



Postgraduate School

Medizinische Universität Graz

UNIVERSITÄTSLEHRGANG

**PUBLIC
HEALTH**

Management in der Krankenversorgung
und Gesundheitsförderung

**ASPEKTE ZUM THEMA HEALTH IN ALL POLICIES AUS DER
PERSPEKTIVE DER STEIRISCHEN ENTSCHEIDUNGSTRÄGER
- im Sinne der partizipativen
gesundheitsfördernden Handlungsprinzipien -**

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Public Health

eingereicht bei Dr. Martin Sprenger MPH

von Katharina Puffing

Graz, am 6. August 2013

Ehrenwörtliche Erklärung:

Ich versichere, dass ich die Masterarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich dieses Masterarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Ich versichere, dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum _____

Unterschrift _____

Um eine leichtere Lesbarkeit des Textes zu gewährleisten, wurde in dieser Arbeit darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die bei Personen oder Personengruppen verwendete maskuline oder neutrale Form des Wortes für beide Geschlechter zu verstehen ist.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei einigen Menschen, die mich auf meinem Weg zur Fertigstellung dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben, bedanken.

Ich danke meinem Betreuer Dr. Martin Sprenger MPH für seine ausschließlich konstruktiven Kritiken, seine wertvollen Literaturtipps und die stets ad hoc beantworteten Fragen und Anliegen meinerseits.

Weiters danke ich Mag. Florian Schnabel für seine unermüdliche Unterstützung bei methodischen Fragen und Problemen.

Meiner Familie und meinen Freunden möchte ich für ihr anhaltendes Verständnis, die stets spürbare Liebe und Unterstützung danken.

Kurzfassung

Hintergrund: In jüngster Zeit wird von Experten und von höchster politischer Ebene die Integration des Health in All Policies (HiAP) Ansatzes verstärkt gefordert. Die Umsetzung eines solchen Ansatzes benötigt allerdings das Wissen und die Akzeptanz der Anwender. Die Erfassung der Perspektive der kommunalen Entscheidungsträger, zu Teilaspekten des HiAP Ansatzes, kann Auskunft über den derzeitigen Wissensstand, die Aufgeschlossenheit gegenüber diesem Konzept und mögliche Verankerungsansätze in der Steiermark geben.

Methodik: Der Literaturteil benutzt einschlägige Fachliteratur, um Modelle, Herausforderungen und Maßnahmen zum HiAP Konzept auf kommunaler Ebene darzustellen. Hintergründig wird dies durch Begriffsdefinitionen zum Gesundheitsbegriff, kommunaler Gesundheitsförderung und gesundheitsfördernder Gesamtpolitik untermauert. Die quantitative Befragung der steirischen Entscheidungsträger erörtert den derzeitigen Wissensstand und Einstellung eben dieser.

Ergebnisse: Die steirischen Entscheidungsträger nehmen in den vergangenen Jahren verstärkt eine Beachtung des Gesundheitsaspekts im politischen Alltag wahr und können sich vorstellen diesen auch in ihre politische Arbeit zu integrieren. Auch die Verwendung HiAP unterstützender Instrumente wird befürwortet. Allerdings bestehen umfassende Defizite was das benötigte Wissen zu einer tatsächlichen Umsetzung des HiAP Ansatzes betrifft.

Schlussfolgerungen: Die steirischen Entscheidungsträger sind einer Integration des HiAP Ansatzes gegenüber offen eingestellt. Allerdings benötigen diese umfassende Unterstützung um das notwendige Know How aufzubauen.

Schlüsselworte: Health in All Policies – Entscheidungsträger – Steiermark – gesundheitsfördernde Gesamtpolitik – kommunale Gesundheitsförderung - Gesundheitsbericht – Health Impact Assessment

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Forschungsfrage.....	5
1.2.1 Primäre Forschungsfrage.....	5
1.2.2 Sekundäre Fragestellungen.....	6
1.3 Public Health Relevanz.....	7
1.4 Methodik.....	8
2 Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen.....	9
2.1 Gesundheit – Krankheit.....	9
2.2 Gesundheitsförderung.....	11
2.2.1 Gesundheitsdeterminanten.....	15
2.2.2 Gesundheitskompetenzen.....	16
2.3 Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik.....	17
3 Kommunale Gesundheitsförderung.....	18
3.1 Grundprinzipien der kommunalen Gesundheitsförderung.....	19
3.1.1 Setting-Ansatz.....	19
3.1.2 Partizipation.....	20
3.1.3 Empowerment.....	20
3.1.4 Multiplikatoren.....	20
3.1.5 Besonderheiten der kommunalen Gesundheitsförderung.....	21
3.1.6 Komplexes Interventionsfeld Gemeinde.....	21
3.2 Netzwerk Gesunde Gemeinde Steiermark.....	22
3.3 Bedeutung von Gesundheit als politisches Handlungsfeld.....	23
3.3.1 Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“.....	24
3.3.2 Rahmen-Gesundheitsziele.....	25
3.3.3 Gesundheitsziele Steiermark.....	25
4 Health in All Policies in der Kommune.....	26
4.1 Modelle des Health in All Policies Ansatzes in der Gemeinde.....	27
4.2 Herausforderungen für eine sektorenübergreifende Gesamtpolitik	28
4.3 Stärken-Schwächen-Analyse des Health in All Policies Ansatzes in der Gemeinde	30
4.4 Maßnahmen zur Förderung der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik	31
4.4.1 Gesundheitsziele.....	31
4.4.2 Public Health Action Circle.....	33

