lebens- und Arbeitswelten.

Relevanz

Gesundheit wird im Alltag hergestellt. Gesundheitsversorgungssysteme beeinflussen nur zu einem kleinen Teil Gesundheit und Lebenserwartung, während das Umfeld, in dem Menschen sich aufhalten, und ihr Lebensstil zentralen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen haben (vgl. Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001) (siehe dazu auch die Regenbogengrafik in der Präambel). Alle Gesundheitsziele bauen auf dieser Erkenntnis auf. Lebenswelten in Organisationen wie Unternehmen, Kindergärten und Schulen oder Krankenhäuser (WHO 1999), aber auch Gemeinden und Städte oder Konsumwelten sind wichtige Anknüpfungspunkte, um Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, Gesundheit zu fördern und Gesundheitsinformationen zu verbreiten (WHO 1986).

Eine der wichtigsten Strategien, um gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen zu erreichen, ist der Ansatz „Health in all Policies“, der die Zusammenarbeit all jener Verantwortlichen fordert, die Einfluss auf gesundheitsrelevante Bedingungen in den Lebenswelten haben. Nur durch Integration von Gesundheitsstrategien in allen Politikfeldern, durch Kooperation zwischen den Sektoren und politischen Ebenen und durch gemeinsames Tragen der Verantwortung für mehr Gesundheit für alle ist eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung möglich, wie sie auch im EU-Vertrag von Amsterdam 1997 festgeschrieben wurde (Noack 2011). Anhand von Beispielen soll dies erläutert werden.

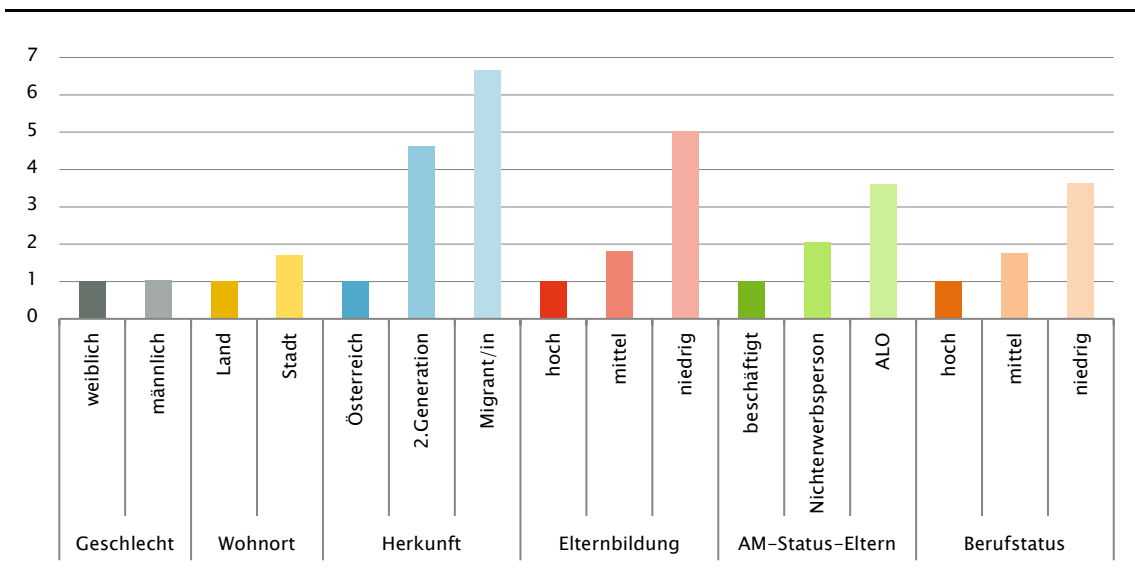
Beispiel Arbeitswelt

Erwachsene verbringen mindestens ein Drittel ihres Lebens am Arbeitsplatz (WHO 1999). Die WHO schätzt, dass etwa 3 bis 5 Prozent des Bruttosozialproduktes aufgrund unsicherer und ungesunder Arbeitsplätze verloren gehen (WHO 1999). Psychische Beeinträchtigungen als Grund für Krankenstand stiegen in den letzten Jahren deutlich an (Leoni 2011) und werden in der Arbeitswelt in Zukunft eine große Bedeutung einnehmen (Biffel et al. 2011). Etwa ein Drittel der österreichischen Arbeitnehmer/innen berichtet von „Zeitdruck“ und „Überlastung“ als arbeitsplatzrelevanten Belastungen. Auch im internationalen Vergleich weisen die Österreicher/innen besonders hohe Beschwerdezahlen bei Stress und Rückenbeschwerden auf (Biffel et al. 2011), ebenso sind die Anforderungen „hohes Arbeitstempo“ und „Termindruck“ am Arbeitsplatz in Österreich besonders hoch (Biffel et al. 2011). Arbeitsbedingte Krankheiten und Beschwerden sowie Arbeitsunfälle sind für etwa ein Drittel der Krankenstandstage verantwortlich (durchschnittlich 3,9 Tage pro Arbeitnehmer/in). (Biffel et al. 2011)

Beispiel Lebenswelt Schule

Kinder und Jugendliche verbringen einen großen Teil ihrer Zeit in der Schule, ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit werden damit (mit)geprägt von der schulischen Umgebung. Fühlen sich Kinder und Jugendliche subjektiv wohl, erbringen sie auch gute schulische Leistungen und umgekehrt (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2010a). Insbesondere Bildungsarmut ist ein Faktor für langfristige Risiken wie Arbeitslosigkeit, Armut und Gesundheitsgefährdung. Auch wenn Österreich im Durchschnitt mittlere Schulabbrecherquoten hat, zeigen sich doch große Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Gruppen (Steiner 2009). Die Herkunft der Schüler/innen, aber insbesondere die Konzentration sozioökonomisch benachteiligter Kinder und Jugendlicher an einzelnen Schulstandorten wirkt sich negativ auf deren weiteren Bildungserfolg aus (Weiss 2006). Auch in der österreichischen Lehrerschaft zeigt sich eine hohe selbst eingeschätzte Überforderung (knapp die Hälfte) und Erschöpfungs-Gefährdung (knapp ein Fünftel) (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2010b).

Abbildung 3.1:
Risikofaktoren für vorzeitigen Bildungsabbruch



Quelle: Statistik Austria, Berechnungen: IHS-Steiner; Darstellung: GÖG

Mögliche Handlungsfelder für die Umsetzung

Die Relevanz **intersektoraler Zusammenarbeit** begründet sich in gesundheitsrelevanten Auswirkungen politischer Entscheidungen unterschiedlicher Ressorts. Das Instrument der **Gesundheitsfolgenabschätzung** zielt darauf ab zu erkennen, welche potenziellen Auswirkungen sich aufgrund einer neuen Policy oder eines Projekts auf die Gesundheitsdeterminanten und damit auf die Gesundheit der Bevölkerung ergeben könnten. Ebenso wird mit dem Instrument die Verteilung dieser Auswirkungen innerhalb der Bevölkerung analysiert, was zu einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit, zu mehr Transparenz und Aufmerksamkeit beitragen kann (European Policy Health Impact Assessment (EPHIA) 2004). Weitere mögliche Handlungsfelder sind die Erstellung determinantenorientierter Gesundheitsberichte oder die Einrichtung intersektoraler Gremien – wie beispielsweise im Entwicklungsprozess der vorliegenden Gesundheitsziele für Österreich. Wichtig ist die sektorenübergreifende Erarbeitung von Maßnahmen zur Umsetzung der vorliegenden Gesundheitsziele.

In Bezug auf die **Lebenswelt Arbeit** ist zukünftig auf eine gute Versorgung, aber insbesondere auf Maßnahmen zur Stressprävention zu achten (Biffi et al. 2011). Dazu zählen auf betrieblicher Ebene die Optimierung der Arbeitsorganisation sowie auf Ebene der Individuen die Förderung einer besseren Stressbewältigung der Beschäftigten (Biffi et al. 2011). Betriebliche Gesundheitsförderung als Strategie zur Verringerung gesundheitlicher Belastungen am Arbeitsplatz setzt bei wichtigen Einflussfaktoren auf Gesundheit an, geht über Maßnahmen des Arbeitnehmerschutzes und der Arbeitsmedizin hinaus und inkludiert beispielsweise Maßnahmen zum gesunden Führen, zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, zur Verbesserung der betriebsinternen Kommunikationsstruk-

turen und zur Stress- und Mobbingprävention. Studien zeigen, dass durch betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention Gesundheitsrisiken reduziert, Krankheitshäufigkeiten und damit Kosten und Fehlzeiten gesenkt sowie gesundheitsbewusste Verhaltensweisen gefördert werden (Sockoll et al. 2008). Eine Metastudie belegt einen „return of investment“ in Bezug auf die Einsparung bei den Krankheitskosten zwischen 1 : 2,3 und 1 : 5,9 (Kreis/Bödeker 2003). Wichtig für die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Arbeitswelt ist die Zusammenarbeit von Arbeits-, Gesundheits- und Wirtschaftsressort, der Sozialpartnerschaft, der Sozialversicherungen und der Betriebe, die sich in Netzwerken zur betrieblichen Gesundheitsförderung zusammengeschlossen haben.

Will die **Lebenswelt Schule** als komplexes System die Gesundheit aller schulzugehörigen Personengruppen erhalten und verbessern, erfordert dies komplexe Maßnahmen. Daher ist Dialog und Partnerschaft zwischen den Sektoren Bildung und Gesundheit, Bund und Ländern/Gemeinden, Sozialversicherungen und auch der Wissenschaft notwendig, um kontinuierlich an der Umsetzung entsprechender Maßnahmen und gemeinsamer Ziele zu arbeiten (Lawrence et al. 2010). Netzwerke wie die Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen in den Bundesländern unterstützen Austausch und erleichtern koordiniertes Vorgehen. Bessere Rahmenbedingungen in Schulen können zur Verbesserung schulischer Leistungen beitragen und Risikoverhalten der Schüler/innen reduzieren sowie die Arbeitszufriedenheit der Lehrer/innen erhöhen (Gerich/Sarah 2006). Maßnahmen wie das Angebot einer gesunden Gemeinschaftsverpflegung oder Kooperationen mit Organisationen in den Gemeinden (z. B. Sportvereine) können auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten positiven Einfluss nehmen.

Beispielhafte Anschlüsse

„Health in All Policies“ beruht auf folgenden rechtlichen Grundlagen: 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 in ihren Maßnahmen und Strategien gesundheitliche Auswirkungen mitberücksichtigen sollen (WHO 1999). In der „Rio Political Declaration on Social Determinants of Health“ (WHO 2011) wird der Ansatz „Health in All Policies“ als wirksame Strategie zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit aufgezeigt. Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) stellt als eines der zentralen Handlungsfelder die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik dar. Die Wichtigkeit von Gesundheit bei Maßnahmen aller Sektoren wurde auf EU-Ebene 1997 im Vertrag von Amsterdam festgehalten (Artikel 152). 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.

Gesundheitsziele, die die Förderung von Gesundheit durch Rahmenbedingungen in den Lebenswelten anstreben, finden sich international, z. B. in der WHO-Deklaration „Health 21“ mit dem Ziel

13 „Settings zur Förderung der Gesundheit“¹, wo Sicherheit und Qualität des häuslichen Umfelds, gesundheitsfördernder Kindergarten, gesundheitsfördernde Schule, gesunde Städte und Gemeinden und gesundes Unternehmen angesprochen werden. Auch die Gesundheitsziele Schwedens und Deutschlands sehen den Settingansatz als geeignete Strategie. Die Gesundheitsziele Kanadas formulieren dazu gleich die Maßnahmen zur Erreichung des Ziels gesunder Lebenswelten für alle: durch Leadership, Zusammenarbeit und Wissen.

Von der österreichischen Bevölkerung wurde im Rahmen des Partizipationsprozesses auf der Gesundheitsziele-Website im Frühjahr 2011 insbesondere die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit in den Kindergärten und Schulen als wichtiges Ziel genannt, wobei besonders auf gesunden Lebensstil (Bewegung, Ernährung, Risikoverhalten) fokussiert wurde. Auch kommt in allen Bundesländern, die Gesundheitsziele formuliert haben, die Wichtigkeit gesunder Lebenswelten vor, ebenso im Masterplan der Sozialversicherungen.

Entsprechende Aktivitäten der Bundesministerien zeigen sich beispielsweise in der „Kindergesundheitsstrategie“ (BMGF), im „Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Österreich“ (Lebensministerium und BMGF), in der Initiative „Gesunde Schule“ (BMB, BMG und HVS), im Gewaltpräventionsprogramm „Weiße Feder“ (BMB), in der Initiative „Unser Schulbuffet“ (BMGF), im Staatspreis „Familienfreundlichster Betrieb“ (BMFJ), in der „Agenda 21“ (BMLFUW), in der „Europäischen Sozialcharta“ (BMASK), im „Bundesplan für Senioren und Seniorinnen“ (BMASK). Die Sozialpartner (HV, SV, WKÖ, ÖGB, AK) setzten unterschiedliche eigene, aber auch gemeinsame Aktivitäten zur flächendeckenden Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Der FGÖ fördert u. a. das „Qualitätssicherungsprogramm BGF“ (BGF-Gütesiegel des österreichischen Netzwerks BGF), das Projekt „BGF in Oberösterreich der OÖGKK“ (Flächenprojekt) oder die Ausbildung von Begleiterinnen und Begleitern von Gesundheitsförderungsprojekten in Schulen.

Aktivitäten werden von entsprechenden Netzwerken umgesetzt (z. B. Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, Europäisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, Österreichisches Netzwerk Gesunde Gemeinden/Städte, Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, Initiative Baby-friendly hospitals, Netzwerk der Schulservicestellen der GKK etc.).

Forderungen der Öffentlichkeit im Rahmen der Online-Beteiligung bezogen sich häufig auf Verhältnisprävention in Kindergarten und Schule, dabei insbesondere auf Bewegungsförderung bei Kindern. Aber auch die ältere Generation und deren Mobilität war Thema.

Im Rahmen der Ideenkonferenz wurden insbesondere die Settings Gemeinde, Kindergärten und Schulen thematisiert.

1

„Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.“

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.

Relevanz

Chancengleichheit 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).

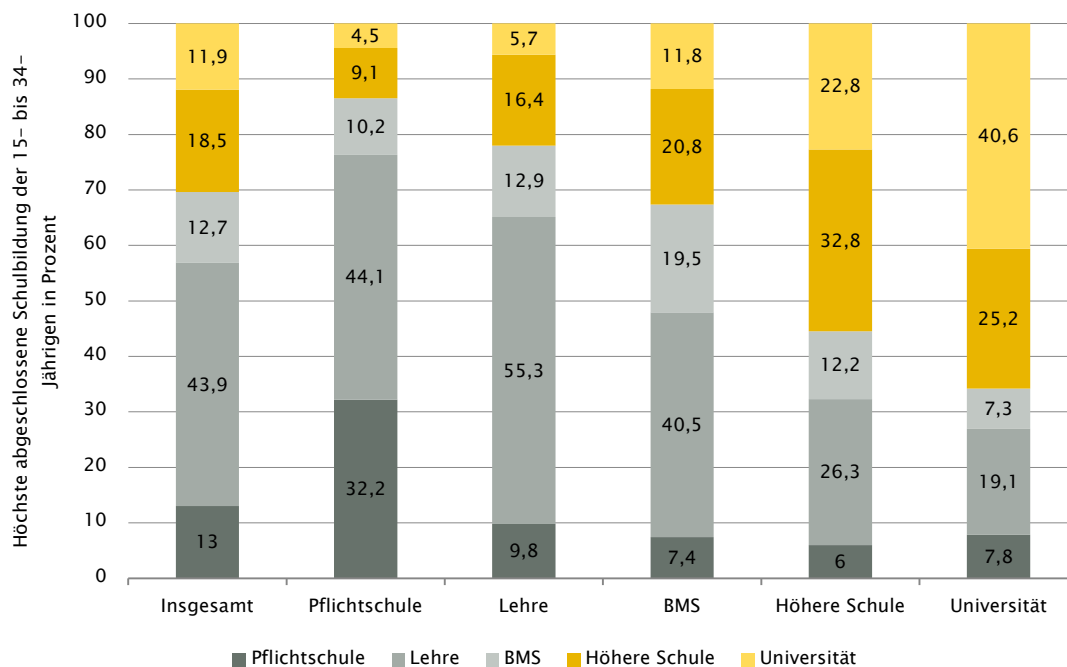
In Hinblick auf die Erhöhung der Gesundheitschancen wird dem sozioökonomischen Einflussfaktor Bildung eine zentrale Bedeutung beigemessen, da der Bildungsstand den Lebensstandard einer Person wesentlich beeinflusst und eng mit dem Grad der Deprivation¹ korreliert (WHO 1998). Bildung – die häufig mit 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 (vgl. Abbildung 3.2).

1

Der Begriff Deprivation beschreibt die Einschränkungen der täglichen Lebensführung aufgrund mangelnder Ressourcen (Lahmei & Till–Tentschert 2005, zitiert nach (Till–Tentschert et al. 2011)).

Abbildung 3.2:
Höchste abgeschlossene Schulbildung der 15- bis 34-Jährigen
nach höchster abgeschlossener Schulbildung der Eltern



Universität inkl. hochschulverwandte Lehranstalten

Quelle: STATISTIK AUSTRIA – 2. Quartal 2009;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 Arbeitnehmer/innen 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 2010a).

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).

Mögliche Handlungsfelder für die Umsetzung

Die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit erfordert neben einer sozialen Krankenversicherung für alle Bevölkerungsgruppen **umfassende Maßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene** (vgl. Ziel 1, Lebenswelten), die eine Änderung der zentralen Einflussfaktoren auf Gesundheit hervorrufen (Dahlgren/Whitehead 2006; Marmor Review 2010) (Power/Kuh 2008)). Beispielsweise soll das österreichische Schulsystem allen Schülerinnen und Schülern eine qualitativ hochwertige Bildung bieten, um das Bildungsniveau zu erhöhen und Schulabbruchraten zu reduzieren. Bildungsunterschiede zwischen den Geschlechtern oder nach Herkunft sollen verringert werden. Erwerbsarbeit ist der wichtigste Schutz gegen Armutsgefährdung (Till-Tentschert et al. 2011). Eine niedrige Arbeitslosenrate ist daher auch für Herstellung der Gesundheitschancen von zentraler Bedeutung. Sicherzustellen ist, dass die Anzahl der „working poor“ (Personen, die trotz Erwerbstätigkeit armutsgefährdet sind) reduziert werden kann.

Die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit bedarf zudem **zielgruppenorientierter Interventionen**, z. B. für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (Power/Kuh 2008). Beispielsweise sind Maßnahmen in der frühen Kindheit besonders effektiv, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren (vgl. Ziel 6, Kinder). Zielgruppenspezifische Interventionen sollten 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.

Neben der Sicherung des Zugangs zu den Leistungen des Gesundheitssystems kommt spezifischen Maßnahmen großer Stellenwert zu. Aufsuchende und niederschwellige Angebote sind insbesondere zur Unterstützung von schwer erreichbaren Gruppen gut geeignet. Darüber hinaus sind das Gesundheits- und das Sozialsystem so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter

und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist. Die Schaffung und nachhaltige Absicherung eines Zugangs zu innovativen, wirksamen und sicheren Heilmitteln, Heilbehelfen, e-Health-Produkten und Medizintechniken für Patientinnen und Patienten in Österreich muss das gemeinsame Ziel aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem sein.

Beispielhafte Anchlüsse

Das WHO-21-Ziel 2 widmet sich der gesundheitlichen Chancengleichheit (WHO 1998). Auch die nationalen Gesundheitsziele von Schweden nehmen Bezug auf dieses Thema (Swedish National Institute of Public Health 2011; The Public Health Agency of Canada 2012).

In Österreich hat die Bundesregierung im Oktober 2010 im Rahmen der europäischen Wachstumsstrategie („Europa 2020“) fünf nationale Kernziele vereinbart, die sich auf Verbesserungen im Bildungsbereich (Reduzierung der Schulabbrecherquote und Erhöhung des Anteils an Hochschulabsolventen) und auf die Bekämpfung von Armut beziehen (Bundeskanzleramt Österreich 2012).

Ein strategisches Ziel des „Nationalen Aktionsplans Ernährung“ ist dem Abbau von sozial-, alters- oder geschlechtsspezifischer gesundheitlicher Ungleichheit gewidmet (Bundesministerium für Gesundheit 2011b). Weitere Ziele zum Thema gesundheitliche Chancengleichheit finden sich in der nationalen „Kindergesundheitsstrategie“ (Bundesministerium für Gesundheit 2011a) und in der „Public Health Charta“ der Österreichischen Sozialversicherung (Sozialversicherung et al. 2012). Bei den Aktivitäten und Förderungen des Fonds Gesundes Österreich wird gesundheitliche Chancengleichheit als übergeordneter Grundsatz berücksichtigt (Fonds Gesundes Österreich 2012).

