

Tagungsband zur 11. Österreichischen  
Gesundheitsförderungskonferenz  
am 4. Mai 2009 in Innsbruck

# WIE GESUND IST ÖSTERREICH?

Fakten und Folgerungen für die  
Gesundheitsförderung



## Vorwort

### PLENARVORTRÄGE

**8 Tu felix Austria?**

Soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde Politiken.  
Österreich im europäischen Vergleich  
Josef Kytir, „Forum Statistik Austria, Wien

**10 Zukunftsperspektiven für integrierte Gesundheitsberichterstattung  
und Gesundheitsförderung**

Alf Trojan, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizin-Soziologie

### WORKSHOPS

**12 Workshop 1**

**Gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen**

Arbeitsweltbezogene Gesundheitsdaten in Österreich  
Elfriede Kiesewetter, Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, Linz

**12 Arbeitsbedingungen im europäischen Vergleich:**

Ergebnisse des European Working Conditions Survey  
Marion Vogt, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), Wien

**14 Workshop 2**

**Bewegungsfördernde Rahmenbedingungen**

Gebaute Umwelt und körperliche Aktivität – Analysen und Empfehlungen für die Schweiz  
Helmut Schad, Institut für Tourismuswirtschaft (ITW), Luzern

**16 Mobilitätsmanagement und Alltagsbewegung**

Max Herry, Herry Consult, Büro für Verkehrsplanung, Wien

**19 Workshop 3**

**Gute Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung**

Ausgewählte Ergebnisse aus dem Ernährungsbericht 2008  
Ibrahim Elmadfa, Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien

**21 Wechselwirkungen der Ernährung mit Umwelt, Wirtschaft, Gesellschaft und Gesundheit –  
Grundsätze für eine nachhaltige Ernährung**

Karl von Koerber, Technische Universität München, Fach Nachhaltige Ernährung

**24 Workshop 4**

**Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitsberichterstattung:  
Impulse aus ausgewählten Gesundheitsberichten**

Workshop in Kooperation mit dem Geschäftsbereich ÖBIG in der Gesundheit Österreich GmbH

**24 Der Österreichische Gesundheitsbericht 2009**

Johann Kerschbaum, ÖBIG, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- 25 **Gesundheitsbericht Wien 2004 & Ausblicke auf den Gesundheitsbericht 2008**  
Eleonore Bachinger, Stadt Wien
- 26 **Gesundheitsbericht des Landes Kärnten 2009**  
Elisabeth Oberleitner, Amt der Kärntner Landesregierung
- 28 **Gesundheitsbericht Linz 2008**  
Markus Peböck, Institut für Gesundheitsplanung, Linz
- 29 **Gesundheitsbericht der Sozialversicherung**  
Alfred Mair, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
- 31 **Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung**  
Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG
- 33 **Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitsberichterstattung:  
Integrierte Gesundheitsberichterstattung**  
Waldemar Süß, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizin-Soziologie
- 35 **Gesundheitsberichterstattung zu Bewegung und bewegungsförderlichen  
Rahmenbedingungen**  
Gerlinde Grasser, Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung,  
FH JOANNEUM, Bad Gleichenberg
- 38 **Berichterstattung zu psychosozialer Gesundheit und deren Rahmenbedingungen**  
Thomas Dörner und Johanna Muckenhuber, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie,  
Medizinische Universität Graz
- 40 **Workshop 5**  
**Familienstrukturen, soziale Sicherheit und Gesundheit**  
Soziale Determinanten der Gesundheit –  
Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ATHIS)  
Jeannette Klimont, Statistik Austria, Wien
- 42 **Soziale Sicherheit & Gesundheit: Was kann die Familie leisten?**  
Rudolf Karl Schipfer, Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF), Universität Wien
- 44 **Workshop 6**  
**Glückstheater. Forumtheater zum Ansehen und Ausprobieren**  
Das interaktive Forumtheater – eine partizipative Methode für die Gesundheitsförderung  
Theater Ensemble des Vereins „isento“, Verein zur Verbreitung theaterpädagogischer  
Methoden, Salzburg
- 47 **Kurze Lebensläufe**
- Impressum**

## Liebe Leserin, lieber Leser!

„Wie gesund ist Österreich?“ – So lautete das Thema der elften Gesundheitsförderungskonferenz des Fonds Gesundes Österreich im Mai 2009 in Innsbruck. Hochkarätige Vortragende erläuterten, was wir aus Erhebungen, Statistiken und Berichten über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Menschen in Österreich wissen. Vor allem ging es auch darum, welche Daten zu den sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Gesundheit in Österreich vorliegen. Es wurde also auch die Frage gestellt: „Wie gesund macht Österreich?“.



### Qualitätsgesicherte Daten für gesundheitsfördernde Taten

Gesundheitsberichte fassen die vorliegenden Fakten zusammen, analysieren sie und sind somit die Grundlage für politische Gesundheitsziele und das Planen von Maßnahmen, um diese zu erreichen. Doch in welcher Form muss Berichterstattung erfolgen, damit sie für Gesundheitsförderung im Sinne des bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriffes eine gute Handlungsgrundlage darstellt?

Univ.-Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, gab in seinem Plenumsreferat bei der Konferenz Antworten auf diese Frage. Für umfassende Gesundheitsförderung ist eine „integrierte Berichterstattung“ Voraussetzung, die sich nicht auf Gesundheitsdaten im engeren Sinn beschränkt. Sie muss vielmehr Angaben zu allen gesellschaftlichen Sektoren enthalten, die für Gesundheit relevant sind – speziell auch sozio-demographische Daten und solche aus dem Umwelt-Bereich.

Univ.-Doz. Dr. Josef Kytir ist der stellvertretende Leiter der Direktion Bevölkerung der Statistik Austria. In seinem Plenumsvortrag berichtete er darüber, was wir über die Verteilung des Reichtums, die Langzeitarbeitslosenquote, die Zahl der frühen Schulabgänger und weitere Faktoren wissen, welche den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft in Österreich kennzeichnen. Sein Resümee: Diese Rahmenbedingungen für Gesundheit und Gesundheitsförderung sind in Österreich im europäischen Vergleich günstig.

### Aktuelle Gesundheitsberichte

Der Workshop 4 der Konferenz wurde vom Fonds Gesundes Österreich in Kooperation mit dem Geschäftsbereich ÖBIG in der Gesundheit Österreich GmbH veranstaltet. Von den jeweiligen Verantwortlichen wurden den Teilnehmer/innen mehrere Beispiele für aktuelle Gesundheitsberichte präsentiert – vom österreichischen bis zu jenem des Landes Kärnten oder jenem der Stadt Linz. Weiters wurde in diesem Arbeitskreis die Diskussion zur integrierten Gesundheitsberichterstattung und deren Anforderungen vertieft. Außerdem wurden zwei Modellprojekte des Fonds Gesundes Österreich vorgestellt: Diese befassen sich mit einer speziell an den Anliegen der Gesundheitsförderung orientierten Berichterstattung für die Bereiche „Bewegung“ und „psychosoziale Gesundheit“.

### Rahmenbedingungen für Gesundheit

Der Workshop 1 beschäftigte sich mit der Datenlage zum Thema Gesundheit und Arbeitswelt in Österreich. Er zeigte zudem, was wir aus dem European Working Conditions Survey über die Arbeitsbedingungen in Österreich im europäischen Vergleich wissen. Studien und Daten zum Verkehr und speziell zum Radfahren und Zufußgehen standen im Mittelpunkt des Workshops 2, der „Bewegungsfördernde Rahmenbedingungen“ zum Inhalt hatte. Im Workshop 3 wurde zunächst der umfassende „Österreichische Ernährungsbericht 2008“ präsentiert, der auch detaillierte Empfehlungen zum Thema Prävention enthält. Ein weiterer spannender Vortrag widmete sich den Wechselwirkungen der Ernährung mit Umwelt, Wirtschaft, Gesellschaft und Gesundheit sowie den Grundsätzen für eine nachhaltige Ernährung.

### Soziale Faktoren und Partizipation

In Workshop 5 wurde einerseits referiert, was wir aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ATHIS) über den Einfluss von Faktoren wie Einkommenshöhe oder Bildungsniveau auf die Gesundheit der Menschen in Österreich wissen. Andererseits wurde erläutert, was die Familien für soziale Sicherheit und Gesundheit leisten. Im Workshop 6 konnten sich die Besucher/innen an einem Improvisationstheater zu Gesundheitsthemen beteiligen. So konnten sie eine innovative Methode für Partizipation kennen lernen und neue Erkenntnisse über sich selbst und ihr Gesundheitsverhalten gewinnen.

Unser Tagungsband soll Ihnen insgesamt eine Nachlese der wichtigsten Inhalte unserer Konferenz bieten. Sie finden darin die Zusammenfassungen der Vortragenden zu ihren Referaten, die jeweils um eine kurze Inhaltsangabe oder ein Fazit ergänzt wurden. Wir wünschen eine angenehme und erkenntnisreiche Lektüre,

herzlich, Ihre

Mag. Gerlinde Rohrauer-Näf  
Gesundheitsreferentin und Stv. Leiterin FGÖ

## Tu felix Austria? – Soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde Politiken. Österreich im europäischen Vergleich

**Österreich ist keine „Insel der Seligen“, sondern in Zeiten der Globalisierung internationalem ökonomischem Konkurrenzdruck ausgesetzt. Dennoch: Im europäischen Vergleich steht Österreich gut da, wenn es etwa um die Daten für gesellschaftlichen Zusammenhalt oder die Verteilung des Reichtums geht. Damit bestehen gute Voraussetzungen für Gesundheitsförderung, so die These des Plenumsreferenten Josef Kytir, dem stellvertretenden Leiter der Direktion Bevölkerung bei der Statistik Austria bei der Tagung in Innsbruck.**

Gesundheitsförderung wird in den kommenden Jahrzehnten noch stärker als heute zu einem Schlüsselement der Gesundheitspolitik. So wird sich in Österreich die Zahl der Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren bis zum Jahr 2050 um 1,2 Millionen erhöhen und damit beinahe auf das Doppelte des aktuellen Wertes von 1,4 Millionen steigen. Die Zahl der Über-85-Jährigen wird sich im gleichen Zeitraum von 160.000 auf 620.000 vervielfachen. Angesichts dieser demographischen Entwicklung ist gesundes Altern nach dem Motto: „den Jahren mehr Leben“, mehr als ein individuelles Bedürfnis und Ideal.

Wie immer man zu demographischen Langzeitprognosen stehen mag, die vor uns liegende Kombination einer demographisch alten und einer wirtschaftlich globalisierten Gesellschaft wird die Finanzierung der wohlfahrtsstaatlich organisierten Systeme der sozialen Sicherheit und damit auch eines öffentlichen, für alle gleichermaßen zugänglichen Gesundheitsversorgungssystems zumindest deutlich erschweren.

### Demographischen Herausforderungen begegnen

Der Gesellschaft wird es umso leichter fallen, den skizzierten demographischen Herausforderungen zu begegnen, desto erfolgreicher es gelingt, das Auftreten (schwerwiegender) chronisch-degenerativer Erkrankungen ins hohe Erwachsenenalter zu verschieben bzw. überhaupt zu verhindern. Wie erfolgreich die Gesundheitspolitik bei diesen Bemühungen sein wird, hängt zunächst vom Umfang der für Gesundheitsförderung bereitstehenden finanziellen Ressourcen und ihrem möglichst effizienten, also evidenzbasierten Einsatz ab. Darüber hinaus ist der Erfolg oder Misserfolg von Präventionsmaßnahmen aber in hohem Maße auch

von den allgemeinen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängig. Allen Menschen soll ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht werden, das sie zur Sicherung ihrer Gesundheit befähigt. Diese in der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation WHO formulierte Strategie impliziert die Bedeutung der sozialen Rahmenbedingungen, also der konkreten Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnisse für eine erfolgreiche Präventionspolitik. Gesundheitsfördernde Politik wird unter diesem Blickwinkel zu einer klassischen Querschnittsmaterie.

### Bedingungen für Gesundheitsförderung messen?

Während es auf europäischer Ebene eine ganze Fülle von Gesundheits- (zumeist aber Krankheits-) Indikatoren bzw. Indikatorensets gibt, existiert bislang kein Indikatorensystem, das speziell die für Gesundheitsförderung wichtigen Aspekte der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen im Fokus hat. Ein solches Indikatorensystem müsste für regionale oder zeitliche Vergleiche jedenfalls versuchen, unter anderem die folgenden Dimensionen abzubilden:

- den generellen gesellschaftlichen Reichtum
- das Ausmaß materieller Armut sowie die Gleichheit/ Ungleichheit der Verteilung des vorhandenen Reichtums und damit den sozialen Zusammenhalt
- die physischen und psychischen Belastungen der Arbeitswelt
- den Zugang zu und das Ausmaß an weiterführenden Bildungsabschlüssen.

„Indikatoren“ sind bekanntlich „messbare statistische Größen“, die stellvertretend für wichtige Bereiche eines Untersuchungsgegenstandes stehen. Auf eu-

europäischer Ebene existiert eine ganze Fülle von Gesundheits-Indikatoren. Innerhalb des europäischen statistischen Systems gibt es auch zwei Indikatorensets, die es ermöglichen, zumindest einzelne Aspekte der angeführten Rahmenbedingungen zu beleuchten. Es handelt sich dabei um die so genannten „Strukturindikatoren zur Überwachung der Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung“ sowie um ein Indikatorenset zur „Überwachung der EU-Strategie für nachhaltige Entwicklung“.

### Zwei geeignete Indikatorensets

Die Strukturindikatoren zur Überwachung der Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung (EUROPA – Eurostat – Strukturindikatoren; [epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural\\_indicators/introduction](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural_indicators/introduction)) decken die Bereiche „Allgemeiner wirtschaftlicher Hintergrund“, „Beschäftigung“, „Innovation und Forschung“, „Wirtschaftsreform“, „Sozialer Zusammenhalt“ und „Umwelt“ ab. Es gibt insgesamt mehr als 80 einzelne Indikatoren, 14 davon bilden die sogenannte Kurzliste. Die Nachhaltigkeitsindikatoren (EUROPA – Eurostat – Introduction new; [epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/sdi/introduction](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/sdi/introduction)) sind thematisch noch breiter gestreut, gliedern sich in zehn Themen mit rund 30 Unterthemen und reichen von der wirtschaftlichen Entwicklung, der sozialen Eingliederung über den Klimawandel bis zur „guten Staatsführung“. Insgesamt umfasst die Liste rund 130 Einzelindikatoren, wobei es aber zahlreiche Überschneidungen mit der Liste der Strukturindikatoren gibt.

### Was im Detail gemessen werden kann

Trotz dieser scheinbaren Fülle an Information werden von den beiden Indikatorenssystemen letztlich nur einzelne Aspekte der Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde Politiken in aussagekräftiger Weise abgedeckt. Im Einzelnen sind das:

- das kaufkraftbereinigte BIP pro Kopf und die Bruttoersparnisse in Prozent des verfügbaren Einkommens der privaten Haushalte als Indikatoren für gesellschaftlichen Reichtum
- die Ungleichheit der Einkommensverteilung, die Armutsgefährdungsquote nach Sozialleistungen, die Ar-

mutgefährdungsquote erwerbstätiger Personen nach Sozialleistungen, die Quote der dauerhaften Armutsgefährdung, die Erwerbslosen Haushalte sowie die Arbeitslosenquote bzw. Langzeitarbeitslosenquote als Indikatoren für materielle Armut, soziale Ungleichheit und sozialen Zusammenhalt

- die schweren und die tödlichen Arbeitsunfälle als Indikatoren für die physischen und psychischen Belastungen der Arbeitswelt
- die frühen Schulabgänger, die Personen mit niedrigem Ausbildungsniveau, lebenslanges Lernen sowie der Bildungsstand der Jugendlichen als Indikatoren für den Zugang zu und das Ausmaß an weiterführenden Bildungsabschlüssen.

### Günstige Bedingungen in Österreich

Beim EU-weiten Vergleich dieser Indikatoren nimmt Österreich weder im positiven noch im negativen Sinn Spitzenpositionen ein. Im besten Drittel der EU-Länder liegt Österreich insbesondere beim gesellschaftlichen Reichtum und bei den Indikatoren des sozialen Zusammenhalts. Zu den Arbeitsbedingungen lassen die angeführten Indikatoren kaum eine sinnvolle Aussage zu. Im europäischen Vergleich etwas schwächer schneidet Österreich hinsichtlich der Bildungsindikatoren ab. Insgesamt präsentieren sich die Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde Politiken in Österreich im EU-Vergleich als vergleichsweise günstig und entsprechen dem Bild, das auch aufgrund der hohen Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung zu erwarten ist. Dieses hohe Niveau materiellen Reichtums und sozialen Zusammenhalts auch in Zukunft aufrecht zu erhalten, ist eine zentrale Aufgabe der Finanz-, Wirtschafts- und Sozialpolitik. Je erfolgreicher dies gelingt, desto leichter wird es gesundheitsfördernde Politik schaffen, die angestrebten Ziele zu erreichen.

### Das Wichtigste in Kürze

Einerseits wird unsere Gesellschaft demographisch betrachtet immer älter. Andererseits macht es die Globalisierung der Wirtschaft notwendig, die Abgabenquoten vergleichsweise niedrig zu halten, um konkurrenzfähig zu bleiben. Daraus folgt, dass es zunehmend notwendig werden wird, durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention das Auftreten schwerwiegender chronisch--degenerativer Erkrankungen ins hohe Erwachsenenalter zu verschieben oder sogar überhaupt zu verhindern, damit dennoch ein leistbares solidarisches Gesundheitssystem aufrecht erhalten werden kann. Inwieweit dies gelingen kann, hängt zunächst von den Ressourcen für Gesundheitsförderung und ihrem möglichst effizienten, also evidenzbasierten Einsatz ab. Darüber hinaus ist der Erfolg von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängig. Soweit dafür aussagekräftige statistische Messgrößen vorhanden sind, lässt sich feststellen, dass in Österreich im europäischen Vergleich relativ gute Rahmenbedingungen bestehen. Beim gesellschaftlichen Reichtum und bei den Indikatoren des sozialen Zusammenhalts liegt Österreich im besten Drittel der EU-Länder. Bei den Bildungsindikatoren schneidet Österreich im europäischen Vergleich etwas schwächer ab.

## Zukunftsperspektiven für integrierte Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung

**Integrierte Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung sind erstens erwünscht und zweitens machbar, aber nicht immer ganz ohne Schwierigkeiten zu realisieren. Das war die These von Alf Trojan, dem Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, bei der Tagung in Innsbruck.**

Gesundheitsförderung ist in den vergangenen 20 Jahren auf der Basis der Ottawa Charta als Begriff und Programm etabliert worden. Wesentlicher Bestandteil dieses Konzeptes ist die Idee, dass Gesundheit nicht allein im zuständigen Gesundheitsressort geschaffen werden kann, sondern dass es dazu einer multisektoralen Politik bedarf. In der Terminologie der Ottawa Charta heißt dies „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“ (Healthy Public

Policies). In anderen Zusammenhängen gibt es diese Idee ebenfalls, jedoch mehr oder weniger synonym werden die Ausdrücke behördenübergreifende Zusammenarbeit, Verknüpfung von Fachpolitiken, Politik-Verflechtung, Politik-Integration, gesundheitsfördernde Querschnittspolitik, ressortübergreifende Kooperation oder integriertes Handlungskonzept verwendet.

### Intersektorale Berichte als Basis

Intersektorale Gesundheitspolitik bedarf als Grundlage rationalen Handelns intersektoraler Gesundheitsberichterstattung. Auf den verschiedenen politischen Ebenen von der internationalen bis hin zur lokalen, quartiersbezogenen Gesundheitsförderung wird intersektorale Gesundheitsberichterstattung gefordert. Oft ist dies, zumindest in Teilaspekten, auch durch gesetzliche Vorgaben festgehalten – von der Vertragsebene der EU bis hin zu den in Deutschland in Landesgesetzen geregelten Anforderungen kommunaler Gesundheitsförderung und Politik.

### Indikatorensatz erprobt

In dem Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Gesundheit als Leitziel für nachhaltige Entwicklung“ wurde ein Indikatorensatz für integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen entwickelt und erprobt. Es wurde von 2002 bis 2005 im Institut für Medizin-Soziologie konzipiert und koordiniert. Hauptakteur/innen dieses Projektes waren Mitarbeiter/innen öffentlicher Dienste in 10 Mitgliedsstädten des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerks in den ostdeutschen Bundesländern. Über die positiven Erfahrungen, aber auch über die vielfältigen Hürden und Hindernisse für integrierte nachhaltigkeitsorientierte Berichterstattung haben wir in Aufsätzen und Buchpublikationen berichtet (Süß u. a. 2004 und 2007).

### Mehrere intersektorale Programme

Diese Forschungsergebnisse richten sich nicht nur an die Akteur/innen der Gesundheitsförderung bzw. Mitglieder des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerks, sondern auch an Akteur/innen in anderen integrierten, intersektoralen Programmen. Dazu gehören in Deutschland insbesondere das Programm „Soziale

Stadt“, das Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“ sowie die „Lokale Agenda 21“.

Gemeinsamer Fokus all dieser Programme ist die nachhaltige Verbesserung kommunaler Lebensqualität und damit auch der Chancen auf ein gesundes Leben.

Besonders viele Schnittmengen gibt es zwischen den beiden Weltprogrammen „Agenda 21“ und dem WHO-Programm, das zunächst „Gesundheit für alle“ hieß und später in „Gesundheit 21“ umbenannt wurde – auch um die unmittelbare Nähe zur Agenda 21 sichtbar zu machen. Eine umfassende Bilanzierung dieses Themas „Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung“ mit dem Untertitel „Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen“ lag der Projektarbeit mit den 10 Städten zugrunde (Trojan, Legewie 2001).

## 5 Kernforderungen

Die beiden letzten der insgesamt 11 Workshops mit unseren 10 Verbundstädten dienten der systematischen Bilanzierung der dreijährigen gemeinsamen Arbeit, aber auch darüber hinaus in die Zukunft weisend der Skizzierung eines Zukunftsmodells für die Gestaltung von kommunaler Berichterstattung als Grundlage für integrierte nachhaltigkeitsorientierte Gesundheitsförderung. In 5 Kernforderungen werden die in diesem Zusammenhang von den Städtevertreter/innen genannten Aspekte plakativ zusammengefasst:

- Berichterstattung aus der mit Freiwilligkeit verbundenen Nachrangigkeit herausholen und in einen gesetzlichen Rahmen einfügen.
- Infrastruktur für Datenpflege bzw. Datenfortschreibung nachhaltig sicherstellen.
- Nachhaltige ämterübergreifende Kooperationsstrukturen schaffen.
- Berichte für Bürger und Behörden schneller verfügbar machen durch neue Medien.
- Alles ist immer eine Zeit- und Ressourcenfrage.

## Das Wichtigste in Kürze

Umfassende Gesundheitsförderung bedarf einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Diese benötigt wiederum als Grundlage rationalen Handelns eine integrierte Berichterstattung. Im Rahmen des Projektes „Gesundheit als Leitziel für nachhaltige Entwicklung“ wurde ein Indikatorensatz für integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen entwickelt und erprobt. Hauptakteur/innen dieses Projektes waren Mitarbeiter/innen öffentlicher Dienste in 10 Mitgliedsstädten des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerks in den ostdeutschen Bundesländern.



## Workshop 1: Gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen

### Arbeitsweltbezogene Gesundheitsdaten in Österreich

**Noch gibt es in Österreich nur wenige spezifische Daten zu den Belastungen und gesundheitlichen Ressourcen am Arbeitsplatz. Mit dem SALSA-Fragebogen steht jedoch ein Instrument für gezielte Erhebungen auf Ebene einzelner Betriebe zur Verfügung, erläuterte Elfriede Kiewewetter, die Koordinatorin des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung im Workshop 1.**

Das Bonmot „Daten für Taten“, das die Gesundheitsberichterstattung so gerne vor sich herträgt, gilt zumindest für die betriebliche Gesundheitsberichterstattung als integrativer Bestandteil der Betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Kuhn, 2006:115). Ein vom Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) empfohlenes Instrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Arbeitssituation stellt der Fragebogen SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse) dar. Im Mittelpunkt steht dabei die Verbindung von Gesundheit und Arbeitszufriedenheit.

Der Ansatz von SALSA betont, wie das Konzept der Gesundheitsförderung den Zusammenhang von individueller Gesundheit und den betrieblichen Belastungs- und Unterstützungspotenzialen umgesetzt werden kann. Das gesundheitliche Befinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird dabei als Ergebnis des Zusammenwirkens von Gesundheitsgefährdungen (Risikofaktoren) und Gesundheitspotenzialen (Schutzfaktoren) am Arbeitsplatz betrachtet.