4.4.3 Gesundheitsberichterstattung.....	34
4.4.4 Health Impact Assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung).....	35
4.5 Health in All Policies am Beispiel Stadtplanung.....	35
4.5.1 Gesundheitsberichterstattung am Beispiel Stadtplanung.....	37
4.5.2 Health Impact Assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung) am Beispiel Stadtplanung.....	38
Exkurs: Best Practice Beispiel Skandinavien.....	40
Zusammenfassung des Literaturteils.....	43
5 Empirischer Teil.....	46
5.1 Methodik.....	46
5.2 Stichprobenauswahl.....	47
5.3 Online-Fragebogen.....	47
5.4 Durchführung.....	48
5.5 Auswertung.....	48
5.6 Ergebnisdarstellung und Interpretation	49
5.6.1 Stichprobenbeschreibung	49
5.6.2 Gesundheitsaspekt im politischen Alltag.....	51
5.6.3 Gesundheitsförderung in der steirischen Politlandschaft.....	53
5.6.4 Gesundheit in allen Politikbereichen.....	59
5.7 Einschränkungen.....	68
6 Schlussfolgerung	70
6.1 Zusammenfassung.....	71
6.2 Beantwortung der Forschungsfragen.....	72
6.3 Diskussion und Ausblick.....	76
7 Verzeichnisse.....	82
7.1 Literaturverzeichnisse.....	82
7.1.1 Literaturquellen.....	82
7.1.2 Internetquellen.....	85
7.2 Abbildungsverzeichnis.....	88
7.3 Tabellenverzeichnis.....	90
Anhang.....	90
Fragebogen	90
Ergebnisse	95
Auswertung für Gesunde Gemeinden.....	99
Auswertung übrige Gemeinden.....	103

1 Einleitung

„Neun Zehntel unseres Glücks beruhen allein auf der Gesundheit. Mit ihr wird alles eine Quelle des Genusses. Hingegen ist ohne sie kein äußeres Gut, welcher Art es auch sei, genießbar.“

Arthur Schopenhauer 1788-1860

Es wird viel diskutiert und man ist sich einig: höchste Zeit für einen Paradigmenwechsel. Die Themen Gesundheit und Soziales sind brisanter als jemals zuvor und betreffen nicht nur jeden Einzelnen, sondern auch Politik und Wirtschaft. Denn die Finanzierung der Sozialversicherungsleistungen wird zukünftig, unter heutigen gesundheitspolitischen Umständen, nicht mehr leistbar sein.

1.1 Problemstellung

Auch wenn ein ökonomisches Gesundheitssystem aus einem ausbalancierten Verhältnis zwischen Krankenversorgung und Gesundheitsförderung bestehen sollte, steht im Zentrum unseres gegenwärtigen Gesundheitssystems die Krankenversorgung. Ihr ist es zu verdanken, dass sich in den letzten 150 Jahren die Lebenserwartung der Menschen stetig erhöht hat (Heise, www). Die Förderung der Gesundheit durch systematische und strategische Unterstützung von Seiten anderer Politikbereiche spielte bisher eine untergeordnete Rolle.

So konnte der Fortschritt der kurativen Medizin im 19. und 20. Jahrhundert die Krankenversorgung als „Gesundmacher“ der Bevölkerung etablieren. Auch heute noch werden Gesundheitssystem und Krankenversorgung in der Bevölkerung als nahezu synonym wahrgenommen. Doch die Krankenversorgung stößt an ihre Grenzen. Denn neben immer mehr alten Mitmenschen (Schipfler, 2005), steigt auch die Zahl der chronischen (Busse et al., S.17, www) und psychischen (Lademann et al., 2006, S.123ff) Erkrankungen in der Altersgruppe der Erwerbstätigen. Die Versorgungskosten steigen, ein Anstieg der Lebensjahre in Gesundheit ist allerdings nicht mehr zu verzeichnen. Nur noch eine Steigerung der Lebensjahre in Krankheit wird erreicht (OECD, S.16ff, www).

Um die gesunden Lebensjahre und damit die Lebensqualität in der Gesellschaft und des Einzelnen zu steigern, benötigen wir ein bedarfsorientiertes, ökonomisches und

vor allem wirksames Gesundheitssystem. Ein solches kann nur bestehen, wenn neben einer gesellschaftsorientierten Gestaltung des Krankenversorgungssystems mit ökonomischer Versorgungsqualität, verhaltens- und verhältnisorientierte Gesundheitsförderung in und für die Gesellschaft umgesetzt wird (Rosenbrock & Gerlinger, 2006, S.12-14).

Erkrankungen die einen großen Bevölkerungsanteil betreffen, könnten durch Gesundheitsförderung verzögert, vielleicht sogar verhindert werden. Die alleinige pathogenetische Sichtweise der Krankenversorgung auf die Gesundheit ist überholt. Eine Erweiterung des Gesundheitssystems um die salutogenetische Betrachtung (Orientierung an der Entstehung von Gesundheit) auf Gesundheit und ihren Erhalt ist heute notwendig wie nie zuvor, um die Entstehung von Krankheiten möglichst lange hinauszuzögern. In Österreich steckt die Verbreitung und Umsetzung dieses Verständnisses noch in den Kinderschuhen.

In der Ottawa-Charta von 1986 ist zu lesen, dass Gesundheitsförderung bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen ansetzen sollte. Ihre aus gesundheitsfördernden Prinzipien abgeleiteten Strategien beziehen sich zum einen auf das Verhalten einzelner Individuen (verhaltensorientierter Ansatz), zum anderen auf alle gesellschaftlichen Ebenen (verhältnisorientierter Ansatz).

Eines der wichtigsten Prinzipien/Ziele der Gesundheitsförderung ist es, Ungleichheiten in Gesundheits- und Lebenserwartung zu verringern (Ottawa-Charta, 1986, S.1ff). Ebenfalls ein wichtiges Prinzip der Gesundheitsförderung ist die Partizipation der von Entscheidungen betroffenen Bevölkerungsgruppen. Dabei wird davon ausgegangen, dass Veränderungsprozesse eine höhere Akzeptanz bei den Betroffenen erhalten, wenn sie in den Entscheidungsfindungsprozess miteinbezogen werden (quint-essenz, www).