Bei der Bundesgesundheitskonferenz im Mai 2011 und über die Online-Plattform auf der Gesundheitsziele-Website wurden zum Thema gesundheitliche Chancengerechtigkeit beispielsweise ein gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Unterstützung von sozial benachteiligten Familien angeführt.

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 und Patienten bzw. Nutzer/innen 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 Partner/innen im System wahrzunehmen.

Relevanz

Gesundheitskompetenz – die deutschsprachige Übersetzung des besser etablierten Begriffs bzw. Konzepts „Health Literacy“ – ist eine wichtige Grundlage für das Gesundheitsverhalten und für das Zurechtfinden im Gesundheitssystem und hat damit relevanten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Unzureichende Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verursacht hohe Kosten (Kickbusch 2006).

Die **Gesundheitskompetenz der österreichische Bevölkerung** ist im Ländervergleich eher gering. Laut der ersten europäischen Studie zu (selbsteingeschätzter) Gesundheitskompetenz „European health literacy survey“ (vgl. Pelikan et al. 2011) verfügen nur rund 10 Prozent der österreichischen Bevölkerung über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, weitere 35 Prozent über eine ausreichende, mehr als die Hälfte über eine problematische (38 %) oder unzureichende (17 %). Österreich schneidet damit im Ländervergleich der Studie schlecht ab (vgl. Abbildung 3.3). Es gibt nur ein Land, das eine noch geringere selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz aufweist, in der jüngsten Altersgruppe (25 und jünger) liegt Österreich überhaupt an letzter Stelle.

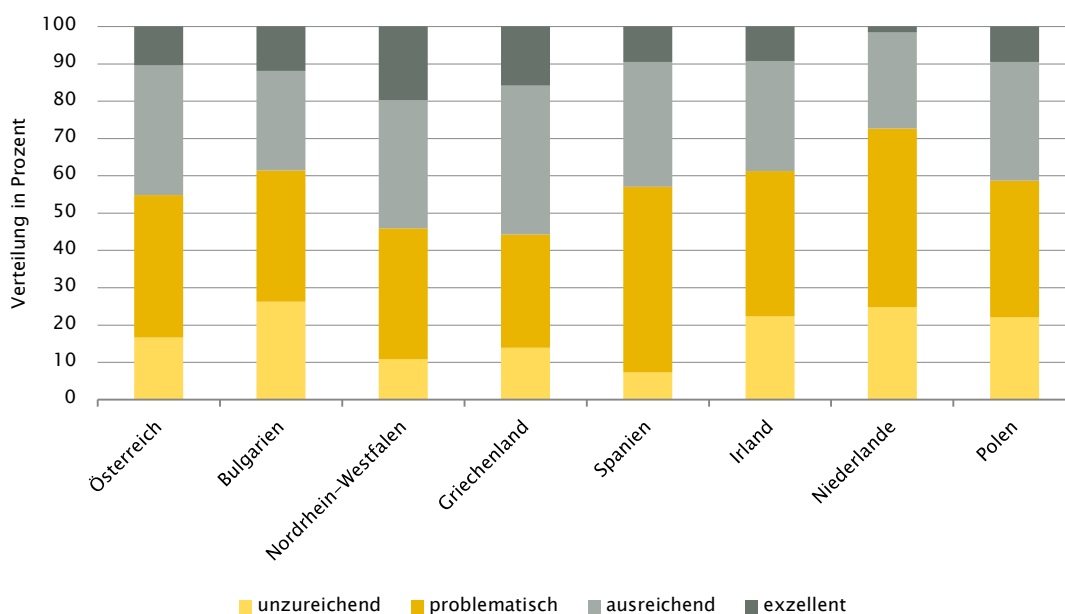
Die Studie analysiert die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz nach verschiedenen Dimensionen. Bei der österreichischen Bevölkerung schneidet der Bereich Gesundheitsförderung besonders schlecht ab – nur rund 39 Prozent der Befragten fühlen sich diesbezüglich zumindest ausreichend kompetent. Etwas besser ist die Gesundheitskompetenz für die Bereiche Krankheitsbewältigung und Prävention – hier fühlen sich jeweils rund 52 Prozent kompetent.

Ältere Menschen weisen eine niedrigere Gesundheitskompetenz auf als jüngere. Die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz steht auch in einem Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren und dem Gesundheitszustand: Je höher der selbstwahrgenommene finanzielle Mangel (u. a. bezogen auf die Leistbarkeit eines Arztbesuchs und von Medikamenten) und je schlechter der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand, desto geringer ist die Gesundheitskompetenz; je

höher das Bildungsniveau und der selbsteingeschätzte soziale Status, desto höher ist die Gesundheitskompetenz.

Österreich ist in dieser Studie zugleich das Land mit dem höchsten Prozentsatz von Befragten, die im Befragungszeitraum drei oder mehr Arztbesuche aufweisen, wobei die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz mit der Häufigkeit der Arztbesuche tendenziell sinkt.

Abbildung 3.3:
Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz im europäischen Vergleich



Quelle: European Health Literacy Survey, Pelikan 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG
Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf den Gesamtindex zur selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz und auf das Gesamtsample der Befragung.

Es gibt eine Reihe unterschiedlicher Definitionen von Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz, die Aspekte wie das Verstehen von Gesundheitsinformationen oder Patientensouveränität miteinschließen. Hohe Akzeptanz findet inzwischen eine breite **Definition von Gesundheitskompetenz**, die sich davon ableitet, dass Gesundheit im alltäglichen Lebensumfeld hergestellt wird:

„Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.“ (Kickbusch 2006, S. 69)

Gesundheitskompetenz umfasst **fünf entscheidende Bereiche** (Kickbusch 2006):

1. Kompetenzbereich persönliche Gesundheit
(Grundkenntnisse über Gesundheit, gesundheitsbezogenes Verhalten etc.),
2. Kompetenzbereich Systemorientierung
(Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und „souverän“ zu agieren),
3. Kompetenzbereich Konsumverhalten (Fähigkeit zum Treffen von Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen unter Gesundheitsgesichtspunkten),
4. Kompetenzbereich Gesundheitspolitik (Fähigkeit, informiert gesundheitspolitisch zu handeln – Eintreten für Gesundheitsrechte etc.),
5. Kompetenzbereich Arbeitswelt
(Fähigkeit, bei der Arbeit Unfälle, Berufskrankheiten zu vermeiden, Einsatz für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und Work-Life-Balance).

Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Einflussfaktor auf das Gesundheitsverhalten, die Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheiten sowie Gesundheitskosten. Sie kann durch Maßnahmen der Public Health und Gesundheitsförderung gefördert werden (Pelikan et al. 2011).

Mögliche Handlungsfelder für die Umsetzung

Die Förderung von Gesundheitskompetenz braucht Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen wie Kommunikation von relevanter Information, Förderung der Entwicklung von persönlichen Kompetenzen in einem unterstützenden Umfeld und Empowerment von Personen und Gemeinschaften (Nutbeam 2000).

Im Rahmen der Erarbeitung der Gesundheitsziele im Plenum wurden folgende Maßnahmenbereiche zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Österreich als besonders relevant erachtet:

- » **Stärken der persönlichen Kompetenzen** bei allen Bevölkerungsgruppen, um die Menschen dabei zu unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern. Entsprechende Maßnahmen sind zielgruppenspezifisch (Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozioökonomischem Status) auszurichten und sollten sich insbesondere auch an benachteiligten Gruppen richten.
- » **Erleichtern des Zugangs zu verständlicher Information**, um das für Gesundheitskompetenz relevante Basiswissen zu verbessern. Entsprechende Informationen sollten sich sowohl auf gesundheitsrelevantes Verhalten als auch auf das Gesundheitssystem beziehen, zielgruppenadäquat aufbereitet und qualitätsgesichert sein. Es sollten verschiedenste Informationswege Berücksichtigung finden (neben internetbasierter Information – wie sie beispielsweise das Gesundheitsportal bietet – oder Broschüren auch persönliche Kommunikation).
- » **Fördern der Rolle der Patientinnen/Patienten als gleichberechtigte Partner/innen** im Gesundheitssystem, um die Patientensouveränität zu stärken und damit die Effektivität der Versorgungsmaßnahmen zu erhöhen. Eine wichtige Aufgabe kommt dabei den Gesundheitsberufen zu, darüber hinaus sind aber auch die Förderung von Selbsthilfe oder eine starke Rolle der Patienten-anwaltschaft relevant. Auch Maßnahmen von e-Health können einen Beitrag leisten,

beispielsweise der bei der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) geplante Zugang der Patientinnen und Patienten zu ihren Daten.

- » **Fördern einer vereinfachten Orientierung** im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem, damit sich die Menschen besser darin zurechtzufinden. Dies kann beinhalten, dass die Strukturen vereinfacht werden oder die Bevölkerung besser dabei unterstützt wird, ihren Weg durch das System zu finden (z. B. Case Management, One-stop-shop). Auch auf Basis der europäischen Health-Literacy-Studie (Pelikan et al. 2011) wird die Entwicklung von Systemen, Dienstleistungen und Produkten, die eine bessere Lesbarkeit, Übersichtlichkeit und Nutzerfreundlichkeit bieten, empfohlen.

Verschiedenste Akteure in unterschiedlichen Politikfeldern können einen Beitrag zur Förderung der Gesundheitskompetenz leisten, wobei der Bildungsbereich besonders relevant ist. Im Gesundheitsbereich kommt den Gesundheitsförderungsfachleuten, den Gesundheitsberufen und den sozialen Krankenversicherungsträgern eine besondere Rolle zu. Letztere können einen Beitrag leisten beispielsweise mit Maßnahmen zum Empowerment, das heißt zur Förderung und Stärkung der Versicherten als Voraussetzung für Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, mit dem Ziel oder dem Ausbau von Anreizen, die die Versicherten zu einer gesünderen Lebensweise animieren.

Ein Erfolg entsprechender Maßnahmen würde sich zunächst an einer verbesserten Selbsteinschätzung bezüglich der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zeigen und könnte mittelfristig beispielsweise an einem gestiegenen Interesse an und der Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen oder einer verbesserten „Compliance“ bei der Krankheitsbehandlung deutlich werden. Langfristig schlägt sich eine höhere Gesundheitskompetenz der Bevölkerung auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht positiv nieder, da Kosten sowohl im Gesundheitssystem als auch in anderen Bereichen gespart werden.

Beispielhafte Anchlüsse

Da Gesundheitskompetenz ein relativ neues Konzept ist, gibt es bisher vergleichsweise wenig explizite Anchlüsse. Das WHO-21-Ziel 11 Gesünder leben¹ behandelt einen Aspekt von Gesundheitskompetenz. Die **nationalen Gesundheitsziele** von Kanada² und Deutschland (vgl. Ziel 5, Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken) beziehen sich ebenfalls auf Gesundheitskompetenz.

Mit Blick auf **Österreich** findet sich in NÖ die Förderung der Eigenkompetenz der Bevölkerung als eines der Gesundheitsziele. Beispiele für Strategien, Initiativen bzw. Maßnahmen, die in Hinblick

1

„Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben.“

2

„Every person receives the support and information they need to make healthy choices.“

auf die Förderung der Gesundheitskompetenz von Relevanz sind, sind seitens des BMGF die Kindergesundheitsstrategie, das Gesundheitsportal (www.gesundheit.gv.at), die Arbeiten zur Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA), die Förderung und Unterstützung der ARGE Selbsthilfe, diverse Broschüren für unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Migrantinnen und Migranten), das in Erarbeitung befindliche österreichische Programm zur Unfallverhütung im Heim- und Freizeitbereich sowie das gemeinsam mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) umgesetzte Kooperationsprojekt „Richtig essen von Anfang an“. Relevant in Hinblick auf die Förderung der Gesundheitskompetenz sind viele Maßnahmen der Gesundheitsförderung und damit auch die Arbeit des Fonds Gesundes Österreich (GÖG/FGÖ).

Im „Masterplan Gesundheit“ der Sozialversicherung wird darauf verwiesen, dass Gesundheitskompetenz eine wesentliche Voraussetzung für aktive und eigenverantwortliche Mitwirkung der Versicherten sei. Als relevant genannt wird u. a. der Einbezug der Patientinnen und Patienten durch Informationen und Schulungen im Sinne von Empowerment und die Schaffung von Instrumenten für eine verstärkte Teilnahme und Empowerment der Patientinnen und Patienten an Modellen zur integrierten Versorgung. In der Public-Health-Charta der österreichischen Sozialversicherungsträger wird darauf verwiesen, dass „Empowerment bedeutet, Menschen durch die Steigerung ihrer sozialen und gesundheitsbezogenen Kompetenzen zu befähigen, zu Co-Produzenten ihrer Gesundheit zu werden“.

Gesundheitskompetenz war ein wichtiges Thema bei der **Ideenkonferenz** im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz im Mai 2011 sowie bei der Ideensammlung auf der **Gesundheitsziele-Website**. Neben allgemeinen Verweisen auf die Relevanz der Förderung bzw. Stärkung von Gesundheitskompetenz / Health Literacy wurde beispielsweise auf den Bedarf nach evidenzbasierter zielgruppenspezifischer Gesundheitsinformation verwiesen und auf die Notwendigkeit, spezifisch die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu steigern.

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.

Relevanz

Eine gesunde **Umwelt** stellt eine **wichtige gesundheitliche Ressource** dar. Umgekehrt können Umweltfaktoren Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen. In Österreich sind die Umweltbedingungen sehr gut, insbesondere die Wasser- und Luftqualität sowie das Vorhandensein vielfach sehr wohnortnaher Grün- und Erholungsräume. Dennoch gibt es Verbesserungspotenzial.

Die Belastung der **Außenluft** durch zahlreiche Schadstoffe¹ konnte in Österreich in den letzten 20 Jahren verringert werden. Problematisch zu sehen sind insbesondere die **Stickstoffdioxid (NO₂)-Belastung** (verursacht v. a. durch motorisierten Verkehr) und die **Feinstaubbelastung**. 2010 wurden Grenzwerte für NO₂ mehrfach überschritten (der Jahresmittel-Grenzwert² an 29 Prozent und der Tagesmittel-Zielwert³ an 45 Prozent der Messstellen), v. a. in verkehrsnahen Gebieten (Nähe von Autobahnen und Städte). Grenzwerte für Feinstaub wurden 2010 an mehr als der Hälfte der Messstellen überschritten, etwa in Wien, großen Teilen Niederösterreichs und im Nordburgenland (Spangl/Nagl 2011). Der Zusammenhang zwischen erhöhten Konzentrationen von Stickstoffdioxid und Feinstaub und einer Zunahme von Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist wissenschaftlich belegt. Die Verkürzung der Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung durch Feinstaub liegt bei ca. acht Monaten (Uhl/Gans 2007).

Die Luftbelastung mit **Ozon** verursacht europaweit jährlich 21.000 frühzeitige Todesfälle (European Centre for Environment and Health 2006). Die Ozon-Belastung hat in den Jahren 2008

1

Schwefeldioxid, Kohlenmonoxid, Blei, Benzol, Kohlenwasserstoff

2

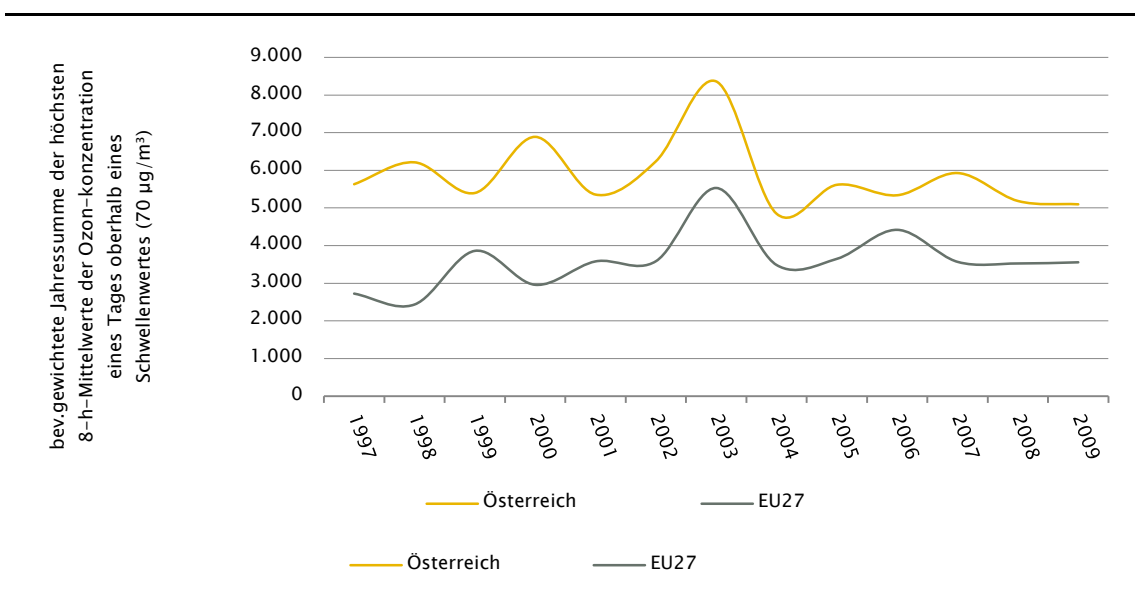
30 µg/m³ gemäß Immissionsschutzgesetz Luft

3

80 µg/m³ gemäß Immissionsschutzgesetz Luft

bis 2010 die Zielwerte vielfach überschritten: Der Zielwert zum Schutz der menschlichen Gesundheit (insbesondere für vulnerable Gruppen wichtig) konnte in den Jahren 2008 bis 2010 an 29 Prozent aller Ozonmessstellen nicht erreicht werden. Die höchsten Belastungen traten in Südost- und Nordostösterreich sowie im Hoch- und Mittelgebirge auf. Die Zielwerte zum Schutz der Vegetation und des Waldes wurden noch häufiger überschritten (Spangl/Nagl 2011). Die Ozon-Belastung der städtischen Bevölkerung liegt in Österreich über dem europäischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4:
Belastung der städtischen Bevölkerung durch Luftverschmutzung
mit Ozon – Mikrogramm pro Kubikmeter



Quelle: (Eurostat 2012c); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch die Qualität der **Innenraumluf**t steht immer öfter zur Diskussion, einerseits hinsichtlich der Belastungen durch das (Passiv-)Rauchen, andererseits etwa im Zusammenhang mit Schimmelpilzen (mit asthmatischen Beschwerden, Niesreiz, Abgeschlagenheit, Allergien als möglichen Folgen) oder der CO₂-Belastung in Klassenräumen. (Czirkovits et al. 2008)

Die Qualität des **Trinkwassers** ist in Österreich im Allgemeinen gut. Gefahrenquellen stellen Altdeponien und der Einsatz von Dünger und Pestiziden in der Intensiv-Landwirtschaft dar. **Badege-**
wässer weisen in der Regel eine sehr gute Wasserqualität auf.

Umweltbedingter **Lärm** ist nicht nur eine Belästigung, sondern kann auch Stress, Beschwerden im Herz-Kreislauf-System und Beeinträchtigungen des allgemeinen körperlichen und seelischen Wohlbefindens auslösen. Besonders gesundheitsrelevant ist Nachtlärm. 2007 fühlten sich 38,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung („geringfügig“ bis „sehr stark“) in ihrer Wohnung durch Lärm belastet. Die subjektive Lärmstörung hat im Vergleich zum Jahr 2003 um fast 10 Prozent

deutlich zugenommen. Hauptursache für die Lärmstörung war der Verkehr (64,2 % im Jahr 2007), im Vergleich zu 2003 (73,5 %) ging seine Bedeutung aber erkennbar zurück. (Statistik Austria 2011)

Als Folge des **Klimawandels** sind insofern negative Gesundheitsauswirkungen zu erwarten, als insbesondere **für ältere und kranke Menschen Hitzewellen tödlich** enden können. (WHO 2005)

Grün- und Erholungsräume, auch kleinräumig und wohnortnah, stellen in mehrfacher Hinsicht eine wichtige gesundheitliche Ressource dar. Sie sind Bewegungsräume (in Wohnortnähe insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie alte Menschen wichtig), verbessern das Kleinklima (z. B. bei Hitzewellen besonders wichtig), und sie tragen zur Luftverbesserung und Lärmabschwächung bei.