#### **SALSA erhebt Belastungen und Ressourcen**

In diesem Sinne werden nicht nur die relevanten Arbeitsbelastungen und Anforderungen ermittelt, sondern auch die Bedingungen und Ressourcen dafür, dass die Gesundheit aufrecht erhalten wird. Auf der Seite der Gesundheitsrisiken werden Aufgabencha-

rakteristika und Arbeitsbelastungen (zum Beispiel Überforderung, Unterforderung, belastendes Sozialklima) in den Blick genommen. Auf der Ebene der Gesundheitspotenziale werden die betrieblichen (zum Beispiel Partizipations- und Gestaltungsmöglichkeiten, Entscheidungs- und Kontrollspielraum, Qualifikationspotenzial) und sozialen Ressourcen (zum Beispiel mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten, soziale Unterstützung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Vorgesetzte) von Gesundheit beleuchtet. Abgerundet wird die Untersuchung durch die Erhebung des subjektiven Gesundheitsempfindens und ausgewählter Aspekte des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Eingebettet in einen strukturierten Ablaufprozess werden die unternehmensspezifischen Daten sowohl als Ausgangsbasis als auch zur nachträglichen Wirkungsmessung von betrieblicher Gesundheitsförderung herangezogen, mit dem langfristigen Ziel, Gesundheitsförderung als integrativen Bestandteil einer Organisation zu verankern.

#### **Das Wichtigste in Kürze**

Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung empfiehlt zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Arbeitssituation als ein mögliches Instrument den Fragebogen SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse). Mit diesem werden nicht nur die relevanten Arbeitsbelastungen und Anforderungen ermittelt, sondern auch die Bedingungen und Ressourcen dafür, dass die Gesundheit aufrecht erhalten wird.

### Arbeitsbedingungen im europäischen Vergleich: Ergebnisse des European Working Conditions Survey

**Marion Vogt von der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), Wien, präsentierte im Workshop 1 Daten aus dem European Working Conditions Survey, bei dem die Arbeitsbedingungen der Erwerbsbevölkerung in Europa erhoben werden. In Österreich gibt nahezu jeder Dritte an, eine Arbeit zu verrichten, welche die Gesundheit beeinträchtigen kann. Ein Wert, der ungefähr dem Durchschnitt der 27 EU-Staaten entspricht.**

Die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Dublin Foundation) hat 2005 den European Working Conditions Survey zum vierten Mal seit 1990 durchgeführt. Im Zentrum dieser Erhebung stehen die Arbeitsbedingungen der Erwerbsbevölkerung in Europa. Der European Working Conditions Survey fokussiert auf vielfältigste Aspekte des Arbeitslebens, um ein umfassendes Bild über die Bedingungen, unter denen Erwerbstätige ihrer Arbeit nachgehen, zeichnen zu können. Die Lage und Dauer der Arbeitszeit nehmen dabei einen ebenso wichtigen Stellenwert ein wie die Organisation der Arbeit. Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz stellen einen weiteren Themenschwerpunkt dar. Über körperliche Belastungen und Umwelteinflüsse, denen Erwerbstätige ausgesetzt sind, aber auch über wahrgenommene Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit gibt der Survey ebenso Auskunft wie über arbeitsbedingte Beeinträchtigungen und Erkrankungen und daraus resultierende Krankenstände der europäischen Erwerbsbevölkerung.

Insgesamt wurden in 31 Ländern beinahe 30.000 Personen befragt, wie sie ihr Arbeitsleben und ihre Arbeitsbedingungen erleben und beurteilen. Dazu zählten die 27 EU-Länder, die beiden EU-Beitrittskandidaten Kroatien und Türkei sowie die Schweiz und Norwegen.

### **Arbeitsbedingungen in Österreich**

Insgesamt sehen sich 23,2 Prozent der befragten Österreicher/innen bei ihrer Tätigkeit einem Sicherheits- und Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Im Durchschnitt der 27 EU-Staaten geben 35,4 und in Österreich 32,2 Prozent an, eine Arbeit zu verrichten, welche die Gesundheit beeinträchtigen kann. Als hauptsächliche Probleme in diesem Zusammenhang werden Rückenschmerzen (24 Prozent), Stress (21,0 Prozent) und Muskelschmerzen in Schultern, Nacken und der oberen/unteren Gliedmaßen (20,0 Prozent) genannt. Diese Werte entsprechen annähernd dem europäischen Durchschnitt. Jede/r Fünfte (20,9 Prozent) der befragten Österreicher/innen war in den letzten 12 Monaten vor dem Untersuchungszeitpunkt aufgrund von Gesundheitsproblemen zumindest einmal abwesend.

### **Lärm, Vibrationen und Hitze**

Da Umwelteinflüsse die Arbeitsbedingungen entscheidend beeinflussen, wurde im EWCS auch erhoben, wie

viele Personen über ein Viertel ihrer Arbeitszeit hinderlichen Umwelteinflüssen ausgesetzt sind: Je 24,3 Prozent der österreichischen Arbeitnehmer/innen gaben an, bei ihrer Arbeit mit Lärm und/oder Vibrationen konfrontiert zu sein, 22,9 Prozent berichteten über Hitze und 22,6 Prozent über Zigarettenrauch. Auch Rauch, Dunst, Staub sowie Kälte, chemische Substanzen und Dämpfe wurden als weitere relevante Problemfelder genannt.

### **Weitere berufliche Belastungen**

Aber nicht nur Umwelteinflüsse spielen eine Rolle, auch andere berufliche Belastungen wurden erhoben, denen die Arbeitnehmer/innen mehr als 25 Prozent ihrer Arbeitszeit ausgesetzt sind: 72,8 Prozent der Befragten verbringen mehr als ein Viertel ihrer Arbeitszeit im Stehen und Gehen, zwei Drittel mit direktem Kund/innenkontakt. 57,2 Prozent führen wiederholende Hand- und Armbewegungen aus und rund die Hälfte verrichten ihre Tätigkeiten in schmerzhaften und/oder ermüdenden Haltungen. 35,9 Prozent – also über ein Drittel – müssen schwere Lasten heben und tragen.

### **Zeitdruck und Unterbrechungen**

Was die Arbeitszeiten betrifft, arbeiten in Österreich 22,6 Prozent mehr als 40 Stunden in der Woche und 13,2 Prozent verrichten Schichtarbeit. Oft ist die Arbeit so organisiert, dass knappe Abgabetermine (68,5 Prozent) und schnelles Arbeiten (72,4 Prozent) an der Tagesordnung sind. Nahezu ein Drittel der befragten Österreicher/innen geben an, ihre Tätigkeiten häufig unterbrechen zu müssen und 16 Prozent berichten, es fehle oft die Zeit, ihre Aufgaben abzuschließen.

### **Hohe Arbeitszufriedenheit trotz Belastungen**

Obwohl von den Befragten durchaus beträchtliche Belastungen und Gesundheitsrisiken durch die Arbeit berichtet werden und auch die Zahl an bereits bestehenden Beschwerden hoch ist, ist die subjektive Arbeitszufriedenheit insgesamt hoch. Hier liegt Österreich durchaus im Spitzenfeld: In den 27 EU-Staaten geben im Durchschnitt 82,3 Prozent an, mit ihren Arbeitsbedingungen „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ zu sein, in Österreich sind es sogar 89,6 Prozent. Ein ganz anderes Bild ergibt sich,

wenn die Antworten auf die Frage: „Werden Sie Ihren Job auch mit 60 Jahren noch ausüben können“ ausgewertet werden. Im EU-27-Schnitt sagen dazu nur 58,3 Prozent „ja“ und auch in Österreich sind es nur 59,9 Prozent.

### Das Wichtigste in Kürze

Beim European Working Conditions Survey werden die Arbeitsbedingungen der Erwerbsbevölkerung in Europa erhoben. Diese umfassende Erhebung gibt über körperliche Belastungen und Umwelteinflüsse, denen Erwerbstätige ausgesetzt sind, Auskunft, aber auch über wahrgenommene Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit sowie über arbeitsbedingte Beeinträchtigungen und Erkrankungen. Insgesamt wurden in 31 europäischen Ländern beinahe 30.000 Personen befragt. Dazu zählten die 27 EU-Länder, die beiden EU-Beitrittskandidaten Kroatien und Türkei sowie die Schweiz und Norwegen. Im Durchschnitt der 27 EU-Staaten geben 35,4 und in Österreich 32,2 Prozent an, eine Arbeit zu verrichten, welche die Gesundheit beeinträchtigen kann. Als hauptsächliche Probleme in diesem Zusammenhang werden Rückenschmerzen (24 Prozent), Stress (21,0 Prozent) und Muskelschmerzen in Schultern, Nacken und der oberen/unteren Gliedmaßen (20,0 Prozent) genannt.

## Workshop 2: Bewegungsfördernde Rahmenbedingungen

### Gebaute Umwelt und körperliche Aktivität – Analysen und Empfeh- lungen für die Schweiz

**Das Institut für Tourismuswirtschaft der Hochschule Luzern hat untersucht, ob und inwiefern Siedlungsstrukturen unser Bewegungsverhalten positiv beeinflussen können. Helmut Schad, Wissenschaftler der Hochschule Luzern, hat die Ergebnisse im Workshop 2 der Tagung in Innsbruck präsentiert.**

Für die USA, Kanada, Australien, Großbritannien und eine Reihe weiterer europäischer Länder liegen empirische Studien vor, in denen Merkmale der gebauten Umwelt als potenzielle Einflussgrößen der körperlichen Aktivität untersucht wurden. In den meisten dieser wissenschaftlichen Arbeiten wurde ein empirischer Zusammenhang zwischen environmentalen Bedingungen und verschiedenen Arten körperlicher Aktivität (wie zum Beispiel dem Zulußgehen) festgestellt. Unter anderem wurden Merkmale der Siedlungsdichte, der fußläufigen Erreichbarkeit von Aktivitätszielen (wie Läden oder Parks) und vereinzelt auch ästhetische Qualitäten der gebauten Umwelt als bewegungsfördernde Merkmale identifiziert.

rischer Zusammenhang zwischen environmentalen Bedingungen und verschiedenen Arten körperlicher Aktivität (wie zum Beispiel dem Zulußgehen) festgestellt. Unter anderem wurden Merkmale der Siedlungsdichte, der fußläufigen Erreichbarkeit von Aktivitätszielen (wie Läden oder Parks) und vereinzelt auch ästhetische Qualitäten der gebauten Umwelt als bewegungsfördernde Merkmale identifiziert.

### Indikatoren der Schweizer Studie

Für jede Person, die im Schweizer Mikrozensus zum Verkehrsverhalten 2005 befragt wurde, waren Angaben zur gebauten Umwelt für folgende Dimensionen verfügbar: Wohnsituation (Haustyp, Garten/Balkon), Distanz der Wohnung zu verschiedenen Quartiereinrichtungen (Läden, Post, Bank, Cafés/Restaurants), Distanz zu Sporteinrichtungen, Distanz zu regionalen Einrichtungen (Theater, Einkaufszentrum) sowie Einwohner/innendichte im Quartier. Diese Merkmale wurden in multivariaten Analysen mit der Beteiligung und der Dauer der Bewegung zu Fuß und mit dem Fahrrad sowie der Stärke körperlich-sportlicher Aktivitäten in eine Beziehung gesetzt.

### Zusammenhänge

Die Dauer der Bewegung zu Fuß wächst mit der Einwohnerdichte, der Distanz zu Quartiereinrichtungen (wegen längeren Wegen), der Verfügbarkeit von Abos für den öffentlichen Verkehr und der Nähe zu Sportanlagen und anderen Einrichtungen auf Gemeindeebene. Die Gehdauer steigt zudem, wenn ein Pkw nicht verfügbar ist. Die Pkw-Verfügbarkeit hängt wiederum mit der Siedlungsdichte und der Quartiersversorgung zusammen. Diese beiden Umweltmerkmale können damit offenbar auch indirekt das Zulußgehen fördern.

Die Beteiligung am Fahrradverkehr ist jeweils unter folgenden Bedingungen wahrscheinlicher:

- tendenziell höhere Siedlungsdichte im Wohnquartier
- einer Wohnung in der Nähe von Sportanlagen
- einer Wohnung mit Garten oder Balkon
- einem Abo-Besitz
- und fehlendem Pkw.

Dies ist tendenziell in Städten oder Agglomerationen, dort aber in weniger zentralen Wohnlagen gegeben.

Die Stärke sportlich-körperlicher Aktivität nimmt in der Deutschschweiz mit größerer Distanz zu Quartierzentren zu. Die Siedlungsdichte ist aber nicht signifikant. Die Distanz zu Sportanlagen ist in den verschiedenen Analysen entweder nicht signifikant oder hat eine unerwartete Wirkungsrichtung (stärkere Aktivitäten mit zunehmender Distanz zu Sportanlagen).

## Empfehlungen

Gestützt auf die Datenanalysen und die Einschätzungen von befragten Expert/innen wurden separate Aktionen zur Förderung des Zufußgehens, des Fahrradfahrens und körperlich-sportlicher Aktivitäten formuliert. Ausgehend von der empirischen Evidenz sollte der Schwerpunkt dabei auf Aktionen gelegt werden, mit denen der Fußverkehr gefördert werden soll. Es wird ein intersektorales Vorgehen empfohlen, das Maßnahmen der Verkehrsplanung, der Stadtplanung und der Gesundheitsförderung integriert. Dabei sollte nicht nur die gebaute Umwelt verändert werden, sondern begleitend sollte auch gefördert werden, dass bewegungsbezogene Werte und Einstellungen (durch Kommunikationsmaßnahmen) aufgebaut werden. Außerdem sollten die rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer solchen intersektoralen Politik verbessert werden. Wichtig sind zudem Wirkungsanalysen realisierter struktureller Maßnahmen.

## Zufußgehen:

Um eine bewegungsfreundliche Siedlungsstruktur zu schaffen, welche die Wahrscheinlichkeit des Zufußgehens erhöht, sind die folgenden, aus den Datenanalysen empirisch begründbaren Maßnahmenansätze geeignet:

- eine angemessene, hohe Siedlungsdichte in Kernstädten von Agglomerationen, in Gemeinden des Agglomerationsgürtels und in Regionalzentren des ländlichen Raumes zu gewährleisten
- einen Bestand an Versorgungsgelegenheiten (Läden, Dienstleistungseinrichtungen), die zu Fuß erreichbar sind, in den Wohnquartieren zu gewährleisten
- Siedlungen entlang von Achsen des öffentlichen Verkehrs zu entwickeln, denn damit ergeben

sich infolge einer stärkeren Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel auch positive Effekte für das Zufußgehen.

Auf der Grundlage der Einschätzung von Expert/innen werden weitere Maßnahmen zu Gunsten des Zufußgehens vorgeschlagen:

- fußverkehrsgerechte Wohnumgebungen zu schaffen (zum Beispiel indem „Begegnungszonen“ mit Tempo 20 eingerichtet werden)
- die Attraktivität öffentlicher Räume für den Aufenthalt zu erhöhen (zum Beispiel indem Planungsgrundsätze des „Design für alle“, der „living streets“ und der „pedestrians first“ verwirklicht werden)
- fußgängergerechte Verkehrsinfrastrukturen zu schaffen
- fußverkehrsbezogene Werte und Einstellungen bei Planer/innen, politischen Entscheider/innen und Multiplikator/innen zu fördern
- Datengrundlagen zu verbessern, Modellversuche zu implementieren und realisierte Vorhaben der Verkehrs- und Raumplanung zu evaluieren.

## Fahrradfahren:

Für die Förderung der Nutzung des Fahrrads können evidenzbasiert folgende Maßnahmen empfohlen werden:

- eine angemessene Dichte in Kernstädten und Nebenzentren der Agglomerationsräume sicherzustellen
- Defizite an Schnittstellen zum öffentlichen Verkehr und entlang der Verbindungen zu den Stadtteil- und Stadtzentren zu beseitigen
- zur Nutzung des Fahrrads auf dem Weg zur Arbeit motivieren.

Die Prioritäten in diesem Aktionsfeld liegen vor allem im Bereich der fahrradbezogenen Verkehrsinfrastruktur.

## Körperlich-sportliche Aktivitäten:

Im Vergleich zum Zufußgehen konnten körperlich-sportliche Aktivitäten, bei denen man außer Atem oder ins Schwitzen kommt, weniger gut durch die verfügbaren Merkmale der Siedlungsstruktur am Wohnort statistisch „erklärt“ werden. Veränderungen in der gebauten Umwelt sind deshalb eher als ergänzende Maßnahmen zu den hier primär in Frage kom-

menden kommunikativen und motivationalen Interventionen anzusehen. Denn eine höhere Bedeutung haben in diesem Verhaltensbereich sozio-demografische Merkmale der Person. Bei den an der Siedlungsstruktur ansetzenden Maßnahmen werden vor allem solche empfohlen, die günstigere Bedingungen für körperliche Aktivität und Bewegung in öffentlichen Räumen in den zentraler gelegenen Wohngebieten der Deutschschweiz und in Gebieten mit höherer Siedlungsdichte der französischsprachigen Schweiz schaffen sollen.

### Das Wichtigste in Kürze

Die Studie „Gebaute Umwelt und körperliche Aktivität“ des Instituts für Tourismuswirtschaft der Hochschule Luzern hat in der Schweiz untersucht, ob und inwiefern Siedlungsstrukturen unser Bewegungsverhalten positiv beeinflussen können. Dabei zeigte sich unter anderem, dass dort mehr zu Fuß gegangen wird, wo eine gute Mischung an Angeboten für Wohnen, Arbeit, Freizeit, Einkauf oder Dienstleistungen vorhanden ist. Wenn Siedlungen entlang von Achsen des öffentlichen Verkehrs entwickelt werden, dann ergeben sich daraus ebenfalls positive Effekte für das Zufußgehen. Um das Radfahren zu fördern, kann neben einer angemessenen Siedlungsdichte auch empfohlen werden, Defizite an Schnittstellen zum öffentlichen Verkehr zu beseitigen und dazu zu motivieren, mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren. Insgesamt wird von den Studienautor/innen ein intersektorales Vorgehen empfohlen, das Maßnahmen der Verkehrsplanung, der Stadtplanung und der Gesundheitsförderung integriert.

Die Studie ist unter folgender Internetadresse verfügbar:  
<http://www.hslu.ch/download/w/itw-gebaute-umwelt-schlussbericht.pdf>

## Mobilitätsmanagement und Alltagsbewegung

**Auch für kurze Strecken wird häufig der Pkw verwendet, erläuterte Max Herry, Eigentümer und Geschäftsführer der Herry Consult GmbH im Workshop 2. Beispiele aus Wien und Niederösterreich zeigen, wie der Anteil an Wegen gesteigert werden kann, die mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurückgelegt werden.**

Alltagsbewegung wird in der Alltagsmobilität vor allem durch die Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad realisiert. An einem durchschnittlichen Werktag beträgt der Außer-Haus-Anteil der Bewohner/innen in Österreich 82 Prozent. Das heißt, etwas mehr als vier Fünftel der Bevölkerung in Österreich unternehmen an einem solchen Tag Wege außer Haus, vor allem zur Arbeit, zu den Ausbildungsstätten, zum Einkaufen, zur Freizeit oder zu Erledigungszwecken.

Der Anteil der Wege zu Fuß beträgt im Alltagsverkehr an einem durchschnittlichen Werktag 27 Prozent, jener der Wege mit dem Fahrrad 5 Prozent. Mehr als die Hälfte aller Wege wird jedoch mit dem Pkw zurückgelegt (und 17 Prozent mit dem öffentlichen Verkehr).

Die „Einzel“-Werte in der Grundgesamtheit weisen dabei eine große Varianz auf<sup>1</sup>. So betragen zum Beispiel die Anteile zu Fuß bzw. mit dem Rad in Niederösterreich 17 Prozent und 7 Prozent<sup>2</sup>, im Bundesland Salzburg 18 und 11 Prozent<sup>3</sup> und in Vorarlberg 18 und 15 Prozent<sup>4</sup>. Die Tendenz bei Fußwegen ist abnehmend (unter anderem zu Gunsten der Wege mit dem Fahrrad) und bei den Wegen mit dem Fahrrad zunehmend.

### Weiter steigende Pkw-Verfügbarkeit

Dieser verkehrliche Modal-Split stellt eine der wesentlichen bewegungshemmenden Rahmenbedingungen im Alltag dar, vor allem der Anteil der im Personenverkehr zurückgelegten Wege mit dem Pkw. Hintergrund hierfür ist die teilweise außerordentlich hohe und noch weiter steigende Pkw-Verfügbarkeit in den Haushalten [verbunden mit dem faktischen ausschließlichen (Pkw-)Führerscheinbesitz der Personen ab 18 Jahren], vor allem in den ländlichen Gebieten. So sind es nur noch 5 Prozent (!) der Haushalte in Niederösterreich, die über keinen Pkw verfügen. Fast die Hälfte aller niederösterreichischen Haushalte besitzt zwei und mehr Pkw.<sup>2</sup> Eine weitere bewegungshemmende Bedingung sind die zum Teil beträchtlichen Wegelängen in der Alltagsmobilität (vor allem im Arbeitspendler/innenverkehr), die nur schwerlich zu Fuß oder mit dem Fahrrad bewältigt werden können.

## Auch kurze Wege mit dem Pkw

Dem gegenüber stehen jedoch auch kurze Wege, die nicht zu Fuß oder mit dem Rad zurückgelegt werden: So sind circa 15 Prozent aller privaten Pkw-Fahrten in Österreich kürzer als 1 Kilometer (!), 25 Prozent kürzer als 2 Kilometer, mehr als ein Drittel kürzer als 3 Kilometer und die Hälfte aller privaten Pkw-Wege kürzer als 5 Kilometer.<sup>1</sup> – Darin besteht natürlich ein erhebliches Potential zur Vergrößerung und „Bereicherung“ der Alltagsmobilität zu Fuß oder mit dem Fahrrad.

Weitere hemmende Faktoren für den Fuß-, aber vor allem auch für den Radverkehr sind die entsprechenden unzureichenden Infrastrukturen. Hinzu kommen Angst, Rücksichtslosigkeit anderer Verkehrsteilnehmer/innen (vor allem der Autofahrer/innen gegenüber den Radfahrer/innen bzw. der Radfahrer/innen gegenüber den Fußgänger/innen), Diebstahl, ungenügende und unsichere Abstellmöglichkeiten sowie Vandalismus. Schließlich sorgen auch bestimmte kulturelle Entwicklungen der Freizeitbeschäftigung für einen Rückgang der aktiven Alltagsmobilität.

## Entwicklungen in Wien

Für bewegungsfördernde Elemente können zwei gute Beispiele in Österreich angeführt werden: Einerseits, die diesbezüglichen Entwicklungen in Wien. In der Evaluierung und Fortschreibung des Masterplans 2003 für das Jahr 2008<sup>5</sup> werden folgende Maßnahmen weiter entwickelt, die vor allem den Fußgängerverkehr, aber auch den Radverkehr fördern. Für den Fußgängerverkehr sind das Maßnahmen, durch die

- die Geh-Ökonomie von Fußgänger/innen stärker berücksichtigt wird
- ein durchgängiges, zusammenhängendes Fußwegenetz geschaffen wird
- eine durchgehende Gehsteigmindestbreite von 2,0 Meter eingeführt wird
- das Lichtraumprofil für Fußgänger freigehalten wird
- Kreuzungen durch bauliche Maßnahmen gesichert werden
- die Überwindung von Höhenunterschieden erleichtert wird
- Tempo 30 im dicht bebauten Stadtgebiet eingeführt wird

- die Orientierung für mobilitätseingeschränkte Personen verbessert wird.

Des Weiteren sind folgende Maßnahmen zu erwähnen:

- fußgängerfreundliche Ampelschaltungen
- ausreichende Aufstellflächen für die Fußgänger/innen an Kreuzungen
- Anhebung des subjektiven Sicherheitsgefühls
- Vermeidung und Entschärfung von Konfliktpunkten zwischen Radfahrer/innen und Fußgänger/innen, die mit erhöhtem Unfallrisiko und Beeinträchtigung des subjektiven Sicherheitsgefühls der Fußgänger/innen verbunden sind (aber auch zwischen Radfahrer/innen und dem Pkw-Verkehr).

Der Förderung des Radverkehrs dienen

- Maßnahmen zur Errichtung des Hauptradverkehrsnetzes
- Maßnahmen zur Verbesserung der flächigen Erschließung
- ergänzende Maßnahmen, welche den Komfort steigern
- die Aufhebung der Radwegebenutzungspflicht in der Straßenverkehrsordnung
- sowie Radverkehrsmanagement.

Des Weiteren

- wird das Hauptradverkehrsnetz in seinen Funktionen neu definiert bzw. zur besseren Priorisierung untergliedert
- ein Stellplatz für Fahrräder im Garagensetz wird verpflichtend
- die Abstellmöglichkeiten für Fahrräder werden massiv erweitert
- die City-Bike-Stationen werden ausgeweitet
- die Bedürfnisse jener Gruppen von Nutzer/innen werden stärker beachtet, die derzeit unterrepräsentiert und noch für das Rad zu gewinnen sind (Ausbildungs- und Einkaufsverkehr, Frauen, ältere Personen)
- gemischte Fuß- und Radwege werden errichtet
- der kombinierte Verkehr von Rad und Öffentlichem Verkehr wird verstärkt.