Aus Sicht der WHO sind die Gesundheitsdeterminanten (wie das individuelle Verhalten, soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen und allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt) entscheidend. Nahezu alle Determinanten werden durch politische und regulatorische Instrumente beeinflusst und können demnach durch politische Entscheidungen maßgeblich zum positiven, aber auch negativen beeinflusst werden (Gesundheit 21, WHO, S.32ff; Gesundheit 2020, S.40). Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik macht

sich dieses Wissen zu nutzen und analysiert anhand der Gesundheitsdeterminanten Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit.

Das Jahr 2012 brachte einiges an politischen Innovationen im Sinne eines bedarfsgerechteren und wirtschaftlicheren Gesundheitssystems mit ökonomischer Versorgungsqualität und durch den Ausbau der Gesundheitsförderung, als Teil eines qualitativ hochwertigen Gesundheitssystems. So wurde beispielsweise im Zuge der Gesundheitsreform 2012 durch die Einrichtung eines Gesundheitsförderungsfonds eine weitere Maßnahme zum Ausbau der Gesundheitsförderung gesetzt. Dieser Gesundheitsförderungsfonds soll mit 150 Millionen Euro für die nächsten zehn Jahre unterstützt werden (Gesundheitsreform 2012, S.3). Verglichen mit den Ausgaben für Krankenversorgung, in der Höhe von 30,3 Mrd. Euro nur im Jahr 2011, ist dies trotz allem nur ein Tropfen auf den heißen Stein (Bachner et al., 2011, S.9-11).

Mit der Public Health Charta der österreichischen Sozialversicherung wurde nochmals die Notwendigkeit zur Neuorientierung der Sozialversicherung an den Prinzipien der Public Health Perspektive und dem damit verbundenen höheren Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung im zukünftigen österreichischen Gesundheitssystem betont. Einerseits sollen weiterhin die Bestrebungen den Gesundheitsbegriff neu zu definieren (also Gesundheit nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit zu begreifen), gesundheitliche Chancengleichheit und Empowerment, wie auch Partizipation stärker zu fördern, Einzug in unser Gesundheitswesen halten. Andererseits wird auch in der Public Health Charta auf die Dringlichkeit zu einer gesundheitsorientierten Gesamtpolitik, mit der Bevölkerungsperspektive auf die kollektive Gesundheit und eine an den Gesundheitsdeterminanten orientierte Gestaltung der Umwelt, hingewiesen. Die vom Sozialversicherungsträger unterzeichnete Charta verpflichtet zur Orientierung an den oben genannten Prinzipien und am Vorgehen entlang des Public Health Action Circle (Public Health Charta, 2012, S.1-3).

Um das Krankenversorgungssystem zu ökonomisieren wurde im Juni 2013 ein Bundeszielsteuerungsvertrag beschlossen. Seit 2010 verhandelten Bund, Länder und Sozialversicherung, um ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zu Gunsten des Patienten, bei gleichzeitiger Anpassung der Gesundheitsausgaben an das Wirtschaftswachstum, bis 2016 erreichen zu können (Bundesministerium für Gesundheit, www).

Um zeitgleich auch den Bereich der Gesundheitsförderung im Sinne einer Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik weiter zu verfolgen, wurden 2012 die vom Bundesministerium in einem partizipativen Prozess erarbeiteten Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich veröffentlicht. Auf diese soll zu einem späteren Zeitpunkt noch näher eingegangen werden (GÖG, Rahmengesundheitsziele, 2012, S.1ff).

Die Steiermark ist im österreichischen Vergleich das Bundesland mit der kleinstteiligen Gemeindestruktur. Für die Gemeinden wird es immer schwieriger, den Anforderungen des 21. Jahrhunderts gerecht zu werden. Durch die Vielzahl an steirischen Gemeinden entsteht ein hoher Koordinations- und Verwaltungsaufwand. Durch zusätzlich immer komplexer werdende Anforderungen aufgrund der demographischen Entwicklung und einer gesteigerten Mobilität der Bevölkerung bei schlechter finanzieller Lage vor allem der Kleinst- und Kleingemeinden, eingeschränkten Gestaltungsmöglichkeiten und dem Problem einer teilweise hohen Abwanderung, stehen die Gemeinden vor der großen Herausforderung lebenswerte Lebenswelten zu schaffen (Gemeindestrukturreform, S.3-25).

Menschen bleiben in einer Umgebung gesund, in der sie sich wohl fühlen. Das Wohlbefinden der Bevölkerung gilt als zentrales Kriterium für Gesundheit. Die Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde Lebenswelten werden durch politische Entscheidungen und Strategien gelenkt. Die Befragung der Entscheidungsträger der steirischen Gemeinden zum Thema Gesundheit und Soziales, hinsichtlich des Health in All Policies Ansatzes, ist schlussendlich ein wichtiger Schritt, um Denkanstöße in Richtung weiterer dringender Reformen zu initiieren. Es soll die Perspektive der Betroffenen gehört werden, um zu verstehen, sie in Diskussionen einzubinden und zukünftige Veränderungen wirkungsvoll den regionalen Bedürfnissen angepasst zu gestalten und um im Sinne der Partizipation die Akzeptanz von zukünftigen Veränderungsprozessen in den Gemeinden zu erhöhen.

In ihrer 2013 veröffentlichten Masterthese „Health in All Policies – Ansatzmöglichkeiten zur Verankerung einer gesundheitsfördernden sektorenübergreifenden Politik auf kommunaler Ebene“ stellte Silvia Tuttner die Hypothese auf, dass eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik über die Verankerung und Bewusstseinsbildung auf kommunalpolitischer Ebene zu einer dauerhaften strukturellen Verankerung der

Health in All Policies Strategie, im Sinne einer Bottom Up Strategie, führen könnte (Tuttner, 2012, S.11). Diese Überlegung führt zu der Frage, ob eine Bottom Up Strategie auch von steirischen Entscheidungsträgern als positive Entwicklung und realisierbare Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik betrachtet wird.