Chemikalien in Konsumprodukten, in Lebensmitteln (über das Verpackungsmaterial) und in Körperpflegemitteln stellen Gesundheitsrisiken dar. Beispielsweise werden noch immer krebserregende polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK) in Spielzeug, Werkzeug- und Fahrradgriffen, Schuhen oder Sportartikeln nachgewiesen, die über die Haut in den Körper gelangen (Bundesinstitut für Risikobewertung 2010). Deutschland hat daher ein Dossier an die Europäische Kommission übermittelt, um diese Stoffe EU-weit zu begrenzen. Auch unerwünschte Schwangerschaftsabbrüche, verschiedene Missbildungen, Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten werden im Zusammenhang mit Chemikalien diskutiert (beispielsweise wurden Kunststoffweichmacher im Nabelschnurblut festgestellt) (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit 2011). Insgesamt besteht ein **großer Forschungsbedarf** im Zusammenhang mit Chemikalien und Gesundheit. Endokrin wirksame Substanzen werden als eine Ursache für die Abnahme von Fruchtbarkeit und Fortpflanzungsfähigkeit diskutiert.

Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind von vielen gesundheitsgefährdenden Umweltbelastungen verstärkt betroffen, insbesondere weil sie in ungünstigeren Wohnverhältnissen leben. Sie leben häufiger in feuchten, nicht ausreichend beheizbaren Wohnungen, Kinder sind vermehrt Passivrauch ausgesetzt, und sie haben höhere Lärmbelastungen. (WHO 2010)

Mögliche Handlungsfelder für die Umsetzung

Im Wesentlichen unterstützen zwei übergeordnete Stränge die Umsetzung dieses Ziels:

- » Einerseits geht es um die **Einhaltung der vorgeschriebenen Emissions- und Immissionsgrenzwerte** zur Erhaltung und Verbesserung der Umweltfaktoren Luft-, Wasser- und Bodenqualität. Dies ist Grundvoraussetzung für die Produktion sicherer und qualitativ hochwertiger Lebensmittel (vgl. Ziel 7, Ernährung). Es ist wichtig, dass die Bevölkerung in transparenter Weise über die Überwachungsergebnisse informiert wird.
- » Andererseits geht es um eine **nachhaltige Gestaltung der Lebensräume** bzw. einen **sparsamen Umgang mit den natürlichen Ressourcen**, damit auch nachfolgende Generationen über ausreichend natürliche Ressourcen verfügen können. Dazu gilt es, bestehende umweltbezogene Ziele sowie deren Umsetzungsmaßnahmen zu unterstützen, wie beispielsweise das Energieziel aus den fünf nationalen Kernzielen für Österreich, die die Bundesregierung 2010

beschlossen hat¹. Es geht darin unter anderem um die Reduktion der Treibhausgase. Auch die in Ausarbeitung befindliche Nachhaltigkeitsstrategie von BMLFUW und BKA (NSTATneu) bzw. deren Umsetzung hat positive Effekte auf die Gesundheit.

Darüber hinaus gibt es innerhalb dieses Ziels gesundheitsrelevante Aspekte, die weitere Handlungsfelder für die Umsetzung eröffnen. Dabei geht es unter anderem darum, die

- » Lärmbelastungen (insbesondere in der Nacht) zu reduzieren,
- » wohnortnahe Grün- und Erholungsräume für möglichst jedermann zur Verfügung zu stellen und die
- » persönliche Umweltkompetenz in der Bevölkerung zu stärken.

Vulnerable Gruppen und Kinder müssen besonders geschützt werden, weil sie von Umwelteinflüssen in stärkerem Ausmaß betroffen sind.

Beispielhafte Anschlüsse

Ziel 10² der **WHO-21-Ziele** strebt eine gesunde und sichere natürliche Umwelt an. Die **nationalen Gesundheitsziele** von Kanada³ und Schweden⁴ nehmen ebenfalls auf die Umwelt Bezug.

In **österreichischen Gesundheitszielen** wird eine gesunde Umwelt explizit in Tirol angesprochen, wo verursacherbezogene Maßnahmen zur Reduktion der Belastungen mit Feinstaub und Stickstoffdioxid gefordert werden. Beispiele für Strategien und Programme, die einen engen Bezug zwischen Umwelt und Gesundheit explizit ausweisen, sind etwa der „Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan“ des BMLFUW und des BMGF oder die Initiative „Klima: aktiv mobil“ des BMLFUW. Für die Gesundheit von Bedeutung sind beispielsweise auch die Umgebungslärm-Aktionspläne und alle Strategien und Ziele, die ausschließlich die Umwelt bzw. die Nachhaltigkeit im Fokus haben (z. B. der österreichische „Ressourceneffizienz Aktionsplan“ [sic] REAP oder der „Walddialog“).

Bei der **Ideenkonferenz** im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz im Mai 2011 sowie bei der Ideensammlung auf der **Gesundheitsziele-Website** wurde zum Thema Umwelt neben gesunder Luft, reinem Wasser und adäquater Abfallentsorgung die Forderung nach gesunden Lebensmitteln

1

Auf Basis der Ziele von Europa 2020 der europäischen Räte.

2

„Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.“

3

„The air we breathe, the water we drink, the food we eat, and the places we live, work and play are safe and healthy – now and for generations to come.“

4

„Gesunde und sichere Umwelt und Produkte“

formuliert (regionale Herkunft, nachhaltige und ökologische Produktion, Nahrungsmittelkennzeichnung, höhere Besteuerung ungesunder Lebensmittel). Es ging aber auch um Bewusstseinsbildung hinsichtlich Umwelt und Umweltgiften und insbesondere bei diesem Ziel auch um das Erfordernis des Zusammenarbeitens vieler Politikbereiche.

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.

Relevanz

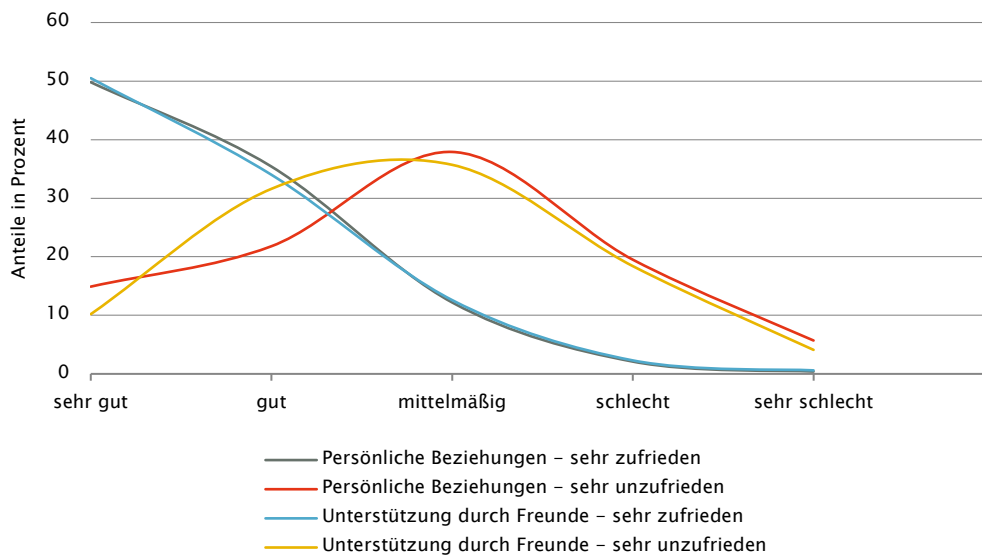
Der soziale Zusammenhalt einer Gesellschaft – auch als **Sozialkapital oder soziale Kohäsion** bezeichnet – leistet als protektiver Faktor einen wichtigen Beitrag für Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden (Siegrist et al. 2009). Das Sozialkapital steht in einem direkten Zusammenhang mit dem wirtschaftlichen Erfolg und der Sicherheit einer Region und hat positive Auswirkungen auf die Stabilität der Gesellschaft (vgl. Bundesministerium für Bildung/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 3.5).

Abbildung 3.5:
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Zufriedenheit
mit sozialen Beziehungen, in Prozent



Quelle: 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.

Mögliche Handlungsfelder für die Umsetzung

Die Stärkung des sozialen Zusammenhalts braucht Maßnahmen auf vielerlei Ebenen und die Kooperation aller Politikbereiche: Aktivitäten zur Förderung eines positiven Sozialklimas in der Schule oder am Arbeitsplatz kommt ebenso Relevanz zu wie Strategien zur Förderung der sozioökonomischen Chancengleichheit (vgl. Ziel 2, Chancengerechtigkeit). Eine der Segregation entgegenwirkende Wohnbaupolitik kann ebenso einen wichtigen Beitrag leisten wie Ansätze zur Förderung von Partizipation und zivilgesellschaftlichem Engagement.

Der Gesundheitsförderung kommt ebenfalls eine wichtige Rolle zu. Die Förderung positiver sozialer Beziehungen und Bindungen ist in allen relevanten Settings (Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde, Familie etc.) wichtig. Besondere Bedeutung in Hinblick auf den sozialen Zusammenhalt haben Maßnahmen auf Gemeinde- bzw. Stadtteilebene sowie spezifische Ansätze zur Förderung sozialer Netzwerke und Vernetzung.

Eine gelungene Stärkung des sozialen Zusammenhalts würde sich auf individueller Ebene an gesteigertem Vertrauen, Gemeinschaftsgefühl und Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen zeigen. Auf Nachbarschafts- bzw. gesellschaftlicher Ebene sollten sich die Effekte in einer steigenden Beteiligung an sozialen Netzwerken bzw. an zivilgesellschaftlichem Engagement sowie an einer Verringerung sozioökonomischer Ungleichheiten zeigen. Langfristig hat die Stärkung des sozialen

Zusammenhalts auch einen volkswirtschaftlichen Nutzen, da soziale Kosten für die Gesellschaft verringert werden und ein hohes soziales Kapital auch ein Plus als Wirtschaftsstandort darstellt.

Beispielhafte Anschlüsse

Das Thema sozialer Zusammenhalt spiegelt sich international in den **nationalen Gesundheitszielen** einiger Länder wider. In Kanada finden sich relevante Aspekte im Schwerpunkt „Belonging and Engagement“¹. (In Schweden gibt es mit den Zielen „Soziale Beteiligungs- und Einflussmöglichkeiten in der Gesellschaft“ und „Ökonomische und soziale Sicherheit“ einen Bezug. Das Thema wird des Weiteren auch in der „Rio Political Declaration on Social Determinants of Health“ vom 21. Oktober 2011 angesprochen.

In **Österreich** finden sich Anschlüsse vor allem in der Gesundheitsförderung – die im Rahmen des Setting-Ansatzes auch Augenmerk auf soziale Beziehungen in den Lebenswelten legt – und außerhalb des Gesundheitsbereichs. Der FGÖ widmete im Jahr 2010 einen Schwerpunkt dem Bereich „Soziale Netzwerke und Gesundheit“, zu diesem Thema fand im Herbst 2010 auch die Jahrestagung des FGÖ statt. In Österreich haben sich viele Gemeinden und Städte den Netzwerken „Gesunde Gemeinden“, „Gesundes Dorf“ und „Gesunde Städte“ angeschlossen und wollen auf lokaler Ebene Gesundheit fördern.

Im Rahmen des „Europäischen Jahres zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung“ (2010), das sich u. a. die „Förderung eines stärkeren sozialen Zusammenhalts durch Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Vorteile, die für jeden mit einer Gesellschaft verbunden sind, in der es keine Armut mehr gibt, in der eine gerechte Verteilung ermöglicht und in der niemand an den Rand gedrängt wird“ zum Ziel gesetzt hatte, gab es insbesondere seitens des BMASK, aber auch des BMGF, zahlreiche Aktivitäten in Österreich.

Das BMB hat dem Thema Sozialkapital eine Website gewidmet (<http://www.soka.at/>) und gemeinsam mit dem BMLFUW, das sich mit Sozialkapital im Zusammenhang mit dem Thema Nachhaltigkeit beschäftigt, eine Broschüre zum Thema herausgegeben. Im Zuge der Erarbeitung der neuen österreichischen Nachhaltigkeitsstrategie wurde eine Arbeitsgruppe zum Handlungsfeld „Gesicherter Lebensunterhalt und sozialer Zusammenhalt“ eingerichtet. Regional gibt es bereits erste Initiativen, die sich spezifisch die Förderung des Sozialkapitals zum Ziel setzen, wie beispielsweise das Projekt „zämma leaba“, an dem sieben Vorarlberger Gemeinden beteiligt sind.

Bei der **Ideenkonferenz** im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz im Mai 2011 gab es ebenfalls eine Reihe von Bezügen zum sozialen Zusammenhalt, beispielsweise Solidarität und sozialer Zusammenhalt als wichtige Ressource für Gesundheit, Verteilungsgerechtigkeit und soziales Wachstum oder mehr Beteiligungsmöglichkeiten für die Bevölkerung. Bei der Ideensammlung auf der

1

Zum Beispiel: „Each and every person has dignity, a sense of belonging, and contributes to supportive families, friendships and diverse communities“; „We participate in and influence the decisions that affect our personal and collective health and well-being“; „We work to make the world a healthy place for all people, through leadership, collaboration and knowledge.“

Gesundheitsziele-Website wurden Aspekte wie Förderung des sozialen Kapitals und der Sozialkompetenz, Teilhabe am Sozialsystem, soziale Chancengerechtigkeit und gerechte Verteilung des Volkseinkommens genannt.

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.

Relevanz

Von allen demografischen Gruppen stellen Kinder und Jugendliche¹ die gesündeste Gruppe dar. Ihre Gesundheit gilt es zu fördern und zu erhalten – schon während der Schwangerschaft bis ins Erwachsenenalter. Zu beobachten ist allerdings, dass eine wachsende Gruppe von ihnen bereits chronisch erkrankt ist (z. B. an Allergien, Asthma, Diabetes), dass ihre subjektive Gesundheit eingeschränkt ist, dass psychosoziale Integrations- und Regulationsstörungen sowie Entwicklungsbeeinträchtigungen auftreten (Bundesministerium für Gesundheit 2011a). Hinzu kommen gesamtgesellschaftliche Veränderungen des Lebensstils, die vor allem das Ernährungs-, Bewegungs- und Suchtverhalten der Kinder und Jugendlichen beeinflussen. Diese Veränderungen tragen zu Gesundheitseinbußen bei und stellen sowohl die künftige Gesundheit als auch die gesund zu verbringende Lebenserwartung der nächsten Erwachsengenerationen unter ein großes Fragezeichen.

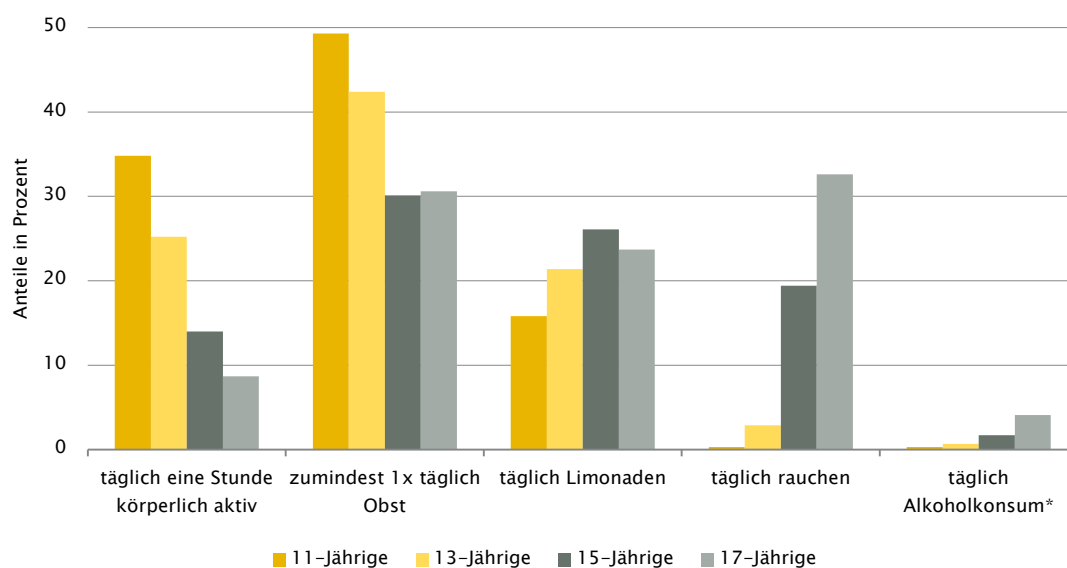
Die steigende **moderne Morbidität** steht zumeist im Zusammenhang mit dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten (vgl. Ziele 6 / Kinder und 7 / Ernährung und Abbildung 3.6). Übergewicht und Adipositas werden zunehmend ein Problem. Im Jahr 2007 waren 11 Prozent der 6- bis 15-jährigen Schulkinder in Österreich **übergewichtig** und weitere 8 Prozent adipös; das sind um 50 Prozent mehr als in den 1990er Jahren (Zwiauer et al. 2007). Am Beispiel des geringen Obstkonsums kann ein sehr ungünstiges Ernährungsverhalten aufgezeigt werden: Nur rund 45 Prozent der

1

Es gibt in Österreich derzeit etwa 1,75 Mio. Kinder und Jugendliche (unter 20 Jahren), das entspricht rund einem Fünftel der Gesamtbevölkerung.

11-Jährigen und rund ein Viertel der 15-Jährigen konsumieren täglich Obst. Auch andere lebensstilbedingte Einflussfaktoren erweisen sich als bedenklich. Gemäß aktueller HBSC-Studie greifen rund 20 Prozent der 15-jährigen Schüler/innen **täglich zur Zigarette**; ein Anteil, der in den letzten Jahren weitgehend konstant geblieben ist. Im internationalen Vergleich rangieren Österreichs 15-Jährige damit im Spitzenfeld (OECD 2009). Noch bedenklicher ist das Rauchverhalten der 17-Jährigen: Rund ein Drittel dieser Altersstufe gab bei der HBSC-Befragung 2010 an, täglich zu rauchen (Ramelow et al. 2011).

Abbildung 3.6:
Ausgewählte Lebensstilindikatoren von Jugendlichen in Österreich
nach Altersstufen, 2010



Diese Darstellung unterschätzt vermutlich das Alkoholproblem. Doch die nächste Antwortkategorie der Befragung (1x wöchentlich) würde das Problem eher überschätzen.

Quelle: Ramelow et al. 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Es gibt steigende Evidenz dafür, dass in der (frühen) Kindheit eine wichtige **Basis für den späteren Gesundheitszustand und das Wohlbefinden als Erwachsene/r** gelegt wird: Gesundheitliche Belastungen im Kindesalter werden oft erst im Erwachsenenalter krankheitswirksam, und in der Kindheit werden Weichen bezüglich Lebenslage, Lebenskompetenzen und Verhalten gestellt (= Gesundheitsdeterminanten), die die Gesundheit im Erwachsenenalter maßgeblich und nachhaltig beeinflussen (Lampert/Richter 2009). Das Kindesalter bietet damit die Chance, lebenslange Gesundheit zu stärken, wenn es gelingt, optimale Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu schaffen.

Die **Lebenslauforschung** (life course approach) belegt insbesondere einen starken Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status in der Kindheit (Bildung, Einkommen etc.) und dem Gesundheitszustand im Erwachsenenalter, und zwar unabhängig vom späteren sozialen Status

(Dragano/Siegrist 2009). Besonders problematisch sind Armutsverhältnisse, unter denen zahlreiche Kinder und Jugendliche aufwachsen müssen (Moser 2009; Mueller 2009; Schenk 2011). Rund 270.000 Kinder und Jugendliche in Österreich sind armutsgefährdet, rund 130.000 leben in manifester **Armut**, wobei Kinder in Ein-Eltern-Haushalten, in kinderreichen Familien und in Familien mit Migrationshintergrund überproportional davon betroffen sind (Statistik Austria 2008).

Mögliche Handlungsfelder für die Umsetzung

Zur Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitlichen Rahmenbedingungen von Kindern und Jugendlichen gibt es in Österreich seit September 2011 die **Kindergesundheitsstrategie**, die zahlreiche Maßnahmenempfehlungen zu insgesamt zwanzig Zielen umfasst. Diese Strategie kann auch als Vorarbeit für Phase zwei der Gesundheitsziele herangezogen werden.