## Masterplan Radfahren für Österreich

Zum anderen sind die Entwicklungen in ganz Österreich zu erwähnen. Dazu werden vom Lebensministerium vor allem folgende Maßnahmen im Masterplan für den Radverkehr gesetzt<sup>6</sup>:

- verstärkte Zusammenarbeit und Abstimmung der für den Radverkehr zuständigen Akteur/innen (bundesweite Koordination, Information, Qualitätssicherung)
- attraktive und sichere Infrastruktur (Ausbau von Radverkehrsinfrastrukturanlagen, radfahrfreundliche Straßen und Wege, zielnahe/attraktive/sichere Abstellanlagen, Lückenschluss, ...)
- radfahrfreundliche und sichere Verkehrsorganisation (Verkehrsberuhigung, Geschwindigkeitsdämpfung des motorisierten Straßenverkehrs, ...)
- Mobilitätsmanagement für den Radverkehr (Aktions- und Beratungsprogramme, Förderschienen)
- Optimierung der intermodalen Vernetzung mit den öffentlichen Verkehrsmitteln (Bike + Ride, Fahrradverleihsysteme, Fahrradmitnahme, ...)
- Bewusstseinsbildung und Verkehrsausbildung (Hebung des Images von Radfahrenden, Darstellung des Fahrrades als effizientes, schnelles und gesundes Verkehrsmittel, Information zu persönlichen Umwelt- und Gesundheitseffekten sowie Kosten- und Zeiterparnis, Schwerpunkt Kinder und Jugend „pro Fahrrad“, ...)
- radfahrfreundliche Rahmenbedingungen (finanzielle und steuerliche Anreize zum Radfahren, rechtliche Stärkung in der Straßenverkehrsordnung, Bauordnungen, Planungsrichtlinien, Forschungsschwerpunkt Radverkehr, ...)

### Ein Modellprojekt im Wienerwald

Die Auswirkungen von Maßnahmen des Mobilitätsmanagements auf das Bewegungsverhalten seien an einem konkreten Beispiel erläutert. 26 Wienerwald-Gemeinden in Österreich starteten 2003 das vierjährige Modellprojekt „Verkehrsparen Wienerwald“ mit Unterstützung der niederösterreichischen Landesregierung und Betreuung durch die niederösterreichische Dorf- & Stadterneuerung.

Ziel dieses Projektes war es, messbar Autofahrten einzusparen und den Radverkehr in der Region zu fördern. Dies sollte vor allem dadurch erfolgen, dass mehr Bewusstsein für klimafreundliche Mobilitätsformen geschaffen wurde sowie Anreize und Erleichterungen für deren Nutzung. Das Projekt ging von der Annahme aus, dass auch ohne teure infrastrukturelle Maßnahmen, der Autoverkehr deutlich verringert werden kann.

### Radanteil fast verdoppelt

Die Evaluation des Modellprojektes erfolgte durch HERRY Consult<sup>7</sup> und erbrachte folgende Ergebnisse: Der Pkw-Verkehr konnte reduziert werden, der Radanteil ist stark gestiegen (hat sich fast verdoppelt). Der Radverkehr und der Öffentliche Verkehr haben im Vergleich zu 2003 sowohl anteilig als auch absolut zugenommen. Diese Änderungen sind je nach Gemeinde unterschiedlich, aber in allen Gemeinden vorhanden. Zwei Dinge sind bei den hohen Steigerungsraten interessant: Die Steigerungsraten für den Radverkehr sind bei der weiblichen Bevölkerung fast 3-mal so hoch wie bei den Männern. Diese Verkehrssteigerung findet – absolut gesehen – vor allem bei jenen zurückgelegten Radwegen statt, die zwischen 1 und 2,5 Kilometer lang sind. Relativ gesehen, nehmen die Radwege von 2,5 bis 5 Kilometer Wegelänge am stärksten zu.

Durch das Projekt wurden nicht nur Wege (hin zum Radverkehr) verlagert, sondern auch (Rad-) Verkehr induziert. Das Verkehrsaufkommen pro Person (Anzahl der Wege/Person) ist an Werktagen von 2,98 auf 3,18 Wege gestiegen. Die Erfolge konnten vor allem beim Einkaufs- und Freizeitverkehr erzielt werden. Die Frauen haben die Männer beim Radanteil „überholt“. Die pro Person und Jahr an Werktagen zurückgelegten Fahrrad-Kilometer konnten von 169 auf 217 gesteigert werden, was einen wichtigen Gesundheitsaspekt darstellt. An Werktagen konnten 16 Millionen Pkw-Kilometer/Jahr vermieden werden. Das entspricht einer Einsparung von 2.717 Tonnen CO<sub>2</sub> pro Jahr.

Das Projekt wird von mehr als 90 Prozent der Bevölkerung mit „sehr gut“ bzw. „gut“ beurteilt. Dabei hat sich im zeitlichen Verlauf der Anteil der Bewertungen mit „sehr gut“ mehr als verdoppelt. Zwei Drittel der Bevölkerung sehen in diesem Projekt einen Imagegewinn für ihre Gemeinden:

- für die Bewohner/innen: Maßnahmen, Aktionen (zum Beispiel: neue Radwege, Gratis-Fahrplanheft...)
- für die Umwelt: minus 16 Millionen Pkw-Kilometer an Werktagen, CO<sub>2</sub>-Einsparung
- für die beteiligten Gemeinden: Imagegewinn, Infrastrukturverbesserung.

Abschließend sei noch auf die umfangreichen negativen gesundheitlichen Auswirkungen von Bewegungsarmut bei Kindern hingewiesen.

## Das Wichtigste in Kürze

Bewegung im Alltag heißt auf den Verkehr bezogen vor allem, Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückzulegen. In Österreich werden an einem durchschnittlichen Werktag 27 Prozent der Wege außer Haus zu Fuß und 5 Prozent mit dem Fahrrad zurückgelegt. Die Unterschiede nach Bundesländern sind groß. So ist etwa der Anteil der mit dem Rad zurückgelegten Wege in Vorarlberg mehr als doppelt so hoch wie in Niederösterreich.

Insgesamt ist die Tendenz bei den Wegen mit dem Fahrrad zunehmend und bei den Fußwegen abnehmend – unter anderem auch zu Gunsten der Wege mit dem Fahrrad. 15 Prozent aller privaten Pkw-Fahrten in Österreich sind kürzer als 1 Kilometer, die Hälfte kürzer als 5 Kilometer. Das Potential an Wegen, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden könnten, ist also erheblich.

Wie der Fuß- und Radverkehr gefördert werden kann, wird unter anderem im Masterplan für den Verkehr für Wien sowie im Masterplan Radfahren für Österreich detailliert beschrieben. Im Einzelnen umfasst dies vor allem Maßnahmen, welche die Infrastruktur für Fußgänger/innen und Radfahrer/innen sicherer, komfortabler und attraktiver gestalten. Das auf vier Jahre angelegte Modellprojekt „Verkehrsparen Wienerwald“ hat zudem ab 2003 gezeigt, wie auch ohne teure Investitionen der Pkw-Verkehr reduziert und der Anteil des Radverkehrs an den zurückgelegten Wegen wesentlich erhöht werden kann.

## Zitierte Literatur

<sup>1</sup> HERRY M., SAMMER G.: Mobilitätserhebung der Bevölkerung in Österreich 1995. Im Auftrag des BMWV

<sup>2</sup> HERRY M., TOMSCHY R., STEINACHER I.: Mobilitätserhebung Niederösterreich 2008. Im Auftrag der Niederösterreichischen Landesregierung

<sup>3</sup> HERRY M., RUSS M., STEINACHER I., TINNAUER C., SNIZEK S.: Mobilitätserhebung Salzburg 2004. Im Auftrag der Salzburger Landesregierung

<sup>4</sup> HERRY M., TOMSCHY R., STEINACHER I.: Mobilitätserhebung Vorarlberg 2008. Im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung 2008

<sup>5</sup> Masterplan Verkehr 2003 – Evaluierung und Fortschreibung 2008: Mobil in Wien. In: Werkstattberichte, Stadtentwicklung, Nr. 95, Wien 2008

<sup>6</sup> Masterplan Radfahren. Strategie zur Förderung des Radverkehrs in Österreich. Projektleitung Robert Thaler und Eva Gleissenberger, Verfasser Helmut Koch, Wien 2006

<sup>7</sup> HERRY M., SCHUSTER M., STEINACHER I., TOMSCHY R.: Verkehrsparen Wienerwald – Projektcontrolling / Mobilitätserhebungen. Im Auftrag der Niederösterreichischen Landesregierung, Wien 2007

<sup>8</sup> DAVIS A.L., FRUIANU M., HERRY M., RACIOPPI F., SCHÖBEL H., SEETHI D., THALER R.: Transport-related Health Effects with a Particular Focus on Children – Towards an Integrated Assessment of their Costs and Benefits. State of the Art Knowledge, Methodological Aspects and Policy Directions. Wien, 2004

## Workshop 3: Gute Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung

### Ausgewählte Ergebnisse aus dem Ernährungsbericht 2008

**Der Österreichische Ernährungsbericht beschreibt, analysiert und kommentiert die Ernährungs- und Gesundheitssituation der Österreicher/innen von sechs bis 100 Jahren. Gleichzeitig ist er auch ein wichtiges Instrument der Ernährungs- und Gesundheitspolitik. Ibrahim Elmadfa, der Vorstand des Instituts für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, stellte im Workshop 3 ausgewählte Resultate vor.**

Am 23. März 2009 wurde der aktuelle Österreichische Ernährungsbericht 2008 der Öffentlichkeit vorgestellt. Seit 1998 liefert der alle fünf Jahre vom jeweils für Gesundheitsfragen zuständigen Bundesministerium in Auftrag gegebene und vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien zusammengestellte Ernährungsbericht ein umfassendes Bild der Ernährungssituation in Österreich. Die darin enthaltenen Erkenntnisse stammen auch diesmal wieder aus einer Reihe regelmäßig durchgeführter repräsentativer Erhebungen, allen voran der Österreichischen Studie zum Ernährungsstatus (ÖSES). Dabei werden die Energie- und Nährstoffaufnahme und das Körpergewicht ermittelt sowie spezielle Fragen in eigenen Teilstudien behandelt. So umfasst der aktuelle Bericht Kapitel über das Trink- sowie Bewegungsverhalten erwachsener Österreicherinnen und Österreicher und die Nährstoffversorgung schwangerer Frauen. Der Themenbereich Sicherheit und Qualität der Lebensmittel wurde von der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) behandelt.

### Körpergewicht und Energie- und Nährstoffaufnahme

Entsprechend der weltweiten Entwicklung stellt Übergewicht auch in Österreich ein wesentliches Gesundheitsproblem dar. Von den Erwachsenen weisen mittlerweile 42 Prozent einen Body Mass Index (BMI) oberhalb des Referenzbereichs von 18,5 bis 24,9 kg/m<sup>2</sup> auf, 11 Prozent sind sogar adipös (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>). Vor allem die hohe



Anzahl an übergewichtigen Kindern ist Besorgnis erregend: Bei 19 Prozent der 6- bis 15-Jährigen liegt der BMI zu hoch, 8 Prozent sind adipös. Wie im vorigen Ernährungsbericht zeigt sich ein Ost-Westgefälle. Die Häufigkeit von Übergewicht hat gegenüber 2003 zugenommen. Interessanterweise liegt die mittlere Energieaufnahme in allen Altersgruppen unter den von den Ernährungsgesellschaften des deutschsprachigen Raums empfohlenen Werten. Hier ist allerdings anzumerken, dass diese für eine mittlere körperliche Aktivität entsprechend einem Physical Activity Level (PAL, definiert als Gesamtenergieumsatz/Grundumsatz) von 1,6 berechnet wurden. Die bereits erwähnte Studie zum Bewegungsverhalten ergibt für Frauen im Durchschnitt jedoch niedrigere Werte. Der von der WHO für die Prävention von chronischen ernährungsabhängigen Erkrankungen empfohlene Wert (PAL von 1,7) wird nicht erreicht.

Zu hoch ist die Zufuhr an Fett, welches bei Erwachsenen über 18 Jahren 37 bis 38 Prozent der Energie liefert, die an Kohlenhydraten ist mit einem Beitrag von unter 50 Prozent der aufgenommenen Energie zu niedrig. Lediglich bei Schulkindern entspricht die Zufuhr an Makronährstoffen den Referenzwerten. Negativ ist in allen Gruppen die hohe Zufuhr an gesättigten Fettsäuren. Die Aufnahme an essentiellen mehrfach ungesättigten Fettsäuren ist bedarfsdeckend. Die für die Herzgesundheit empfohlene Zufuhr, vor allem an n-3 Fettsäuren, wird jedoch nicht erreicht. Auch die Aufnahme an Ballaststoffen liegt im Mittel in allen Altersgruppen unter den Empfehlungen.

Die Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen hat sich zwar in vielen Fällen verbessert, dennoch sind einige kritische Mikronährstoffe auszumachen. Hier sind besonders Folsäure, Calcium und Vitamin D zu nennen. Vor allem Kinder nehmen viele Mikronährstoffe in unzureichenden Mengen auf. Die Natriumaufnahme aus Kochsalz ist dagegen im Durchschnitt in allen Altersgruppen zu hoch.

## **Verzehr, Qualität und Sicherheit der Lebensmittel**

Der Verbrauch an Lebensmitteln ist weiterhin durch einen hohen Anteil an Fleisch und Wurst gekennzeichnet, während Getreide, Kartoffeln und Hülsenfrüchte reich-

licher konsumiert werden sollten. Auch die empfohlene Menge an Obst und Gemüse wird im Durchschnitt nur von Frauen zwischen 19 und 65 Jahren erreicht. Zu empfehlen wäre ein Ersatz tierischer Fette durch hochwertige Pflanzenöle. Das Trinkverhalten der erwachsenen Österreicher ist positiv zu bewerten: Trinkwasser ist nicht nur das am meisten konsumierte, sondern auch das beliebteste Getränk.

Die Verbesserung der Nährstoffzufuhr durch eine hohe Lebensmittelvielfalt konnte bestätigt werden. Allerdings führt sie auch leicht zu einer höheren Energiezufuhr, so dass hier sorgfältig darauf geachtet werden muss, wie die einzelnen Bestandteile ausgewählt und zusammengesetzt werden. Grundsätzlich empfiehlt sich vor allem eine hohe Vielfalt an Obst und Gemüse. Eine genauere Untersuchung der in letzter Zeit immer beliebteren Fertigprodukte ergab eine zufrieden stellende Qualität und Sicherheit dieser Lebensmittel. Insofern können diese durchaus ihren Beitrag zu einer ausgewogenen Ernährung leisten.

Hinsichtlich der toxikologischen Sicherheit der Lebensmittel ergibt sich ein weitgehend positives Bild. Überschreitungen von Grenzwerten für Rückstände an Pflanzenschutzmitteln, Pestiziden oder Zusatzstoffen sowie Umweltkontaminanten stellen in der Regel Ausnahmen dar. Die Kontrollmaßnahmen auf nationaler und EU-Ebene dürften insofern effizient sein. Die in der letzten Zeit angestiegene Zahl an Campylobakteriosen sowie die Gefahr eines Befalls mit Salmonellen zeigen die Notwendigkeit einer ausreichenden Hygiene im Umgang mit rohen tierischen Lebensmitteln.

## **Außer-Haus-Verzehr**

Angesichts der zunehmenden Bedeutung des Außer-Haus-Verzehrs wurde diesem ein eigenes Kapitel gewidmet. Unter den modernen Lebensumständen nehmen nicht nur Berufstätige diese Verpflegungsmöglichkeit wahr, auch Kinder und Senior/innen essen zunehmend in Gemeinschaftsküchen. Eine ausgewogene Ernährung ist dort durchaus möglich, wie die Beurteilung des Angebots in verschiedenen Einrichtungen (Betriebs- und Schulkantinen, Mensa) zeigt. Das Angebot in Senior/innenwohn- und -pflegeheimen ist dagegen oft zu reich an Fleisch und Süßspeisen, während die Zufuhr an Obst und Gemüse eher schwer abzudecken ist.

## Fazit und Ausblick

Zusammenfassend zeigt sich, dass hinsichtlich der Ernährungssituation in Österreich weiterhin Optimierungsbedarf besteht. Ein Ziel des Österreichischen Ernährungsberichts 2008 ist es, Entscheidungsträger/innen im Bereich Ernährung und Gesundheitsförderung eine Basis zur Entwicklung von Interventionsmaßnahmen zu liefern. Eine regelmäßige Dokumentation des Ernährungszustandes ist dafür unerlässlich und sollte in Zukunft noch durch genauere Bestimmungen des Status mittels laborchemischer Methoden ergänzt werden. Besonders das zunehmende Übergewicht erfordert dringend geeignete Schritte zu seiner Reduktion.

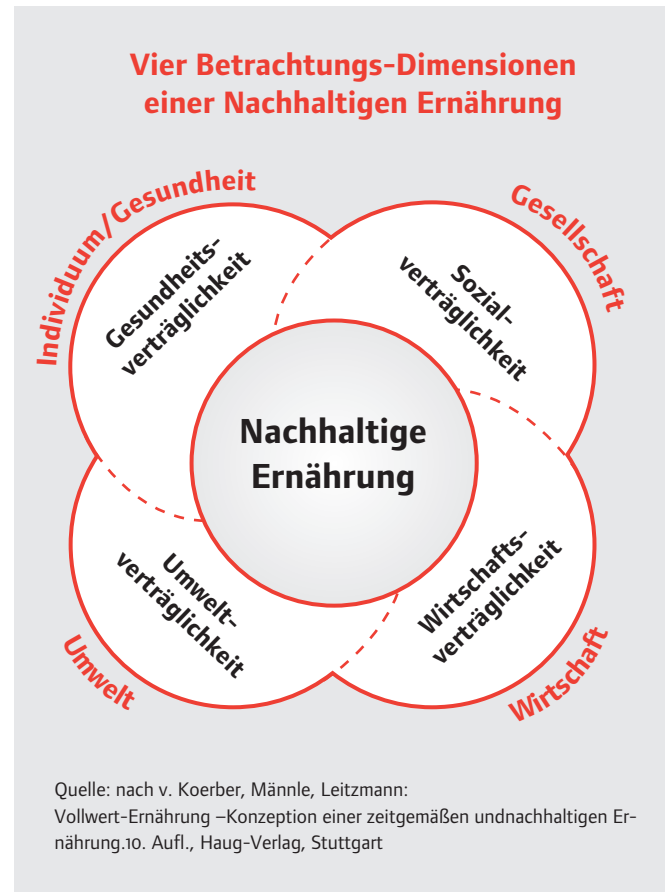
Gemäß den Erkenntnissen des Berichts bietet sich eine Förderung der körperlichen Aktivität als wirksames Mittel an. Die Erhöhung des Obst- und Gemüsekonsums stellt ebenfalls ein Ziel dar. Dagegen sollte die Fettzufuhr vermindert werden. Angesichts der Bedeutung des Außer-Hausverzehrs und von Fertiggerichten sollten Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung und die Lebensmittelindustrie hier verstärkt eingebunden werden. Massenmedien wie vor allem das Fernsehen bieten ein gutes Mittel zur Aufklärung der Verbraucher/innen und sollten vermehrt zur Vermittlung von Ernährungswissen eingesetzt werden.

## Wechselwirkungen der Ernährung mit Umwelt, Wirtschaft, Gesellschaft und Gesundheit – Grundsätze für eine nachhaltige Ernährung

**„Probleme lassen sich nicht mit den Denkweisen lösen, die zu ihnen geführt haben.“ – Dieses Zitat von Albert Einstein hat Karl von Koerber von der Technischen Universität München/Weihenstephan, Fach Nachhaltige Ernährung, als Motto für sein Referat im Workshop 3 gewählt. Der Vortrag beschäftigte sich mit ökologischen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und gesundheitlichen Problemen, die in Zusammenhang mit unserer Nahrungsversorgung stehen. Davon ausgehend wurden „Grundsätze für eine nachhaltige Ernährung“ vorgestellt.**

Aus globaler Sicht gibt es zahlreiche grundlegende ökologische, wirtschaftliche, gesellschaftliche und gesund-

heitliche Probleme, die in Zusammenhang mit unserer Nahrungsversorgung stehen, also mit dem, wie wir Lebensmittel erzeugen, verarbeiten, vermarkten, zubereiten und verzehren sowie entsorgen.



## Globale ökologische Problemfelder

Ökologische Probleme, die durch die Erzeugung und Vermarktung von Lebensmitteln mit verursacht werden, sind unter anderem die Schadstoffbelastung von Luft, Wasser, Böden und letztlich auch der Nahrung. Außerdem sind zu nennen: Abholzung von Wäldern, Bodenzerstörung, Überfischung der Meere und Artenschwund.

Der weltweite hohe Verbrauch an Primärenergie aus fossilen Energieträgern führt zu steigenden CO<sub>2</sub>-Emissionen. Durch den daraus entstehenden Treibhauseffekt kommt es zu einer Erhöhung der globalen Lufttemperatur und damit zu Klimaveränderungen. Diese bewirken unter anderem einen Anstieg des Meeresspiegels sowie Extremwetterereignisse wie Überschwemmungen, Stürme und Dürreperioden.

## Anteile am Treibhauseffekt

Für Deutschland führte das Umweltbundesamt 2007 eine Berechnung der Anteile an den Treibhausgas-Emissionen nach gesellschaftlichen Bereichen durch. Die Anteile werden in CO<sub>2</sub>-Äquivalenten ausgedrückt. Diese Messgröße ist definiert als Gesamtheit aller Treibhausgase (Kohlendioxid/CO<sub>2</sub>, Methan, Lachgas und andere), gewichtet nach ihrer Klimaschädlichkeit. 21 Prozent stehen im Zusammenhang zum „Wohnen“, 23 Prozent stammen aus dem „Personenverkehr“, 12 Prozent können auf den „öffentlichen Konsum“ zurückgeführt werden und 24 Prozent auf den „sonstigen privaten Konsum“. Auf den Bereich „Ernährung“ entfallen insgesamt etwa 20 Prozent. Vom Gesamtausstoß für den Ernährungsbereich können wiederum 44 Prozent auf die Erzeugung tierischer, dagegen nur 8 Prozent auf die Erzeugung pflanzlicher Lebensmittel zurückgeführt werden.

## Treibhausgasausstoß verschiedener Lebensmittel

Laut Daten des deutschen Öko-Institutes gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Treibhausgas-Emissionen verschiedener Lebensmittel. Beispielsweise entstehen durch die konventionelle Erzeugung, die Verarbeitung und den Handel von einem Kilogramm Kartoffeln 0,2 kg CO<sub>2</sub>-Äquivalente. Für ein Kilogramm Rindfleisch entstehen hingegen 13,4 Kilogramm CO<sub>2</sub>-Äquivalente. Das entspricht dem 67-Fachen. Für 1 Kilogramm Butter werden sogar 23,6 kg CO<sub>2</sub>-Äquivalente ausgestoßen, bis es an der Ladentheke ankommt.

## Flächenbedarf verschiedener Lebensmittel – Auswirkungen auf die Welternährungssicherung

Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn der Flächenbedarf an Acker- bzw. Weideland verglichen wird, der notwendig ist, um 1000 Kilokalorien Nahrungsenergie in Form eines bestimmten Lebensmittels zu erzeugen. Bei Rindfleisch werden dafür 31,2 m<sup>2</sup> benötigt, bei Obst 2,3 m<sup>2</sup>, für Gemüse 1,7 m<sup>2</sup> und für Getreide 1,1 m<sup>2</sup>. Der sehr hohe Flächenbedarf bei tierischen Produkten beruht auf den so genannten Veredelungsverlusten, die bei der relativ wenig effizienten Umwandlung pflanzlicher Futtermittel in tierische Lebensmittel

entstehen. Folglich ist es unter dem Aspekt der Welternährungssicherung weitaus günstiger, die Basis der Ernährung aus pflanzlichen Lebensmitteln zu wählen.

## Weitere Dimensionen globaler Probleme

Im Weiteren sind aus globaler Sicht auch verschiedene grundlegende Probleme ökonomischer, sozialer und gesundheitlicher Art zu erwähnen, die im Zusammenhang zu unserer Ernährung stehen. Die meisten davon sind nicht neu. Dass diese Probleme in Zusammenhang mit der Form der Ernährung in den entwickelten Regionen stehen, findet jedoch häufig nicht die notwendige Beachtung:

- der Hunger auf der Welt ist kein Produktionsproblem, sondern ein Verteilungsproblem
- Lebensmittel, Futtermittel und landwirtschaftliche Erzeugnisse werden in hohem Ausmaß aus so genannten Entwicklungsländern importiert
- das weltweite Bevölkerungswachstum konnte bislang nicht gestoppt werden – das heißt auch, dass die Ernährungssicherheit aus globaler Sicht sinkt
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen in Entwicklungsländern sind häufig inhuman; oft gibt es ausbeuterische Formen von Kinderarbeit
- in Entwicklungsländern ist Unternährung weit verbreitet, häufig mit Todesfolge, besonders bei Kindern
- ungünstige Ernährungsgewohnheiten der industrialisierten Regionen werden zunehmend von Entwicklungsländern übernommen
- die Zahl an Erkrankungen, die durch Ernährung mitbedingt sind, nimmt weltweit zu
- die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen
- die Preise für Lebensmittel sind in den entwickelten Regionen im Vergleich zu anderen Konsumgütern sehr niedrig, so dass kleine und mittlere landwirtschaftliche Betriebe existenziell bedroht sind.