1.2 Forschungsfrage

In den letzten Jahren häufen sich die Empfehlungen verhaltens- und verhältnisorientierte Gesundheitsförderung auszubauen und die Inklusion des Gesundheitsaspekts in allen politischen Sektoren zu forcieren. Konkrete Strategien zur Integration nachhaltiger Gesundheitsförderung und zur Verankerung von HiAP Strategien in der steirischen und österreichischen Politlandschaft fehlen allerdings noch.

In ihrer Masterarbeit zum Thema Health in All Policies (HiAP) und den Ansatzmöglichkeiten zur Verankerung auf kommunaler Ebene wurden durch Silvia Tuttner Experten und Entscheidungsträger befragt. Als Verankerungsmöglichkeiten wurden verpflichtende Gesundheitsberichte für jedes politische Ressort und der Einsatz einer vereinfachten Form des Health Impact Assessments (HIA), im deutschsprachigen Raum auch als Gesundheitsfolgenabschätzung bekannt, identifiziert. Verpflichtende Gesundheitsberichte könnten das Gesundheitsverständnis erhöhen und als Grundlage für Gemeinde-Gesundheitsziele herangezogen werden. Ein sektorenübergreifendes Gesundheitsverständnis unter Berücksichtigung aller Gesundheitsdeterminanten könnte so auch Effekte auf höheren politischen Ebenen erzielen. Demnach wäre die Bottom Up Strategie zur Verankerung der HiAP Strategie und zur Förderung nachhaltiger Gesundheitsförderung eine konkrete Strategie zur Integration der Public Health Denkweise in die steirische und österreichische Politlandschaft (Tuttner, 2012, S.46-62).

1.2.1 Primäre Forschungsfrage

Auch wenn in den vergangenen Jahren einige Maßnahmen ergriffen wurden um den Health in All Policies Aspekt in die österreichische Politlandschaft einzubringen, fehlt es nach wie vor an konkreten Strategien.

Aus diesen Überlegungen resultiert die primäre Fragestellung:

Wie schätzen Entscheidungsträger der steirischen Gemeinden die derzeitige Entwicklung der Themen Gesundheit und Soziales im Kontext einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik ein? Sind die steirischen Entscheidungsträger ebenfalls der Ansicht, dass eine Bottom Up Strategie ein möglicher Ansatzpunkt zur Verankerung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik sein könnte?

1.2.2 Sekundäre Fragestellungen

Um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik umzusetzen bedarf es nicht nur rechtlicher Rahmenbedingungen. Ebenso wichtig ist das grundlegende Wissen der Anwender und demnach auch der Entscheidungsträger der steirischen Gemeinden. Das Bewusstsein für die Bedeutung von Sozialkapital, die Gesundheitsdeterminanten und das individuelle regionale, wie auch humane Potenzial sind grundlegende Voraussetzungen für eine funktionierende Health in All Policies Strategie.

Daraus ergeben sich sekundär folgende Fragestellungen:

1. Welches Wissen besteht bei den Entscheidungsträgern der steirischen Gemeinden zur Bedeutung von Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitskompetenzen?
2. Welche Bedeutung haben Gesundheit und Soziales aus emotionaler, politischer, (volks-)wirtschaftlicher Perspektive und für die Attraktivität einer Gemeinde nach Meinung der Entscheidungsträger?
3. Sehen steirische Entscheidungsträger verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren ebenfalls als Möglichkeit zur Steigerung des Gesundheitsverständnisses und als mögliche Grundlage für individuelle kommunale Gesundheitsziele?
4. Welchen Nutzen und welche Effekte würden sich Entscheidungsträger der steirischen Gemeinden im Bereich Gesundheit und Soziales für ihre Gemeinde wünschen, um partizipativ an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuarbeiten?
5. Welches Wissen glauben die steirischen Gemeinden noch zu brauchen, wo benötigen sie Unterstützung und wie könnte diese Unterstützung aussehen?

1.3 Public Health Relevanz

Österreich benötigt nachhaltige Strukturen und Strategien, um den negativen Auswirkungen des demographischen Wandels der Altersstruktur und dem epidemiologischen Wandel im Kontext dieses demographischen Wandels entgegenzuwirken. Ein fächerübergreifender und flächendeckender Einsatz der Public Health Strategien und Denkweisen hat das Potenzial die erwähnten negativen Auswirkungen einzudämmen.

Public Health, auch „öffentliche Gesundheit“ genannt, versteht sich als eine inter- und multidisziplinäre Wissenschaft. Sie ist eine sehr praxisbezogene, auf die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit ausgerichtete Wissenschaft mit starkem Politikbezug. Der Public Health Fokus ist auf zwei vorrangige Ziele gerichtet. Zum einen auf die individuelle und gesellschaftliche Gesundheitsförderung der Bevölkerung beziehungsweise die Gesundheitsförderung definierter Bevölkerungsgruppen, zum anderen auf eine ökonomische Versorgungsqualität, die Steigerung der Lebensqualität und eine gesellschaftsorientierte Gestaltung des Krankenversorgungssystems (Medizinische Universität, [www](#)).

Neben der stationären und ambulanten Versorgung gilt Public Health als dritte Säule eines intakten Gesundheitssystems. In dem Fachartikel „Wissen und Qualifikation für Public Health“ beschreibt R. Horst Noack die drei hauptsächlichen Public Health Aufgaben. Zu aller erst erwähnt er in eben diesem die politische Verantwortung der nachhaltigen Gesundheit für alle durch eine wirksame Versorgung, ergänzt durch eine ebenso wirksame Gesundheitsförderung. Weiters weist er auf den wissenschaftlichen Auftrag von Public Health zur Verbreitung relevanter und hochwertiger Gesundheitsinformationen und dem daraus resultierenden Wissen hin. Außerdem zählt für R. Horst Noack die Organisation der primären, gesundheitsrelevanten Sektoren, wie Krankenversorgung und Gesundheitsförderung, zu den Hauptaufgaben von Public Health.