Das Ziel, die Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen zu verbessern, bietet viele Ansatzpunkte für nahezu alle Gesundheitsziele, innerhalb derer Teilziele formuliert und Maßnahmen gesetzt werden können, die sich positiv auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken. Ein besonderer Bezug besteht zu den Zielen 2 (Chancengerechtigkeit), 7 (Ernährung), 8 (Bewegung), 9 (psychosoziale Gesundheit mit Suchtprävention) und 10 (Gesundheitsversorgung). Innerhalb dieses Ziels 6, das gewissermaßen das übergeordnete Ziel zur Kindergesundheitsstrategie darstellt, sollen die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen verbessert werden. Der Fokus wird auf folgende Aspekte gelegt:

- » Die Unterstützung der Eltern und Erziehungsberechtigten in der **frühen Kindheit**, also in einer besonders sensiblen Phase, betrifft Hilfestellung im Alltag und Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz.
- » Die geschlechtsspezifische **Förderung von Bildung und grundlegenden Lebenskompetenzen** (wie etwa Selbstwahrnehmung, Einfühlungsvermögen, Umgang mit schwierigen Situationen, Eigenverantwortung) sowie speziellen Kompetenzen (wie Konsum-, Ernährungs-, Bewegungs-, Sexual-, Medienkompetenz) ist ein wichtiger Beitrag für eine gesunde Lebensgestaltung.
- » Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind auch **Unfallvermeidung** sowie **Sucht- und Gewaltprävention** wichtige Ansatzpunkte.
- » Darüber hinaus ist eine umfassende und für alle zugängliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit bedarfsgerechten Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Diese sollte, beginnend mit der Schwangerschaft, auch geeignete Vorsorgemaßnahmen beinhalten.

Wenn bei Kindern die Grundlage für lebenslange Gesundheit gelegt wird, hat dies breite Auswirkungen auf vielen Ebenen.

- » Auf der **individuellen Ebene** führt gesundheitliche Basisarbeit in der Kindheit zu mehr Wohlbefinden und höherer Lebensqualität. Außerdem erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für ein längeres Leben bei guter Gesundheit.
- » Insbesondere das Ausbilden von Lebenskompetenzen, für die der Grundstein schon in frühester Kindheit gelegt wird, fördert die **soziale Integration** in den relevanten **Lebenswelten**;

für Kinder sind das primär Familie, Kindergarten und Schule. Lebenskompetenz und soziale Integration tragen beispielsweise dazu bei, Suchtverhalten vorzubeugen, und unterstützen den Bildungserfolg (höherer Bildungsgrad, geringere Rate an Schulabbrechern¹).

- » Auf **gesellschaftlicher Ebene** sind unter anderem **ökonomische Effekte** zu erwarten. Langfristig ist etwa damit zu rechnen, dass weniger Sozial- und Gesundheitsausgaben anfallen. Einsparungen im Sozialbereich lassen sich realisieren durch die Verringerung von Arbeitsausfällen und Frühpensionierungen (hier liegt Österreich im Spitzenfeld), im Gesundheitssektor werden die Leistungen der Krankenversorgung weniger in Anspruch genommen. Doch auch schon im Kindes- und Jugendalter zeichnen sich ökonomische Vorteile ab, etwa im Zusammenhang mit dem oben genannten Bildungserfolg oder mit der zu erwartenden Verringerung des Problems mit illegalen Suchtmitteln. Kosteneinsparungen ergeben sich auch, wenn erforderliche Interventionen² möglichst früh ansetzen.

Beispielhafte Anchlüsse

Von den **WHO-21**-Zielen widmen sich zwei speziell der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen. **WHO-Ziel 3** fokussiert auf einen gesunden Lebensanfang (bis zum Jahr 2020 sollten sich alle Neugeborenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen). **Ziel 4** widmet sich der Gesundheit junger Menschen (bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen bis zum Alter von 18 Jahren in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen).

Auch in anderen **nationalen Gesundheitszielen** ist der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen ein eigenes Ziel gewidmet, beispielsweise in Kanada („Our children reach their full potential, growing up happy, healthy, confident and secure“), in Schweden („Sichere und unterstützende Entwicklungsbedingungen in der Kindheit und Adoleszenz“) und in Deutschland („Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“).

Manche Gesundheitsziele der **österreichischen Bundesländer** nehmen explizit Bezug auf Kinder und Jugendliche. Dies betrifft vor allem die Themen Schule/Kindergarten/Lernen (Oberösterreich, Steiermark, Tirol), Ernährung/Bewegung/Adipositas (Steiermark, Tirol), psychische Gesundheit (Steiermark), Zahngesundheit/Kariesprophylaxe (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Tirol), Alkohol, Rauchen, Sucht (Niederösterreich, Steiermark, Tirol) und Impfen/Eltern-Kind-Vorsorge (NÖ, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol).

1

Vgl. auch Bildungsziel der fünf nationalen Kernziele für Österreich aus 2010, demzufolge die Schulabbrecherquote bis 2020 auf 9,5 Prozent gesenkt werden soll.

2

Beispielsweise zeigen logopädische Interventionen in Tiroler Kindergärten, dass diesbezügliche Probleme bis zum Schuleintritt zu beheben sind. Nachfolgenden Schulproblemen und daraus resultierenden Verhaltensauffälligkeiten kann damit vorgebeugt werden.

Von mehreren **Bundesministerien** gibt es gesundheitsrelevante Initiativen und Maßnahmen für Kinder und Jugendliche. Die im Jahr 2011 fertiggestellte Kindergesundheitsstrategie des BMGF (BMGF 2011) befindet sich bereits in Umsetzung; die Bundesländer, die Sozialversicherung sowie verschiedene Bundesministerien sind daran beteiligt. Im Zuge der Umsetzung des „Nationalen Aktionsplans Ernährung“ des BMGF wurden von der Nationalen Ernährungskommission in den Jahren 2011 und 2012 Kinder und Jugendliche ebenso wie Schwangere und Stillende als prioritäre Zielgruppen definiert. Von besonderer Relevanz für Kindergesundheit ist auch das österreichische Programm zur Unfallverhütung im Heim- und Freizeitbereich. Explizit gesundheitsförderliche Ziele haben der „Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan“ unter Federführung des BMLFUW (in Kooperation mit dem BMGF) und das Projekt „Gesunde Schule“ (BMGF, BMB und HV). Außerdem gibt es mehrere Projekte des BMASK (z. B. Beratung und Diagnostik für Kinder und Jugendliche, Beschäftigungs- und Bildungsprojekte für Jugendliche), des BMB (z. B. zu Gewalt an Schulen), BMVIT (z. B. zu Kindern und Bewegung) und BMFJ (z. B. Suchtprävention). An Kooperationsprojekten können etwa das Projekt „Richtig essen von Anfang an“ (AGES, BMGF und Hauptverband der Sozialversicherungsträger) sowie Maßnahmen im Rahmen der 15a-Vorsorgemittel genannt werden (BMGF, Länder, Sozialversicherungsträger; z. B. Ernährungsberatung in der Schwangerschaft; Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten und Schulen; Grundlagenarbeit zu Frühen Hilfen; „Baby-friendly Hospital“-Initiative).

Zahlreiche andere Organisationen leisten ebenfalls bereits jetzt einen Beitrag zur Verbesserung der Rahmenbedingungen zum Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen (z. B. Liga für Kindergesundheit).

Die Gesundheit von Kindern und insbesondere deren psychosoziale Gesundheit waren wichtige Themen bei der **Ideenkonferenz** im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz im Mai 2011 sowie bei der Ideensammlung auf der **Gesundheitsziele-Website**. Auch die Notwendigkeit der Unterstützung der Eltern vor allem zu Beginn ihrer Elternschaft wurde formuliert.

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.

Relevanz

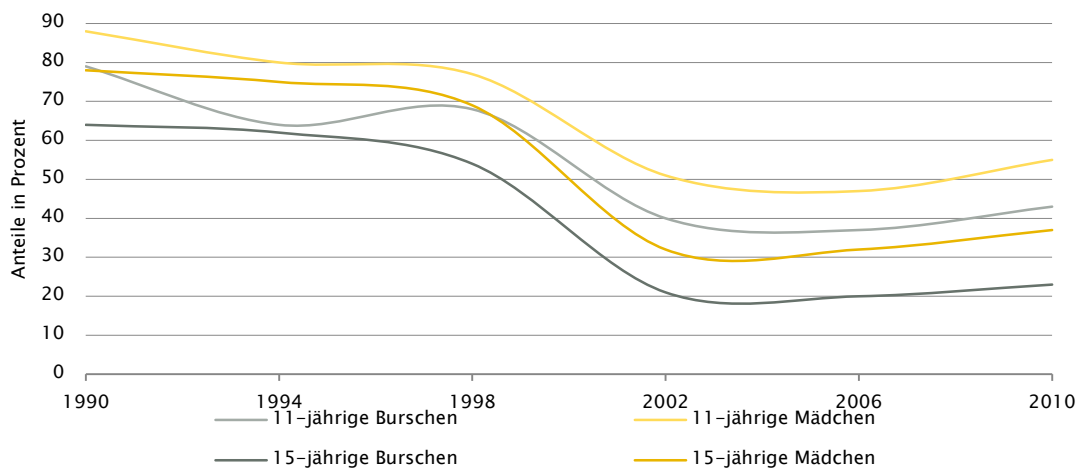
Gesunde Ernährung übt einen grundlegenden Einfluss auf die **Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen** aus. Ein regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse ist ein klares Merkmal einer gesunden Ernährungsweise (Bundesministerium für Gesundheit 2011b). Eine hohe Vielfalt an Lebensmitteln (vielseitige Kost) begünstigt eine ausreichende Zufuhr von Nährstoffen und gilt als Schutzfaktor vor vielen Erkrankungen (Elmadfa et al. 2009).

Kerndaten zu den **Ernährungsgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung** zeigen, dass es aus Gesundheitsperspektive Spielraum für Verbesserungen gibt: Der Anteil der 11- bis 15-Jährigen, die täglich Obst essen, ist seit 1990 deutlich zurückgegangen, wobei es in den letzten Jahren wieder leichte Verbesserungen gibt (Ramelow et al. 2011); vgl. Abbildung 3.7. Bei einigen Vitaminen und Mineralstoffen/Spurenelementen ist die Zufuhr unzureichend, während Kochsalz klar zu viel konsumiert wird. Auch der Zuckerkonsum liegt bei Kindern über der Empfehlung. Der Fettverzehr der österreichischen Erwachsenen ist höher als wünschenswert, es gibt aber einen Trend zu sinkender (aber letztlich immer noch zu hoher) Zufuhr an gesättigten (tierischen) Fetten (Elmadfa et al. 2009).

Seit 2011 liegen akkordierte Ernährungsempfehlungen auf Nährstoffbasis der deutschen, österreichischen und schweizerischen wissenschaftlichen Ernährungsgesellschaften vor, die als Referenzwerte zur Beurteilung des Ernährungsstatus der Bevölkerung herangezogen werden können (DACH 2011).

Abbildung 3.7:

Anteil der 11- und 15-jährigen Schüler/innen, die angeben, mindestens einmal täglich Obst/Früchte zu essen, nach Geschlecht, 1990 bis 2010



Quelle: Ramelow et al. 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eine ausgewogene, vielseitige Ernährung trägt zur **Reduktion des Risikos für zahlreiche Krankheiten** bei. So lässt sich die Inzidenz von Übergewicht und Adipositas (insbesondere in Kombination mit ausreichender körperlicher Aktivität = vgl. Ziel 8 / Bewegung), Karies, Anämie und Osteoporose verringern. Der Verzehr von Obst und Gemüse reduziert das Risiko für koronare Herzerkrankungen, für Schlaganfall und für Krebserkrankungen des Verdauungstraktes (WHO 2007). Unausgewogene Ernährung beeinträchtigt das Wohlbefinden und kann langfristig die Gesundheit schädigen. Im Jahr 2000 waren in Europa rund 41 Prozent der verlorenen gesunden Lebensjahre durch Krankheit und Tod auf Erkrankungen zurückzuführen, bei deren Entwicklung die Ernährung eine wichtige Rolle spielt (Elmadfa et al. 2009; Robertson et al. 2004).

In Österreich findet sich **Übergewicht** bei 19 Prozent der 6- bis 15-jährigen Schulkinder, 42 Prozent der 18- bis 65-jährigen Erwachsenen und 40 Prozent der über 65-jährigen Erwachsenen – mit steigender Tendenz. Eine hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas findet sich insbesondere bei Buben bzw. Männern und generell in Ostösterreich (Elmadfa et al. 2009) sowie in den unteren Einkommensschichten und bei niedrigem Bildungsniveau (Kiefer et al. 2006; Klimont et al. 2007). Umgekehrt ist auch eine deutliche Zunahme bei den stationären Spitalsaufenthalten in Österreich aufgrund von **Esstörungen** (vgl. Ziel 9 / psychosoziale Gesundheit) festzustellen, wovon hauptsächlich Mädchen/Frauen betroffen sind (Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005).

Die Ernährung der Bevölkerung wird beeinflusst durch das Lebensmittel- und Verpflegungsangebot, die Ernährungskompetenz und die Zugänglichkeit zu ernährungsphysiologisch hochwertigen Lebensmitteln, Speisen und Getränken.

Landwirtschaft und Nahrungsmittelproduktion stellen daher eine wichtige Basis für eine gesundheitsförderliche Ernährung dar. Das Angebot und die Qualität der landwirtschaftlichen Produkte hat Einfluss auf die Gesundheit: Übermäßiger Einsatz von Pestiziden oder anderen Produktionshilfsmitteln belastet die Gesundheit; regionale und saisonale Lebensmittel weisen hingegen in der Regel bei Vitaminen, Mineralstoffen und sekundären Pflanzeninhaltsstoffen gute Ergebnisse auf, verursachen durch geringere Transport- und Lagerzeiten weniger Umweltschäden und haben damit positiven Einfluss auf die Gesundheit.

Ein Großteil unserer Nahrung besteht aus verarbeiteten Lebensmitteln. Diese sind häufig durch einen (zu) hohen Anteil an gesättigten Fettsäuren, an Zucker oder Salz sowie an zum Teil unnötigen künstlichen Zusatzstoffen wie Süßstoffen, Aromen, Emulgatoren oder Farbstoffen charakterisiert. Für eine gesunde Ernährung ist die Balance zwischen frischen und verarbeiteten Lebensmitteln wichtig. Die Verbesserung der Zusammensetzung und damit des ernährungsphysiologischen Wertes von verarbeiteten Lebensmitteln trägt zu einem gesünderen Lebensmittelangebot bei (Bundesministerium für Gesundheit 2011b). Auch Maßnahmen der Lebensmittelsicherheit und -überwachung sind relevant zur unmittelbaren und nachhaltigen Sicherung der menschlichen Gesundheit.

Die **Gemeinschaftsverpflegung** (in Kindergarten, Schule, Betrieb, Krankenhaus, Seniorenheim etc., aber auch in Lokalen) gewinnt aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen (z. B. steigender Grad an Berufstätigkeit, mehr Ganztagschulen, steigende Zahl von Menschen in Senioren- und Pflegeheimen) an Bedeutung. Das entsprechende Angebot nimmt damit wichtigen Einfluss auf die Ernährung, weshalb die Qualität der Speisen und Getränke wie auch die Gestaltung der Speisesäle und der Essensausgabe aus Gesundheitsperspektive von großer Relevanz sind. Eine optimierte Gemeinschaftsverpflegung kann auch einen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit leisten.

Auf individueller Ebene wird das Ernährungsverhalten sowohl von der **Ernährungskompetenz**, d. h. dem Wissen darüber, welche Ernährungsweise sich positiv auf die Gesundheit auswirkt, als auch von der **Zugänglichkeit zu ernährungsphysiologisch hochwertigen Lebensmitteln, Speisen und Getränken** maßgeblich bestimmt. Insbesondere in Hinblick auf sozial benachteiligte Gruppen ist es von Bedeutung, dass eine ernährungsphysiologisch, ökologisch und sozial hochwertige Ernährung auch für Menschen mit geringem Einkommen leistbar ist bzw. dass „gesunde“ Ernährung (z. B. mit viel Obst, Gemüse, mehr Vollkornprodukten) nicht teurer ist als „ungesunde“ Ernährung (z. B. mit fett- und zuckerreichen Nahrungsmitteln). Der „Nationale Aktionsplan Ernährung“ (Bundesministerium für Gesundheit 2011b) verfolgt daher auch das Ziel, die gesündere Wahl für alle Menschen zur leichteren Entscheidung zu machen.

Mögliche Handlungsfelder für die Umsetzung

Die möglichen Handlungsfelder zur Förderung einer gesunden Ernährung inkludieren Ansätze, die versuchen, das individuelle Verhalten zu beeinflussen (verhaltensorientierte Zugänge), ebenso wie Strategien, die sich auf die Sicherstellung eines gesundheitsfördernden Ernährungsangebots richten (verhältnisorientierte Zugänge). Ein entsprechendes Maßnahmenpektrum ist bereits im „Na-

tionalen Aktionsplan Ernährung“ (NAP.e) des BMGF festgelegt, der vorsieht, bundesweit ernährungspolitische Maßnahmen und Strategien so zu bündeln, dass erkennbar Fehl-, Über- und Mangelernährung verringert werden und eine Trendumkehr bezüglich Übergewicht und Adipositas eintritt (Bundesministerium für Gesundheit 2011 b).

Auf Basis der Diskussionen zu den Gesundheitszielen sollte der Fokus in Österreich insbesondere auf folgenden Maßnahmenbereichen zur Förderung einer gesunden Ernährung liegen:

- » **Verarbeitete Nahrungsmittel optimieren**, um den ernährungsphysiologischen Wert dieser Lebensmittel zu verbessern. Neben politischen und rechtlichen Maßnahmen (z. B. Strategien zur Salzreduktion bzw. „Transfette-Verordnung“) erfordert dies vor allem Verhandlungen und Vereinbarungen mit der Nahrungsmittelindustrie und dem lebensmittelerzeugenden Gewerbe. Auch die Gastronomie ist hier als Anbieter/in (siehe unten) und mengenmäßig bedeutende/r Abnehmer/in ein wichtiger Partner.
- » **Gemeinschaftsverpflegung gesundheitsfördernd ausrichten**, damit das entsprechende Angebot einen Beitrag zur gesunden Ernährung leistet. Die Gemeinschaftsverpflegung – sei es in Kindergarten, Schule, Betrieb, Krankenhaus, Seniorenheim etc. – soll nach gesundheitsförderlichen Kriterien zusammengestellt sein. Die entsprechenden Anbieter/innen sollen – ebenso wie das Gastgewerbe – bei dieser Aufgabe unterstützt werden.
- » **Ernährungskompetenz fördern** als wichtigen Aspekt von Gesundheitskompetenz (vgl. Ziel 3, Gesundheitskompetenz), damit die Menschen dabei unterstützt werden, sich für gesunde Ernährung zu entscheiden. Entsprechende Aktivitäten müssen zielgruppenspezifisch (Berücksichtigung von Alter, Herkunft, Geschlecht, sozioökonomischem Status) ausgerichtet sein und sollten sich insbesondere an Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Schwangere sowie generell an Eltern und Erziehungsberechtigte richten. Informationen über gesunde Ernährung („Ernährungsbotschaften“) sollen qualitätsgesichert und breit abgestimmt sein, damit die Menschen nicht durch uneinheitliche Informationen verunsichert werden. Einen Beitrag zur Ernährungskompetenz leisten kann des Weiteren auch eine klare und verständliche Lebensmittelkennzeichnung, begleitet von wahrheitsgemäßer Werbung und verantwortungsbewusstem Marketing.

Ein Erfolg entsprechender Maßnahmen könnte beispielsweise daran gemessen werden, dass der Anteil der Gemeinschaftsverpflegungsangebote, die gesundheitsfördernd ausgerichtet sind, steigt. Auf individueller Ebene sollte in einem ersten Schritt erreicht werden, dass sich die Menschen besser in der Lage fühlen, gesunde Lebensmittel zu erkennen und die Eckpunkte einer ausgewogenen, gesunden Ernährung zu verstehen. Längerfristig wäre der Erfolg an einer Stabilisierung bzw. Umkehr des Trends zum steigenden Anteil von übergewichtigen bzw. adipösen Menschen erkennbar.

Beispielhafte Anchlüsse

Das WHO-21-Ziel 11 Gesünder leben („Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben“) verweist beim Subziel Gesundheitsbewusstsein auf das Thema Ernährung („Gesundheitsbewusstsein soll in Bezug

auf Ernährung, körperliche Betätigung und Sexualität erheblich zunehmen“) und befasst sich in einem weiteren Subziel mit der Zugänglichkeit gesunder Ernährung („Die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von und der Zugang zu hygienisch einwandfreien und gesunden Nahrungsmitteln sollten beträchtlich verbessert werden“).