## Nachhaltige Ernährung

Nachhaltige Ernährung ist eine Möglichkeit, einen Beitrag zu Lösungen für die genannten Probleme zu leisten. Nachhaltigkeit kann insgesamt als eine gesellschaftliche Entwicklung definiert werden, die anstrebt, die Bedürfnisse heutiger Generationen zu

befriedigen, ohne die Bedürfnisbefriedigung kommender Generationen zu gefährden. Ziel ist, Chancengleichheit für alle gegenwärtig auf der Erde lebenden Menschen zu schaffen und auch für zukünftige Generationen zu sichern. Nachhaltige Ernährung ist wirtschaftlich, gesellschaftlich und ökologisch verträglich und nicht zuletzt auch auf individueller Ebene gesundheitsverträglich.

### Grundsätze für eine nachhaltige Ernährung

In der Arbeitsgruppe von Karl von Koerber in Deutschland wurden schon im Jahre 1999 Grundsätze für eine nachhaltige Ernährung erarbeitet:

- Im Vordergrund steht, pflanzliche Lebensmittel zu bevorzugen und den Fleischkonsum zu vermindern – und zwar wie erwähnt aus ökologischen, sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Gründen.
- Außerdem wird empfohlen, zu ökologisch produzierten Lebensmitteln zu greifen, unter anderem weil diese bei der Herstellung weniger Primärenergie verbrauchen und in der Regel weniger klimaschädliche Treibhausgase verursachen.
- Dies gilt ebenso für Frischkost und gering verarbeitete Lebensmittel.
- Wer vor allem regionale und saisonale Erzeugnisse verwendet, leistet ebenfalls einen Beitrag zum Klimaschutz. Denn diese zeichnen sich durch kürzere Transportwege und saisongerechten Anbau aus.
- Es empfiehlt sich, auch auf die Umweltverträglichkeit der Verpackungen zu achten.
- Wer fair gehandelten Lebensmitteln den Vorzug gibt, kann schließlich sicher gehen, dass den Bäuer/innen ein fairer Preis bezahlt wird, und bei der Herstellung die ausbeuterischen Formen der Kinderarbeit ausgeschlossen sind. Auch gibt es hierfür strengere Umweltschutzaufgaben.
- Außerdem gehört zu den Grundsätzen, dass für eine nachhaltige Ernährung Genuss und Geschmack ebenfalls wichtig sind – zum Glück kein Widerspruch zu den hohen Ansprüchen.

Jeder Mensch, der seine Lebensmittel nach diesen Prinzipien wählt, handelt im Sinne eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes und trägt dazu bei, wieder attraktive Kulturlandschaften zu schaffen sowie saubere Luft, ge-

sunde Böden und einwandfreies Trinkwasser zu erhalten. Eine nachhaltige Ernährung fördert nicht zuletzt auch faire Wirtschaftsbeziehungen und soziale Gerechtigkeit. Die besondere Qualität von nachhaltigen Lebensmitteln gibt es jedoch nicht zum Nulltarif. Hier ist letztlich auch wieder mehr Wertschätzung gegenüber unseren Lebensmitteln sowie die aktive Mitwirkung der Verbraucher/innen gefragt, die aufgefordert sind, ihre Ernährung entsprechend auszurichten.

### Das Wichtigste in Kürze

Die Nahrungsversorgung, also wie wir Lebensmittel erzeugen, verarbeiten, vermarkten, zubereiten und verzehren sowie entsorgen, steht in einer Wechselwirkung zu globalen ökologischen, ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Problemen. Der gesellschaftliche Bereich Ernährung ist insgesamt für etwa 20 Prozent der Emissionen an Treibhausgasen verantwortlich. Im Detail betrachtet entstehen bei der Produktion und Versorgung mit tierischen Lebensmitteln im Durchschnitt in aller Regel ungleich höhere Emissionen pro Kilogramm als bei pflanzlichen Lebensmitteln. Hunger, Kinderarbeit und immer mehr ernährungsbedingte Krankheiten sind weitere globale Probleme im Zusammenhang mit der Ernährung.

Durch eine Ausrichtung auf nachhaltige Ernährung mit vermindertem Fleischkonsum und Vorrang für saisonale und regionale Produkte können Verbraucher/innen einen Beitrag zur Lösung der genannten Probleme leisten. Nachhaltige Ernährung fördert:

- vorbeugenden Gesundheitsschutz
- attraktive Kulturlandschaften und saubere Luft
- gesunde Böden und sauberes Trinkwasser
- faire Wirtschaftsbeziehungen
- und soziale Gerechtigkeit.

### Literatur und Links

KOERBER KV, MÄNNLE T, LEITZMANN C: Vollwert-Ernährung – Konzeption einer zeitgemäßen und nachhaltigen Ernährung. Haug, Stuttgart, 2004

KOERBER KV, KRETSCHMER J: Ernährung nach den vier Dimensionen. Ernährung und Medizin 21, 178-185, 2006

BERATUNGSBÜRO FÜR ERNÄHRUNGSÖKOLOGIE: [www.bfoe.de](http://www.bfoe.de)

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN, Fach Nachhaltige Ernährung: [www.wzw.tum.de/ne](http://www.wzw.tum.de/ne)

## Workshop 4:

### Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitsberichterstattung: Impulse aus ausgewählten Gesundheitsberichten

#### Workshop in Kooperation mit dem Geschäftsbereich ÖBIG in der Gesundheit Österreich GmbH.

### Der Österreichische Gesundheitsbericht 2009

**Johann Kerschbaum vom ÖBIG, dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen, einem Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, stellte im Workshop 4 die Inhalte und Methoden des Österreichischen Gesundheitsberichts 2009 vor.**

Gesundheitsberichterstattung ist als Bestandteil und Beginn eines zirkulären Prozesses zu verstehen. Hauptanliegen dabei ist, über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu informieren und allfällige Gesundheitsprobleme sowie Versorgungsdefizite zu erkennen und zu dokumentieren. Dies dient als Basis dafür Gesundheitsziele auszuarbeiten sowie in weiterer Folge Strategien und Maßnahmen, um die identifizierten Probleme bzw. Defizite zu verringern. Nachdem die abgeleiteten Maßnahmen realisiert wurden, wird im Idealfall nach einer angemessenen Periode (meist fünf Jahre) der Erfolg im Rahmen einer neuerlichen Berichterstattung evaluiert. Falls notwendig, werden die Maßnahmen der neuen Situation angepasst.

### Der erste Gesundheitsbericht Österreich

Der erste Gesundheitsbericht Österreich wurde im Jahr 2004 durch das damalige Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen erstellt. Er beschrieb die gesundheitliche Lage der Österreicher und Österreicherinnen, wesentliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit sowie die wichtigsten Merkmale des Gesundheitsversorgungssystems im Land. Die Inhalte dieses Berichts bezogen sich grundsätzlich auf den Zeitraum 1992 bis 2001 und auf die regionale Ebene sowohl der Bundesländer als auch der NUTS-III-Regionen, soweit

entsprechende Daten vorlagen. Seither wurden jährlich im Rahmen des GBÖ-Monitoring die Daten aktualisiert und auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht.

### Der Österreichische Gesundheitsbericht 2009

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG/ÖBIG) erstellte den „Österreichischen Gesundheitsbericht 2009“ im Rahmen einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung in Anlehnung an den „Gesundheitspolitischen Regelkreis“. Dieser Basisgesundheitsbericht entspricht – nach Maßgabe der Verfügbarkeit der Daten – in Aufbau, inhaltlicher Ausrichtung und Umfang weitgehend dem „Österreichischen Gesundheitsbericht 2004“. Nach Möglichkeit wurden die Gesundheitsdaten allerdings verstärkt geschlechtsspezifisch dargestellt und analytisch betrachtet. Die Inhalte des Berichts beziehen sich vorwiegend auf den Zeitraum 1998 bis 2007 und entwickeln sich entlang der von der Plattform Gesundheitsberichterstattung beschlossenen „Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung“, die auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht sind. Dadurch ist der Bericht mit anderen aktuellen Gesundheitsberichten vergleichbar. Unter der Internetadresse [www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0713&doc=CMS1200057285919](http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0713&doc=CMS1200057285919) ist der Download der Empfehlungen möglich. Weiters sind diese auch ab Seite 31 in diesem Tagungsband nachzulesen.

Der Österreichische Gesundheitsbericht 2009 wendet sich an mehrere Zielgruppen:

- an die (gesundheits-)politischen Entscheidungsträger/innen sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene
- an die interessierte Fachöffentlichkeit
- und nicht zuletzt auch an die breite Öffentlichkeit.

### Rahmenbedingungen

In der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013 kommen die Vertragspartner/innen überein, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an Public-Health-Grundsätzen zu orientieren, die unter anderem

eine systematische Gesundheitsberichterstattung vorsehen. Des Weiteren wird mit dem vorliegenden Bericht der Beschluss eines Aktionsprogramms der Europäischen Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt (Beschluss Nr. 1400/97/EG des Europäischen Rates vom 30. Juni 1997), der neben der Festlegung gemeinschaftlicher Gesundheitsindikatoren und der Entwicklung eines gemeinschaftlichen Netzes für die Weitergabe von Gesundheitsdaten auch Analysen und Gesundheitsberichterstattung vorsieht. Als wichtige Indikatoren wurden in diesem EU-Programm Kennzahlen zu folgenden Bereichen festgelegt, die über einen „engen Gesundheitsbegriff“ hinausgehen und Zusammenhänge von Gesundheit und Umwelt, Arbeitswelt, Ernährung, Bewegung, Freizeitverhalten, Verkehrssystemen und dergleichen beschreiben:

- Gesundheitszustand
- Lebensweise und gesundheitsrelevante Gewohnheiten
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Gesundheitsschutz
- demographische und soziale Faktoren.

In Fortführung dieses Aktionsprogramms haben das Europäische Parlament und der Rat ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2008–2013) beschlossen. Auch in diesem wird die Wichtigkeit von Gesundheitsberichten auf verschiedenen regionalen Ebenen als Informationsgrundlage für Bürger/innen, Interessenvertreter/innen und politische Entscheidungsträger/innen unterstrichen. Diese EU-Programme bildeten die Grundlage für Gliederung und Inhalte des vorliegenden „Gesundheitsberichts Österreich 2009“.

### Datengrundlagen

Für die Erstellung des Gesundheitsberichts standen die Daten und Informationen aus dem bei GÖG/ÖBIG geführten Österreichischen Gesundheitsinformationssystem „ÖGIS“ zur Verfügung. Dieses enthält weitgehend vollständig und laufend aktualisiert sämtliche Datenquellen der routinemäßigen amtlichen Statistik mit Relevanz für das Gesundheitswesen; die wichtigsten Datenbereitsteller sind die Statistik Austria, das Bundesministerium für Gesundheit, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT) sowie die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK).

### Das Wichtigste in Kürze

Gesundheitsberichte sollen über die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung informieren, die bestehende Situation und Entwicklungstrends analysieren, Kausalanalysen einschließen und daraus politischen Handlungsbedarf ableiten. Damit bilden sie den Ausgangspunkt des „gesundheitspolitischen Regelkreises“.

Der erste Gesundheitsbericht Österreich wurde im Jahr 2004 erstellt. Der „Österreichische Gesundheitsbericht 2009“ entspricht in Aufbau, inhaltlicher Ausrichtung und Umfang weitgehend diesem Dokument. Nach Möglichkeit wurden die Gesundheitsdaten allerdings verstärkt geschlechtsspezifisch dargestellt und analytisch betrachtet.

Da die von der Plattform Gesundheitsberichterstattung beschlossenen „Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung“ berücksichtigt werden, ist der „Österreichische Gesundheitsbericht 2009“ mit anderen aktuellen Berichten gut vergleichbar. Für die Erstellung standen die Daten und Informationen aus dem beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen, einem Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG/ÖBIG), geführten Österreichischen Gesundheitsinformationssystem „ÖGIS“ zur Verfügung.

### Gesundheitsbericht Wien 2004 & Ausblicke auf den Gesundheitsbericht 2008

**Eleonore Bachinger vom Magistrat der Stadt Wien befasste sich in ihrem Referat im Workshop 4 unter anderem mit den hohen und manchmal allzu hohen Erwartungen an Gesundheitsberichte.**

Das allgemeine Ziel der Gesundheitsberichterstattung stellt nach Kellerhof (1998) die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung dar. Dies soll durch das Erreichen folgender Teilziele realisiert werden:

- 1 Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungs- und steuerungsrelevante Orientierungsdaten für Entscheidungsträger/innen in der Politik, in der Verwaltung und im Gesundheitswesen
- 2 Motivierung von Entscheidungsträger/innen und Bürger/innen zu verstärktem Engagement für die Gesundheit.

3 Sachgerechte Information der Bürger/innen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren.

Die Gesundheitsberichterstattung sollte also nicht nur als Grundlage für gesundheitsplanerische Entscheidungen, Zielsetzungen und gesundheitsfördernde Maßnahmen dienen, sondern auch eine sehr heterogene Zielgruppe von Benutzer/innen aus verschiedenen Fachbereichen sowie Teile der Öffentlichkeit erreichen und interessieren.

Es ist klar, dass ein einzelner Gesundheitsbericht mit den an ihn gestellten und zum Teil sehr hohen Erwartungen überfordert ist. Zum einen bedarf es für eine optimale Gesundheitsberichterstattung eines integrierten Systems verschiedener Fachdisziplinen und Gesundheitssektoren, einschließlich des dahinter stehenden politischen Willens (commitment), zum anderen erfordert es auch entsprechende Kapazitäten auf allen Ebenen (Bachinger & Grasser 2009).

### Schwerpunktbereiche

Um einem größeren Teil dieser Ansprüche gerecht zu werden, gliedert sich die Wiener Gesundheitsberichterstattung bereits seit einigen Jahren in mehrere Schwerpunktbereiche. Der allgemeine Wiener Gesundheitsbericht ist zwar äußerst umfassend und enthält neben den routinemäßig behandelten Standardthemen wie Demographie, Lebenserwartung und Mortalität, Epidemiologie, Kinder und Jugendliche, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsvorsorge auch jeweils alternierende Schwerpunktthemen (zum Beispiel psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Lebensstile, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsausgaben oder auch aktuelle Schwerpunktthemen innerhalb der genannten Standardabschnitte). Dennoch kann er nicht die ganze thematische Vielfalt und die verschiedenen theoretischen Ansatzpunkte abdecken. Neben dem regelmäßig erscheinenden, allgemeinen Wiener Gesundheitsbericht wurden daher zahlreiche zielgruppen- sowie themenspezifische Schwerpunktberichte publiziert, die weiter in die Tiefe gehen und vermehrt Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung liefern. Ein weiterer Pfeiler der Wiener Gesundheitsberichterstattung ist die Erhebung von Gesundheitsdaten in Form von Befragungen sowie deren Auswertung.

### Das Wichtigste in Kürze

Ein Gesundheitsbericht soll eine sehr heterogene Zielgruppe von Benutzer/innen aus verschiedenen Fachbereichen sowie Teile der Öffentlichkeit erreichen und interessieren. Ein einzelner Gesundheitsbericht kann diesen, zum Teil sehr hohen Erwartungen nicht gerecht werden. In Wien werden deshalb neben dem regelmäßig erscheinenden, allgemeinen Gesundheitsbericht auch zielgruppen- sowie themenspezifische Schwerpunktberichte publiziert, die weiter in die Tiefe gehen und vermehrt Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung liefern.

## Gesundheitsbericht des Landes Kärnten 2009

**Im „Gesundheitsbericht des Landes Kärnten 2009“ wird „Gesundheit“ im Sinne der Gesundheitsförderung grundsätzlich als Querschnittsmaterie betrachtet, die von einer Vielzahl an Einflussfaktoren bestimmt wird. Elisabeth Oberleitner vom Amt der Kärntner Landesregierung stellte den Bericht im Workshop 4 der Tagung in Innsbruck vor.**

Seit 1870 ist die Gesundheitsberichterstattung ein wesentlicher Aufgabenbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das Ziel ist, relevante Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung bzw. von Bevölkerungsgruppen in ihren spezifischen Lebenslagen zu sammeln und zu analysieren und Problembereiche zu identifizieren und zu definieren. Darauf aufbauend sollen wissenschaftliche Empfehlungen zur konstruktiven Veränderung von Rahmenbedingungen und Strukturen abgeleitet werden.

### Große Herausforderung

Der Gesundheitsbericht des Landes Kärnten 2009 ist ganz auf Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten fokussiert und unterscheidet sich damit essentiell von der bisher üblichen Medizinalstatistik. Die große Herausforderung bei der Erstellung war die noch sehr mangelhafte Datenlage. Ziel der Gesundheitsberichterstattung des Bundeslandes Kärnten war, zum Teil fortsetzend und zum Teil ergänzend zum Gesundheitsbericht 2002 und zum Kinder- und Jugendgesundheitsbericht zu berichten. Eine besondere Herausforderung stellte für die Berichtersteller/innen der FH Joanneum, Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung am Studiengang

Gesundheitsmanagement im Tourismus, Bad Gleichenberg jedoch dar, den Bericht gesundheitsförderungs- und gesundheitspolitikorientiert zu konzipieren.

### **Völlig neuer Zugang**

Die gesundheitspolitische Ausrichtung wurde einerseits durch die umfangreiche Aufarbeitung internationaler Handlungsempfehlungen sichergestellt, die einem beispielhaften Aufriss der Gesundheitsförderungsaktivitäten und -maßnahmen im Bundesland Kärnten gegenübergestellt wurden. Andererseits wurde ein in Österreich und international völlig neuer Zugang zur Gesundheitsberichterstattung gewählt, um dem Konzept „Health in all policies“ gerecht zu werden, sprich Gesundheit in alle Politikbereiche zu bringen. Basierend auf dem innovativen Ansatz und den Erfahrungen der finnischen Gesundheitsberichterstattung, die in bilateralen Dialogen mit den anderen Ministerien Kooperationspotential aufzeigten, wurden unter anderem leitfadengestützte Interviews mit einschlägigen Expert/innen und Verantwortlichen aus Verwaltung und Politik geführt. Die Informationen sollen einerseits als Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen und andererseits als Basis für die Verlaufsbeobachtung dienen, da im nächsten Gesundheitsbericht aufbauend auf diese Ergebnisse der Verlauf der Veränderung und Implementierung beobachtet werden kann.

### **Grundlage für Gesundheitsförderung**

Die Zielsetzung, eine Grundlage für die Gesundheitsförderung zu sein, ist eine besondere Herausforderung an die Gesundheitsberichterstattung in Österreich und auch international, da die vorliegenden Daten meist Krankheitsdaten sind oder zumindest Daten, denen ein biomedizinisches Konzept zugrunde liegt (wie zum Beispiel Daten zu Risikofaktoren). Im Gesundheitsbericht des Landes Kärnten 2009 wurde dennoch versucht, den Ansprüchen der Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik gerecht zu werden. Die Daten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung wurden aus einer ganzheitlichen Gesundheitsförderungsperspektive interpretiert und vor allem bei der Entwicklung der Empfehlungen wurde ein holistischer Ansatz sichergestellt.

### **Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit**

Eine zentrale Herausforderung der Gesundheitsförderung und der Gesundheitspolitik ist die gesundheit-

liche Chancenungleichheit. Auch in diesem Bereich hat die Gesundheitsberichterstattung mit Datenlücken zu kämpfen, da ein großer Teil der Routinedaten (wie zum Beispiel die Todesursachenstatistik oder die Krankenhausentlassungsstatistik) keine sozioökonomischen Merkmale miterfasst. Im Gesundheitsbericht des Landes Kärnten wurden daher von den Berichtersteller/innen vorwiegend Datenquellen verwendet, die eine Aussage über gesundheitliche Chancenungleichheit zulassen. So wurden Daten zum selbst berichteten Gesundheitszustand, zu Risikofaktoren sowie zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach Bildung ausgewertet und somit Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit in Kärnten geliefert. Zusammenfassend wird festgehalten, dass im Bundesland Kärnten eine positive Gesundheitsentwicklung erkennbar ist, zum Beispiel bei Lebenserwartung und Sterblichkeit. Es zeigt sich jedoch klar, dass Gesundheit ungleich verteilt ist, zum Beispiel im Hinblick auf den subjektiven Gesundheitszustand, Ernährung, Bewegung und Tabakkonsum.

### **Gesundheit erfordert sektorenübergreifendes Handeln**

Gesundheit ist ein Grundrecht und wird weit mehr von den Lebensverhältnissen als durch individuelles Verhalten beeinflusst. Als Querschnittsmaterie erfordert sie sektoren- und fachbereichsübergreifendes Denken und Handeln, wobei dem öffentlichen Gesundheitsdienst die Themenführerschaft und Koordination obliegt. Mit dem aktuellen Gesundheitsbericht des Landes Kärnten steht nunmehr ein Basiswerk zur Verfügung, und zwar sowohl in einer detaillierten Langfassung als auch in einer prägnanten Kurzfassung. Es dokumentiert und diskutiert den Gesundheitszustand der Kärntner Bevölkerung und dessen Einflussfaktoren und zeigt auch konkret den multi-sektoralen Handlungsbedarf zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit auf. Als zentrale Maßnahme zur Wahrnehmung der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit der Gesundheitsberichterstattung des Landes Kärnten 2009 gilt die Entwicklung eines Aktionsplanes „Gemeinsam für Gesundheit“. Dieser wird mit der Abteilung 7 – Wirtschaftsrecht und Infrastruktur als Pilotprojekt entwickelt. Der Gesundheitssektor hat die koordinierende und steuernde Führungsrolle. Eine umfassende begleitende Evaluation wird durchgeführt, um die Umsetzung zu unterstützen und Ergebnisse zu überprüfen.



## Das Wichtigste in Kürze

Der Gesundheitsbericht des Landes Kärnten 2009 betrachtet „Gesundheit“ grundsätzlich als Querschnittsmaterie. Die große Herausforderung bei der Erstellung war die noch sehr mangelhafte Datenlage. Um dem Konzept „Health in all policies“ gerecht zu werden, wurde ein in Österreich und international völlig neuer Zugang gewählt. Unter anderem wurden leitfadengestützte Interviews mit Expert/innen und Verantwortlichen aus Verwaltung und Politik geführt. Weiters wurden von den Berichtersteller/innen vorwiegend Datenquellen verwendet, die eine Aussage über gesundheitliche Chancenungleichheit zulassen. So wurden etwa Daten zum selbst berichteten Gesundheitszustand, zu Risikofaktoren sowie zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach Bildung ausgewertet. Der Bericht dokumentiert und diskutiert den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Kärnten und dessen Einflussfaktoren und zeigt konkret den multisektoralen Handlungsbedarf auf. Als zentrale Maßnahme wird nun der Aktionsplan „Gemeinsam für Gesundheit“ entwickelt und umfassend begleitend evaluiert.

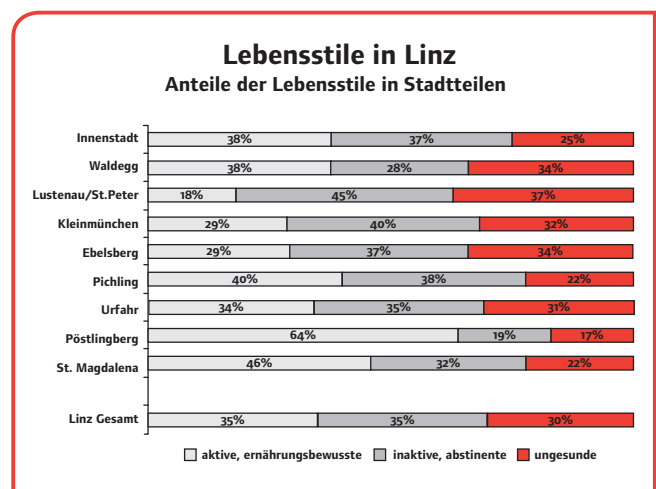
## Gesundheitsbericht Linz 2008

Markus Peböck vom Institut für Gesundheitsplanung berichtete im Workshop 4 über den Gesundheitsbericht Linz 2008. In diesem werden Zusammenhänge zwischen dem Lebensstil und soziodemographischen Merkmalen von Bevölkerungsgruppen in der oberösterreichischen Landeshauptstadt hergestellt. Weiters wurden konkrete Handlungsempfehlungen an die Stadt Linz erarbeitet.

