



Fonds Gesundes
Österreich

Wie gesund ist Österreich?

**Fakten und Folgerungen für die
Gesundheitsförderung.**

4. Mai 2009, Innsbruck

ABSTRACTS

Plenarvorträge

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

Univ. Doz. Dr. Josef Kytir

Statistik Austria Wien

Gesundheitsförderung wird in den kommenden Jahrzehnten noch stärker als heute zu einem Schlüsselement der Gesundheitspolitik. So erhöht sich in Österreich die Zahl der Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren bis zum Jahr 2050 um 1,2 Mio. und steigt damit beinahe auf das Doppelte des aktuellen Wertes (1,4 Mio.). Die Zahl der 85+-Jährigen vervielfacht sich im gleichen Zeitraum von 160.000 auf 620.000. Angesichts dieser demographischen Entwicklung ist gesundes Altern („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.

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 evidenzbasiertem 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 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.

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

Innerhalb des europäischen statistischen Systems existieren zwei Indikatorensets, die es ermöglichen zumindest einzelne Aspekte der angeführten Rahmenbedingungen zu beleuchten. Es handelt sich dabei um die sog. „Strukturindikatoren zur Überwachung der Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung“ sowie um ein Indikatorenset zur „Überwachung der EU-Strategie für nachhaltige Entwicklung“.

Die Strukturindikatoren zur Überwachung der Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung (EUROPA - Eurostat - Strukturindikatoren) 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 sog. Kurzliste. Die Nachhaltigkeitsindikatoren (EUROPA - Eurostat - Introduction new) 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.

Trotz dieser scheinbaren Fülle an Information werden von den beiden Indikatorensystemen 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 % des verfügbaren Einkommens der privaten Haushalte als Indikatoren für gesellschaftlichen Reichtum;
- die Ungleichheit der Einkommensverteilung, die Armutsgefährdungsquote nach Sozialleistungen, die Armutsgefährdungsquote 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.

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.



Univ. Doz. Dr. Josef Kytir

- geb. 1957 in Wien
- 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

Zukunftsperspektiven für integrierte Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Institut für Medizin-Soziologie

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 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. Auf solche gesetzlichen Rahmenbedingungen für intersektorale Gesundheitsberichterstattung und -förderung werde ich in meinem Referat eingehen.

Hauptsächliche Grundlage meines Beitrages wird jedoch ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt mit dem Titel "Gesundheit als Leitziel für nachhaltige Entwicklung" sein, das von 2002 bis 2005 im Institut für Medizin-Soziologie konzipiert und koordiniert wurde. Hauptakteure dieses Projektes waren Mitarbeiter öffentlicher Dienste in 10 Mitgliedsstädten des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerks in den ostdeutschen Bundesländern.

In dem Projekt wurde ein Indikatorensatz für integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen mit diesen Städten entwickelt und erprobt. 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).

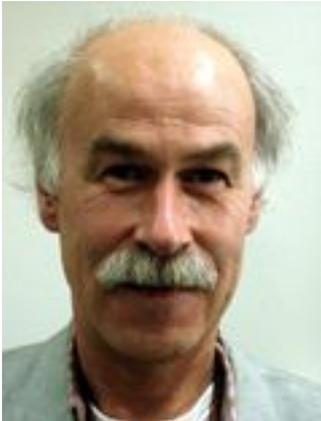
Diese Forschungsergebnisse richten sich nicht nur an die Akteure der Gesundheitsförderung bzw. Mitglieder des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerks, sondern auch an Akteure in anderen integrierten, intersektoralen Programmen. Dazu gehören in Deutschland insbesondere das Programm "Soziale Stadt", das Aktionsprogramm "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).

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 Städtevertretern genannten Aspekte plakativ zusammengefasst:

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

Im Referat soll abschließend auf die wichtigsten Einzelfacetten dieser 5 Kernforderungen eingegangen werden.



Prof. Dr. Dr. Alf Trojan

- Prof. Dr. med., Dr. phil., 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)