Bezug zu Ernährung findet sich international sehr häufig in **nationalen Gesundheitszielen**, beispielsweise in Schweden („Gute Essgewohnheiten und sichere Lebensmittel“), Deutschland (vgl. Ziel 4: „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“) und Kanada („The air we breathe, the water we drink, the food we eat, and the places we live, work and play are safe and healthy – now and for generations to come“).

In **Österreich** findet sich das Ziel einer gesunden Ernährung explizit in den Ländergesundheitszielen der Steiermark und von Tirol. Beispiele für Strategien, Initiativen bzw. Maßnahmen, die in Bezug auf Ernährung von Relevanz sind, sind seitens des BMGF insbesondere der „Nationale Aktionsplan Ernährung“ (NAP.e), aber beispielsweise auch die Initiative „Unser Schulbuffet“, die Kindergesundheitsstrategie, die wissenschaftliche Aufbereitung von Empfehlungen für Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen, zahlreiche Ernährungsbroschüren (die sich an unterschiedliche Zielgruppen und verschiedene Settings wenden) oder die Initiative zur Reduktion von Kochsalz in Nahrungsmitteln (Brot und Gebäck).

Das vom BMGF gemeinsam mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der AGES umgesetzte Kooperationsprojekt „Richtig essen von Anfang an“ setzt in der Schwangerschaft und frühen Kindheit an, um die Ernährung schon bei den Jüngsten zu verbessern. Im Rahmen der Vorsorgemittel aus der 15a-Vereinbarung setzen BMGF, Länder und Sozialversicherungsträger in den Jahren 2011 bis 2013 zahlreiche Maßnahmen zum Schwerpunktthema Ernährung (u. a. Ernährungsberatung in der Schwangerschaft, Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten und Schulen). Die Europäische Kommission stellt aus dem EU-Agrarbudget Förderungen für Schulfruchtprogramme zur Verfügung. Die Programme müssen national kofinanziert und abgewickelt werden. Im Zuge des mit regionalen Partnern umgesetzten Schulobstprogramms des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW) werden frisches Obst und Gemüse als Schuljause direkt in die Volksschulen gebracht, um den Konsum von Obst und Gemüse bei Schulkindern zu erhöhen.

Bei der **Ideenkonferenz** im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz im Mai 2011 ebenso angeführt wie bei der Ideensammlung auf der **Gesundheitsziele-Website** wurden zum Thema Ernährung beispielsweise Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliche Ernährung in allen Settings, ausreichend Einkommen für gesundheitsförderliche Ernährung oder optimale Ernährung von Geburt an.

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.

Relevanz

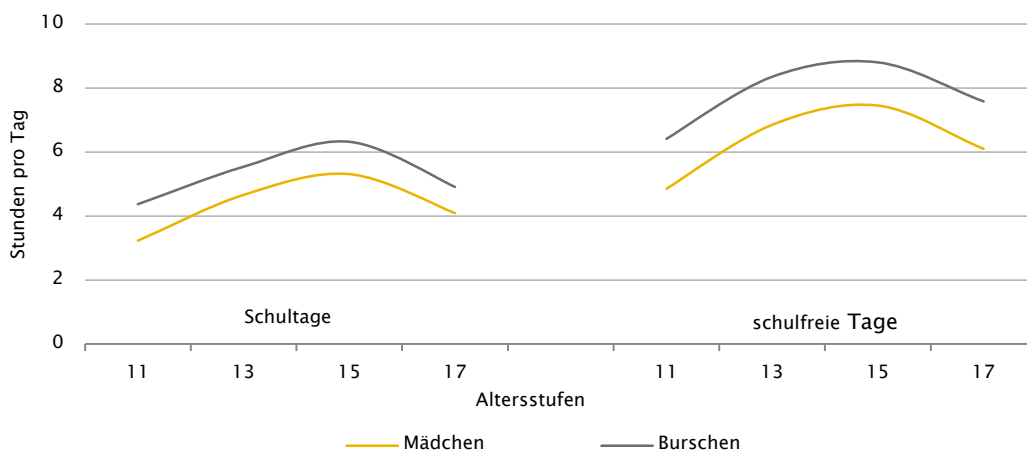
Regelmäßige körperliche Aktivität beeinflusst Gesundheit und Wohlbefinden grundlegend und nachhaltig positiv. Ausreichend Bewegung ist schon im Kindesalter unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsförderung. Beispielsweise beugt ein ausreichendes Maß an Bewegung Übergewicht und Haltungsschäden vor, erhöht die Konzentrationsfähigkeit und damit den schulischen Erfolg. Außerdem fördert Bewegung die soziale Interaktion: Insbesondere Teamsportarten unterstützen das Miteinander und Füreinander und begünstigen die soziale Integration. Ausreichend Bewegung ist auch wichtig für ein aktives und selbstständiges Leben im Alter, weil damit Probleme mit dem Bewegungs- und Stützapparat und damit Funktionseinschränkungen hintangehalten werden können. Bewegungskompetenz wiederum verringert die Verletzungsgefahr und erhöht die Freude an Sport und Bewegung. Umgekehrt schwächt mangelnde körperliche Aktivität das Herz-Kreislauf-System, die Atmung und den Stoffwechsel. Auch psychisches Wohlbefinden und Selbstwertgefühl werden durch mangelnde körperliche Aktivität negativ beeinflusst. Bewegungsmangel ist eine Ursache vieler chronischer Krankheiten.

Zwar sind Menschen in unserer Gesellschaft heute sportlich aktiver als vor beispielsweise zwanzig Jahren (Sport als spezifische Form körperlicher Bewegung), aber durch die technologische Entwicklung und die moderne Arbeitswelt wird **Bewegung immer weniger in den Alltag eingebunden**.¹ Auch kurze Wege werden nur noch selten zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt (siehe unten). Selbst bei Kindern und Jugendlichen ist ein sitzender Lebensstil bereits weit verbreitet (Schule, Fernsehkonsum, Sitzen am Computer; vgl. Abbildung 3.8).

1

<http://www.frauengesundheitsportal.de/themen/bewegung-und-sport/mehr-zum-thema-sport-und-bewegung/>

Abbildung 3.8:
Sitzende Freizeitaktivitäten (Fernsehen, Computernutzung)
bei 11- bis 17-jährigen Schülerinnen/Schülern 2010



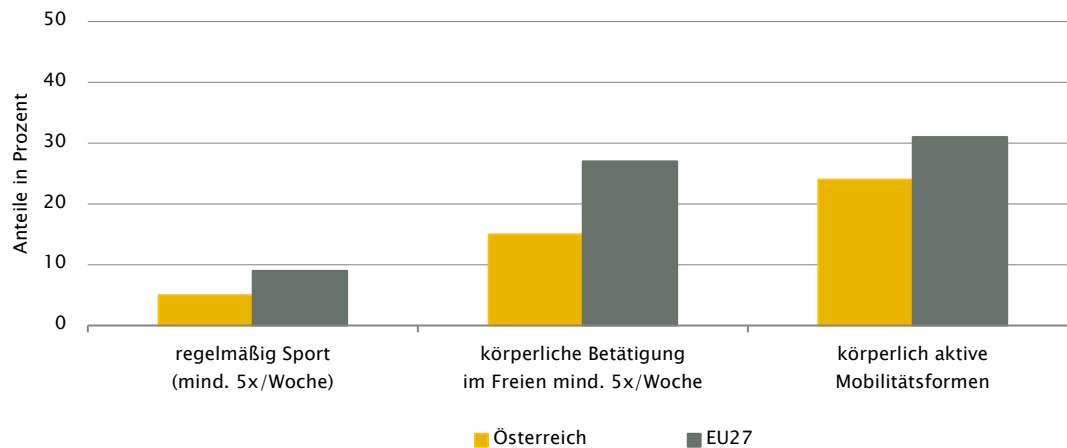
Quelle: Ramelow et al. 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Expertinnen und Experten empfehlen **für Kinder und Jugendliche zumindest eine Stunde täglich** und **für Erwachsene zumindest 150 Minuten pro Woche Bewegung** mittlerer Intensität (z. B. Gehen oder Radfahren). Zusätzlich sollten sich Erwachsene an mindestens zwei Tagen pro Woche muskelkräftigend mit mittlerer oder höherer Intensität bewegen, und Kinder und Jugendliche sollten an mindestens drei Tagen pro Woche muskelkräftigende und knochenstärkende Bewegungsformen durchführen. (Titze et al. 2010).

Sowohl die Integration von Bewegung in den Alltag als auch Bewegung und Sport als Freizeitaktivität können in Österreich verbessert werden. Der Anteil der österreichischen Bevölkerung (ab 15 Jahren), der häufig **körperlich aktive Mobilitätsformen** wählt (z. B. alltägliche Strecken zu Fuß oder mit dem Fahrrad), ist geringer als im EU-27-Durchschnitt (24 vs. 31 %). Die österreichische Bevölkerung (ab 15 Jahren) betreibt aber auch **weniger Sport** als im europäischen Durchschnitt: 5 Prozent der Österreicher/innen sagen, dass sie an zumindest fünf Tagen pro Woche **Sport** treiben (EU-27-Durchschnitt: 9 %); 62 Prozent treiben selten oder nie Sport (EU-27-Durchschnitt: 60 %). Ebenso ist die körperliche Betätigung im Freien (wie Fahrradfahren, Spazierengehen, Tanzen, Gartenarbeit ...) in Österreich weniger verbreitet als in anderen europäischen Ländern: 15 Prozent der Österreicher/innen sagen, dass sie sich zumindest fünfmal pro Woche im Freien **körperlich betätigen** (EU-27-Durchschnitt: 27 %); 31 Prozent tun dies selten (weniger als 1x pro Woche) oder nie (EU-27-Durchschnitt: 35 %). (Europäische Kommission 2010; vgl. Abbildung 3.9)

Abbildung 3.9:

Sport und körperliche Aktivität in Österreich im Vergleich zum EU-27-Durchschnitt 2009



Quelle: Europäische Kommission 2010 – Eurobarometer; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Rahmen der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ gaben 49 Prozent der Frauen und 60 Prozent der Männer an, in ihrer Freizeit „mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen“ zu kommen (Klimont et al. 2007).

Bei **Kindern und Jugendlichen**, insbesondere bei Mädchen, **nimmt das Bewegungsausmaß mit zunehmendem Alter ab**. Die Empfehlung, sich täglich zumindest eine Stunde lang körperlich zu betätigen, trifft bei 30 Prozent der 11-jährigen Mädchen, aber bei 40 Prozent der gleichaltrigen Buben zu. Unter den 17-Jährigen beträgt dieser Anteil bei Mädchen nur mehr 6 Prozent, bei Burschen 12 Prozent (Ramelow et al. 2011). Im internationalen Vergleich (mit 39 überwiegend europäischen Ländern) bedeutet dies eine gute Position für Österreich bei den 11-Jährigen (an 2. Stelle) und 13-Jährigen (an 4. Stelle), aber eine ungünstige Rangreihung bei den 15-Jährigen (an 21. Stelle) (Currie et al. 2012).

Handlungsfelder für die Umsetzung

Bis heute hat sich ein erheblicher Teil der Bemühungen der Bewegungsförderung auf die Verantwortung des Einzelnen konzentriert. Erfahrungen zeigen aber, dass erfolgreiche Verhaltensänderungen eine adäquate soziale, kulturelle und „gebaute“ Umgebung voraussetzen. Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die Qualität der bewegungsbezogenen Infrastrukturen sowie das Vorhandensein bewegungsbezogener Regelungen im Schulkontext einen signifikanten Einfluss auf das Bewegungsverhalten und auf den Gewichtsstatus von Schülerinnen und Schülern ausüben (z. B. Haug et al. 2010; Leatherdale 2010). Zum Radfahren oder zum Zu-Fuß-Gehen können Menschen etwa über eine fußgängerfreundliche Gestaltung des Verkehrsraums (Zugänglichkeit, Sicherheit etc.) oder über Tempolimits für den Autoverkehr (Cervero/Kockelman 1997; Wynne 1992)

motiviert werden. Dieser Ansatz zielt deshalb darauf ab, **nicht nur verhaltensbezogene** (individuelle), sondern **auch verhältnisbezogene** (soziales Umfeld, Wohnumgebung, Politik) **Strategien** zur Beeinflussung des Bewegungsverhaltens einzusetzen.

Um ausreichend Bewegung in den Alltag zu integrieren, fokussiert dieses Ziel auf

- » eine entsprechende **Gestaltung der Lebenswelten** und auf
- » die Förderung von **Bewegungskompetenz**,

wobei die Bedürfnisse von **Menschen mit Behinderung** dabei besonders zu berücksichtigen sind.

Die **Lebenswelten** schließen Außenräume wie (verkehrsarme/-freie) Grün- und Freiräume, Spielplätze, sichere Verkehrsräume, Rad- und Schulwege ebenso ein wie Innenräume (Pausenräume, Stiegenhäuser, Wohnräume, öffentliche Gebäude, Gaststätten etc), und zwar in allen relevanten Settings: in Familie, Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Senioren- und Pflegeheimen. Die Gestaltung dieser Räume soll vom ersten Lebensalter an Bewegung ermöglichen und dazu anregen sowie im Sinne der Unfallprävention gestaltet sein.

Darüber hinaus sollen **Bewegungskompetenz**, ein wichtiger Aspekt von Gesundheitskompetenz, und **Freude an Bewegung und Sport** gefördert werden. Probate Mittel sind nicht nur das Schaffen entsprechender Räumlichkeiten, sondern auch Bewegungsprogramme, insbesondere in Kindergärten und Schulen, in Senioren- und Pflegeheimen sowie im Vereinswesen.

Auf der **individuellen Ebene** ließe sich ein Erfolg von Maßnahmen zu diesem Ziel an einer Veränderung des Modal-Splits¹ zugunsten von nicht-motorisierter, „bewegter“ Mobilität und zu einer „bewegteren“ Freizeitgestaltung ablesen, sichtbar in diversen Befragungsergebnissen (z. B. HBSC oder Eurobarometer). Langfristig ist auch davon auszugehen, dass mehr Menschen ein gesünderes Körpergewicht aufweisen. Es ist außerdem zu erwarten, dass sich der Anteil von älteren Menschen mit Problemen mit dem Bewegungs- und Stützapparat samt Folgeerscheinungen (z. B. Funktionseinschränkungen) verringern wird.

Auf **gesellschaftlicher Ebene** sind unter anderem **ökonomische Effekte** zu erwarten. Durch die Verringerung der Krankheitslast ist langfristig mit verringerten Sozial- und Gesundheitsausgaben zu rechnen. Im Sozialbereich wirkt die Verringerung von Pflegebedarf kostendämpfend, im Gesundheitssektor werden die Leistungen der Krankenversorgung weniger in Anspruch genommen. Eine bewegungsfreundlichere Mobilität im Alltag (vermehrt mit dem Fahrrad fahren oder zu Fuß gehen) würde auch zu einer Reduktion des motorisierten Individualverkehrs und damit von Lärm und Abgasen führen.

1

Verteilung der Mobilitätsleistung auf Verkehrsträger, im Personennahverkehr: nicht-motorisierter Individualverkehr, öffentlicher Verkehr, motorisierter Individualverkehr.

Beispielhafte Anschlüsse

Unter dem Ziel 11 der **WHO-21-Ziele** wird unter dem Titel „Gesünder leben“ („Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben“) explizit auf körperliche Betätigung Bezug genommen. Auch die **nationalen Gesundheitsziele** in Schweden („Vermehrte körperliche Aktivität“) und Deutschland (vgl. Ziel 4 / Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung) setzen auf körperliche Aktivität/Bewegung.

In drei österreichischen Bundesländern wurde Bewegung in den Katalog der Gesundheitsziele aufgenommen: Gesundheitsfördernde Bewegung soll in Salzburg vermehrt betrieben werden, und auch in der Steiermark und in Tirol soll die Gesundheit der Bevölkerung mit mehr Bewegung verbessert werden.

Auch in der Kindergesundheitsstrategie des BMGF gibt es ein Ziel zu Bewegung. Bewegung ist außerdem im Fokus des „Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan“ (Lebensministerium und BMGF) und des Programms „klima:aktiv mobil“ (Lebensministerium). Ein „Nationaler Aktionsplan Bewegung“ (NAP.b) liegt als Konsultationsentwurf vor (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport und Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Bei der **Ideenkonferenz** im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz im Mai 2011 wurde Bewegung generell als wichtiges Ziel genannt. Laut Ideensammlung auf der **Gesundheitsziele-Website** soll das Thema Bewegung zielgruppenspezifisch (etwa bei Kindern, bei Erwachsenen, speziell im Alter) und settingbezogen (z. B. in Kindergarten und Schule) gefördert werden.

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.

Relevanz

Psychosoziale Gesundheit wird von der WHO definiert als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeit ausschöpft, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“. Psychische Gesundheit ein vielschichtiger Prozess, der neben individuellen Aspekten maßgeblich von sozio-ökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren beeinflusst wird (WHO 2001). Die WHO versteht psychische Gesundheit als eine Voraussetzung für ein lebensfähiges, sozial verantwortliches und produktives Europa, die den gesellschaftlichen Zusammenhalt und das Sozialkapital verstärkt und die Sicherheit des Lebensumfelds verbessert (WHO 2005). Beeinträchtigungen der psychosozialen Gesundheit sind weit verbreitet und haben erhebliche gesellschaftliche und individuelle Folgen (WHO 2001).

Wesentliche Risikofaktoren für psychosoziale Probleme und Störungen liegen in sozialen, umfeldbedingten und wirtschaftlichen Determinanten. Relevant sind ungenügende soziale Kontakte, Ausgrenzung und Isolation, Armut, geringe Bildung, schlechte Wohnbedingungen, Gewalt, Diskriminierung, Arbeitsstress oder Arbeitslosigkeit etc. (vgl. Williams et al. 2005). Auch nicht ausreichende Kompetenzen im Umgang mit modernen Informationstechnologien oder mit Geld (Schuldenfalle) können zu Ausgrenzung führen.

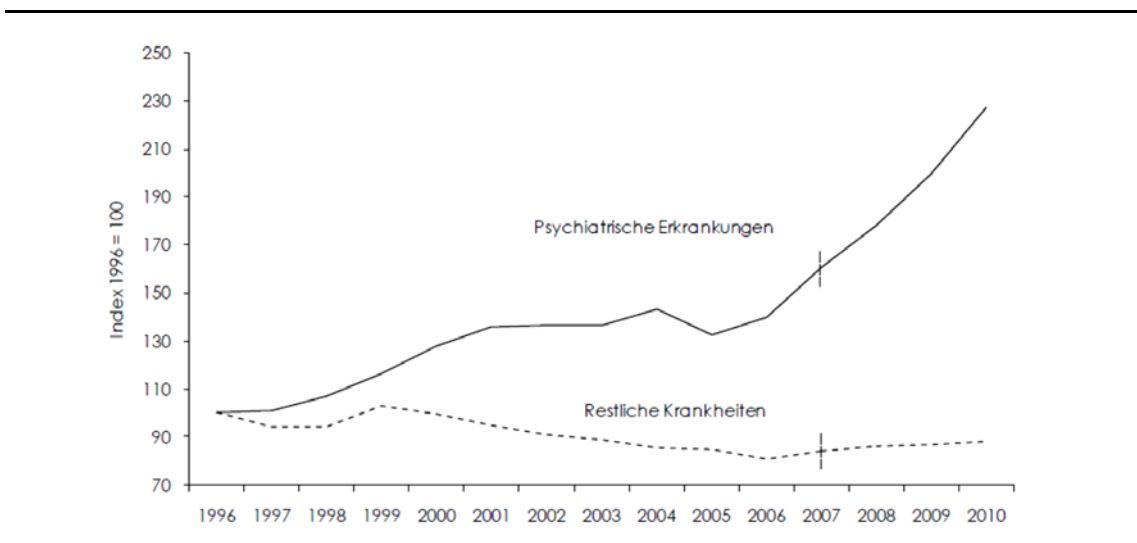
Psychische Erkrankungen und Störungen des seelischen Wohlbefindens sind in der WHO Europa Region verantwortlich für 20 bis 25 Prozent der sogenannten „burden of disease“ (Robert Koch Institut 2011). Laut Robert Koch Institut erkrankt die Hälfte der EU-Bevölkerung im Verlauf des Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung (Wittchen et al. 2010). In Österreich gibt es laut Daten des Hauptverbandes der SV-Träger einen außergewöhnlichen Anstieg psychischer Erkrankungen (HV der Sozialversicherungsträger 2009). Depressionen gehören dabei zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Erkrankungen (Wittchen et al. 2010). Sie sind weltweit eine Hauptursache für krankheitsbedingte Beeinträchtigungen im Alltag und haben in westlichen

Ländern den drittgrößten Anteil an der gesamten Krankheitslast (Lopez et al. 2006). Laut Gesundheitsbericht 2009 litten bereits 6,7 Prozent der männlichen und 10,9 Prozent der weiblichen österreichischen Wohnbevölkerung unter chronischen Angstzuständen oder Depressionen (BMGF 2009b). Depressionen stehen auch in Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen. So erhöhen Depressionen zusammen mit sozialer Isolation und wenig sozialer Unterstützung das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. Moodie/Jenkins 2005), und es gibt Indizien für einen Zusammenhang zwischen den Erkrankungen Diabetes und Depression (Wagner et al. 2012). In Österreich gilt jede/r vierte Arbeitnehmer/in als burnoutgefährdet (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit 2011). Vor allem bei Männern ist Suizid eine der häufigsten Todesursachen (Haring et al. 2011).