Demographie, epidemiologischer Wandel und die Finanzierung des Gesundheitssektors zählen nicht nur für Österreich zu den großen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Wichtige strategische Public Health Ziele, um den negativen Auswirkungen entgegenzuwirken beziehungsweise sie einzudämmen, finden sich ebenfalls im Fachartikel „Wissen und Qualifikation für Public Health“ von R. Horst Noack. Zum einen die ergebnisorientierte und patientenorientierte Reorganisation der Krankenversorgung und zum anderen die professionelle Entwicklung und Koordination

von Gesundheitsförderung und Prävention. Denn ein adäquates Gleichgewicht zwischen Krankenversorgung und Gesundheitsförderung kann nur durch eine qualifizierte Zusammenarbeit zwischen Politik und Gesundheitssektor erreicht werden (Noack, www).

1.4 Methodik

Methodisch wird für die Beantwortung der Fragestellungen auf eine quantitative Befragung mittels E-Questionnaire zurückgegriffen. Es können so alle Entscheidungsträger der steirischen Kommunen, also Bürgermeister und Gemeinderäte, innerhalb kurzer Zeit erreicht und befragt werden. Voraussetzungen sind eine aktuelle, öffentliche E-Mail-Adresse und die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung. Der elektronische Fragebogen wird über das Internet an die Entscheidungsträger versandt. Die Adressen werden zum einen über den steirischen Gemeindebund, zum anderen über das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ von Styria Vitalis, aber auch durch Eigenrecherchen über die Websites der Kommunen, akquiriert. Die Entscheidungsträger haben solange Zeit, den Fragebogen zu beantworten, bis die Stichprobengröße von 100 erreicht wird. Danach erfolgt eine Auswertung und Interpretation.

2 Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen

2.1 Gesundheit – Krankheit

1948 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO):

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

Das Modell der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky stößt in der Gesundheitsförderung auf großes Interesse. Er setzte sich mit Entstehung und Erhalt von Gesundheit auseinander. Antonovsky betrachtete Gesundheit als einen instabilen Faktor, der von unterschiedlichsten Faktoren des Lebens beeinflusst wird. Insbesondere stellte er sich die Frage, wie der Mensch erreichen kann, dem Zustand „völliger Gesundheit“ näher zu sein, als dem der „totalen Krankheit“. Die individuelle Fähigkeit, der „völligen Gesundheit“ näher zu sein als der „totalen Krankheit“, nannte er Kohärenzgefühl. Er war dabei der Ansicht, dass Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl flexibler auf die Anforderungen des Lebens reagieren und dadurch ihre Gesundheit besser erhalten können (Bengel et al., 2001, S.6ff). Die Ausprägung des Kohärenzgefühls macht Antonovsky abhängig von den individuell vorhandenen Gesundheitsressourcen. Die von ihm identifizierten Gesundheitsressourcen (auch Widerstandsressourcen genannt) unterteilte er in personale (beispielsweise Genetik, Intelligenz, emotionale Stabilität), soziale (z.B. Familie, Freunde, soziale Netzwerke), materielle (wie Geld und Güter) und gesellschaftlich-kulturelle (z.B. Religion, Kunst, politisch-kulturelle Eingebundenheit) Faktoren (Krause & Mayer, 2012, S.21).

Neben dem salutogenetischen Modell wird in der Gesundheitsförderung das Gesundheitsdeterminanten-Modell von Dahlgren und Whitehead als wegweisendes Modell zur Gestaltung neuer Strukturen und Denkweisen genutzt. Es geht davon aus, dass individuelles Verhalten, wie auch die Verhältnisse in denen wir leben uns gesund oder krank machen. Das Gesundheitsdeterminanten-Modell ist nicht nur wichtiger,

sondern grundlegender Bestandteil des Public Health Action Circles und demnach auch für die Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik unabdingbar. Der Fond gesundes Österreich (FGÖ) zitiert zur Untermauerung des Modells auf seiner Homepage die Jakarta-Erklärung von 1997:

„Grundvoraussetzung für Gesundheit sind Frieden, Unterkunft, Bildung, soziale Sicherheit, soziale Beziehung, Nahrung, Einkommen, Handlungskompetenzen (Empowerment) von Frauen, ein stabiles Ökosystem, nachhaltige Nutzung von Ressourcen, soziale Gerechtigkeit, die Achtung der Menschenrechte und die Chancengleichheit.“

Die entscheidenden Faktoren für die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühl und für Verhältnisse in denen die Gesundheitsdeterminanten gestärkt werden, sind demnach von der physischen und sozialen Umwelt, in der wir Menschen leben, abhängig (Fond Gesundes Österreich, www).

Setzt man sich mit dem Erhalt von Gesundheit und der Vermeidung von Krankheit auseinander, so trifft man unweigerlich auf die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention. Beide haben das selbe Ziel, nämlich die Gesundheit der Menschen. Und doch stehen entgegengesetzte Handlungsansätze und Perspektiven hinter den Begriffen.

Prävention und Gesundheitsförderung werden in Literatur und Alltag häufig synonym verwendet. Es besteht allerdings ein feiner Unterschied. Prävention setzt bei der Vermeidung bestimmter Erkrankungen an, Gesundheitsförderung hingegen bei der Stärkung der Gesundheit. In der Praxis sind die Übergänge fließend.

Ausgangspunkt der Prävention ist die pathogenetische Sichtweise. Es werden Ursachen für Krankheiten und Krankheitsrisiken identifiziert. Für die Gesundheitsförderung wird hingegen der salutogenetische Blickwinkel auf die Gesundheit angewandt und der Fokus auf die gesundheitserhaltenden Faktoren gelegt.