Dem Linzer Gesundheitsbericht ist eine umfassende Umfrage zur Gesundheitssituation der Linzer Bevölkerung vorausgegangen, bei der 2.400 Fragebögen ausgewertet werden konnten. Neben der subjektiven Gesundheit/Krankheit wurden einige Gesundheitsdeterminanten, die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und die Zufriedenheit mit der Versorgung erhoben. Im Gesundheitsbericht konnten dann die Daten der Umfrage um Sekundärdaten erweitert werden. Das umfasste zum Beispiel Daten aus der Krankenhausentlassungsstatistik, zum Medikamentenverbrauch sowie Arbeitsunfähigkeitsmeldungen.

## Drei Lebensstil-Typen

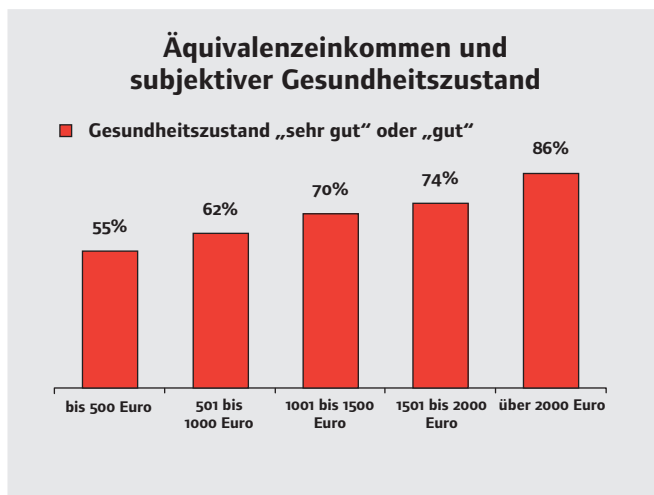
Aus den Daten der Umfrage wurden im Bericht jeweils 3 Typen nach Lebensstil und Lebensqualität gebildet, mit dem Ziel, deren soziodemographische Merkmale herauszufinden und sie zu verorten. Das sind einmal diejenigen, die sich durch hohe sportliche Aktivität und ein hohes Ernährungsbewusstsein auszeichnen. Dann gibt es die mehrheitlich von Frauen gebildete Gruppe derjenigen, die abstinent gegen Alkohol und Nikotin sind und deren Lebensweise eher inaktiv ist. Männerdominiert ist hingegen die Gruppe derjenigen, die viel rauchen und deren Lebensweise auch insgesamt ungesund ist. Die Verteilungen sowohl beim Lebensstil als auch bei der Lebensqualität differieren sehr stark nach sozioökonomischen Faktoren und – damit einhergehend – mit dem Wohnviertel. Mithilfe dieser Analyse sollten auch die Maßnahmenempfehlungen zielgerichtet und wohnortgenau formuliert werden.



## Einzelne Ergebnisse

Im Detail zeigte der Linzer Gesundheitsbericht 2008 unter anderem auch auf, dass Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats für ein Viertel der Krankenstandstage verantwortlich sind und somit am häufigsten vorkommen. 7 Prozent aller Krankenstandstage sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Weiters werden im Linzer Gesundheitsbericht 2008 Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und dem „Äquivalenzeinkommen“ beschrieben. Das Äquivalenzeinkommen ist ein Wert, der sich aus dem Gesamteinkommen eines Haushalts und der Anzahl und dem Alter der von diesem Einkommen leben-

den Personen ergibt und entspricht einem gewichteten Pro-Kopf-Einkommen. So berichten etwa in Linz in der Gruppe mit einem Äquivalenzeinkommen bis 500 Euro 55 Prozent von einem „guten“ oder „sehr guten“ Gesundheitszustand. In der Gruppe mit einem Äquivalenzeinkommen über 2.000 Euro beträgt dieser Anteil 86 Prozent. In allen Altersgruppen ist die Verteilung ähnlich.



### Handlungsempfehlungen an die Stadt Linz

Für die Entwicklung von Empfehlungen für Maßnahmen wurden in einem ersten Schritt die Fact-Boxes aus allen Kapiteln als Grundlage hergenommen. Die Handlungsempfehlungen gehen daher direkt auf spezielle gesundheitliche Problematiken der Linzer Bevölkerung ein. Die Handlungsempfehlungen des Instituts für Gesundheitsplanung an die Stadt Linz waren:

- Empowerment und Partizipation: Initiativen der Stadtteilarbeit beibehalten und inhaltlich um gesundheitsrelevante Themen erweitern, speziell in „problembelasteteren Wohnbezirken“
- Künftige, städteplanerische Maßnahmen – Health Impact Assessment (HIA): Start eines Diskussionsprozesses hinsichtlich der möglichen Durchführung eines HIA
- Aufklärungsarbeit und Information zum Thema Impfen
- Bewegungsfreundliche Verhältnisse erhalten und neue schaffen
- Rückenbeschwerden und Schäden der Wirbelsäule vorbeugen: vor allem im Rahmen von umfassenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben und Schulen
- psychische Gesundheit junger Menschen fördern.

Der Bericht schließt mit der Evaluierung der bereits bestehenden 10 Gesundheitsziele der Stadt Linz.

### Das Wichtigste in Kürze

Im Linzer Gesundheitsbericht 2008 wurden aus den Daten einer umfassenden Bevölkerungsumfrage drei Gruppen nach Lebensstil und Lebensqualität gebildet: die Gruppe der „aktiven, ernährungsbewussten“ Einwohner/innen, die Gruppe der „inaktiven, abstinenteren“ sowie die Gruppe der Einwohner/innen mit einer „ungesunden Lebensweise“. Das Ziel war, die soziodemographischen Merkmale dieser Gruppen herauszufinden und zu verorten.

Dabei zeigte sich, dass die Lebensstile gut nach Stadtteilen abgebildet werden können. So ist etwa in sozial benachteiligten Stadtbezirken der besonders ungesunde Lebensstil häufiger anzutreffen als anderswo. Der Linzer Gesundheitsbericht 2008 belegt auch deutliche Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und dem „Äquivalenzeinkommen“. Bis 500 Euro berichten 55 Prozent von einem „guten“ oder „sehr guten“ Gesundheitszustand, über 2.000 Euro 86 Prozent.

Aus dem Bericht wurden konkrete „Handlungsempfehlungen“ an die Stadt Linz abgeleitet, zum Beispiel Initiativen der Stadtteilarbeit beizubehalten und speziell in „problembelasteteren Wohnbezirken“ um gesundheitsrelevante Themen zu erweitern sowie bewegungsfreundliche Verhältnisse zu erhalten und neue zu schaffen.

### Gesundheitsbericht der Sozialversicherung

**Der bundesweite „Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung 2005“ wurde 2007 veröffentlicht. Er entstand als Teil des Innovationsprojektes „Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention“ in der Sozialversicherung und wurde von Alfred Mair von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse im Workshop 4 vorgestellt.**

Der Gesundheitsbericht der Sozialversicherung entstand als Teil des Innovationsprojektes „Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention“ in der Sozialversicherung. Die wesentlichen Aktivitäten in

diesem Projekt erfolgten in den Jahren 2005 bis 2007. Das Projekt bestand aus folgenden 4 Hauptteilen:

- Entwicklung eines Gesundheitsförderungs- und Präventionsplans für die Sozialversicherung
- Entwicklung von Angeboten zur Gesundheitsförderung (im verhaltensorientierten Bereich zu den Risikofaktoren Rauchen bzw. Adipositas; verhältnisbezogene Ansätze betrafen die Bereiche Betrieb und Schule)
- Vorschlag zu Vorgehen für die Entwicklung von Gesundheitszielen
- Gesundheitsberichterstattung.

Die Sozialversicherung speichert zum Zwecke der Abrechnung eine große Menge an Daten. Statistische Auswertungsmöglichkeiten haben sich in den vergangenen Jahren verbessert. Aus diesem Grunde ist das Interesse an der Nutzung der Daten zur Analyse der Versorgungssituation in letzter Zeit gestiegen. Der Bericht hat Pilotcharakter und versteht sich mit den Daten der Sozialversicherung als Ergänzung zu den Gesundheitsberichten des Bundes und der Länder.

Der Bericht ist in drei Hauptteile gegliedert:

- Krankheitslast und leistungsdatengestützte Gesundheitsberichterstattung
- Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten der Sozialversicherung
- Vorschlag für Gesundheitsziele.

### **Krankheitslast und leistungsdatengestützte Gesundheitsberichterstattung**

Daten der Sozialversicherung, die zu Zwecken der Abrechnung gesammelt werden, können zur Analyse der Versorgungssituation dienen. Das wurde im Bericht an einigen Beispielen dargestellt, wie zum Beispiel Herz-Kreislauferkrankungen, Asthma – COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, also chronisch obstruktive Lungenerkrankung) oder Demenzerkrankungen. Als limitierend hat sich herausgestellt, dass für die Gesundheitsberichterstattung relevante Klassifizierungsmerkmale, wie etwa Geschlecht, Einkommen, Staatsbürgerschaft bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern nicht immer vollständig vorliegen. Zudem sind die Analysemöglichkeiten eingeschränkt, weil – insbesondere im ambulanten Bereich – Diagnosen fehlen.

### **Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten der Sozialversicherung**

Die acht Themenbereiche dieses Abschnitts bieten einen Überblick über die diesbezüglichen Aktivitäten der Sozialversicherung im Jahr 2005 und zeigen auch auf, wo Lücken und Entwicklungspotentiale bestehen. Im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wurden 2005 insgesamt 165 Betriebe bei ganzheitlichen BGF-Projekten unterstützt. Unter den Großbetrieben (mit mehr als 250 Mitarbeiter/innen) befinden sich 35 betreute, hier liegt die Reichweite immerhin bei 3,5 Prozent. Das BGF-Gütesiegel, das an strenge Qualitätsstandards gebunden ist und an Betriebe vergeben wird, die BGF-Projekte umgesetzt oder BGF bereits in den Regelbetrieb integriert haben, konnte 26 mal verliehen werden. Schulische Gesundheit befand sich 2005 noch stark im Aufbau. Der Fokus lag auf dem Auf- und Ausbau der Schulservicestellen um bereits entwickelte Angebote systematisch an Schülerinnen und Lehrer/innen heranzutragen.

Als aufwändig hat sich das Sammeln der notwendigen Daten für die acht Themenbereiche herausgestellt. Denn fast alle der in diesem Abschnitt verwendeten Daten mussten mittels eines eigenen Erhebungsinstruments bei den Krankenversicherungsträgern gesammelt werden.

### **Vorschläge für Gesundheitsziele der sozialen Krankenversicherung**

Die einzelnen Kapitel dieses Abschnitts stellen die Aktivitäten zu den Gesundheitszielen dar oder bewerten die gesundheitliche Situation bzw. weisen auf Trends im Bereich des Gesundheitsziels hin.

Beispiele für Ziele (gekürzt; Zielstatus im Jahr 2010):

- Zahngesundheit: Mindestens 80 Prozent der Sechsjährigen sollten kariesfrei sein
- Betriebliche Gesundheitsförderung:
  - a) die Zahl der betreuten Betriebe sollte verdreifacht werden
  - b) 10 Prozent aller Betriebe (mit mehr als 10 Mitarbeiter/innen) sollten die BGF-Charta unterzeichnet haben
  - c) 300 Betriebe sollten Träger des BGF-Gütesiegels sein
- Psychische Gesundheit: Der Anstieg der Krankenstandstage wegen psychischer Krankheiten sollte gestoppt und auf dem Niveau von 2005 gehalten werden.

## Prioritäten für die Prävention

Aktuell gibt es eine Prioritätensetzung in der Gesundheitsförderung und Prävention für die Sozialversicherung für den Zeitraum 2009 bis 2013. In dieser werden die wichtigsten Richtungen festgelegt: Einerseits wird die Weiterentwicklung bestehender Bereiche (betriebliche und schulische Gesundheitsförderung) angestrebt. Die Sozialversicherung möchte sich auch über neue, relevante Gesundheitsthemen positionieren und dort Kompetenzen aufbauen, wie zum Beispiel in den Bereichen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Sucht, Langzeitbetreuung und Senior/inn/en.

Kooperation und Vernetzung sollen verstärkt werden, zum Beispiel mit Bundesministerien, Ländern und Fonds Gesundes Österreich, aber auch innerhalb der Sozialversicherung zwischen Krankenversicherung, Pensionsversicherung und Unfallversicherung. Capacity Building und soziale Ungleichheit sind als Querschnittsmaterie weitere wichtige Elemente der Prioritätensetzung. Zur kohärenten Zielverfolgung im Sinne einer Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie der Sozialversicherung wird die Verankerung in der Balanced-Score-Card der österreichischen Sozialversicherung angestrebt.

### Das Wichtigste in Kürze

Der bundesweite „Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung 2005“ ist in drei Hauptteile gegliedert. Ein Teil beschäftigt sich mit der Krankheitslast, ein zweiter beschreibt die Aktivitäten der Sozialversicherung zur Gesundheitsförderung. So wurden zum Beispiel im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) 2005 insgesamt 165 Betriebe bei ganzheitlichen BGF-Projekten unterstützt.

Im dritten Teil wurden Vorschläge für Gesundheitsziele der sozialen Krankenversicherung für 2010 gemacht. Für den Bereich Psychische Gesundheit lautete der Zielvorschlag für 2010 zum Beispiel, den Anstieg der Krankenstandstage wegen psychischer Krankheiten zu stoppen und auf dem Niveau von 2005 zu halten. Aktuell wurden für den Zeitraum 2009 bis 2013 Prioritäten in der Gesundheitsförderung und Prävention für die Sozialversicherung festgelegt. Einerseits wird die Weiterentwicklung bestehender Bereiche wie BGF und schulische Gesundheitsförderung angestrebt. Andererseits möchte die Sozialversicherung neue Kompetenzen aufbauen, zum Beispiel in den Bereichen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Sucht, Langzeitbetreuung und Senior/innen.

## Empfehlungen zu Gestaltung und Funktion von Gesundheitsberichten in Österreich

Die folgenden „Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung“ (Stand 21. Mai 2007) der **Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG** stehen auch im Internet zum Download zur Verfügung, unter [www.goeg.at/media/download/berichte/GBE\\_LL\\_210507\\_GF2.pdf](http://www.goeg.at/media/download/berichte/GBE_LL_210507_GF2.pdf)

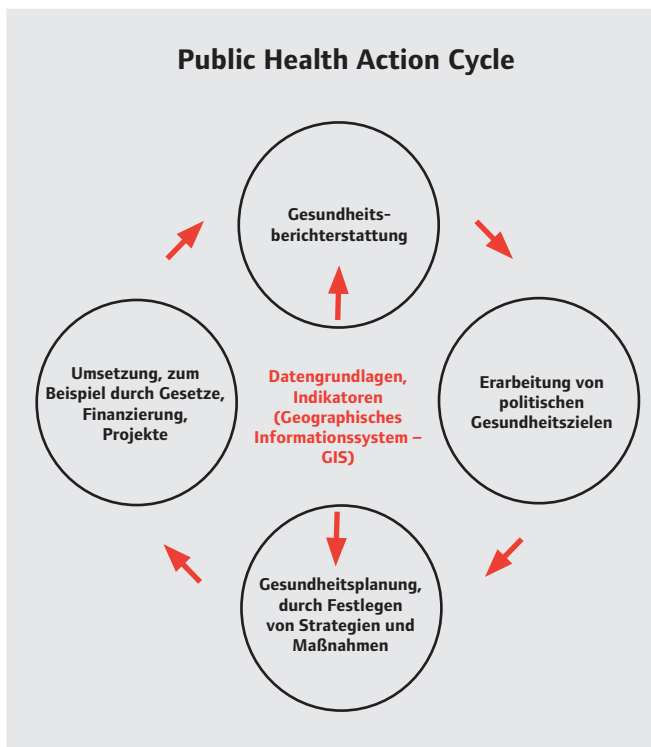
Mit den vorliegenden „Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung (GBE)“ soll ein Beitrag zur einheitlichen Gestaltung der GBE in Österreich in folgende Richtungen geleistet werden:

- Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von GBE auf allen relevanten Ebenen (Bundesebene, Landesebene, Gemeindeebene, zum Teil auch internationale Ebene)
- Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit der Gesundheitsberichte auf allen genannten Ebenen hinsichtlich Adressaten, Inhalten, Datengrundlagen, Indikatoren, Methoden und Periodizität

### Was ist Gesundheitsberichterstattung?

GBE informiert über die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. GBE analysiert die bestehende Situation und die gesundheitlichen Entwicklungstrends, schließt Kausalanalysen ein und leitet daraus gesundheitspolitischen Handlungsbedarf ab.

Damit bildet die GBE Grundlage und Ausgangspunkt des „gesundheitspolitischen Regelkreises“ (vgl. Abb.). Die Gesundheitspolitik, die möglichst evidenzbasierte Ableitung von Strategien und Maßnahmen sowie deren Umsetzung wird durch die GBE begleitet. Mit der Bewertung des Erfolgs bereits umgesetzter gesundheitspolitischer Maßnahmen (Evaluation) im Rahmen der GBE schließt sich der Kreis.



### „Zyklische GBE“ im „gesundheitspolitischen Regelkreis“

Im Zentrum des Konzepts „gesundheitspolitischer Regelkreis“ steht die Forderung, dass die Gesundheitsprobleme zunächst im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung in ihren epidemiologischen, medizinischen, pflegerischen und sozialen Aspekten abgeschätzt werden sollen.

Im Rahmen der GBE oder auf deren Basis sollen Gesundheitsziele formuliert sowie die Erreichung von bestehenden Gesundheitszielen, ebenso aber auch deren Sinnhaftigkeit überprüft werden (insbesondere vor dem Hintergrund der festgestellten Trendentwicklungen hinsichtlich gesundheitlicher Einflussfaktoren und Gesundheitszustand); bis zum Jahr 2010 sollen alle bei Bund, Ländern und Sozialversicherung bestehenden Gesundheitsziele evaluiert und für den Planungshorizont 2015 harmonisiert werden.

Die grundsätzliche Ausrichtung der Gesundheitsziele soll auf Basis des „Gesundheitsberichts Österreich 2009“ auf Bundesebene definiert werden, die Konkretisierung von Gesundheitszielen auf Landesebene innerhalb eines „Handlungskorridors“ erfolgen.

Auf dieser Basis sollen Optionen, Strategien und Maßnahmen zur Minderung oder Lösung der Gesundheitsprobleme abgeleitet werden; zur Umsetzung der Interventions-Konzepte in die Praxis werden Maßnahmen im präventiven und kurativen Bereich formuliert (Gesundheitsplanung).

Die an den Gesundheitszielen orientierten Maßnahmen werden realisiert (Umsetzung) und deren Wirkungen im Rahmen einer „zyklischen GBE“ alle fünf Jahre evaluiert, wobei zwischen Bund, Ländern und SV eine entsprechende Synchronisierung vereinbart werden soll. Aus den Evaluierungsergebnissen folgt eine Neubewertung der Gesundheitsprobleme und gegebenenfalls eine Anpassung von Strategien und Maßnahmen; der Kreislauf beginnt damit von neuem.

### Adressaten und Gestaltung der Gesundheitsberichte

- politische Entscheidungsträger/innen (vor allem Grundlage für gesundheitspolitische Zielsetzungen und Maßnahmen; zur Überprüfung von Zielerreichungsgraden und Nutzen der Maßnahmen)
- Fachöffentlichkeit und interessierte Personen (zum Beispiel zur Ableitung von Forschungsthemen)
- breite Öffentlichkeit (vor allem Information zu gesundheitlicher Lage und Entwicklungstrends).

Für Politiker/innen und die breite Öffentlichkeit soll ein allgemein verständlicher Kurzbericht erscheinen (inklusive Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen in einer verständlichen und graphisch ansprechenden Form). Für die Fachöffentlichkeit soll es außerdem eine ausführlichere Langfassung geben (inklusive genauer Definitionen, gegebenenfalls in einem Glossar).

### Einheitliche Methoden und Indikatoren

Die Einheitlichkeit der GBE sowie die regionale und zeitliche Vergleichbarkeit der Gesundheitsberichte sind zentrale Prinzipien der GBE in Österreich.

Dazu wird empfohlen:

- Einheitlichkeit der Datengrundlagen – insbesondere betreffend Bezugsbevölkerung, Europäische

Standardbevölkerung (vgl. <http://seer.cancer.gov/stdpopulations/stdpop.19ages.html>), Diagnosen-codierung (ICD10), Basisindikatoren und verwendete Altersklassen (entsprechend EU-konformer ECHI-2-Shortlist, vgl. [http://www.echim.org/docs/echi\\_shortlist.pdf](http://www.echim.org/docs/echi_shortlist.pdf)).

- Einheitliche regionale Gliederung (ÖSG-Versorgungsregionen oder NUTS-3-Regionen für GBE auf Bundesebene; politische Bezirke für GBE auf Landesebene) sowie Differenzierung aller Indikatoren und Aussagen nach Geschlechtern (soweit Daten verfügbar).
- Abstimmung der Methoden und Ergebnisse mit den offiziellen Publikationen von ST.AT (auch zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit mit internationalen Quellen).
- Einheitlicher Aufbau der Gesundheitsberichte entsprechend den EU-Vorgaben (Soziodemographie / Gesundheitszustand / Gesundheitliche Einflussfaktoren / Gesundheitssystem (vgl. [http://www.eu-gloreh.it/ActionPagina\\_979.do](http://www.eu-gloreh.it/ActionPagina_979.do)) jeweils möglichst in Differenzierung der Aussagen nach sozialen Gruppen und inklusive Maßnahmenempfehlungen) sowie unter Berücksichtigung der WHO-HFA21-Ziele (vgl. <http://www.euro.who.int/document/ehfa5-e.pdf>).

## Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitsberichterstattung: Integrierte Gesundheitsberichterstattung

### Integrierte Gesundheitsberichterstattung

**„Health in all Policies“ benötigt eine integrierte Gesundheitsberichterstattung als rationale Entscheidungsgrundlage. Das heißt, es geht darum, Daten aus verschiedenen Bereichen speziell Gesundheit, Soziales und Umwelt miteinander zu verknüpfen. Für solch eine integrierte Berichterstattung gibt es zwar erste Ansätze, ausgereifte Konzepte müssen jedoch noch entwickelt werden, sagte Waldemar Süß im Workshop 4.**

Die Entwicklung einer integrierten Berichterstattung, die das Nebeneinander der ressortbezogenen Berichterstattung im Rahmen einer ressortübergreifenden bzw. intersektoralen Kooperation zu überwinden versucht, steckt derzeit noch weitestgehend in den Kinderschuhen. Es geht dabei darum, das allgemeine Public Health Wissen umzusetzen, dass zwischen Gesundheit, Umwelt, sozioökonomischer Lage und anderen zentralen Lebensbereichen und Handlungsfeldern eine enge Wechselbeziehung im Sinne gegenseitiger Beeinflussung in negativer wie in positiver Fließrichtung besteht.

Komplexe integrative Intervention im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung für bestimmte Bevölkerungsgruppen und/oder die sozial-räumlich orientierten Ansätze zur Erhaltung bzw. Verbesserung von kommunaler Lebensqualität sind damit immer auch ein Querschnittsunterfangen mit besonderen Anstrengungen und Herausforderungen.

Zunächst geht es hier um eine Auseinandersetzung mit dem Begriff „Integration“.

Wer oder was oder wie soll eigentlich bei der integrierten Berichterstattung integriert werden?

Was ist sowohl aus pragmatischen als auch aus normativen Gründen und Vorgaben unter „Integration“ bzw. „integrierter Berichterstattung“ zu verstehen?

## Normative Anforderungen

Die hier präsentierten Dimensionen und Aspekte der Ausgestaltung der „Integration“ sind in ihrer Gesamtheit als normative Anforderungen an integrierte Berichterstattung zu verstehen, wenngleich nicht alle Anforderungen zwingend und hinreichend erfüllt sein müssen, damit ein Bericht als „integrierte Berichterstattung“ bezeichnet werden kann. Zusätzlich sollte an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass integrierte Berichterstattung einerseits als ein dynamischer Prozess der Entwicklung und stetigen Verbesserung und andererseits als Kontinuum zu begreifen ist, in dem unterschiedliche stufenartig voneinander unterscheidbare Qualitäten und Eigenschaften erreicht werden können.

## Das eine Modell gibt es nicht

Das eine Modell der integrierten Berichterstattung – verbindlich gültig für alle beteiligten Akteur/innen wie behördlichen Ressorts – gibt es nicht. Die Entscheidung, was im Rahmen von regelhafter ressortbezogener Berichterstattung möglich ist und was nicht, muss immer wieder erneut vor Ort etwa in den Kommunen oder auf Länderebene gefällt werden. Diese Entscheidungsprozesse sind insbesondere vom jeweiligen erklärten politischen Willen als auch notwendigerweise von den zur Verfügung stehenden (stets knappen!) materiellen wie personellen Ressourcen abhängig, welche die Entwicklung und Erprobung von integrierten Berichten und/oder Berichterstattungssystemen behindern oder befördern können. Damit eine Berichterstattung auch als eine „integrierte Berichterstattung“ bezeichnet werden kann, sollte sie jedoch mindestens zwei Anforderungen erfüllen:

- Integration auf der Datenebene
- und Integration auf der Ebene der Akteur/innen.