Auch Kinder und Jugendliche sind von psychosozialen Problemen betroffen. In dieser Altersstufe sind Angststörungen (insbesondere Schulangst und Schulphobie, später Panikstörungen) die häufigste psychische Erkrankung, etwa 10 Prozent eines Jahrgangs sind davon betroffen (Bundesministerium für Gesundheit et al. 2009), gefolgt von aggressiv-dissozialen Störungen (5 bis 7 %) und ADHS (ca. 5 %). Problematische Entwicklungen zeigen sich auch bei Ess-Störungen (Magersucht, Bulimie, „Binge Eating Syndrome“).

Folgen von psychosozialen Problemen zeigen sich in sozialen Kosten aufgrund von Kriminalität, Schulabbruch, Alkohol- und Drogenkonsum, Depression und Suizid, aber auch in wirtschaftlichen Einbußen aufgrund mangelnder beruflicher Produktivität und Kreativität (vgl. Moodie/Jenkins 2005). Die Folgen des Anstiegs psychischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen zeigen sich auch im steigenden Anteil der Krankenstände aufgrund dieser Erkrankungen. Laut WIFO-Berechnungen für Österreich waren dies im Jahr 2010 über 2,6 Mio. Krankenstandstage (nur ASVG-Versicherte) (Leoni 2011). 2008 begründeten psychische und Verhaltensstörungen rund 40 Prozent aller Neuzugänge zur Invaliditätspension (Arbeiter/Arbeiterinnen und Angestellte).

Abbildung 3.10:
Entwicklung der psychischen Krankheiten – Krankenstandstage 1996–2010



Quellen und Darstellung: Leoni 2011: Fehlzeitenreport 2011; WIFO-Berechnungen 2011, Datenquelle HS

Nicht nur auf der individuellen Ebene, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene ist die Stärkung psychosozialer Gesundheit bzw. Prävention und entsprechende Versorgung von psychischen Erkrankungen relevant. So könnte beispielsweise die Reduktion der Kosten für Krankenstände und Neueintritte in die Invaliditätspension die Folgekosten von ungünstigen Lebensbedingungen im Kleinkindalter oder die Kosten für die medikamentöse Versorgung psychischer Erkrankungen den öffentlichen Haushalt sowie die Sozialversicherungen entlasten.

Mögliche Handlungsfelder für die Umsetzung

Die Breite der **Handlungsfelder zur Verbesserung psychosozialer Gesundheit** zeigt sich auch in der Integration des Themas in andere formulierte Gesundheitsziele: So soll die Gestaltung von Arbeitsplätzen oder von Lernbedingungen in der Schule die Erhaltung der psychischen Gesundheit garantieren (vgl. Ziel 1 / Lebenswelten), durch die Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit soll die höhere Last psychosozialer Probleme bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen reduziert werden (vgl. Ziel 2 / Chancengerechtigkeit), gesundes Aufwachsen ab der frühen Kindheit soll positive Grundlagen für lebenslange Gesundheit schaffen (vgl. Ziel 6 / gesundes Aufwachsen), der soziale Zusammenhalt als wichtiger Schutzfaktor für psychosoziale Gesundheit soll gestärkt werden (vgl. Ziel 5 / sozialer Zusammenhalt), Kompetenzen (z. B. Erziehungskompetenz, Lebenskompetenz, Konsumkompetenz, Gesundheitskompetenz, Medienkompetenz, Sexualkompetenz) sollen gestärkt werden (vgl. Ziel 3 / Gesundheitskompetenz) und die medizinische Versorgung von psychisch/psychiatrisch erkrankten Personen unter Einbezug von deren Angehörigen optimiert werden (vgl. Ziel 10 / Gesundheitsversorgung).

Handlungsfelder zur Prävention psychischer Erkrankungen und zur Versorgung von psychisch Erkrankten sind Aufklärung und Information über Erkrankungen und deren Auswirkungen in der Bevölkerung, aber auch bei Fachpersonen, sodass Früherkennung und entsprechende Versorgung möglich sind. Ebenso sind die Identifikation von Risikogruppen und das Vorhandensein zielgruppenspezifischer und bedarfsgerechter Prävention und Versorgungsstrukturen für Betroffene notwendig. Suizidpräventionsmaßnahmen auf Basis einer österreichischen Suizidpräventionsstrategie können zur Reduktion der Suizidraten beitragen. Aber auch der Einbezug von Angehörigen, insbesondere von Eltern und Kindern Betroffener in die Versorgung und Austausch auf gleicher Augenhöhe zwischen Fachpersonen, Betroffenen und Angehörigen ist wichtig.

Beispielhafte Anschlüsse

Von den **WHO-21-Zielen** widmet sich Ziel 6 der Verbesserung der psychischen Gesundheit. Der **„Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit“** formuliert Ziele, die auf Information und Bewusstseinsbildung, Prävention und Verbesserung der Versorgung abzielen. Auf europäischer Ebene wurde unter der Beteiligung zahlreicher namhafter Experten/Expertinnen ein weiterer **„Aktionsplan zur Förderung der mentalen Gesundheit und der Prävention von mentalen Gesundheitsproblemen“** erarbeitet (Jané-Llopis 2005), der zehn Aktionsbereiche umfasst, beispielsweise psychisch gesund aufwachsen, psychische Gesundheit in unterschiedlichen Settings fördern oder De-

pression, Suizid, Gewalt und Sucht vorbeugen. Die EU verabschiedete den „European Pact for Mental Health and Well-Being“ (2008–2011) und aktuell den Plan „Joint Action on Mental Health“ (2012).

Auch nationale Gesundheitsziele anderer Länder befassen sich mit dem Thema, z. B. Deutschland mit dem Ziel des gesunden Aufwachsens und dem Ziel, depressive Erkrankungen zu verhindern, früh zu erkennen und nachhaltig zu behandeln.

Die Bundesländer-Gesundheitsziele von OÖ, Salzburg und der Steiermark wollen die psychische Gesundheit verbessern bzw. die Suizidraten reduzieren. In NÖ geht es u. a. darum, für jede Versorgungsregion eigenständige, weitgehend bedarfsdeckende Einrichtungen für Patientinnen/Patienten mit mentalen Störungen und Erkrankungen zu schaffen.

Aktivitäten der Bundesministerien und anderer Akteurinnen/Akteure sind beispielsweise die Einrichtung eines Beirates für psychische Gesundheit (BMGF), die „Nationale Strategie für psychische Gesundheit“ (Bundesministerium für Gesundheit 2009), die „Kindergesundheitsstrategie“ (Bundesministerium für Gesundheit 2011a) und aktuell die Umsetzung einer Suizidpräventionsstrategie durch ein Expertengremium (Haring et al. 2011). Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entwickelt eine interne Strategie zur Förderung psychischer Gesundheit. Der Fonds Gesundes Österreich startet eine Initiative zur Förderung unterstützender Nachbarschaften.

Im Rahmen der Online-Befragung der Österreicher/innen wurde insbesondere die Verbesserung der Versorgung angeführt, hier vor allem die Finanzierung von Psychotherapie; thematisiert wurde die Aufklärung und Entstigmatisierung von Betroffenen und Angehörigen. Vor allem wurde auch die Wichtigkeit von Prävention bereits ab der frühen Kindheit hervorgehoben. In der Ideenkonferenz wurde das Thema „psychische Gesundheit“ als Schwerpunkt für die Entwicklung von Gesundheitszielen gesehen. Die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit und der Lebenskompetenzen von Kindern wurde als besonders wichtig eingeschätzt.

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.

Relevanz

Die Versorgungsstruktur in Österreich kann anhand folgender Schwerpunkte charakterisiert werden¹:

- » Die Struktur des österreichischen Gesundheitswesens ist **stark an Akutversorgung** und weniger an einer allgemeinen medizinischen und pflegerischen Basisversorgung **orientiert**. Kranke Menschen werden in Österreich häufiger stationär und häufiger im Krankenhaus (stationär und spitalsambulant) behandelt als im Durchschnitt der EU-15. Die **Spitalsbetten-dichte** lag 2007 mit 778 Betten je 100.000 EW an dritter Stelle in Europa (EU-15-Durchschnitt: 518) (Eurostat 2009). Österreich ist weltweit unter den führenden Staaten bei der **Krankenhaustätigkeit**: Im Jahr 2008 wurden in Österreich 267 Spitalsentlassungen pro

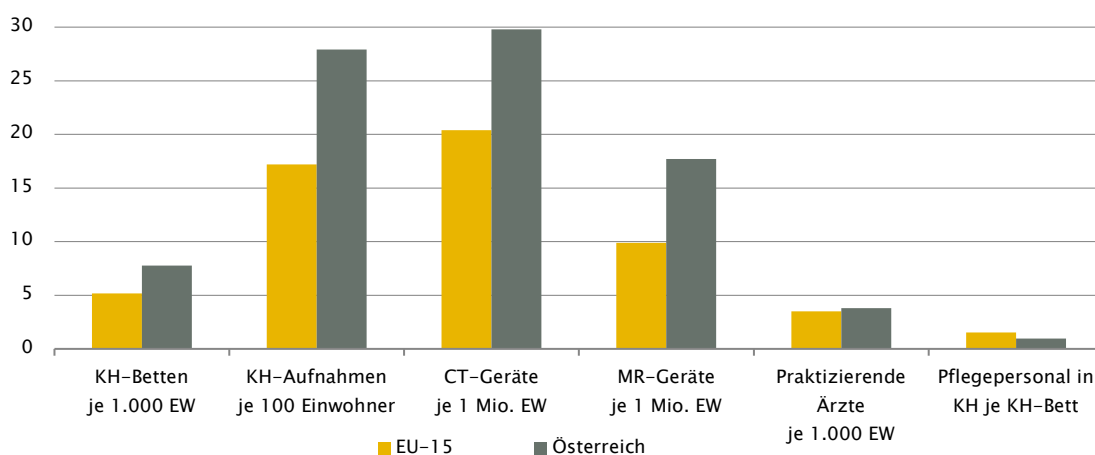
1

Aus der Analyse der im Juni 2011 von der Bundesgesundheitskommission eingerichteten Arbeitsgruppe „Versorgungsprozesse und -struktur“.

1.000 Einwohner dokumentiert, im Durchschnitt der EU-15-Länder waren es 175¹; die Krankenhaushäufigkeit steigt in Österreich nach wie vor kontinuierlich, während sie in vergleichbaren europäischen Ländern etwa seit der Jahrtausendwende stagniert oder rückläufig ist (WHO 2009). Auch medizinische Großgeräte (z. B. MR und CT) werden in größerer Dichte vorgehalten als im EU-15-Durchschnitt (vgl. Abbildung 3.11).

- » Die Versorgungsdichte ist jedoch nicht nur intramural, sondern auch **extramural** sehr hoch. Es gibt in Österreich mehr Ärztinnen/Ärzte als im europäischen Durchschnitt. 2007 gab es in Österreich 3,8 praktizierende Ärztinnen/Ärzte pro 1.000 Einwohner, im Durchschnitt der EU-15 waren es 3,5. (vgl. Abbildung 3.11)

Abbildung 3.11:
Ausgewählte Indikatoren zur Versorgungsstruktur im europäischen Vergleich, 2007



KH = Krankenhaus, CT=Computertomographie, MR=Magnetresonanztomographie

Quelle: Habl/Bachner 2010a; Darstellung: GÖG/ÖBIG

- » Die **Primärversorgung über Allgemeinmediziner/innen** (i. S. der „Primary Health Care“) hat in Österreich eine geringere Bedeutung als in anderen europäischen Ländern (z. B. Niederlande), wo der Hausarzt / die Hausärztin die zentrale Rolle des Erstversorgers einnimmt.
- » Medizinisches, therapeutisches und pflegerisches Angebot sind in Österreich **wenig vernetzt**. Das Versorgungssystem gestaltet sich derzeit ärztelastig und damit kostenintensiv. Pflegepersonal und Therapeutinnen/Therapeuten sind zu wenig in die Leistungserbringung eingebunden, und es mangelt generell an einem multiprofessionellen Zugang. Insbesondere im ambulanten Bereich fehlt eine an den Patientenbedürfnissen orientierte, interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit.

1

Auch wenn die Null-Tages-Aufenthalte nicht gerechnet werden, lag die Krankenhaushäufigkeit im Jahr 2009 in Österreich um 54 Prozent über dem europäischen Durchschnitt (WHO 2009).

- » Die Gesundheitsversorgung ist in Österreich **auf Kuration ausgerichtet**, Gesundheitsförderung und Prävention spielen hier eine eher untergeordnete Rolle.
- » Der Zugang zum Gesundheitssystem ist in Österreich insofern **sozial ausgewogen**, als die Zugänglichkeit von Leistungen und die Zufriedenheit im internationalen Vergleich sehr gut bewertet werden. Auch ist der Anteil an Menschen mit sozialer Krankenversicherung sehr hoch – das bedeutet einen umfangreichen Leistungskatalog und Wahlfreiheit bei Leistungserbringern. (Habl/Bachner 2010a)

Gesundheitsleistungen tragen wesentlich zur Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung bei, wenn sie

- » an Patientinnen und Patienten orientiert,
- » bedarfsgerecht,
- » koordiniert,
- » wirkungs- und prozessorientiert und
- » qualitätsgesichert

für alle Bevölkerungsgruppen vorgehalten werden. Diese Attribute stellen das Versorgungssystem vor große Herausforderungen. Beispielsweise wird eine **bedarfsorientierte Versorgung**, insbesondere vor dem Hintergrund der zu erwartenden demografischen Entwicklung, mehr Leistungen der Gesundheitsberufe im niedergelassenen Bereich erfordern.

Mögliche Handlungsfelder für die Umsetzung

Ziel 10 der Gesundheitsziele und die oben beschriebenen Charakteristika des österreichischen Gesundheitsversorgungssystems bilden eine Grundlage für jenes partnerschaftliche Zielsteuerungssystem in Richtung einer gemeinsamen Planung, Steuerung und Finanzierung, über das sich Bund, Länder und die Sozialversicherung im Grundsatz bereits geeinigt haben und das in der Folge im Rahmen einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Artikel 15a B-VG zu konkretisieren ist.

Prioritäre Anliegen für ein nachhaltiges Gesundheitssystem aus dem Zielentwicklungsprozess sind das **Stärken von Prävention und Vorsorge** sowie der **primären Gesundheitsversorgung**. Hinsichtlich der **Solidarität** ist ein zielgruppenspezifischer und diskriminierungsfreier Zugang, insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, besonders relevant. Die soziale Ausgewogenheit des Gesundheitssystems gilt es zu erhalten, um einen etwaigen Trend zu einer Zwei-Klassen-Medizin hintanzuhalten.

Folgende Maßnahmenbereiche zur Steigerung von Qualität, Effektivität und Effizienz des Versorgungssystems wurden als besonders relevant erachtet:

- » integrierte, multiprofessionelle und gesundheitsförderliche Versorgungssysteme und Netzwerkstrukturen, beispielsweise durch Disease-Management-Programme (DMP); eine integrierte Versorgung ist bei der Behandlung von chronisch Kranken von besonderer Bedeutung;

- » wirksame Früherkennung, Frühintervention, integrierte Versorgung und das Stärken der Patientenkompetenz (vgl. Ziel 3 / Gesundheitskompetenz) im Umgang mit ihrer Erkrankung;
- » effiziente und zweckmäßige Planung, Steuerung und Finanzierung in gemeinsamer Verantwortung auf Basis eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems;
- » Transparenz und Orientierung an Qualitätszielen im Hinblick auf Patientensicherheit und Patientennutzen;
- » Kapazitätsentwicklung (Capacity building) in den Bereichen Public Health, Gesundheitsökonomie, Gender-Medizin sowie (Bildungs- und Versorgungs-)Forschung;
- » praxisnahe und bedarfsgerechte Ausbildung und kontinuierliche Fortbildung für Gesundheitsberufe, z. B. für Gesundheitskompetenz, Gesundheitsversorgung, Multiprofessionalität;
- » gute Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung und zur Vermeidung von Personalengpässen.

Beispielhafte Anchlüsse

Mit dem Ziel 15 der **WHO-21-Ziele** werden unter dem Titel „Ein integrierter Gesundheitssektor“¹ folgende Subziele gefordert:

- » „... umfassende primäre Gesundheitsversorgungsdienste, effiziente und kostengünstige Systeme zur Überweisung von Patienten an spezialisierte und Krankenhausdienste ...“,
- » „... Hausärzte und Pflegekräfte als Kern dieses integrierten primären Gesundheitsversorgungssystems, das auf dem Einsatz multidisziplinärer Teams aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie aus anderen Sektoren basiert und die örtliche Bevölkerung einbindet“,
- » „... Gesundheitswesen, das eine Beteiligung des Einzelnen sicherstellt und Menschen, die andere im häuslichen Umfeld gesundheitlich versorgen, anerkennt und unterstützt.“

Auch in **nationalen Gesundheitszielen** wird das Versorgungssystem angesprochen, wie etwa in Kanada² oder in Schweden (Gesundheits- und medizinische Dienste, die aktiv die Gesundheit fördern).

Von der **OECD** werden – bezogen auf das Gesundheitssystem – **für Österreich** folgende Prioritäten vorgeschlagen:

- » Straffung der institutionellen Struktur des Gesundheitssystems,
- » Förderung integrierter Behandlungen,

1

„Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.“

2

„We work to prevent and are prepared to respond to threats to our health and safety through coordinated efforts across the country and around the world“ und „A strong system for health and social well-being responds to disparities in health status and offers timely, appropriate care“.

- » Betonung der Bedeutung einer gesünderen Lebensweise und Beobachtung der Einhaltung nationaler Gesundheitsziele.

Ebenso nehmen die **Länder-Gesundheitsziele** Bezug auf das Versorgungssystem: Niederösterreich setzt einen Schwerpunkt bei der Verbesserung der Versorgungsstruktur. Es geht um eine integrierte Planung und Versorgung, Steuerung, Finanzierung und Qualitätssicherung, um eine Abstimmung des gesamten Angebots der Gesundheitsversorgung mit den angrenzenden Bundesländern und Nachbarstaaten. Stationäre und ambulante Strukturen für die neuen Leistungsbereiche Hospiz-/Palliativversorgung, Remobilisation und psychosomatische Versorgung sollen aufgebaut werden. In Tirol sind umfassende Verbesserungen in der Datenerfassung ein wichtiges Ziel (ambulanter Bereich, Mutter-Kind-Pass, Impfdokumentation, Gesundenuntersuchungen, Schuluntersuchungen, Kindergartenuntersuchungen).

Des Weiteren beschäftigen sich zahlreiche Initiativen mit der Verbesserung der Versorgungsstruktur des österreichischen Gesundheitswesens. Das **BMGF** hat Anfang 2011 mit der Einladung zu einem Dialog aller wesentlichen Stakeholder einen Prozess zur Gesundheits- und Spitalsreform gestartet. Es gibt mehrere Reformpoolprojekte, die sich beispielsweise mit der integrierten Versorgung beschäftigen. Auch in der „Kindergesundheitsstrategie“ sind neun von insgesamt zwanzig Zielen der Optimierung der Versorgung im Gesundheitssystem gewidmet.

Der Masterplan der **Sozialversicherung** sieht vier Ziele zum Versorgungssystem vor:

- » Ziel 2: Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung,
- » Ziel 3: Planung, Steuerung und Qualitätssicherung auf österreichischer Ebene,
- » Ziel 6: Neue Versorgungsstrukturen zur Verbesserung der Patientenorientierung (integrierte Versorgung, patientenorientierte ganzheitliche Betreuung),
- » Ziel 8: Restrukturierung der Spitäler.