In der Prävention unterscheidet man zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention. Die Primär-Prävention soll Krankheiten verhindern, bevor sie auftreten. Ein Beispiel wären Schutzimpfungen. In der Sekundär-Prävention sollen Krankheiten zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erkannt werden, um einen Ausbruch abzuwenden. Zu diesem Zweck werden zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen angeboten. Im

Rahmen der Tertiär-Prävention wird nach dem Ausbruch einer Erkrankung oder einer Verletzung die Gesundheit möglichst wiederhergestellt und eine neuerliche Beeinträchtigung vorgebeugt. Rehabilitationen fallen in diesen Bereich (Bundesministerium für Gesundheit, www). Präventive Maßnahmen sind in Österreich eng mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst verwoben und finden gute Umsetzung. So sind Maßnahmen wie Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, schulärztliche Dienste und Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche und Erwachsene seit den 1970er Jahren Teil der österreichischen Präventionsstrategie (Hofmarcher & Rack, 2006, S.120-124).

2.2 Gesundheitsförderung

Der Begriff Gesundheitsförderung steht für ein gesundheitspolitisches Aktionsprogramm, welches darauf abzielt der Bevölkerung in höherem Maße Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zu Befähigen ihr Gesundheitspotenzial auszuschöpfen. Die Gesundheitsförderung orientiert sich dabei am Zustand der Gesundheit und dessen Erhalt.

In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1986 wurden Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung erstmals zusammengefasst. Weiterentwickelt wurde die ursprüngliche Definition der Gesundheitsförderung im Jahr 1997 durch die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung des 21. Jahrhunderts. In der Jakarta-Erklärung wird erstmals auch auf die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten zur Verbesserung der Gesundheit hingewiesen.

Gesundheitsförderung setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitspotenziale der einzelnen Menschen und auf allen Ebenen der Gesellschaft an. Die salutogenetische Betrachtungsweise auf die Gesundheit der Menschen ist demnach ein wesentliches Merkmal der Gesundheitsförderung. Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky entwickelte diese Art der Betrachtung auf die Gesundheit. Sie ermöglicht es menschliche Ressourcen, die die Gesundheit stärken, zu identifizieren und bietet dadurch einen Ansatzpunkt für eine gezielte Stärkung des Gesundheitspotenzials. Die Gesundheitsförderung wendete sich ursprünglich dadurch von der Pathogenese ab, der Betrachtung von Krankheit und Krankheitsrisiken und ihrer Vermeidung im Sinne der Prävention und Kuration. Heutzutage werden Prävention und Gesundheitsförderung als notwendige Ergänzung zueinander betrachtet, um die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten.

Der Fokus in der Gesundheitsförderung liegt auf der Reduktion gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit und der Schaffung von Chancengleichheit. Dabei will die Gesundheitsförderung nicht nur eine Veränderung der individuellen Lebensweisen der Menschen durch die Beeinflussung ihrer Handlungsfähigkeiten erreichen, sondern ebenso gesundheitsrelevante Lebensbedingungen stärken und zielt dabei auf die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Faktoren durch politische Interventionen ab.

In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 wurden die wichtigsten Strategien und Bereiche der Gesundheitsförderung zusammengefasst und in Form von drei Handlungsstrategien und fünf -bereichen veröffentlicht.

Drei Handlungsstrategien zur Gesundheitsförderung:

1. Advocacy im Sinne eines aktiven Eintretens für die Gesundheit von Seiten der Politik und Interessensvertretern.
2. Enable im Sinne des Empowerments sollen die Menschen dazu befähigt werden ihr Leben und ihre Lebenswelten selbst zu gestalten.
3. Mediate im Sinne einer nachhaltigen Vernetzung aller Akteure mit Einfluss auf die Gesundheit der Menschen.

Fünf Handlungsbereiche zur Gesundheitsförderung:

- 1) Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, in welcher der Gesundheitsaspekt in allen Entscheidungen und allen Politikfeldern mitberücksichtigt wird.
- 2) Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten und unterstützender Umweltbedingungen, um einen sozioökologischen Weg zur Gesundheit zu gestalten.
- 3) Unterstützung gemeinschaftsbezogener Aktionen und Netzwerke um die Selbstbestimmung und Autonomie der Menschen zu fördern.
- 4) Health literacy im Sinne der Weiterentwicklung der persönlichen Kompetenzen der Menschen, um sie dabei zu unterstützen mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit zu haben.
- 5) Die Neuorientierung der Gesundheitsdienste, durch die Ergänzung des medizinisch-kurativen Versorgungsbereichs durch die Gesundheitsförderung und eine Vernetzung der Gesundheitsdienste mit anderen gesundheitsrelevanten Bereichen.

Die verschiedenen Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung werden auch Mehrebenenansatz genannt, da sich die Bereiche auf aufeinander folgende Ebenen beziehen.

Eine wesentliche Strategie der Gesundheitsförderung ist der Ansatz im Setting. Denn Settings, wie die Kommune, der Arbeitsplatz oder die Schule, sind Orte an denen Menschen einen großen Teil ihres Lebens verbringen und durch deren Organisation die Gesundheit beeinflusst wird (Kabal-Schönstein, 2011, www).

In Österreich trat 1998 mit dem Gesundheitsförderungsgesetz, das erste Bundesgesetz in Kraft, das sich ausschließlich mit der Gesundheitsförderung auseinandersetzt. Die Umsetzung wurde dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) übertragen. Der FGÖ ist ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, welche 2006 als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und Kompetenz- und Förderstelle für Gesundheitsförderung errichtet wurde. Mit einem bisherigen, aus Steuermitteln finanzierten, Budget von 7,25 Millionen Euro pro Jahr übernimmt der FGÖ Projektförderungen, Unterstützung beim Strukturaufbau der Gesundheitsförderung, Investitionen in Aus- und Weiterbildung, Vernetzung der Player im Netzwerk der Gesundheitsförderung und betreibt Aufklärung (Hofmarcher & Rack, 2006, S.124-126). Die gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Projekte der letzten Jahrzehnten setzten vorrangig in Settings an. So wurde zum Beispiel im Jahr 2000 das „Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“ (ÖNBGF) gegründet, dessen österreichische Kontaktstelle in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zu finden ist. Regionalstellen existieren in allen Bundesländern. Es wurde eine Charta der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF Charta) erarbeitet, Qualitätskriterien für ein Gütesiegel festgelegt und die Verleihung eines BGF-Oskars alle zwei Jahre beschlossen (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 126-127).