## Integration auf der Datenebene

- Verknüpfung und Kopplung von Daten aus unterschiedlichen Berichtsbereichen und Ressorts wie beispielsweise die Zusammenführung von Gesundheits- und Sozialdaten
- Entwicklung und Erprobung von nachhaltigkeitsorientierten Indikatorensystemen
- handlungsorientierte Datenaufbereitung im Sinne einer politik- und planungsleitenden Funktion: „Daten für Taten“.

## Integration auf Ebene der Akteur/innen

- intersektorale bzw. ressortübergreifende Kooperation und Vernetzung im Prozess der Berichtskonzeption
- Abschluss verbindlicher schriftlicher Kooperationsvereinbarungen
- Einbindung bzw. Integration in das politisch-administrative System.

## Dimensionen und Aspekte der Ausgestaltung der „Integration“

In der Folge werden Dimensionen und Aspekte der Ausgestaltung der „Integration“ im Sinne normativer Vorgaben aufgezählt. Die Reihenfolge der Nennung dieser Faktoren bildet hierbei keine Rangordnung:

- Integration der Öffentlichkeit in den Prozess der Berichtsentwicklung und -erstellung (Beteiligung der Bürger/innen)
- Integration der potentiellen und realen Nutzer/innen
- Integration von Praktiker/innen und Zielgruppen
- Integration bzw. Einbindung integrierter Berichtsvorhaben in bestehende Planungsinstrumente oder bereits entwickelte Erfassungssysteme
- Integration von ressortübergreifenden Berichtsvorhaben in Planungsprozesse im Rahmen der alltäglichen gesetzlich vorgegebenen Regelaufgaben von Politik und Verwaltung
- Integration in bundesweit angelegte kommunal umzusetzende integrative Sonderprogramme zur Stadt(teil-)entwicklung und Verbesserung der kommunalen Lebensqualität
- Integration in spezielle individuelle integrative Programme der Kommunen oder Stadtstaaten
- Integration von Wissenschaft und Praxis
- Herausbildung und Aufbau eines integrierten Berichtssystems von Basis- und Spezialberichten in bestimmter zeitlicher und leistbarer Abfolge
- Integration von qualitativen und quantitativen Informationen und Methoden im Rahmen der Erstellung von Situationsanalysen.

## Qualitätsgesicherte Daten für gesundheitsfördernde Taten

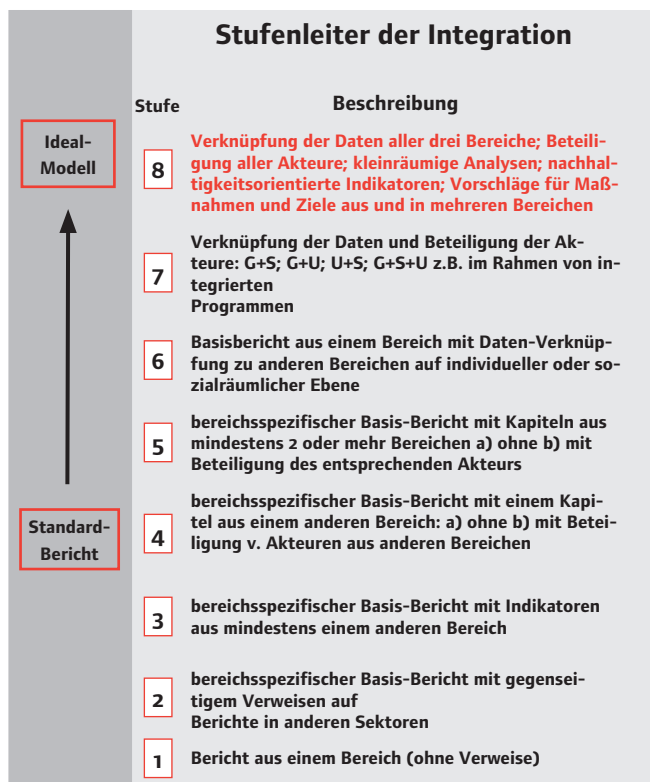
Diese Auflistung von Dimensionen und Aspekten zur Ausgestaltung und Vertiefung integrativer Ansätze der Berichterstattung kann sicherlich noch um weitere Faktoren und Hinweise ergänzt werden. Sie erhebt daher nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie will viel-

mehr gerade anregen, in die Erarbeitung eines Kataloges von „Good-Practice“-Kriterien für eine integrierte (Gesundheits-) Berichterstattung einzusteigen, insbesondere auf kommunaler und sozialräumlicher Ebene. So soll der Prozess der Entwicklung von Berichterstattung als rationale Planungs- und Entscheidungsgrundlage im Sinne des Public Health Action Cycle vorangetrieben werden: qualitätsgesicherte Daten für gesundheitsfördernde Taten.

### Die „Stufenleiter der Integration“

In einer Bewertungsskala von 8 aufeinander folgenden Stufen geht das Modell von einem so genannten monothematischen Standardbericht aus und entwickelt sich hin zu einem im Projektprozess formulierten Idealmodell integrierter Berichterstattung. Das in der Stufenleiter angesprochene Idealmodell erfüllt die bereits formulierten normativen Grundanforderungen an eine integrierte Berichterstattung:

- quantitative und qualitative Datenverknüpfung
- intersektorale Akteursbeteiligung
- kleinräumige Analysen auf kommunaler Ebene
- nachhaltigkeitsorientierte Indikatoren
- sowie ressortübergreifende Handlungsvorschläge und Ziele.



### Fazit

Integrierte (Gesundheits-)Berichterstattung ist trotz vieler normativer Anforderungen möglich. Allerdings sind schon für die beiden grundlegenden Dimensionen der Integration (Datenebene, Akteursebene) weitere Anstrengungen und Innovationsschübe notwendig. Auch für die Förderung und den Aufbau von Strukturen zur intersektoralen Kooperation im politisch-administrativen System sind weitere Schritte notwendig, die zu grundlegenden Veränderungen im strukturellen Zuschnitt von Politiksektoren und Verwaltungsressorts führen können.

### Gesundheitsberichterstattung zu Bewegung und bewegungsförderlichen Rahmenbedingungen

Gerlinde Grasser vom Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung der Fachhochschule JO-ANNEUM in Bad Gleichenberg stellte im Workshop 4 das Projekt zur „Gesundheitsförderungsorientierten Gesundheitsberichterstattung am Beispiel Bewegung“ vor. Es soll dazu beitragen, die Gesundheitsberichterstattung dem Paradigma der Gesundheitsförderung anzunähern.

Unter gesundheitswirksamer Bewegung wird jede Form der körperlichen Aktivität verstanden, die zur Verbesserung der Gesundheit beiträgt, ohne zu unerwünschten Nebeneffekten zu führen (WHO Regional Office Europe, 2005).

Das Ausmaß der gesundheitswirksamen Bewegung in der Bevölkerung wird durch eine Vielzahl an Einflussfaktoren bestimmt. Faktoren auf

- gesellschaftlicher/Makro-Ebene wie allgemeine sozio-ökonomische, kulturelle und umweltbezogene Bedingungen
- Ebene von Gruppen/Mikroebene wie Unterstützung und Bewegungsförderung in der Arbeits- und Lebenswelt, soziale Normen
- und des Individuums wie Einstellungen, Selbstwirksamkeit

sind der Förderung gesundheitswirksamer Bewegung zu- oder abträglich (Cavill, Kahlmeier, & Racioppi, 2006, S. 11-14).



## Das Bewegungsverhalten der Österreicher/innen

Betrachtet man das Bewegungsverhalten der Österreicher/innen, stellt man fest, dass die Österreicher/innen weniger häufig aktiv sind als die Europäer/innen, wobei das Ausmaß der Verbreitung von körperlicher (In-)Aktivität je nach Erhebung und Fragestellung variiert. Laut Sjoström et al. (2006) gaben 2002 in Österreich 26 Prozent der Befragten an, ausreichend körperlich aktiv zu sein, während dieser Anteil für die EU-15 bei 31 Prozent lag. (Sjoström, Oja, Hagströmer, Smith & Baumann, 2006).

## Einflussfaktoren auf Makroebene

Auf der gesellschaftlichen Ebene werden vor allem sozio-ökonomische Bedingungen und der zunehmende motorisierte Verkehr als wichtige Einflussfaktoren genannt (Cavill, Kahlmeier, & Racioppi, 2006, S. 11-12 & 19-20). Bevölkerungsgruppen mit geringem sozioökonomischen Status haben häufiger wenig Zeit, schlechten Zugang zu Bewegungsangeboten und -einrichtungen und leben häufiger in einem weniger bewegungsförderlichen Umfeld als Gruppen mit besserem sozioökonomischen Status (Cavill, Kahlmeier, & Racioppi, 2006, S. 11-12). Diese Einflussfaktoren spiegeln sich auch im Bewegungsverhalten der verschiedenen Gruppen wieder. Ein Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Ausmaß und der Form der Bewegung kann auch für Österreich hergestellt werden (siehe Klimont, Ihle, Baldaszi & Kyttir, 2008; Elmadfa, Freisling, Nowak, Hofstädter, Hasenegger, Ferge, et al., 2009, S. 366-368).

Ein zweiter wichtiger Einflussfaktor auf Makroebene ist die Raum- und Verkehrsplanung, die maßgeblich die Gestaltung der Mobilität und des Verkehrs in einer Gesellschaft und damit das aktive Bewegungsverhalten der Bevölkerung beeinflusst (Cavill, Kahlmeier, & Racioppi, 2006, S. 11-12 & 19-20). In Österreich wird circa ein Drittel der Wege an Werktagen in Form von unmotorisierter Mobilität, das heißt zu Fuß gehen oder mit dem Rad fahren, zurückgelegt (Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, 2007, S. 98). Ein Trend zur Verringerung dieses Anteils der aktiven Mobilität im Verkehr scheint sich vor allem beim Zu-Fuß-Gehen abzuzeichnen, während beim Radfahren ein leichter Anstieg zu erkennen ist. Gewiss ist, dass der Anteil

des motorisierten Individualverkehrs im Steigen begriffen ist (Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, 2007, S. 86 & 98).

## Einflussfaktoren auf Mikroebene

Bewegung wird auch durch die Gestaltung der unmittelbaren Umgebung – also der Mikroebene – beeinflusst (Cavill et al., 2006, S. 12). In der Lebens- und Wohnumgebung kann körperliche Aktivität beispielsweise durch die Verbesserung der baulichen Rahmenbedingungen, durch die Schaffung eines adäquaten Angebotes verbunden mit sozialer Unterstützung und die Förderung einer aktiven Bewegungskultur stimuliert werden (Cavill et al., 2006, S. 13 und S 21). Um die 80 Prozent der Österreicher/innen geben an, dass sie in ihrem Lebens- und Wohngebiet viele Möglichkeiten und viele Angebote für körperliche Aktivität vorfinden. Damit liegt die Einschätzung der Österreicher/innen über jener der Europäer/innen, die nur zu circa 70 Prozent diesen Aussagen sehr oder eher zustimmen (European Commission, 2006, S. 86 & 88).

## Individuelle Einflussfaktoren

Neben den Verhältnissen haben auch individuelle Faktoren Einfluss auf das Bewegungsverhalten. Anzugeben, keine Zeit für Bewegung zu haben (trotz der bewegungsfördernden Umwelt und der zahlreichen Angebote) kann in Zusammenhang mit geringer Selbstwirksamkeit (siehe Titze, 2003, S. 88) gebracht werden und wird als individuelle Barriere für körperliche Aktivität betrachtet (Cavill et al, 2006, S. 13-14). Geht man von den Daten des Eurobarometers aus lagen die Österreicher/innen hinsichtlich dieses Einflussfaktors im europäischen Durchschnitt. Circa 50 Prozent der befragten Personen geben an, keine Zeit für Bewegung zu finden (European Commission, 2006, S. 90).

Beruhend auf diesen selbst berichteten Daten kann zusammengefasst werden, dass die Österreicher/innen angeben, weniger aktiv zu sein als die Europäer/innen und dass von einem Rückgang der aktiven Mobilität in Österreich auszugehen ist. Dies obwohl die Österreicher/innen häufiger ihre unmittelbare Wohnumgebung als bewegungsfördernd einschätzen und obwohl sie ähnlich häufig wie im europäischen Durch-

schnitt unterstützende individuelle Voraussetzungen berichten.

### **Gesundheitsberichterstattung in Österreich**

Diese Daten geben eine grobe Indikation dafür, wie es um die Einflussfaktoren auf die Bewegung in Österreich bestellt ist. Solche Einflussfaktoren finden in der Regel allerdings keinen Eingang in die österreichische Gesundheitsberichterstattung (GBE). Die Gesundheitsberichterstattung in Österreich, die sich vor allem am European Community Health Indicator Set orientiert (Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG, 2007, S. 2), ist stark von einem biomedizinischen, individuums- und verhaltensorientierten Gesundheitsverständnis geprägt (siehe auch Bauer, Davies, Pelikan, Noack, Broesskamp & Hill, 2003, S.108). Auf Grund dessen wird zum Thema Bewegung vorwiegend vom Verhalten der Bevölkerung berichtet. Besonders Daten zu den Einflussfaktoren sind allerdings für die Gesundheitsberichterstattung von zentraler Bedeutung, da sie in unmittelbarer Beziehung zu Handlungsmöglichkeiten von Entscheidungsträger/innen stehen (Berkelmann, Stroup & Buehler, 2004, S. 758; Lundgren, 2008, S. 28).

### **GBE der Gesundheitsförderung annähern**

Um die GBE dem Paradigma der Gesundheitsförderung und der Determinantenorientierung anzunähern, hat der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt beauftragt, das sich zum Ziel gesetzt hat, einen Orientierungsrahmen für die GBE zum Thema Bewegung (in einem ersten Schritt) Literatur basierend zu entwickeln. Dieser Orientierungsrahmen kann in weiterer Folge als Diskussionsgrundlage für eine Empfehlung für eine gesundheitsförderungsorientierte Gesundheitsberichterstattung zum Thema Bewegung (als Erweiterung der bestehenden Österreichischen Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung) dienen.

Basierend auf dieser Zielsetzung sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- 1 Welche inhaltlichen Themenbereiche entsprechend theoretischer Modelle sollen in der Bewegungs-GBE berichtet werden?
- 2 Inwieweit entspricht die österreichische Bewegungs-GBE einem umfassenden Modell?

- 3 Welche Indikatorenbereiche und welche Indikatoren können zur Abbildung des theoretischen Modells in der GBE verwendet werden?

### **Ergebnismodell als theoretischer Rahmen**

Die Beantwortung dieser Fragestellungen erfolgt anhand einer Literatur- und Dokumentenrecherche und -analyse, unter besonderer Berücksichtigung der Determinantenorientierung und des Ansatzes der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Basierend auf Literatur und einem vom FGÖ initiierten Modellentwicklungs-Workshop gemeinsam mit anderen FGÖ-Auftragnehmer/innen wurde als theoretischer Rahmen für die Analysen das Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz gewählt.

Vorläufige Ergebnisse aus der Analyse der österreichischen Gesundheitsberichterstattung zeigen, dass sich die getroffenen Annahmen bestätigen. In der GBE wird vorwiegend das Bewegungsverhalten der Bevölkerung berichtet, während die Determinanten des Bewegungsverhaltens in der Regel unberücksichtigt bleiben. Weiters werden zur Berichterstattung über das Bewegungsverhalten verschiedenste und zum Teil eingeschränkt aussagekräftige Maßzahlen verwendet. Trotz dieses Befundes gibt es allerdings Ansatzpunkte in der österreichischen (Gesundheits-)Berichterstattung auf die aufgebaut werden soll.

### **Das Wichtigste in Kürze**

Die Österreicher/innen sind weniger häufig körperlich aktiv als der Durchschnitt der Europäer/innen. Das Ausmaß der gesundheitswirksamen Bewegung in der Bevölkerung wird durch eine Vielzahl an Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen bestimmt: unter anderem durch den sozioökonomischen Status, die Raum- und Verkehrsplanung, die Lebens- und Wohnumgebung, das Ausmaß sozialer Unterstützung und individuelle Faktoren, wie etwa der Selbstwirksamkeit. In der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Österreich wird zum Thema Bewegung jedoch vorwiegend das Verhalten der Bevölkerung berichtet. Um die GBE dem Paradigma der Gesundheitsförderung und der Determinantenorientierung anzunähern, hat der Fonds Gesundes Österreich deshalb ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt beauftragt. Als theoretischer Rahmen für die Analysen wurde das Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz gewählt.

## Berichterstattung zu psychosozialer Gesundheit und deren Rahmenbedingungen

**Ein standardisiertes Instrument zur Erhebung der psychosozialen Gesundheit in einer Bevölkerung, das sich gut für Public Health Policies eignet, steht bisher nicht zur Verfügung.**

**Durch das Forschungsprojekt „Integration der Gesundheitsförderung in die Gesundheitsberichterstattung mit Schwerpunkt psychosoziale Gesundheit“ soll deshalb ein Indikatorenset zur standardisierten Erhebung der psychosozialen Gesundheit auf Community Level erstellt werden. Das Projekt wurde von Thomas Dorner und Johanna Muckenhuber vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz im Workshop 4 vorgestellt.**

Psychische Gesundheit („mental health“) ist ein integraler Bestandteil des bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriffes der Weltgesundheitsorganisation (WHO), „there is no health without mental health“ (WHO, 2007). Psychische Gesundheit bedeutet aber keineswegs lediglich die Abwesenheit psychischer Erkrankungen, sondern ist definiert als Zustand des Wohlbefindens, in dem sich Menschen ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst sind, mit normalen Stresssituationen umgehen können, produktiv und erfolgreich arbeiten können und fähig sind, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten (WHO, 2007).

Wie Gesundheit generell spielt sich auch psychische Gesundheit nicht in einem sozialen Vakuum ab. Psychische Gesundheit ist durch sozio-ökonomische Faktoren und Umweltfaktoren determiniert. Die häufige Koexistenz beispielsweise der Faktoren Substanzmissbrauch, Gewalt, Missbrauch von Frauen und Kindern, Depressionen und Angststörung, Arbeitslosigkeit, niedriges Einkommen, geringe Bildung, stressbehaftete Arbeitsbedingungen, Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, soziale Ausgrenzung, ungesunder Lebensstil und Menschenrechtsverletzungen (WHO, 2007) machen den Zusammenhang zwischen psychischer und sozialer Gesundheit deutlich und bestätigen den etablierten Begriff der „psychosozialen“ Gesundheit.

## Psychosoziale Gesundheit und Gesundheitsförderung

Die Förderung psychosozialer Gesundheit umfasst alle Strategien, die einen positiven Einfluss auf die psychische, soziale und indirekt auch auf die biologische Gesundheit ausüben. Die Prinzipien der Gesundheitsförderung wie Partizipation, Empowerment und Prozessorientierung in einem setting- und verhältnisorientierten Ansatz spielen dabei eine wesentliche Rolle. Psychosoziale Gesundheitsförderung erfordert die Integration politischer, ökonomischer, kultureller (WHO, 2007) sowie religiöser, pädagogischer und medizinisch-therapeutischer Maßnahmen.

Public Health Policies im Bereich psychosozialer Gesundheit sollten psychosoziale Gesundheit im weiteren Sinn fördern und sich nicht lediglich mit der Behandlung von psychischen Erkrankungen beschäftigen. Public Health-Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit könnten die Bereiche Bildung, Arbeit, Recht, Infrastrukturen, Stadt-(Raum-)planung, Sozialpolitik und Gesundheitsversorgung betreffen.

Um Public Health-Strategien im Bereich der psychosozialen Gesundheit planen zu können, benötigt man die Informationen über das Ausmaß der Last durch psychosoziale Beeinträchtigungen, ein Monitoring bezüglich der Entwicklungen und Trends sowie die Evaluation der gesetzten Maßnahmen. Diese Faktoren können in Form der Gesundheitsberichterstattung realisiert werden.

## Psychosoziale Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung zielt darauf ab, epidemiologische, gesundheits- und medizinalstatistische Daten so aufzuarbeiten, dass sie für die Gesundheitspolitik, die Gesundheitsförderung und die Gesundheitssystemgestaltung nutzbar gemacht werden können. Die Erfassung der psychosozialen Gesundheit hat bis jetzt kaum Niederschlag in der Gesundheitsberichterstattung gefunden. Häufig wird die Suizidrate als Indikator der psychosozialen Gesundheit in der Bevölkerung verwendet. Bezüglich psychosozialer Gesundheit wird häufig in der Gesundheitsberichterstattung auf die Darstellung einiger sozio-ökonomischer Faktoren, auf psychische / psychiatrische Krankheiten oder subjektiv erlebte Beeinträchtigungen der Gesundheit eingegangen.

So wird beispielsweise im Gesundheitsbericht 2006 des

Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, einem klassischen Gesundheitsbericht auf nationaler Ebene, bezüglich psychosozialer Gesundheit die psychosoziale Versorgung, Suchterkrankungen sowie die subjektive Gesundheitseinschätzung beleuchtet (BMGF 2006). Ein klares Defizit gibt es hier in Bezug auf psychosoziale Faktoren als Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitsförderung im Sinne einer Förderung der psychosozialen Gesundheit.

Ein themenspezifischer Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2004 beschäftigt sich ausschließlich mit der psychischen Gesundheit in Wien (Stadt Wien, 2004). Hier werden sowohl psychische Beschwerden und Erkrankungen und deren Determinanten, die Komorbidität psychischer Beschwerden, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufgrund psychischer Beeinträchtigungen und die beruflichen Belastungen im Zusammenhang mit dem psychischen Befinden behandelt. In einer rezenten Sonderauswertung der Gesundheitsbefragung 2006/07 werden in einem Gesundheitsbericht von Statistik Austria sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten der Gesundheit beleuchtet (Statistik Austria, 2008).

## Forschungsprojekt

Ein standardisiertes, reliables, valides Instrument zur Erhebung der psychosozialen Gesundheit in einer Bevölkerung, das sich gut für eine Aufarbeitung für die Gesundheitsberichterstattung und für Public Health Policies eignet, steht bisher nicht zur Verfügung. Ziel des hier vorgestellten Forschungsprojektes „Integration der Gesundheitsförderung in die Gesundheitsberichterstattung, Schwerpunkt: Psychosoziale Gesundheit“ ist es, ein Indikatorenset zur standardisierten Erhebung der psychosozialen Gesundheit auf Community Level zu erstellen. Als wesentliche Basis dafür wurde eine Analyse der österreichischen Gesundheitsberichte vorgenommen und dargestellt, welche Faktoren der psychosozialen Gesundheit bereits in der österreichischen Gesundheitsberichterstattung inkludiert sind und welche Lücken bestehen.

Auch die international verwendeten Instrumente zur Erhebung der psychosozialen Gesundheit werden im Rahmen dieses Projektes kompiliert und analysiert. Auf Basis der bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Indikatoren wird eine Sekundäranalyse österreichischer Da-

tenbanken durchgeführt und damit Vorschläge für Indikatoren erarbeitet. Das gesamte Projekt soll von einem Fachbeirat, bestehend aus Expertinnen und Experten in der Gesundheitsberichterstattung begleitet werden.

## Erste Ergebnisse

Im Workshop wurden die ersten Ergebnisse der Analyse der österreichischen Gesundheitsberichterstattung vorgestellt. Zu diesen zählt, dass derzeit fast ausschließlich psychische Belastungen und psychiatrische Erkrankungen dokumentiert werden. Die aus Sicht der Gesundheitsförderung so wichtigen Ressourcen, wie etwa die Arbeitszufriedenheit, das soziale Netz oder der Kohärenzsinn einer Person werden hingegen kaum oder gar nicht berücksichtigt. Nachholbedarf besteht auch im Hinblick auf regionale Einflüsse, wie etwa speziell die Kultur oder die Wirtschaftssituation in einzelnen Gebieten.

### Das Wichtigste in Kürze

Wie Gesundheit generell spielt sich auch psychische Gesundheit nicht in einem sozialen Vakuum ab. Sie ist durch sozio-demographische und sozio-ökonomische Faktoren sowie Faktoren der Umwelt determiniert. Um Public Health-Strategien im Bereich der psychosozialen Gesundheit planen zu können, benötigt man durch entsprechende Gesundheitsberichterstattung Informationen über das Ausmaß der Last durch psychosoziale Beeinträchtigungen, das Ausmaß psychosozialer Gesundheitsressourcen, ein Monitoring bezüglich der Entwicklungen und Trends sowie die Evaluation gesetzter Maßnahmen.