Bei der **Ideenkonferenz** und auf der **Gesundheitsziele-Website** wurden zahlreiche Ziele zur Gestaltung des Versorgungssystems genannt. Es wurde ein Fokus auf Prävention (vor Kuration) und auf Chancengleichheit (keine Zwei-Klassen-Medizin) gefordert. Die Ziele bezogen sich weiters auf Systemsteuerung (z. B. Zentralisierung des Gesundheitssystems, transparente und einheitliche Finanzierung), auf die Ausbildung der Angehörigen der Gesundheitsberufe, auf die Qualität in der Versorgung, auf die Versorgungsstruktur (z. B. stärkere hausärztliche Versorgung, integrierte Versorgung) sowie auf das Finanzierungs-/Honorierungssystem.

4 Nächste Schritte / Ausblick

Gesundheitsziele stellen einen ersten Schritt für eine Strategie im Sinne der WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ dar und bieten eine grundlegende Orientierung, indem sie einen gemeinsamen Handlungsrahmen bilden (vgl. Abbildung 4.1).

Auf Basis der Gesundheitsziele und nach Durchführung einer Ist-Analyse zur Sondierung konkreter bestehender und möglicher zukünftiger Strategien bzw. Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele wird in einem zweiten Schritt ein Strategie- und Maßnahmenkonzept erarbeitet. Dieses soll konkrete Ziele der einzelnen Politikbereiche, Sektoren und Organisationen für ihren Zuständigkeitsbereich mit Indikatoren und definierten Zeithorizont ebenso beinhalten wie daraus abgeleitete Maßnahmen. In Hinblick auf Erfahrungen aus anderen Ländern wird bei der Erarbeitung des Strategie- und Maßnahmenkonzeptes eine erste Schwerpunktsetzung anhand ausgewählter Kriterien tragend werden. 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.

Abbildung 4.1: Prozessschritte nach Erarbeitung der Gesundheitsziele



Die Erarbeitung des Strategie- und Maßnahmenkonzeptes soll vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und der Gesundheit Österreich koordiniert bzw. fachlich begleitet werden. Die finale Entscheidung über die weitere Prozessstruktur liegt bei der Bundesgesundheitskommission und wird voraussichtlich im Sommer 2012 getroffen.

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.

5 Literatur

- Biffli, Gudrun; Faustmann, Anna; Gabriel, Doris; Leoni, Thomas; Mayrhuber, Christine; Rückert, Eva (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Im Auftrag der AK Wien., Donau Universität Krems und Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Krems/Wien
- Büchel-Kapeller, Kriemhild; Hellrigl, Manfred (2009): Sozialkapital – von der Theorie zur Praxis. In: SuchtMagazin 1, 32–35
- Bundesinstitut für Risikobewertung (2010): Krebserzeugende polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK) in Verbraucherprodukten sollen EU-weit reguliert werden. Risikobewertung des BfR im Rahmen eines Beschränkungsvorschlages unter REACH. Stellungnahme Nr. 032/2010 des BfR vom 26. Juli 2010. Berlin
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.) (2010): Sozialbericht 2009–2010. Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2009): Empfehlung des Beirates für psychische Gesundheit für eine nationale Strategie zur psychischen Gesundheit, Fassung vom 22.11.2009. Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2010a): HBSC Factsheet Nr. 6/10 – Unterricht und Gesundheit. Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2010b): HBSC Factsheet Nr. 7 – Schule und Gesundheit. Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2011a): Kindergesundheitsstrategie. Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2011b): Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e). Wien
- Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport; Bundesministerium für Gesundheit (2012): Nationaler Aktionsplan Bewegung. Wien. Konsultationsentwurf
- Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur; Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (Hg.) (2009): Die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. (In: HBSC Factsheet Nr 4/09. Wien
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur; Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (2009): Sozialkapital. Das Leben im Netz sozialer Beziehungen. Wien
- Cervero, Robert; Kockelman, Kara (1997): Travel demand and the 3Ds: Density, diversity, and design. In: Transportation Research Part D: Transport and Environment 2/3, 199–199

- Commission on Social Determinants of Health (2008): Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. WHO, Geneva
- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F.; Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health Policy for Children and Adolescents, Bd. 6, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen
- Czirkovits, Christian; Hlava, Anton; Winkler, Petra (2008): Salzburger Gesundheitsbericht 2007. Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung. Amt der Salzburger Landesregierung, Salzburg
- DACH (2011): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE), Rostock
- Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (2006): Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health, Bd. 3. WHO, Kopenhagen
- Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181–194
- Elmadfa, I.; Freisling, H.; Nowak, V.; Hofstädter, D. (2009): Österreichischer Ernährungsbericht 2005. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 1. Wien, März 2009. Aufl., Institut für Ernährungswissenschaften (Hg.) in Kooperation mit der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, Wien
- European Centre for Environment and Health, Bonn Office (2006): Health risks of particulate matter from long-range transboundary air pollution. WHO, Kopenhagen
- European Policy Health Impact Assessment (EPHIA) (Hg.) (2004): Gesundheitsverträglichkeit Europäischer Politikentscheidungen: Empfehlung Zum Vorgehen.
- Eurostat (2009): Eurostat Datenbank 2009 [Online]. Europäische Kommission. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> [Zugriff am 10.5.2012].
- Eurostat (2012a): Healthy life years and life expectancy at birth, by sex [Online]. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph100&language=en> [Zugriff am 10.5.2012].

Eurostat (2012b): Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht [Online]. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=de&pcode=tps00025> [Zugriff am 10.5.2012].

Eurostat (2012c): Urban population exposure to air pollution by ozone [Online]. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> [Zugriff am 20.06.2012].

Gerich, Joachim; Sarah, Sebinger (2006): Auswirkungen von Belastungen und Ressourcen auf die Gesundheit von LehrerInnen. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften des Institus für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Universität Linz und der OÖ Gebietskrankenkasse, OÖ Gebietskrankenkasse, Linz

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

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

Haring, Christian; Sonneck, Gernot; Gollner, Gerhard; Kapusta, Nestor; Niederkrotenthaler, Thomas; Stein, Claudius; Watzka, Carlos; Wolf, Josef (2011): Suizidprävention Austria – Die Umsetzung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Haug, Ellen; Torsheim, Torbjørn; Samdal, Oddrun (2010): Local school policies increase physical activity in Norwegian secondary schools. In: Health Promotion International 25/1, 63–63

Kerschbaum, Johann et al. (2009): Gesundheit und Krankheit in Österreich: GESUNDHEITSBERICHT ÖSTERREICH 2009 (GBÖ 2009). Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg

Kiefer, I.; Rieder, A.; Rathmanner, T.; Meidlinger, B.; Baritsch, C.; Lawrence, K.; Dorner, T.; M., Kunze (2006): Erster österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. Verein Altern mit Zukunft, 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

- Klimont, Jeanette; Kytir, Josef; Leitner, Barbara (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien
- Kreckel, Reinhard (1992): Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit. Campus Verlag, Frankfurt am Main
- Kreis, Julia; Bödeker, Wolfgang (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. IGA-Report 3, 1. Aufl., Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Essen
- Lampert, Thomas; Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 209–230
- Lawrence, St Leger; Ian, Young; Claire, Blanchard; Martha, Perry (2010): Promoting health in schools: from evidence to action (2010). International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), Saint-Denis Cedex, France
- Leatherdale, Scott T. (2010): The association between overweight and school policies on physical activity: a multilevel analysis among elementary school youth in the PLAY-On study. In: Health Education Research 25/6, 1061–1073
- Leoni, Thomas (2011): Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Lopez, Alan D.; Mathers, Colin D.; Ezzati, Majid; Jamison, Dean T.; Murray, Christopher J. L. (2006): Global Burden of Disease and Risk Factors. A copublication of The World Bank and Oxford University Press., Washington / New York
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Marmor Review (2010): Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010. Department of Health, London
- 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.leitbe-griffe.bzga.de/?uid=fb5bdb7682d22a0a089ac181e9e06306&id=angebote&idx=165> [Zugriff am 11.5.2012].
- Moodie, Rob; Jenkins, Rachel (2005): I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should I? In: *Promotion & Education* 12/2 suppl, 37–41
- Moser, Winfried (2009): Armut und Exklusion von Kindern als multidimensionale Herausforderung. In: *Armut aus Kinderperspektive*, 7–15
- Mueller, Carolina (2009): Kinderarmut aus internationaler wissenschaftlicher Perspektive. In: *Armut aus Kinderperspektive*, 15–25
- Noack, Horst (2011): „Health in All Policies“ – das Konzept der Gesundheitsförderung in allen Politikfeldern In: *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung*. Hg. v. Dür Wolfgang/ Felder-Puig Rosemarie. Bern: Verlag Hans Huber, 32–37
- Nowossadeck, Enno (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. *GBE kompakt* 2/2012, Robert Koch Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Berlin
- Nutbeam, Don (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: *Health Promotion International* 15/3, 259–267
- OECD (Hg.) (2009): *Doing Better for Children*. Paris
- OECD (Hg.) (2011): *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. 1. Aufl. Paris
- Österreich, Bundeskanzleramt (2012): *Europa 2020 – eine neue Wachstumsstrategie für die EU* [Online]. <http://www.bka.gv.at/site/4887/default.aspx> [Zugriff am 16.5.2012].
- Österreich, Fonds Gesundes (2012): *Prioritätensetzung* [Online]. <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/prioritaten> [Zugriff am 18.5.2012].
- Pelikan, Jürgen; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin (2011): *The state of play of health literacy – main findings of the first European health literacy survey*. The European Health Literacy Conference, Brussels 22 – 23 November 2011
- Pochobradsky, Elisabeth; Habl, Claudia; Schleicher, Barbara; Hlava, Anton (2002): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien

- Power, Chris; Kuh, Diana (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Hg. v. Siegrist Johannes/ M. Michael. Bern: Verlag Hans Huber, 45–76
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Robert Koch Institut (2011): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. In: GBE kompakt 7
- Robertson, Aileen; Tirado, Christina; Lobstein, Tim; Jermini, Marco; Knai, Cecile; Jensen, Jørgen H.; Ferro-Luzzi, Anna; James, W.P.T. (2004): Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications, European Series, No 96, World Health Organization, Kopenhagen
- Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung. Bonn
- Schenk, Martin (2011): Die soziale Schere verletzt uns alle. Lebens-Mittel gegen Armut. In: Raum – Österreichische Zeitschrift für Raumplanung und Regionalpolitik 81, 22–25
- 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
- Sockoll, Ina; Kramer, Ina; Bödeker, Wolfgang (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. IGA-Report 13, Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Essen
- Sozialversicherung; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse; Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (2012): Public health Charta der österreichischen Sozialversicherung: "Gemeinsam zu mehr Gesundheit für alle". Sozialversicherung
- Spangl, Wolfgang; Nagl, Christian (2011): Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2010. Umweltbundesamt, Wien
- Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Statistik Austria (2008): Sozialpolitische Studienreihe. Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008. Eingliederungsindikatoren. Bd. 2, 1. Aufl., Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

- Statistik Austria (2011). http://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_und_umwelt/umwelt/umweltbedingungen_verhalten/index.html [Zugriff am 3.5.2012].
- 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
- Steiner, Mario (2009): Early School Leaving in Österreich 2008: Ausmaß, Unterschiede, Beschäftigungswirkung. Tabelle: Risikofaktoren für vorzeitigen Bildungsabbruch. Im Auftrag der AK-Wien. Institut für Höhere Studien, Wien
- Swedish National Institute of Public Health (Hg.) (2011): Public health priorities in Sweden. Stockholm
- The Public Health Agency of Canada (Hg.) (2012): Health Goals for Canada. Ottawa
- 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
- Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H.C., Lercher, P., Stein, K.V., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T.E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (2010). Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Eigenverlag.
- Townsend, Peter; Davidson, Nick (1982): Inequalities in Health, The Black Report. Penguin Books, London
- Uhl, Maria; Gans, Oliver (2007): Mögliche Risiken für die städtische Bevölkerung durch persistentorganische Schadstoffe in der Luft. Umweltbundesamt, Wien
- Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, PGA (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Wagner, G.; Icks, A.; Albers, B.; Abholz, H.-H. (2012): Diabetes mellitus Typ 2 und Depressivität: Was ist ursächlich für was? Eine systematische Literaturübersicht. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 137/11, 523-528

- Weiss, Hilde (2006): Bildungsbe/nach/teiligung in Österreich und im internationalen Vergleich. KMI Working Paper Nr 10, Barbara Herzog-Punzenberger, Wien
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.
- WHO (Hg.) (1998): Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. (In: Europäische Schriftenreihe "Gesundheit für alle" Nr 5. Dänemark
- WHO (Hg.) (1999): Gesundheit 21 – Das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. (In: Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr 6. Kopenhagen
- WHO (2001): The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO, Genf
- WHO (2005): Die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit: Wie können die neuen Gefahren jetzt bewältigt werden? Faktenblatt EURO/15/05. Kopenhagen, Wien, 5. September 2005
- WHO (Hg.) (2007): Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas. Istanbul, 15. – 17. November 2006. Kopenhagen
- WHO (2009): WHO Health for all Database 2009 [Online]. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization. <http://www.euro.who.int/HFADB> [Zugriff am 12.11.2011].
- WHO (2010): 20 Jahre Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa: Trends und Diskrepanzen. Kopenhagen/Parma, 10. März 2010
- WHO (2011): Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro
- WHO (o. J.): The top 10 causes of death [Online]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html> [Zugriff am 10.5.2012].
- Wilkinson, Richard; Pickett, Kate (2009): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Tolkemitt bei Zweitausendeins, Berlin
- Williams, Sheree Marshall; Saxena, Shekhar; McQueen, David V. (2005): The momentum for mental health promotion. In: Promotion & Education 12/2 suppl, 6–9
- Wismar, Matthias; Lahtinen, Eero; Ståhl, Timo; Ollila, Eeva; Leppo, Kimmo (2006): Introduction. In: Health in All Policies Prospects and potentials. Hg. v. Ståhl Timo, et al., Finnland: Ministry of Social Affairs and Health, xvii–xxx
- Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank; Klose, Michael; Ryl, Livia (2010): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Robert Koch Institut, Berlin

Wynne, Georg G. (1992): A Study of Bicycle and Pedestrian Programs in Europe. Case Study No 16, Bd. Publication No. FHWA-PD-92-037. Department of Transportation, New York

Zwiauer, Karl; Burger, Petra ; Hammer, Johann; Hauer, Almuth ; Lehner, Andrea ; Lehner, Petra; Mutz, Ingomar; Rust, Petra (2007): Österreichweite Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern. Österreichisches Grünes Kreuz, Wien

6 Glossar

Arbeitsbedingungen	Als Arbeitsbedingungen bezeichnet man die Summe der objektiv feststellbaren Umstände und Verhältnisse, die mittel- oder unmittelbar Einfluss auf das Arbeitsgeschehen haben. Dies können beispielsweise sein: Arbeitszeiten, Arbeitsort, Ausstattung des Arbeitsplatzes, Sicherheit am Arbeitsplatz (). Relevante Rahmenbedingungen dafür sind – insbesondere für unselbstständig Erwerbstätige – z. B. in gesetzlichen Bestimmungen, Kollektivverträgen und Betriebsvereinbarungen geregelt.
Bildung	<u>Formale Bildung</u> : Ausbildung im regulären Schul- oder Hochschulwesen als Schülerin bzw. Schüler, Studierende oder Lehrling <u>Nicht-formale Bildung</u> : organisierte und nachhaltige Lernaktivität, die in einem institutionalisierten Rahmen stattfindet (ausgenommen jene, die der formalen Bildung entsprechen), dazu gehören Kurse, Vorträge, Privatunterricht, Fernunterricht, offenes Lernen, Seminare und Workshops, Ausbildung am Arbeitsplatz unter Anleitung.
Chancengleichheit / gesundheitliche Chancengleichheit/ Chancengerechtigkeit	Chancengleichheit bezeichnet in modernen Gesellschaften das Recht auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. Gesundheitliche Chancengleichheit bzw. Chancengerechtigkeit definiert dieses Recht gesundheitsbezogen, d. h. als Herstellung gleicher und damit gerechter Chancen, gesund zu sein und gesund zu bleiben.
DALY (Disability Adjusted Life Years)	Summe der Zahl der verlorenen Lebensjahre durch vorzeitigen Tod und der Lebensjahre mit Behinderung (gewichtet nach dem Ausmaß der Behinderung); Ziel ist die Messung und der Vergleich der Bedeutung verschiedener Krankheiten.
Determinanten-orientierung	„Determinanten sind Einflussfaktoren, die auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken“. Unter Determinantenorientierung wird hier die Berücksichtigung dieser Einflussfaktoren verstanden.
Effektivität in der Gesundheitsversorgung	Wirksamkeit einer Gesundheitsdienstleistung; Grad für das Erreichen eines bestimmten (z. B. therapeutischen) Ergebnisses in einer allgemeinen Patientenpopulation, die eine bestimmte Intervention unter tatsächlichen oder durchschnittlichen Gebrauchs- bzw. Alltagsbedingungen im Falle einer bestimmten medizinischen Fragestellung erhalten
Effizienz in der Gesundheitsversorgung	Effizienz beinhaltet die Gegenüberstellung von Kosten (Miteinsatz) und Nutzen (Output). Als effizient wird jene Alternative verstanden, die bei einem gegebenen Miteinsatz den höchsten Zielerreichungsgrad erlangt oder bei einem vorgegebenen Ziel die geringsten Mittel benötigt (Minimal- oder Maximalprinzip).

Evaluation	Systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes eines Gegenstandes; solche Evaluationsgegenstände können z. B. Programme, Projekte, Produkte, Maßnahmen, Leistungen, Organisationen, Politik, Technologien oder Forschung sein. Die erzielten Ergebnisse, Schlussfolgerungen oder Empfehlungen müssen nachvollziehbar auf empirisch gewonnenen qualitativen und/oder quantitativen Daten beruhen.
Evidenzbasierung	„Evidenzbasierte Ansätze sind solche, deren Effekte wissenschaftlich untersucht und für nutzbringend befunden wurden“.
Gender	„Gender“ beschreibt im Englischen im Gegensatz zum biologischen Geschlecht „sex“ das soziale Geschlecht. Gemeint sind also gesellschaftlich geprägte Geschlechterrollen von Frauen und Männern.
Gerechtigkeit	Zum Begriff „Gerechtigkeit“ bestehen verschiedene Ideologien, basierend auf politischen Denktraditionen. An dieser Stelle verstehen wir unter Gerechtigkeit eine Kombination zweier Ideologien, von Individualismus und Egalitarismus. Für Individualisten sind jene Vorteile gerecht, die durch eigene Leistung entstanden sind. Für Egalitaristen soll durch Umverteilung mehr Ergebnisgleichheit entstehen, wobei der Staat jener Akteur ist, der dafür zu sorgen hat. Denn wie sehr Individuen Chancen verwirklichen können, hängt von ihren unterschiedlichen individuellen Potenzialen ab, die in Wechselwirkung mit gesellschaftlich bedingten Chancen stehen.
Gesundheitliche Ungleichheiten	Steht für die ungerechte und vermeidbare Kluft bei der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen und befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit. Zu berücksichtigen ist, dass nicht alle gesundheitlichen Ungleichheiten (engl. health inequality) ungerecht (engl. health inequity) sind. Beispielsweise können Unterschiede im Gesundheitsstatus zwischen verschiedenen Individuen oder zwischen Bevölkerungsgruppen durch unterschiedliche genetische Voraussetzungen bedingt sein. Die Befassung mit gesundheitlichen Ungleichheiten zielt insbesondere auf vermeidbare und damit ungerechte Unterschiede in den Gesundheitschancen und dem Gesundheitszustand.
Gesundheitschancen	Bezeichnen sozial und strukturell geprägte Möglichkeiten, ein gesundes Leben zu führen, und verweisen auf die Notwendigkeit, soziale Mechanismen in der Genese von Krankheit und gesundheitlicher Benachteiligung zu untersuchen. Dies zielt einerseits auf Lebensbedingungen und materielle Ressourcen und andererseits auf soziale Bindungen, soziales Kapital und soziale Kontrolle sowie auf kulturell und symbolisch geprägte Normen und Interpretationen von gesundheitsrelevanten Inhalten ab.