Der Setting-Ansatz ist ein Ansatz der in der Bangkok-Charta von 2005 gesondert hervorgehoben wird. Die österreichischen Programme „Gesundheitsförderung in der Schule“ und „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ des Ludwig Boltzmann Instituts für Gesundheitsförderungsforschung (LBIHPR) werden durch das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt (Bundesministerium für Gesundheit, www).

Seit 2005 sind Prävention und Gesundheitsförderung auch Teil der Aufgaben der Gesundheitsplattform. Sie leitet die Ländergesundheitsfonds und soll die Versorgung

sektorenübergreifend steuern (Hofmarcher & Rack, 2006, S.XV).

Ziel ist die gemeinsame Planung von Struktur und Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Gesundheitsplattform versteht Gesundheitsförderung für alle Projekte als Querschnittsmaterie. Ihre Mitglieder bestehen aus Bund, dem Land Steiermark, Sozialversicherung und Ärztekammer, Vertretern privater Fonds- und öffentlicher Krankenanstalten, wie auch des Städte- und Gemeindebundes und der Patienten- und Pflegeombudschaft. Die gewichtigsten Stimmen für die Steiermark haben Sozialversicherung und Land Steiermark. Auch Strukturpläne für den intramuralen-, extramuralen- und den Pflegebereich gehören zu den Aufgaben der Gesundheitsplattform. Ebenso hat sie die Aufgabe Qualitätsvorgaben für den Gesundheitsbereich zu erstellen (Gaugg, 2006, S.1ff).

Während seiner EU-Präsidentschaft 2006 ernannte Finnland Health in All Policies (HiAP) zu einem seiner Schwerpunkte. Dadurch erlangte der Ansatz auch verstärktes internationales Interesse. In Folge wurde der HiAP Perspektive verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt und sie wurde in den europäischen Gesundheitsstrategien fest verankert. Es sollen auf die Gesundheitsdeterminanten ausgerichtete Gesundheitsziele definiert und neue Strategien und Strukturen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Ressorts etabliert werden. Bei der auf die Gesundheitsdeterminanten fokussierten HiAP – im deutschsprachigen Raum auch „Gesundheit in allen Politikbereichen“ genannt – stehen die Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit und die Partizipation der Bevölkerung im Vordergrund. Grundvoraussetzung ist, dass alle Politikbereiche zusammenarbeiten und das zukünftige Handeln an den Gesundheitszielen orientiert ist (Meyer et al., 2008, S.o.A.).

Im Auftrag des steirischen Gesundheitsfonds wurden 2007 Gesundheitsziele für die Steiermark erarbeitet. Um eine Aussage über den Ist-Zustand treffen zu können wurde ein Maßnahmenkatalog erstellt und der Gesundheitszustand der Steirer, wie auch bereits bestehende Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten erfasst. Weiters wurden Ziele und Maßnahmen entwickelt, orientiert an internationalen Empfehlungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen. Pro Zielbereich wurden weiters Maßnahmen auf drei Ebenen (Ebene 1: steirische Landespolitik, Ebene 2: gesundheitsförderliche Veränderungen in den Lebenswelten, Ebene 3: das Verhalten des Individuums) erarbeitet. Die Maßnahmen-Empfehlungen auf den ersten beiden

Ebenen sollen dazu beitragen, die Lebensverhältnisse der steirischen Bevölkerung positiv zu beeinflussen. Nur wenn auf allen drei Ebenen Maßnahmen umgesetzt werden, kann eine nachhaltige, positive Beeinflussung der Bevölkerungsgesundheit erreicht werden.

Die drei steirischen Gesundheitsziele lauten:

1. Gesunde Lebenswelten
2. Entwicklung von Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben
3. ein gesundheitsförderndes Gesundheitssystem (Steirischer Gesundheitsfond, 2007, S.2ff).

Um den Bereich der Prävention scheint das österreichische Gesundheitssystem ergänzt. Auch im Bereich der Gesundheitsförderung werden Maßnahmen gesetzt. Vorrangig im Setting-Ansatz. Zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist es allerdings noch ein weiter Weg.

2.2.1 Gesundheitsdeterminanten

Gesundheitsdeterminanten sind Faktoren, deren Veränderung Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung hat. Die Determinanten wirken über unsere physische und soziale Umwelt auf uns. Unsere physische und soziale Umwelt beeinflusst unser Wohlbefinden und dadurch unsere Gesundheit. In der nachfolgenden Grafik sind die wesentlichen Determinanten dargestellt (Fond Gesundes Österreich, [www](http://www.fond-gesundes-oesterreich.at)).

Auf der ersten Ebene können die individuellen, nicht veränderbaren Faktoren erkannt werden. Nicht veränderbare Faktoren wären beispielsweise Geschlecht, Alter oder Erbanlagen. Die erste beeinflussbare Ebene ist die der Faktoren der individuellen Lebensweise. Hier hat die Gesundheitsförderung, aber auch jedes Individuum selbst, die Möglichkeit über das individuelle Verhalten die Gesundheitschancen zu beeinflussen. Beispielsweise über das individuelle Bewegungs-, Ernährungs- und Konsumverhalten. Auf der zweiten Ebene der beeinflussbaren Faktoren stehen die sozialen und kommunalen Netzwerke. Die Gesundheitsförderung arbeitet auf dieser Ebene mit dem Setting-Ansatz in Gemeinden, Betrieben oder Schulen und legt dabei viel Wert auf die Partizipation der Bevölkerung. Die dritte Ebene der beeinflussbaren Faktoren sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen. Auf diese Ebene hat das Individuum im Regelfall keinen Einfluss. Hier kommt die Perspektive der HiAP zu

tragen. Denn auf Arbeitsbedingungen, Bildung, Versorgung und ähnliches haben vor allem die politischen Rahmenbedingungen und Entscheidungen Einfluss. Ähnliches gilt für die letzte Ebene, die der allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Auch auf diese Ebene hat der einzelne Mensch keinen wirksamen Einfluss. Denn Umwelt, Gesetzgebung, Wirtschaft, Frieden, etc. hängen ebenfalls von politischen Maßnahmen und Entscheidungen ab.