Ein standardisiertes Instrument zur Erhebung der psychosozialen Gesundheit in einer Bevölkerung, das sich gut für Public Health Policies eignet, steht bisher jedoch nicht zur Verfügung. Ziel des im Workshop 4 vorgestellten Forschungsprojektes „Integration der Gesundheitsförderung in die Gesundheitsberichterstattung, Schwerpunkt: Psychosoziale Gesundheit“ ist es deshalb, solch ein Indikatorenset auf Community Level zu erstellen. In einem ersten Schritt wurde analysiert in welcher Form psychosoziale Gesundheit bislang in nationalen und internationalen Gesundheitsberichten repräsentiert ist. Das Ergebnis: Derzeit werden fast ausschließlich psychische Belastungen und psychiatrische Erkrankungen dokumentiert. Die aus Sicht der Gesundheitsförderung so wichtigen Ressourcen werden kaum oder gar nicht berücksichtigt.

## Workshop 5: Familienstrukturen, soziale Sicherheit und Gesundheit

### Determinanten der Gesundheit – Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ATHIS)

Jeannette Klimont von der Statistik Austria präsentierte im Workshop 5 eine auf Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ATHIS) basierende Analyse des Einflusses sozio-demographischer und sozio-ökonomischer Faktoren auf den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der Österreicherinnen und Österreicher.

Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ATHIS – Austrian Health Interview Survey) wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Bundesgesundheitsagentur von der Bundesanstalt Statistik Österreich konzipiert und durchgeführt. Sie richtete sich an die Bevölkerung ab 15 Jahren in Privat- und Anstaltshaushalten, das sind hochgerechnet 6,9 Millionen Menschen. Sie erfolgte im Zeitraum März 2006 bis Februar 2007, und die Erhebungen wurden gleichmäßig verteilt, um saisonale Effekte auszuschließen. Die Teilnahme daran war freiwillig. Als Methode für die Erhebung wurden persönliche, computerunterstützte Interviews (CAPI) eingesetzt, mit eingebauten Plausibilitätskontrollen und Filterführung. Fremdauskünfte waren generell nicht zugelassen, außer bei Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, selbst Auskunft zu geben. Hier wurden so genannte „Proxy-Interviews“ mit einem verkürzten Fragebogen durchgeführt, bei denen Dritte, wie etwa Partner oder andere Haushaltsmitglieder über die eigentlichen Zielpersonen befragt wurden. Die Stichprobe umfasste circa 25.000 Personen, insgesamt konnten 15.474 Personen befragt werden (Nettostichprobe). Das entspricht einer Ausschöpfungsrate von 63,1 Prozent. Allgemeine Themen der Gesundheitsbefragung waren der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Gesundheitsversorgung sowie Hintergrundmerkmale wie Staatsbürgerschaft, Geburtsland, Schulbildung, Familienstand, Haushaltsgröße, Lebensunterhalt, Beruf und Einkommen. Eines

der zentralen Ergebnisse der Befragung war, dass 78 Prozent der Männer und 73 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand subjektiv als „sehr gut“ oder „gut“ bezeichneten.

### Sozio-demographische und sozio-ökonomische Faktoren

Das Referat im Workshop 5 beschäftigte sich vor allem damit, welchen Einfluss sozio-demographische und sozio-ökonomische Faktoren auf den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung ausüben. Diese Frage wurde auf Basis von Daten aus der erwähnten Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 beantwortet

(Klimont, Jeannette, Kytir, Josef und Barbara Leitner: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation, Statistik Austria, BMGFJ, Wien 2007 sowie Klimont, Jeannette, Ihle, Petra, Baldaszi, Erika und Josef Kytir: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten der Gesundheit, Statistik Austria, BMGFJ, Wien 2008).

Anhand der Daten der Gesundheitsbefragung wurden die Zusammenhänge zwischen individuellem Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten bzw. Gesundheitsvorsorge und der Lebenssituation des Einzelnen untersucht, dargestellt an zentralen Indikatoren zur Lebenslage und zum sozialen Status, insbesondere zu Einkommen, Bildung, Art der beruflichen Tätigkeit, Erwerbsstatus und Migrationshintergrund. Im Detail wurden der subjektive Gesundheitszustand, das Auftreten chronischer Krankheiten, Schmerzprävalenz und psychische Gesundheit untersucht. Beim Gesundheitsverhalten standen Adipositas, Rauchen und körperliche Aktivität im Vordergrund und bei der Gesundheitsvorsorge Impfungen sowie Vorsorgeuntersuchungen.

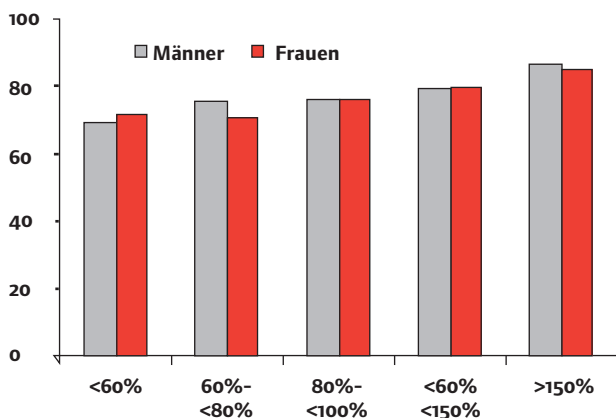
### Einkommen und Gesundheit

Zwischen der Einkommenshöhe und mehreren der erhobenen Gesundheitsindikatoren kann ein Zusammenhang festgestellt werden. Deutliche Effekte zeigen sich für den subjektiven Gesundheitszustand und das Risiko chronischer Erkrankungen. Einkommens-

schwache Personen beurteilen ihren Gesundheitszustand subjektiv deutlich seltener mit „sehr gut“ oder „gut“ als Personen in höheren Einkommensstufen. Dementsprechend leiden Personen in der Armutsriskogruppe vermehrt an ausgewählten chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen wie Angstzuständen und Depression, Harninkontinenz, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus sowie Migräne und häufigen Kopfschmerzen.

Einkommensdifferenzen im Gesundheitsverhalten lassen sich nur für den Risikofaktor starkes Übergewicht feststellen: In der einkommensarmen Bevölkerung ist Adipositas stärker verbreitet. Tägliches Rauchen und körperliche Aktivität sind vom Einkommensniveau nicht oder nur sehr gering abhängig. Präventive Maßnahmen wie die Teilnahme an Schutzimpfungen oder Vorsorgeuntersuchungen werden von der einkommensstärkeren Bevölkerung häufiger genutzt.

**Subjektiver Gesundheitszustand (sehr gut/gut) nach Äquivalenzeinkommen:**



## Bildung und Gesundheit

Die Bildung hat einen zentralen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Höher gebildete Personen fühlen sich gesundheitlich besser, leiden seltener an chronischen Krankheiten und Schmerzen und neigen weniger häufig zu einem gesundheitsriskanten Verhalten. Auch präventive Maßnahmen werden von höher Gebildeten häufiger in Anspruch genommen.

## Gesundheitsbefragung 2006/2007

- **Auftraggeber: Bundesministerium für Gesundheit sowie Bundesgesundheitsagentur**
- **Befragung richtete sich an die Bevölkerung ab 15 Jahren (hochgerechnet 6,9 Mio.)**
- **Erhebungszeitraum: März 2006 bis Februar 2007 gleichmäßig verteilt, um saisonale Effekte auszuschließen**
- **Freiwillige Teilnahme**

## Berufliche Tätigkeit und Gesundheit

Ein Einfluss der beruflichen Tätigkeit auf den Gesundheitszustand ist zwar vorhanden, aber nicht sehr ausgeprägt. Männer und Frauen mit manueller Tätigkeit berichten seltener über einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand als jene mit nicht manueller Tätigkeit. Auch beim Auftreten von chronischen Krankheiten kann eine Abhängigkeit von der Art der beruflichen Tätigkeit für einzelne Erkrankungen festgestellt werden. Darüber hinaus lassen sich Einflüsse der Art der beruflichen Tätigkeit auf unterschiedliche Risikofaktoren, vor allem auf starkes Übergewicht und Rauchen, belegen. Männer und Frauen mit manuellen Tätigkeiten haben gegenüber jenen in nicht manuellen Tätigkeiten ein erhöhtes Adipositas-Risiko und rauchen häufiger täglich. Bei der Teilnahme an Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen kann ebenso ein Einfluss der Art der beruflichen Tätigkeit festgestellt werden.

## Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslosigkeit hat einen starken Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Arbeitslose Personen fühlen sich gesundheitlich schlechter, leiden häufiger an ausgewählten chronischen Krankheiten und Schmerzen und rauchen häufiger täglich. Präventive Maßnahmen werden von ihnen seltener in Anspruch genommen als von Erwerbstätigen.

## Migration und Gesundheit

Bei der Frage zu möglichen Unterschieden im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten je nach

Migrationshintergrund wurden Personen ohne unmittelbaren Migrationshintergrund den Personen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei gegenübergestellt. Personen mit Migrationshintergrund fühlen sich gesundheitlich seltener „sehr gut“ oder „gut“ im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Besonders prekär ist die Situation von Migrantinnen. Migranten und Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei zeigen auch ein riskanteres Gesundheitsverhalten als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Männer und Frauen mit Migrationshintergrund haben ein erhöhtes Adipositas-Risiko, auch das tägliche Rauchen ist unter dieser Bevölkerungsgruppe weiter verbreitet. Migranten und Migrantinnen haben häufiger keinen Impfschutz im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Ebenso nutzen Migranten und Migrantinnen seltener die kostenlose Gesundenuntersuchung sowie Krebsvorsorgeuntersuchungen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

### **Einfluss ausgewählter Merkmale auf zentrale Gesundheitsindikatoren**

Da die oben erwähnten demographischen und sozio-ökonomischen Merkmale zum Teil stark miteinander korrelieren, soll auch der Einfluss jedes einzelnen dieser unabhängigen Merkmale bei gleichzeitiger Kontrolle der jeweils anderen Einflussfaktoren verdeutlicht werden. Bei Konstanthalten der jeweils anderen Merkmale haben sich vor allem das Alter (besonders bei Diabetes, Adipositas, chronischen Angstzuständen und Depression, subjektivem Gesundheitszustand), die Art des Lebensunterhalts (vor allem Arbeitslosigkeit, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit beim Rauchen sowie bei chronischen Angstzuständen und Depression) und der Migrationshintergrund (vor allem beim fehlenden Impfschutz) als maßgebliche demographische und sozio-ökonomische Risikofaktoren für den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten erwiesen.

### **Das Wichtigste in Kürze**

Anhand von Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 lässt sich der Einfluss von sozio-demographischen und sozio-ökonomischen Faktoren auf den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zeigen. So beurteilen etwa einkommensschwache Personen ihren Gesundheitszustand subjektiv deutlich seltener mit „sehr gut“ oder „gut“ als Personen in höheren Einkommensstufen. Personen in der Armutsrisikogruppe leiden auch vermehrt an Angstzuständen und Depression, Harninkontinenz, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus sowie Migräne und häufigen Kopfschmerzen. Neben dem Einkommen wirkt sich auch die Bildung deutlich aus. Höher gebildete Österreicherinnen und Österreicher fühlen sich im Durchschnitt betrachtet gesundheitlich besser und leiden seltener an chronischen Krankheiten und Schmerzen. Sie verhalten sich weniger häufig gesundheitlich riskant und nehmen öfter präventive Maßnahmen in Anspruch als Menschen mit einem vergleichsweise geringen Bildungsniveau.

Arbeitslosigkeit hat einen starken negativen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Ähnliches gilt für einen Migrationshintergrund und speziell für Menschen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei. Sie berichten ebenfalls von einem relativ schlechten subjektiven Gesundheitszustand und zeigen ein riskanteres Gesundheitsverhalten als die Bevölkerung im Durchschnitt.

### **Soziale Sicherheit und Gesundheit: Was kann die Familie leisten?**

**Die Familienstrukturen unterliegen aktuell einem starken Wandel. Rudolf Karl Schipfer vom Österreichischen Institut für Familienforschung der Universität Wien beschäftigte sich in seinem Referat im Workshop 5 damit, was die Familie als unterstützendes System für die soziale Sicherheit und Gesundheit nach wie vor leistet.**

Die Erwartungen und Anforderungen an die Sozialform Familie sind bekanntermaßen vielfältig. Im Zusammenhang mit sozialer Sicherheit und Gesundheit ist die Familie besonders als unterstützendes System gefordert. Im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten kann sie Risiken abpuffern, problematische Lebensphasen erträglicher oder kürzer machen und die Stabilisierung der Le-

bensituation nach einschneidenden Ereignissen günstig beeinflussen. Die Familie kann ihre Rolle im Bereich sozialer Sicherheit und Gesundheit aber nur dann erfüllen, wenn dafür günstige Rahmenbedingungen herrschen. Diese Rahmenbedingungen sind einem stetigem Wandel unterworfen, der von demographischen, gesellschaftlichen, sozialen und wirtschaftlichen Veränderungen beeinflusst wird. In der jüngeren Vergangenheit waren es die demographischen Veränderungen, die hier sehr stark wirkten und die langfristige, in die Zukunft reichende Auswirkungen haben werden.

## Die Familienstrukturen verändern sich

Die demographischen Veränderungen der Bevölkerungsstruktur sind auf der Makroebene geprägt von einem steigenden Anteil älterer Menschen, dem ein sinkender Anteil jüngerer Menschen gegenüber steht. Parallel dazu verändern sich auf der Mikroebene die Haushalts- und die Familienstrukturen. Einerseits geht die Anzahl der Kinder pro Familie zurück, andererseits gibt es mehr kinderlose Personen. Weiters wächst die Zahl der Einpersonenhaushalte und damit die Anzahl der Personen, die ihren Alltag im Großen und Ganzen allein bewältigen müssen und keine unmittelbare Unterstützung durch eine Partnerin/einen Partner erwarten können. Auch durch die höheren Trennungszahlen von Paaren – mit all den damit verbundenen Konsequenzen wie zum Beispiel die Auflösung des gemeinsamen Haushalts – verändert sich das Netzwerk „Familie“.

## Familie als „haushaltsübergreifendes Netzwerk“

Im Zusammenhang mit der konkreten Themenstellung „Soziale Sicherheit & Gesundheit: Was kann die Familie leisten?“ ist es wesentlich, die Begriffe weit zu fassen. So soll die Familie nicht nur als die in einem Haushalt lebende, kernfamiliale Eltern-Kind-Konstellation gesehen werden. Die Familie muss als haushaltsübergreifendes Netzwerk verstanden werden. Ebenso soll der Terminus „Soziale Sicherheit“ nicht auf Unfall-, Kranken-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung sowie ein staatlich garantiertes Existenzminimum eingeschränkt sein, sondern im weitesten Sinne als Schutz und Unterstützung für Personen bei der Verwirklichung

ihres Lebensentwurfs und in kritischen Lebenssituationen verstanden werden. Ebenso ist Gesundheit nicht nur das Gegenteil von Krankheit, sondern im Sinne der WHO-Definition ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens.

## Soziale Unterstützung und Pflege

Grundsätzlich bietet das familiäre Netzwerk Unterstützung bei sozialen Problemsituationen ebenso wie bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Basis dafür ist die Vermittlung grundlegender Veranlagungen und Kompetenzen innerhalb der Familie sowie die emotionale Unterstützung durch ein Beziehungsnetzwerk. Darauf aufbauend können in der Familie aufgrund konkreter Erfahrungen mit Krankheit und Betreuung individuelle Strategien zur Bewältigung von vorübergehenden oder dauerhaften Problemsituationen entwickelt werden.

Konkrete Solidaritätsleistungen innerhalb von familialen Netzwerken im Bereich der sozialen Sicherheit zeigen sich beispielsweise bei der Pflege. In Österreich werden laut einer Studie des Sozialministeriums zur „Situation pflegender Angehöriger“ aus dem Jahr 2005 mehr als 80 Prozent der pflegebedürftigen Personen zu Hause von Angehörigen gepflegt. Pflegende Angehörige sind wiederum zu 78 Prozent, also zu rund vier Fünftel Frauen. Antrieb dafür ist allerdings nicht alleine die innerfamiliäre Solidarität. Auch äußere Umstände sind hier bestimmend, wenn etwa externe Hilfeleistungen nicht finanziert werden können.

## Familienleben wirkt gesundheitsfördernd

Im Zusammenhang mit der Gesundheit zeigt sich, dass die Ehe bzw. eine Partnerschaft und das Leben in einer Familie für Frauen und Männer gleichermaßen gesundheitsfördernd wirken und die Lebenserwartung erhöhen. Allerdings gibt es hier Einschränkungen, denn das Gesundheitsverhalten ist bei Paaren mit Kindern im Vergleich zu Paaren ohne Kinder geringer ausgeprägt. Eine Forschungsarbeit aus dem Jahr 2004 zeigt, dass sich Paare ohne Kinder im Durchschnitt betrachtet gesünder ernähren, mehr gesundheitsbezogene Aktivitäten setzen und sich eher psychologisch beraten lassen als Paare mit Kindern.



## Rund die Hälfte der Großeltern hilft mit

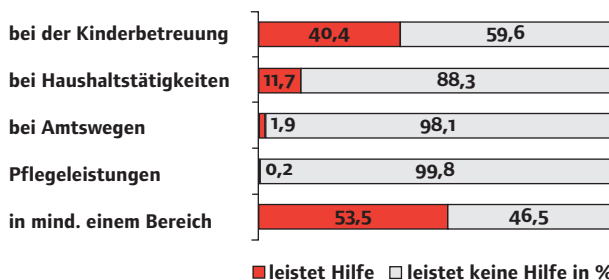
Unterstützungsleistungen innerhalb eines familialen Netzwerks sind nicht unbeschränkt möglich. Sie hängen jedenfalls von der Beziehungsqualität zwischen den Familienangehörigen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Der Austausch zwischen den Generationen beruht dabei grundsätzlich auf Freiwilligkeit, wobei auch moralische und gesetzliche Verpflichtungen hier in die Familie hineinwirken.

Laut der SHARE-Studie aus dem Jahr 2004 unterstützt rund die Hälfte der Großeltern die jüngere Generation in zumindest einem Bereich, wie etwa Kinderbetreuung, Haushalt oder Amtswegen. Der Großteil der Unterstützungsleistungen, nämlich rund 40 Prozent, entfällt dabei auf die Beaufsichtigung der Enkel. Allerdings ist das nicht immer unbedingt zum Vorteil der Großeltern: Laut der genannten Erhebung wächst das Gefühl, persönlich einschränkt zu sein mit dem Betreuungsausmaß, und intensive Enkelbetreuung hat auch negative gesundheitliche Folgen für die Großeltern.

### Von den Großeltern geleistete Hilfe

□ Rund die Hälfte unterstützt die jüngere Generation

□ Hilfe primär bei Kinderbetreuung



### Das Wichtigste in Kürze

Die Familienstrukturen ändern sich heute stark. Die Anzahl der Kinder pro Familie geht zurück, es gibt mehr kinderlose Personen und die Zahl der Einpersonenhaushalte wächst. Andererseits können Familien heute zunehmend als „haushaltsübergreifendes Netzwerk“ verstanden werden, man denke nur daran, dass Großeltern, Eltern, Kinder und Enkel in der Regel in verschiedenen Haushalten leben. Grundsätzlich bietet das familiale Netzwerk Unterstützung bei sozialen Problemen ebenso wie bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. So werden etwa mehr als 80 Prozent der pflegebedürftigen Personen zu Hause von Angehörigen gepflegt und zwar zu rund vier Fünftel von weiblichen Familienmitgliedern. Antrieb dafür ist allerdings nicht alleine die innerfamiliäre Solidarität. Auch äußere Umstände sind bestimmend, wenn etwa externe Hilfeleistungen nicht finanziert werden können.

Zusammenfassend betrachtet können Familien vieles leisten, aber nicht alles. Damit sie diese Leistungen erbringen können, sind sie auf günstige soziale und ökonomische Rahmenbedingungen angewiesen.

## Workshop 6: Glückstheater. Forumtheater zum Ansehen und Ausprobieren

### Das interaktive Forumtheater – eine partizipative Methode für die Gesundheitsförderung

„Glückstheater – ein interaktives Forumtheater zum Ansehen und Ausprobieren und eine partizipative Methode für die Gesundheitsförderung“. – Unter diesem Motto hat das Ensemble „isento“ aus Salzburg die Teilnehmer/innen der Tagung in den Workshop 6 eingeladen. Wer der Einladung folgte, bekam die Möglichkeit, bei einem Improvisationstheater zu Gesundheitsthemen mitzuspielen oder auch als Zuseherin oder Zuseher neue Erfahrungen zum eigenen Gesundheitsverhalten zu gewinnen.

Menschen leiden zunehmend unter psychischen Belastungen. Der Alltag wird zur Last, Gefühle von Glück und Zufriedenheit werden immer seltener erlebt. Die Ursachen sind vielfältig. Sie liegen im Umfeld, aber

auch im Verhalten der Menschen selbst. Durch das interaktive Forumtheater aus dem Methodenpool des „Theaters der Unterdrückten“ des Brasilianers Augusto Boal wird das Publikum angeregt, sich mit dem Thema „Glück/Lebensqualität“ in Form eines lebhaften und lustvollen Prozesses auseinanderzusetzen. Die Zusehenden werden zu aktiven Mitspieler/innen, treten mit den Schauspieler/innen in einen Dialog und probieren ihre Möglichkeiten und Ideen direkt auf der Bühne aus.

Mit „Einfach glücklich?“ möchte das Theater Ensemble des Vereins „Isento“ einen Beitrag dazu leisten, die Bevölkerung für den Umgang mit psychosozialen Belastungen zu sensibilisieren und dazu anregen, sich im Rahmen eines partizipativen Prozesses mit Alltagssituationen kritisch auseinanderzusetzen. Im Stück werden Szenen gezeigt, in denen Menschen auf unterschiedliche Art und Weise mit „Unglück“ in Form von Ängsten, hohen Ansprüchen, den Formen innerer und äußerer Unterdrückung konfrontiert werden. In den jeweils anschließenden Forumphasen hat das Publikum die Möglichkeit, einzelne Personen auszutauschen und eigene Lösungsideen zur Verbesserung der Situation auszuprobieren. Forumtheater ist handlungsorientiert, deshalb werden Lösungen nicht diskutiert, sondern ausprobiert. In den einzelnen Szenen ging es bei dem Workshop in spielerischer Form beispielsweise darum, wie auf allzu hohe Leistungs- und Perfektionsansprüche durch Vorgesetzte angemessen reagiert werden kann.

## Was ist Forumtheater?

Forumtheater kann als politisch-pädagogisches Mitspiel- und Improvisationstheater beschrieben werden. Schauspieler/innen öffnen dabei die sonst unüberschreitbare Grenze zur Bühne. Die traditionelle Rollenteilung zwischen Publikum und Schauspieler/innen wird aufgehoben. Konfliktsituationen werden in Form von Modellszenen dargestellt, lebhaft Dialoge entstehen, werden mit Hilfe eines aktiven Publikums verändert und vielleicht sogar gelöst.

Forumtheater ist eine „Bühne zur Probe für die Wirklichkeit“. Es ist ein öffentlicher Raum, wo Privates öffentlich wird und Politisches zur individuellen Verantwortung reift. Es ist Empowerment und Partizipation. Es fördert Lebendigkeit, Vielfältigkeit, Kreativität und Mut zur aktiven Lebensgestaltung.

## Spielregeln zur Aufführung von Forumtheater

Zu Beginn gibt es Übungen zum Aufwärmen für Schauspieler/innen und Publikum, um auf eine spielerische Art miteinander in Kontakt zu kommen. Nach dem ersten Vorspielen der Modellszenen besprechen die Zuseher/innen ihre Gedanken und Ideen mit den Sitznachbar/innen. Dann wird die Szene ein zweites Mal gespielt. Jetzt hat das Publikum die Möglichkeit „STOPP“ zu rufen, das Spiel zu unterbrechen, auf die Bühne zu kommen und Ideen zur Verbesserung oder Lösung der Situation auszuprobieren. Der „Joker“ (Spielleiter) fungiert als Vermittler zwischen Publikum und Schauspieler/innen.

### Augusto Boal und das Theater der Unterdrückten

Augusto Boal ist der Begründer des „Theaters der Unterdrückten“, das sich in vielen Ländern der Welt verbreitet hat. Geboren in Rio de Janeiro, ist Boal 1955-1971 Direktor des Teatro do Arena in Sao Paulo. Unter dem Eindruck der politischen und sozialen Situation in Südamerika entwickelt er Theatermethoden, die in der Volkskultur und in Bildungsinitiativen des Landes Verbreitung finden. In Kollektivarbeit werden dabei Stücke geschrieben und geprobt, die sich an diejenigen richten, die im Elend lebten. Boals „Volkstheater“ kennt viele Parallelen zur Paolo Freires „Pädagogik der Unterdrückten“.

1971, zur Zeit der Militärdiktatur in Brasilien, wird Boal gefangen genommen, gefoltert und ins Exil geschickt. Boal entwickelt, zuerst in Südamerika, dann in Europa seine Methoden. Die Zuschauer/innen werden dabei eingeladen, selbst zu Handelnden zu werden. Boal entdeckt, dass Unterdrückung in Europa andere Gesichter hat als in Südamerika. Soziale Isolation, Einsamkeit, Bürokratie sind Themen, die Menschen in Europa beschäftigen.