Gesundheits-determinanten	Persönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften – positiv wie negativ – bestimmen.
Gesundheitsförderung	Gesundheitsförderung zielt laut Ottawa Charta der WHO auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Konkret werden darunter Maßnahmen und Programme verstanden, die Menschen dabei unterstützen, ihre Gesundheit zu verbessern. Diese Definition ist in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) weiterentwickelt worden: Gesundheitsförderung wird seitdem verstanden als ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit.
Gesundheitskompetenz (engl. „health literacy“)	Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. (
Health Impact Assessment (HIA) (dt. „Gesundheitsfolgenabschätzung“)	HIA/GFA ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung geplanter politischer Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sowie deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung. HIA dient dazu, politische Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik informierter zu gestalten.
Health in All Policies (HiAP)	„Gesundheit in allen Politikfeldern“; Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in andere politische Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
Integrierte Versorgung	„Patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und nach standardisierten Behandlungskonzepten (Guidelines, Behandlungspfade,...) ausgerichtete Versorgung“. Es wird zwischen indikationsbezogenen Modellen integrierter Versorgung (z. B. Disease-Management-Programmen) und populationsbezogenen Modellen unterschieden (diese beziehen sich auf Personengruppen mit bestimmten Risikofaktoren oder in bestimmten Regionen).
Kinder und Jugendliche	Kinder sind all jene, die noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet haben. Jugendliche sind all jene zwischen dem vollendeten 14. und dem vollendeten 18. Lebensjahr.
Kapazitätsentwicklung (engl. „Capacity building“)	Kapazitätsentwicklung bedeutet den Aufbau und Mobilisierung von Wissen, Fähigkeiten, Engagement, Strukturen, Systemen und Führungsqualitäten.

Kooperation	Kooperation ist das Zusammenwirken von Handlungen zweier oder mehrerer Personen, Organisationen oder Systeme. Kooperationen können von unterschiedlicher Dauer (von punktuell bis langfristig), unterschiedlicher Intensität (von Informationsaustausch bis zur Aufgabe der Souveränität einzelner Partner/innen), unterschiedlicher Verbindlichkeit (freiwillig bis verpflichtend) und unterschiedlicher Art (horizontal oder vertikal) sein. Durch Kooperation soll entweder etwas Neues geschaffen werden, was durch die Einzelteile nicht möglich ist, oder Prozesse Einzelner sollen durch das Zusammenwirken optimiert werden. Insbesondere „intersektorale Kooperationen“ werden für nachhaltige Entwicklungen als zentral angesehen.
Körperschaft öffentlichen Rechts	Körperschaften des öffentlichen Rechts sind juristische Personen, die durch einen öffentlich-rechtlichen Akt (z. B. Gesetz oder Verordnung) gegründet werden und grundsätzlich öffentliche Aufgaben erfüllen. Es besteht zumeist eine Zwangsmitgliedschaft. Dazu zählen u. a. Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden), Personalkörperschaften (Sozialversicherungsträger, Interessenvertretungen, Kammern) und Anstalten öffentlichen Rechts (das können Krankenhäuser, Altersheime, Forschungsanstalten, Schulen etc. sein). Die Bilanzierung und Prüfung von Körperschaften öffentlichen Rechts).
Lebenskompetenzen	Fähigkeiten, die es Menschen ermöglichen, ihr Leben zu gestalten und zu meistern. Lebenskompetenzen oder „life skills“ geben Menschen die Kraft, mit Veränderungen zu leben oder Veränderungen in ihrer Umgebung herbeizuführen. Die Gesundheitsförderung unterstützt Menschen bei der Entwicklung von Lebenskompetenzen, die für ihre Gesundheit relevant sind.
Lebenswelten	Vgl. unten Settings
Leistbar	Finanziell erschwinglich
Morbidity (Krankheitslast)	Erkrankungshäufigkeit, bezogen auf eine bestimmte Zahl der Bevölkerung
Mortalität (Sterblichkeit)	Sterbefälle, bezogen auf eine bestimmte Zahl der Bevölkerung
Nachhaltigkeit	Zielt auf einen langfristigen Nutzen ab. „Nachhaltige Gesundheitsförderungsaktionen sind solche, die ihren Nutzen für Gemeinwesen oder Bevölkerungen auch jenseits der ersten Stadien ihrer Umsetzung aufrecht erhalten können.“
Nicht übertragbare Krankheiten (eng. „non communicable diseases“ – NCD)	Nichtübertragbare Krankheiten, eine Gruppe von Erkrankungen, zu der Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Störungen gehören, sind für 86 Prozent aller Todesfälle und 77 Prozent der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO verantwortlich. Diese Gesundheitsprobleme sind weitgehend vermeidbar und weisen gemeinsame Risikofaktoren und Determinanten, aber auch gemeinsame Handlungsmöglichkeiten auf.

Ottawa-Charta	<p>Schlussdokument der ersten internationalen Konferenz über Gesundheitsförderung 1986, das bis heute als Leitfaden und Inspiration der Gesundheitsförderung dient. Die Charta ruft Staaten dazu auf, Strategien und Programme zur Gesundheitsförderung umzusetzen.-Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung fasst die wichtigsten Aktionsstrategien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung zusammen. Als Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung werden hervorgehoben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anwaltschaft für Gesundheit („advocacy“ – auch übersetzt als „Interessen vertreten“), meint das aktive Eintreten für Gesundheit im Sinne der Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer Faktoren sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren; 2. Befähigen und Ermöglichen („enable“ spricht vor allem Konzepte wie Kompetenzförderung und Empowerment an mit dem Ziel, bestehende Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und selbstständig das größtmögliche Gesundheitspotenzial zu verwirklichen); 3. Vermitteln und Vernetzen („mediate“) meint die aktive und dauerhafte Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens. <p>Die fünf Handlungsfelder und Handlungsebenen der Gesundheitsförderung sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, 2. gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen, 3. gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen unterstützen, 4. persönliche Kompetenzen entwickeln, 5. die Gesundheitsdienste neu orientieren.
Partizipation (Öffentlichkeitsbeteiligung, Einbeziehung)	Möglichkeit aller betroffenen bzw. interessierten Personen, ihre Interessen oder Anliegen bei der Entwicklung von Plänen, Programmen, Politiken oder Rechtsakten zu vertreten bzw. vorzubringen.
Pathogenetischer Ansatz	Pathogenetische Ansätze befassen sich primär mit der Entstehung von Erkrankungen, d. h. dem Verständnis pathogener Prozesse. Pathogenese fokussiert somit darauf, warum und woran Menschen krank werden. Pathogenese betrachtet Gesundheit als den Normalfall und Krankheit als davon abweichenden alternativen Zustand, eine Person ist daher im Gegensatz zum salutogentischen Ansatz (Details siehe unten) entweder gesund oder krank.
Patientensouveränität	Menschen können im Gesundheitswesen aufgrund ihrer Fähigkeiten sicher und selbstbestimmt handeln. In diesem Zusammenhang wird häufig der Begriff „Autonomie“ gebraucht.

<p>Prävention (lat. praevenire = zuvor- kommen) (dt. „Vorsorge“)</p>	<p>Bedeutet hier Krankheitsvorbeugung bzw. -vermeidung. Dabei gilt es, den Eintritt von Ereignissen oder Umständen, die zu Gesundheitsbeeinträchtigungen, Erkrankungen, zu deren Verschlimmerung oder zum Auftreten von mit diesen Krankheiten im Zusammenhang stehenden Folgeerscheinungen und Behinderungen sowie deren Fortschreiten führen, zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen.</p>
<p>Primäre Gesundheitsversorgung</p>	<p>Bedeutet hier wohnortnahe Basisgesundheitsversorgung insbesondere durch eine/n Allgemeinmediziner/in. Die sekundäre Gesundheitsversorgung würde im Bedarfsfall daran anschließen – mit einer Einweisung/Überweisung in ein Krankenhaus.</p>
<p>Psychosoziale Gesundheit</p>	<p>Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeit ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen. Psychische Gesundheit ein vielschichtiger Prozess, der neben individuellen Aspekten maßgeblich von sozioökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren beeinflusst wird</p>
<p>Public Health</p>	<p>Wissenschaft und Praxis der Prävention von Krankheiten, Verlängerung von Leben und Förderung von psychischer und physischer Gesundheit und Effizienz durch strukturierte Maßnahmen des Gemeinwesens. Public Health umfasst Strukturen und Prozesse, über die die Gesundheit von <u>Gemeinschaften</u> verstanden, geschützt und gefördert wird. Sie schafft Bedingungen, unter denen Menschen gesund leben können. Public Health ist deshalb auch eine Querschnittsdisziplin.</p>
<p>Public-Health-Orientierung</p>	<p>Maßnahmen, politische Strategien etc., die an der Gesundheit der Bevölkerung ausgerichtet sind (und nicht an der Gesundheit Einzelner).</p>
<p>QALY (Quality Adjusted Life-Years)</p>	<p>Parameter zur Abbildung von Lebensqualität und (Rest-)Lebensdauer; die Lebensqualität wird auf einer Skala von 0 bis 1 bewertet (Tod bis vollständige Gesundheit); 1 QALY = ein Lebensjahr bei vollständiger Gesundheit; wird zum Vergleich verschiedener Interventionen bei einer Erkrankung herangezogen, z. B. von lebenszeitverlängernden und nicht lebenszeitverlängernden Maßnahmen.</p>
<p>Qualitativ hochstehende Versorgung</p>	<p>Gesundheitssystem ohne Über-, Unter- und Fehlversorgung, das patientenorientiert und transparent den Menschen (Patientinnen/ Patienten, Bürger/innen) eine effiziente und effektive Gesundheitsvorsorge und Krankenbehandlung (Behandlung / Betreuung / Versorgung) bietet</p>

Ressourcen	Soziale und persönliche Mittel und Möglichkeiten, die bei der Bewältigung von Lebenssituationen und Problemen helfen. Wer über mehr Ressourcen verfügt, ist üblicherweise auch in der Lage, solche Herausforderungen besser zu bewältigen. Die Gesundheitsförderung kennt persönliche – oder interne – sowie umweltbezogene und soziale – oder externe – Ressourcen. Zu den internen Ressourcen zählen zum Beispiel ein positives Selbstwertgefühl, ein stabiles Immunsystem oder Kompetenzen. Beispiele für externe Ressourcen sind das Vorhandensein sozialer Netzwerke, sichere Arbeits- und Lebensbedingungen oder Zugang zu einer gesundheitlichen Grundversorgung.
Ressourcenorientierung	Orientierung an den vorhandenen Ressourcen im Sinne von Stärken, Potenzialen, Kompetenzen etc. (sowohl von Individuen als auch von sozialen Netzwerken oder Systemen) im Unterschied zu einer Defizitorientierung, die Mängel, Probleme etc. in den Mittelpunkt stellt; Ressourcenorientierung ist auch ein zentraler Grundsatz von Gesundheitsförderung
Salutogenetischer Ansatz	Der Begriff „Salutogenese“ wurde von A. Antonovsky als Gegenbegriff zu dem der „Pathogenese“ (Details siehe oben) geprägt: Salutogenese wendet sich der Erforschung der Prozesse zu, die Gesundheit erhalten und fördern. Ihre Grundfrage lautet, warum Menschen trotz oftmals zahlreicher alltäglicher Belastungen und krankheitserregender Risikokonstellationen sowie kritischer Lebensereignisse gesund bleiben. Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass die salutogenetische Perspektive auf eine Stärkung der Bewältigungspotenziale abzielt und darauf, sozialökologische Rahmenbedingungen zu fördern, die Menschen helfen, ihre Gesundheit zu bewahren.
Setting	Bezeichnet im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO) einen Lebensbereich, in dem die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen (z. B.: Schule, Arbeitsplatz, soziales Wohnumfeld etc.). Die Arbeit in Settings stellt eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar und bedeutet, dass sowohl strukturelle Maßnahmen der Organisationsentwicklung, der physischen und sozialen Umweltgestaltung als auch klassische Prävention und Gesundheitserziehung systematisch und miteinander verbunden dort zum Einsatz kommen, wo Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt leben.
Sozioökonomische Gesundheits-determinanten	Der sozioökonomische Status nimmt wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand. Der sozioökonomische Status kennzeichnet die Position einer Person in der Gesellschaft. Die dabei einwirkenden Kriterien sind vielschichtig (insb. Ausbildungsniveau, Einkommen, Beschäftigung etc.).
Verhältnisprävention/ Verhältnisorientierung	Verhältnisprävention bezeichnet Maßnahmen, die auf eine gesundheitsförderliche (vgl. Gesundheitsförderung) Veränderung der Lebensverhältnisse abzielen und bezieht auch die Umgebung von Personen und ihre Lebensverhältnisse mit ein. Dahinter steht die Vorstellung, dass Menschen sich nur dann wirklich wohl fühlen können, wenn auch das Umfeld, in dem sie leben, arbeiten, lernen, wohnen und lieben gesundheitsförderlich und nicht krankmachend ist. Daher ist es für die Gesundheitsförderung wichtig, die Verhältnisse zu berücksichtigen.

Versorgungsqualität	Leistungshöhe einer Gesundheitsversorgung. Letztendlich hängen Maße der Versorgungsqualität immer von Wertsetzungen ab, jedoch lassen sich Komponenten von und Einflussgrößen für Qualität objektiv messen. Donabedian hat diese Maße eingeteilt in Strukturmaße (z. B. Personalkapazität, Einrichtungen), Prozessmaße (z. B. Diagnose- und Therapieverfahren) sowie Erfolgsmaße (z. B. spezifische Sterberaten, Patientenzufriedenheit).
Versorgungsstruktur	Bezeichnet im Gesundheitswesen alle Einrichtungen und Dienstleistungen zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Die Sicherstellung einer hochwertigen, flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen.
Volkscrkrankheiten	Als Volkscrkrankheiten bezeichnet werden nichtepidemische Krankheiten, die aufgrund ihrer Verbreitung und ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen (Behandlungskosten, Anspruch auf Lohnausgleich bei Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung) sozial ins Gewicht fallen. Typische Zivilisationskrankheiten in den Industrienationen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (die Folgen von Bluthochdruck), Arthrose und Diabetes mellitus Typ 2 (die Folge von Überernährung).
Vorsorge	Präventions- und insbesondere Früherkennungsmaßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen, Screenings), die meist stärker im medizinischen Bereich angesiedelt sind als in der Gesundheitsförderung
Wirkungsorientierung	Konzentration auf effektives Handeln zur Wirkungsmaximierung. In der wirkungsorientierten Verwaltung bilden nicht die zur Verfügung stehenden Ressourcen, sondern die angestrebten Wirkungen und die hierfür erforderlichen Leistungen den Ausrichtungsmaßstab des Verwaltungshandelns.

Quellen für Glossar-begriffe:

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Handbuch ÖGD. Handbuch für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Österreich. Wien

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Vorblatt. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstrukturgesetz/GKV_VStG_110803.pdf [20. Juni 2012]

Bundeskazleramt & Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (2009): Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung. Empfehlungen für die gute Praxis. Wien

Bundeskazleramt (2012): Geltungsbereich der Jugendschutzgesetze; <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740210.html> [20. Juni 2012]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung; <http://www.bzga.de/leitbegriffe/> [20. Juni 2012]
- Competence Center Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung (2011): Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen. Soziale Sicherheit 4/2011, 200–205
- DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V. (2012): Standards für die Evaluation; <http://www.alt.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=19074> [20. Juni 2012]
- Europäische Kommission (2003): Der Gesundheitszustand in der Europäischen Union – Gesundheitsunterschiede verringern; http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_status_de.pdf [20. Juni 2012]
- Fonds Gesundes Österreich (2012): Glossar; <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar> [20. Juni 2012]
- Gerhardus, Ansgar; Breckenkamp, Jürgen; Razum, Oliver; Schmacke, Norbert; Wenzel, Helmut (Hg) (2010): Evidence-based Public Health. Bern
- Horvath, Ilonka; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Sax, Gabriele (2010): Health Impact Assessment. Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- Jakarta-Erklärung (1997): Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Jakarta
- Jungbauer-Gans, Monika (2006). Sozialstrukturelle und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. In: Wendt, Claus / Wolf, Christof (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46/2006, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2012): Gesundheitsbezogenes Qualitätsmanagement. http://www.lzg.gic.nrw.de/service/kooperationen/who_public_health/3_analysen/36_qualitaetsmanagement/index.html [20. Juni 2012]
- Mayer, Renate; Hoepelmann, Jaap (o. J.): Glossar. Überarbeitete Auswahl aus dem ESPRIT-Projekt 385 HUFIT; <http://psc.informatik.uni-jena.de/teach/SoftErg/bd000.htm> [20. Juni 2012]
- Murray, Christopher, J. L.; Lopez, Alan D. (1996): The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.
- Pädagogische Hochschule Heidelberg (2012): Information für gehörlose und schwerhörige Menschen mit zusätzlichen Handicaps. Glossar; http://www.imhplus.de/index.php?option=com_ftbglossary&view=ftbglossary&Itemid=155&lang=de [20. Juni 2012]

Schrenker, Markus; Bernd Wegener (2007): Was ist gerecht? Ausgewählte Ergebnisse aus dem International Social Justice Project 1991–2007. ISJP Technical Report 150.

Sommerhalder, Kathrin; Abel, Thomas (2007): Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html> [20. Juni 2012]

Springer Gabler / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH (2012): Gabler Wirtschaftslexikon. Das Wissen der Experten; <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/> [20. Juni 2012] Statistik Austria (2010). Standard-Dokumentation Metainformationen zur Erhebung über Erwachsenenbildung (Adult Education Survey, AES). Wien

Thaller, Andreas; Gepl, Monika (2010): Handbuch Wirkungsorientierte Steuerung. Unser Handeln erzeugt Wirkung. Bundesministerien für Frauen und Öffentlichen Dienst im Bundeskanzleramt Österreich (Hsg).
<http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/7/9/2/CH2291/CMS1323690282737/bkahanbuchwirkungsorientierung%5B1%5D.pdf> [20. Juni 2012]

Wikipedia (2012): Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. <http://de.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Hauptseite> [20. Juni 2012]

Wundsam, Peter; Wesener, Wolfgang; Reinbacher, Hans-Georg (2006): Die Bilanzierung und Prüfung von Körperschaften öffentlichen Rechts (Public Sector Entities), in: Wirtschaftsprüfer-Jahrbuch 2006, 73–90

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [20. Juni 2012]

WHO (2001): The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Genf; http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf [20. Juni 2012]

Fachliche Unterstützung und externe Prozessbegleitung:

Fachliche und inhaltliche Begleitung Bundesministerium für Gesundheit und Frauen:

Ilana Ventura, Magdalena Arrobas, Judith delle Grazie

Fachliche und inhaltliche Begleitung Gesundheit Österreich: Gudrun Braunegger-Kallinger,

Sabine Haas, Gabriele Gruber, Petra Winkler

Organisatorische Projektassistenz Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: Helga Kolle

Beteiligte Institutionen zur Erarbeitung der Gesundheitsziele:

Arbeiterkammer Wien



Aks Austria – Forum österreichischer Gesundheitsarbeitskreise



ARGE Patientenanwälte



ARGE Selbsthilfe Österreich



Armutskonferenz



BAG freie Wohlfahrt



Berufsverband Österreichischer PsychologInnen



4 BundesländervertreterInnen nominiert von der Verbindungsstelle der Bundesländer



Bundeskanzleramt Österreich



Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



Industriellenvereinigung



KFA – Krankenfürsorgeanstalt der Stadt Wien



MTD-Austria



Österreichische Apothekerkammer



Österreichischer Seniorenrat/Pensionistenverband Österreichs



Österreichische Ärztekammer



Österreichischer Gewerkschaftsbund



Bundeskanzleramt Österreich



Bundesministerium für Arbeit, Soziales und
Konsumentenschutz



Bundesministerium für Finanzen



Bundesministerium für Gesundheit
und Frauen



Bundesministerium für Land- und
Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft



lebensministerium.at

Bundesministerium für Landesverteidigung und
Sport



Bundesministerium für Bildung



Bundesministerium für Wissenschaft,
Forschung und Wirtschaft



Bundesjugendvertretung



Bundesverband der Elternvereine



Bundesministerium für Europa,
Integration und Äusseres



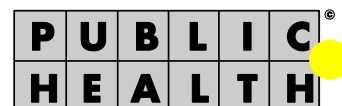
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse



Österreichischer Gemeindebund



Österreichische Gesellschaft für Public Health



Österreichische Liga für Kinder- und
Jugendgesundheit



Österreichischer Gesundheits- und
Krankenpflegeverband



Österreichischer Städtebund



Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen
Wirtschaft



Versicherungsanstalt für Eisenbahn und
Bergbau



Wirtschaftskammer Österreich



Bundesministerium für Familie
und Jugend



www.gesundheitsziele-oesterreich.at

Die zehn definierten Gesundheitsziele sind ein wichtiger erster Schritt in Richtung einer gemeinsamen Strategie „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitsziele sollen konkret dazu beitragen, die Anzahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre deutlich anzuheben.