Anfang der achtziger Jahre kehrt Boal nach Brasilien zurück und errichtet in Rio de Janeiro ein Zentrum des Theaters der Unterdrückten. 1992 kandidiert er für den Stadtrat. Boal machte den Vorschlag, die Probleme von Rio mittels Theater zu bearbeiten – und wurde gewählt. In Österreich ist Augusto Boal seit den siebziger Jahren regelmäßig Gast, um seine Theatermethoden in Form von Workshops, Vorträgen und Aufführungen weiterzugeben. Die UNESCO hat seine Theaterformen als offizielle „Methods of Social Change“ anerkannt.

### Das Wichtigste in Kürze

„Interaktives Forumtheater“ ist eine von dem Brasilianer Augusto Boal entwickelte Technik. Sie wird von der UNESCO, der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur, offiziell als „Method of Social Change“ anerkannt. Die traditionelle Rollenteilung zwischen Publikum und Schauspieler/innen wird aufgehoben. Konfliktsituationen werden als Modellszenen vorgespielt. Die Zuseher/innen können ihre Gedanken dazu mit den Sitznachbar/innen besprechen und neue Lösungen vorschlagen oder auch ausprobieren. Im Workshop 6 konnte mit Hilfe dieser partizipativen Methode erfahren werden, wie belastende Alltagssituationen im Sinne der Gesundheitsförderung positiv verändert werden können. So konnten die Teilnehmer/innen auch neue Erkenntnisse zu ihrem eigenen Gesundheitsverhalten gewinnen.

### Das Ensemble isento

Das Ensemble „isento“ hat sich 2008 zusammengefunden, um eine Forumtheater-Produktion zum Thema „Glück/Lebensqualität“ zu erarbeiten. Alle Ensemblemitglieder sind auch Mitglieder von „isento“, einem im Sommer 2008 konstituierten Salzburger Verein, der sich zum Ziel gesetzt hat theaterpädagogische Methoden in unterschiedlichen Berufsfeldern und unterschiedlichen Zielgruppen zu verbreiten.

Kontakt: Mag. (FH) Barbara Wick, Brunnhausgasse 5, 5020 Salzburg, E-Mail: barbara.wick@gmx.at; Tel. 0650/260 16 70.

### Die Ensemblemitglieder

#### Mag.<sup>a</sup> Marika Voraberger

Studium der Psychologie, Theaterpädagogik-Lehrgänge (Lisa Kolb-Mzalouet), Schauspiel Basislehrgang (Michael Thonhauser), Physical Theater Workshops (Christian Suchy), Comedy & Clown Arbeit (Jango Edwards, Helen & Henry Brugard), Experimental & Improvisationstheater (Steve Wang, Lorenz Kabes).

#### Ulrich Pehersdorfer

Theaterpädagogik Lehrgang (Lisa Kolb-Mzalouet), Mitglied der Improtheatergruppe Artischocken-Salzburg, Statist Salzburger Festspiele, Mitwirkung Theater „Body & Sole“

#### Dr.<sup>in</sup> Barbara Schober

Studium der Kommunikationswissenschaft. Mitspielerin in und Organisatorin einer Improtheatergruppe in Salzburg. Mitarbeit bei Impuls- und Improvisationstheaterprojekten. Fortbildungen (Lisa Kolb-Mzalouet, Christian Suchy).

#### Markus Hopf

Theaterpädagoge und Lebens- und Sozialberater, autodidakter Schauspieler. Fortbildungen bei Lehrern aus Wien, Salzburg, Graz, München, Hamburg, Italien, Vancouver (Kanada) und Brasilien; Organisationstheater nach Jo Salas, Improvisationstheater und Theatersport nach Keith Johnstone.

#### Mag.<sup>a</sup> (FH) Barbara Wick

Studium FH Soziale Arbeit, Organisation und Mitinitiatorin des Projekts „Glückstheater“, Theaterpädagogik-Lehrgänge (Lisa Kolb-Mzalouet), Schauspiel Basislehrgang (Michael Thonhauser), Physical Theater Workshops (Christian Suchy), Workshops. Theaterprojekte mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.



### Dr.<sup>in</sup> Eleonore Bachinger

- Studium der Soziologie und Humanbiologie an der Universität Wien (Dr. phil.)
- 1999 bis 2004 postgraduate Studien an der London School of Hygiene & Tropical Medicine in Epidemiologie (MSc) und Public Health Policy (Dr. PH)
- 1991 bis 1998 Lektorin am Institut für Soziologie der Universität Wien
- 1997 bis 2008 Leiterin des Bereichs Gesundheitsberichterstattung der Stadt Wien; struktureller und inhaltlicher Aufbau der Wiener Gesundheitsberichterstattung
- Autorin und Mitautorin zahlreicher Gesundheitsberichte in Österreich
- Konsulententätigkeit für die World Bank zum Thema chronische Krankheiten
- Wissenschaftliche Publikationen vor allem zum Thema Tabakpolitik in Österreich.



### Dr. Thomas Dorner

- 2001 Promotion zum Dr. med. univ. an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien
- 2007 Graduierung zum Master of Public Health an der Universität Wien und der Medizinischen Universität Wien (Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Präventivmedizin).
- seit 2001 wissenschaftliche Mitarbeit am Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien
- 2008-2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz
- 2008-2009 Aus- und Fortbildungsbeauftragter für Ärztinnen und Ärzte im SMZ-Süd – Kaiser -Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital und Geriatriezentrum Favoriten.
- seit 2009 Assistent am Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien
- Schwerpunkte: Mitarbeit an Gesundheitsberichten (unter anderem Adipositasbericht, Diabetesbericht, Hochaltrigenbericht, Osteoporosebericht); Gesundheitsförderung; Prävention, insbesondere von kardiovaskulären Erkrankungen; körperliche Aktivität / Sportmedizin; Lebensstilmedizin; ältere und hochbetagte Bevölkerung.



### Univ.-Prof. Dr. Ibrahim Elmadfa

- Vorstand des Departments für Ernährungswissenschaften der Universität Wien
- Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE)
- ehemaliger Präsident der European Academy of Nutritional Sciences (EANS), Vize-Präsident der World Public Health Nutrition Association (WPHNA) und designierter Präsident der International Union of Nutritional Sciences (IUNS)
- Autor bzw. Co-Autor zahlreicher Bücher über menschliche Ernährung, Lebensmittelwissenschaften und Gesundheits-Monitoring (Österreichischer Ernährungsbericht 1998, 2003 und 2008; European Nutrition and Health Report 2004) sowie von über 500 Publikationen in internationalen Fachzeitschriften und Beiträgen zu wissenschaftlichen Kongressen
- Herausgeber der Annals of Nutrition and Metabolism der Fachbuchreihe „Forum of Nutrition“ (vormals Bibl. Nutritio et Dieta)
- Ausbildung: Studium der Ernährungswissenschaften (Gießen, Deutschland, 1968) und Lebensmittelwissenschaften (Assiut, Ägypten, 1966), Dr. (PhD) der Humanernährung (1970), Habilitation Ernährungswissenschaften mit Schwerpunkt Humanernährung (1975). Ordentlicher Universitäts-Professor 1980-1990 in Gießen und seit 1990 in Wien

#### Fachgebiete / Hauptforschungsschwerpunkte:

- Lehre: Einrichtung und Koordinierung des Studiums der Ernährungswissenschaften an der Universität Wien (Diplom- und Doktoratsstudium, Bakkalaureats- und Masterprogramme).
- Forschung: Nährstoffbedarf Gesunder und Kranker (Mitglied der AG zur Erstellung nährstoffbasierter Zufuhrempfehlungen für die Zentraleuropäischen Länder), Monitoring des Ernährungs- und Gesundheitszustands, Bioverfügbarkeit von Nährstoffen, Ernährung und Immundefunktion, Sicherheit und Qualität von Lebensmitteln, Ernährungsinformation und -kommunikation, Kooperation mit diversen universitären Einrichtungen weltweit.
- Wissenschaftliche Beratertätigkeit: Codex Alimentarius Austriacus Kommission seit 1994, Vorsitzender der UK Neuartige Lebensmittel, Berater der Europäischen Kommission als Mitglied des Scientific Committee on Food (Vizepräsident) von 1995-2000 unter Beteiligung an den Arbeitsgruppen Ernährung und Diätetische Lebensmittel (Vorsitz bis Dezember 2000), Novel Food, Obere sichere Zufuhrgrenzen, Aromastoffe.



### Mag.ª Gerlinde Grasser, MScPH

#### Ausbildung

- 2001/2002 Master of Public Health an der London School of Hygiene and Tropical Medicine
- 1993-1999 Studium der Geschichte und der Germanistik an der Karl-Franzens-Universität in Graz.

#### Ausgewählte Berufserfahrung:

- seit September 2003: FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus, Hochschullehrende und Forschungs- und Entwicklungsprojekte im Bereich Public Health, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung; Auswahl relevanter Projekte: Steirischer Frauengesundheitsbericht 2003, Gesundheitsbericht Steiermark 2005, Gesundheitsbericht Kärnten 2009, Wissenschaftliche Grundlage Gesundheitsziele Steiermark, Entwicklung Expert/innenversion „Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken: Verhalten, Verhältnisse und Indikatoren“ in Kooperation mit Styria Vitalis;
- Oktober 2002 bis März 2004: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Royal College of Surgeons in London, Projekt: „Priority scoring for patients waiting for elective surgery“.

#### Ausgewählte Gremienarbeit:

- Vorstands- und Geschäftsausschussmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Public Health
- Expert/innenbeirat für Gesundheitsförderung und Prävention des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger
- Fachbeirat für Frauengesundheit, Gesundheitsfonds Steiermark.



### Dr. Max Herry

- Eigentümer und Geschäftsführer von Herry Consult GmbH, Wien

Ausbildung:

- 1971: Sponson zum Diplom-Mathematiker an der Universität in Leipzig
- 1975 – 1982: wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zivilingenieur-Büro o. Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Dorf-wirth. Promotion zum Doktor der technischen Wissenschaften an der Technischen Universität in Wien

Beruflicher Werdegang:

- 1983 – 1985: Geschäftsführer bei der Firma SOFOS von SOZIALDATA in München
- ab 1985 selbständig: Eigentümer und Geschäftsführer von HERRY Consult in Wien
- seit 2003: Eigentümer und Geschäftsführer von Herry Consult GmbH
- 35 Jahre Berufserfahrung auf internationaler und nationaler Ebene
- Mehr als 500 nationale und internationale Projekte durchgeführt.



### Dr. Johann Kerschbaum

- Johann Kerschbaum studierte Soziologie an der Universität Wien mit Schwerpunktsetzung auf Methoden der empirischen Sozialforschung
- 2007 dissertierte er an der Wirtschaftsuniversität Wien, Institut für Wirtschaftsinformatik, zum Thema „Digital Divide in Österreich“
- Nach anfänglicher Tätigkeit im Bereich der Migrations- und Integrationsforschung ist er seit 2005 wissenschaftlicher Sachbearbeiter des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG); nunmehr Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)
- Seine Arbeitsschwerpunkte liegen vor allem in den Arbeitsbereichen Prävention und Gesundheitsberichterstattung
- Neben seiner Mitarbeit am Österreichischen Gesundheitsinformationssystem „ÖGIS“ liegen seine Hauptaufgaben in der Erstellung von Gesundheitsberichten, der „Einheitlichen Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI)“ als auch der Modernisierung der Suchtmitteldatenbank des BMG
- Seit 2005 ist er externer Lehrbeauftragter der Universität Wien, Institut für Soziologie.



### Elfriede Kiesewetter

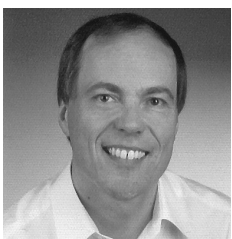
- Leiterin der Abteilung für Gesundheitsförderung und Vorsorgemedizin der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse
- Österreichische Vertreterin im Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP)
- Koordinatorin des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung
- Praxisarbeit in der Gesundheitsförderung seit 1992
- Inhaltlicher Schwerpunkt: Betriebliche Gesundheitsförderung
- Projekterfahrung auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene.



### Mag.ª Jeannette Klimont

Nach dem Studium der Statistik war Mag.ª Klimont zwei Jahre Forschungsassistentin im Bereich Bevölkerung an der IIASA in Laxenburg. 1994 wechselte sie in die Statistik Austria, wo sie seitdem in der Gesundheitsstatistik tätig ist. Bis zur Geburt ihres zweiten Sohnes 2002 war sie für die gesamte Gesundheitsstatistik verantwortlich, darunter fallen unter anderem das Krebsregister, die Todesursachenstatistik, die Spitalsentlassungsstatistik, Gesundheitsbefragungen sowie internationale Zusammenarbeit. Sie hat unter anderem das Krebsregister von einem Karteikartensystem mit manueller Datenerfassung auf eine Datenbank mit EDV-gestützter Datenerfassung umgestellt, die Umstellung der medizinischen Kodierung (Todesursachen, Krebslokalisierung) auf die neueste Systematik der WHO (ICD-10) organisiert (verbunden mit der Einführung einer EDV-unterstützten Kodierung) und diverse Sonderprogramme zum Thema Gesundheit im Mikrozensus durchgeführt.

Mag.ª Klimont arbeitete an der Erstellung verschiedener Gesundheitsberichte mit und verfasste bereits zweimal den Österreichischen Todesursachenatlas (1988/94 sowie 1998/2004). In 2006/07 führte sie die erste österreichische Gesundheitsbefragung (basierend auf der Europäischen Gesundheitsbefragung) durch. Seit 1995 ist sie Mitglied der Eurostat-Arbeitsgruppe „Statistik der öffentlichen Gesundheit“ sowie diverser themenspezifischer Eurostat-Gruppen und ist auch für die Datenlieferungen an die OECD (Health Data) und WHO (Health for All) verantwortlich. Derzeit ist sie Leiterin der Partnership Health, welche die Zusammenarbeit zwischen den Statistischen Ämtern der 27 Mitgliedsländer und Eurostat koordiniert mit dem Ziel, eine harmonisierte Gesundheitsberichterstattung auf Gemeinschaftsebene aufzubauen.



### Dr. oec. troph. Karl von Koerber

- 1973-1979 Studium der Ernährungswissenschaft (Ökotrophologie) an der Justus-Liebig-Universität in Gießen
- 1980-1985 Freiberufliche Tätigkeit in der Gesundheitsbildung
- 1985-1988 Promotion am Institut für Ernährungswissenschaft und an der III. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Gießen
- 1989-1997 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Ernährungswissenschaft der Universität Gießen in der neuen Arbeitsgruppe Ernährungsökologie
- Seit 1998 Leitung des „Beratungsbüro für Ernährungsökologie“ in München
- Seit 2000 Lehrbeauftragter für Ernährungsökologie/Welternährung und seit 2008 Wissenschaftlicher Assistent im Fach Nachhaltige Ernährung an der Technischen Universität München/Weihenstephan.



### Univ. Doz. Dr. Josef Kytir

- Studium der Geographie und Sozialgeschichte an der Universität Wien
- Von 1985 bis 2000 Mitarbeiter und ab 1993 stellvertretender Direktor am Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften
- Seit 2000 Mitarbeiter der STATISTIK AUSTRIA in der Funktion eines stellvertretenden Leiters der Direktion Bevölkerung mit Verantwortlichkeit für die Bevölkerungs-, Gesundheits- und Arbeitsmarktstatistik
- 1996 Habilitation an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien
- Lektor am Institut für Geographie und am Institut für Soziologie der Universität Wien sowie bei diversen Public Health Lehrgängen.



### Dipl. Ing. Mag. Alfred Mair, MPH

- Studium von Informatik, Soziologie und Public Health
- 1984 – 1988 Vertragsassistent am Institut für Soziologie, Abteilung für empirische Sozialforschung der Johannes Kepler Universität in Linz
- 1988 – 1991 freiberufliche Tätigkeit bzw. wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung in Linz
- Seit 1991 beschäftigt in der OÖGKK in den Bereichen Gesundheitsförderung, Controlling und Direktionssekretariat
- Ab 1998 Leiter der Abteilung Behandlungswirtschaft.



### Mag.ª Dr.ª Johanna Muckenhuber

- Seit 2009 Universitätsassistentin am Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Graz
- 2006 - 2009 absolvierte sie ein Doktoratsstudium an der Universität Wien und einen postgradualen Lehrgang am Institut für Höhere Studien.
- Nach einem einjährigen Auslandsaufenthalt in Riobamba, Ecuador studierte sie Soziologie und Psychologie an den Universitäten Graz, Paris und Wien.
- Ihre wesentlichen Forschungsinteressen liegen in den Themenbereichen gesundheitliche Folgen sozialer Ungleichheit, prekäre Arbeits- und Lebensverhältnisse, spezifische Arbeitsbedingungen sowie Arbeitslosigkeit, genderspezifische Aspekte von arbeitsbezogenen Stressoren, Arbeitszeiten und Wohlbefinden.
- In der empirischen Forschung liegt ihr Schwerpunkt im Bereich der Triangulation qualitativer und quantitativer Ansätze der empirischen Sozialforschung.





### Dr.<sup>in</sup> Elisabeth Oberleitner, MPH

- Studium der Medizin an der Karl Franzens Universität Graz
- Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin am LKH Klagenfurt
- während der Turnusausbildung Erwerb des Diploms Umweltmedizin der ÖÄK und Absolvierung des Physikatskurses, Jus practicandi am 1. 1. 1994
- seit 1994 Ärztin im öffentlichen Gesundheitsdienst des Amtes der Kärntner Landesregierung
- von 2003 bis 31. 12. 2009 Leiterin der UA Umweltmedizin und Gesundheitsförderung der Abteilung 12 Sanitätswesen beim Amt der Kärntner Landesregierung
- von 2003 bis 31. 12. 2009 stellvertretende Landessanitätsdirektorin des Bundeslandes Kärnten
- seit 01. 01. 2010 Leiterin der UA Sanitätswesen der Abteilung 14 – Gesundheitswesen
- Absolventin des Management College für Führungskräfte der Kärntner Verwaltungsakademie und Erwerb des ÖÄK Diploms für Arbeitsmedizin
- von 2006 bis 2008 Präsenzstudium des ULG Public Health an der medizinischen Universität Graz
- von 2008 bis 2009 Master-Studium
- 28. 10. 2009 Graduierung zum Master of Public Health
- Vortragstätigkeit im Bereich der Umwelt-, Sozial- und Arbeitsmedizin, externe Vortragende an der Fachhochschule Feldkirchen in Kärnten und seit 2006 nebenberuflich Lehrende im Fach Sozialmedizin/Gesundheitsprävention an der Fachhochschule Feldkirchen in Kärnten im Studiengang „Soziale Arbeit“
- Seit 2003 Projektleiterin und Gesamtkoordinatorin der Gesundheitsberichterstattung des Bundeslandes Kärnten im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.



### Mag. Markus Peböck

- Geschäftsführer des Instituts für Gesundheitsplanung in Linz
- Diese als Verein geführte Organisation (Fördergeber Land Oberösterreich, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Städte Linz und Wels und die Oberösterreichische Ärztekammer) ist dafür zuständig, die Oberösterreichischen Gesundheitsziele und die Gesundheitsberichterstattung des Landes und der Mitgliedsstädte zu koordinieren.



### Helmut Schad

- arbeitet seit Juli 2006 als Dozent und Projektleiter an der Hochschule Luzern (FH Zentralschweiz)
- Arbeitsgebiete: Ursachen der Mobilität, Mobilitätskonzepte für den Fuß- und Fahrradverkehr, den öffentlichen Verkehr und den Freizeitverkehr sowie die Evaluation von Planungsmaßnahmen
- Außerdem beschäftigt er sich mit dem Thema „körperliche Aktivität“. In diesem Zusammenhang war er 2007 – 2008 Projektleiter der Forschungsarbeit „Gebaute Umwelt und körperliche Aktivität“
- In früheren Tätigkeiten arbeitete Helmut Schad beim Schweizer Bundesamt für Raumentwicklung (Bern), in einem Unternehmen für forschungsbasierte Beratung (Prognos AG, Basel) sowie in einem Planungsbüro
- Das Studium der Geographie, Volkswirtschaft und Soziologie schloss er an der Universität Trier (D) mit Diplom in Angewandter Geographie ab.



### Mag. Rudolf Karl Schipfer

- Nach der Matura Studium der Rechtswissenschaften, der Europäischen Ethnologie und Geschichte an der Universität Wien, Sponson zum Mag. phil. 1993.
- Seit 1994 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Österreichischen Instituts für Familienforschung (ÖIF) an der Universität Wien.
- Ausbildung zum Informations- und Dokumentationsfachmann.
- Mitglied des Fachbeirates der SPES-Familienakademie in Schlierbach, Oberösterreich.
- Inhaltliche Arbeitsschwerpunkte sind Fragen der Bevölkerungs- und Geburtenentwicklung, der Fertilität, die historische Entwicklung der Familie und von Generationenbeziehungen, Familienfreundlichkeit, kommunale Familienpolitik. Weiters Referententätigkeit und familienwissenschaftliche Informationsvermittlung, speziell im Bereich familienbezogene Kennzahlen („Familien in Zahlen“).
- Leitung der familienwissenschaftlichen Fachdokumentation am ÖIF.
- Aktuelle Publikation: Wernhart, Georg/Kaindl, Markus/Schipfer, Rudolf Karl/Tazi-Preve, Mariam Irene, 2008: Drei Generationen – eine Familie. Austauschbeziehungen zwischen den Generationen aus Sicht der Großeltern und das Altersbild in der Politik. Familienforschung – Schriftenreihe des Österreichischen Instituts für Familienforschung 18. Innsbruck – Wien – Bozen: Studien-Verlag.



### Dipl.-Soz. Waldemar Süß

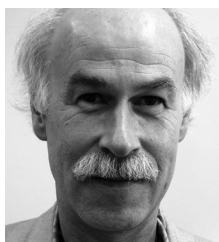
- 1976 bis 1981 Studium der Soziologie, Politikwissenschaft, Wirtschafts- und Sozialgeschichte und Pädagogik an der Philipps-Universität Marburg/Lahn
- 1981 Umzug nach Hamburg
- 1982 bis 1984 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Justizbehörde Hamburg
- 1986 bis 1988 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fachhochschule Hamburg im Fachbereich Sozialpädagogik
- Seit 1989 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Institutes für Medizin-Soziologie; Leiter der internen Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung und Prävention“ (Forschung und Lehre)
- 1996 bis 1999 Zusatzausbildung „Kommunikationspsychologie“ an der Universität Hamburg (Prof. Dr. Friedemann Schulz von Thun, Arbeitskreis Kommunikation und Klärungshilfe)
- Lehraufträge an der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) und der Universität Hamburg im Fachbereich Sozialökonomie (vormals HWP) zu den Themenfeldern „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ sowie „Soziale Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung“.

#### Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS)
- Mitglied der Arbeitsgruppe „Gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung“ (AG-GSE) beim Deutschen Institut für Urbanistik/Berlin.

#### Arbeitsschwerpunkte:

- Sozial- und Gesundheitsberichterstattung
- Soziale Ungleichheit und Gesundheit
- Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention
- Soziale Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung
- Public Health und Policy-Forschung.

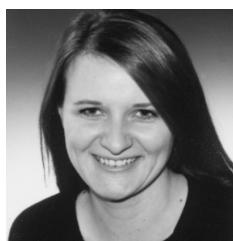


### Univ. Prof. Dr. med. Dr. phil. Alf Trojan, M.Sc. (London)

- Mediziner, Soziologe, Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

#### Arbeitsschwerpunkte:

- Soziale Netzwerke und Selbsthilfe
- Kommunale Gesundheitsförderung
- Gesundheitsberichterstattung, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen im Krankenhaus
- Sprecher des Fachbereichs „Gesundheitsförderung“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
- vormaliger stellvertretender Sprecher der Sektion „Health Promotion“ der European Public Health Association (EUPHA)
- Vorstandsmitglied der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG).



### Dr. in Marion Vogt

Dr. in Marion Vogt ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) in Wien. Sie studierte Soziologie an der Universität Wien. 1998 und 1999 verbrachte sie als Gastforscherin am Interdisziplinären Frauenforschungszentrum (IFF) an der Universität Bielefeld und an der University of Southern California (USC), Los Angeles. Bis zu ihrer Beschäftigung bei der FORBA arbeitete sie als Sozialwissenschaftlerin. Bei FORBA nahm Marion Vogt in den letzten Jahren an einer Reihe von nationalen und internationalen Forschungsprojekten teil.

## **IMPRESSUM**

**Medieninhaber und für den Inhalt verantwortlich:**

Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH Aspernbrückengasse 2 1020 Wien

**Tagungskonzept:**

Mag. Gerlinde Rohrauer-Näf MPH

**Redaktion:**

Mag. Gerlinde Rohrauer-Näf MPH, Helga Klee

**Textierung:**

Mag. Dietmar Schobel

**Lektorat:**

Dr. Silvia Stoller

**Gestaltung:** paco.Medienwerkstatt, Wien

**Download unter** [www.fgoe.org](http://www.fgoe.org)