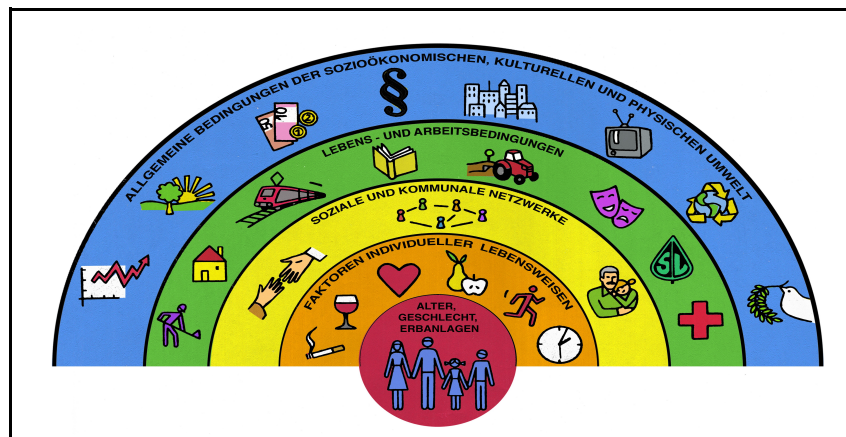


Abb. 1: Gesundheitsdeterminanten-Modell nach Dahlgren und Whitehead (Fond Gesundes Österreich, www)

2.2.2 Gesundheitskompetenzen

Gesundheit wird im Alltag hergestellt. Unser immer komplexer werdendes Gesundheitssystem, mit seinem riesigen Angebot an Informationen und Dienstleistungen aus unterschiedlichsten Quellen macht es für die Nutzer dieses Systems oft schwierig mit der Fülle an Angeboten umzugehen. Als Gesundheitskompetenz (in der Literatur auch health literacy genannt) wird die Fähigkeit des Einzelnen verstanden, im Alltag Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die eigene Gesundheit auswirken.

Das Verständnis für Gesundheitskompetenzen im Feld der Public Health entspricht sozialen und kulturellen Fähigkeiten, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen, die die eigene Gesundheit positiv beeinflussen. Verstärkt werden können diese Fähigkeiten durch den Empowerment-Ansatz, bei dem die Ressourcen des Einzelnen zu Tage gebracht werden und ihn dadurch befähigen, Kompetenzen zu entwickeln um Probleme zu lösen.

Bei den Gesundheitskompetenzen unterscheidet man drei unterschiedliche Ebenen:

- ⌚ die funktionalen Gesundheitskompetenzen
- ⌚ die interaktiven Gesundheitskompetenzen
- ⌚ die kritischen Gesundheitskompetenzen.

Als funktionale Gesundheitskompetenz wird die Fähigkeit verstanden, Gesundheitsinformation lesen und verstehen zu können und dieses Verständnis für die Nutzung von Angeboten zu verwenden. Die interaktive Gesundheitskompetenz befähigt die Menschen, sich mit Informationen auseinanderzusetzen und dementsprechend zu handeln. Die dritte Ebene, die kritische Gesundheitskompetenz, ermöglicht, sich mit Information kritisch auseinanderzusetzen und diese ebenso kritisch zu hinterfragen.

Präventions-Maßnahmen und Gesundheitsförderungs-Projekte unterstützen automatisch auch die Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Erreicht wird dies unter anderem durch die Partizipation der betroffenen Bevölkerungsgruppe und das daraus resultierende, gestärkte Empowerment der Menschen (quint-essenz, www).

2.3 Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik

Zu den Voraussetzungen gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu realisieren zählt eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (Healthy Public Policy). Dabei spielt die Integration des Gesundheitsaspekts in alle Politiksektoren (Health in All Policies), bei allen politischen Entscheidungen und die Anerkennung der Auswirkungen ihrer Entscheidungen von Seiten der Politiker auf die Gesundheit der Bevölkerung, eine tragende Rolle. Nur durch koordiniertes politisches Handeln können gesundheitliche und soziale Chancengleichheit erreicht und gesundheitsfördernde Lebenswelten nachhaltig gestaltet werden. Denn wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung haben Determinanten wie die Verkehrs- und Mobilitätsbedingungen einer Stadt oder Gemeinde, der Zugang zu guter Bildung, angemessene Wohnverhältnisse, soziale Gerechtigkeit, faire Arbeitsbedingungen, der Zugang zu gesunden Lebensmitteln, ein sorgsamer Umgang mit der Umwelt und vieles mehr. In einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik arbeiten Politikbereiche wie Stadtentwicklung, Bauwesen, Bildung, Wirtschaft, Soziales, Jugend- und Familie, Arbeit, Ernährung und andere zusammen und machen die gesünderen

Entscheidungen zu den leichteren Entscheidungen.

Wesentliche Grundbegriffe für den Aufbau und die Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik sind:

1. Die Anerkennung des Mehrebenenmodells zur Gesundheitsförderung und der drei Handlungsstrategien.
2. Die Anerkennung der WHO-Definition von Gesundheit, der Gesundheitsdeterminanten und der sozioökonomischen Faktoren für Gesundheit und Lebensqualität.
3. Die Integration der im Public Health Action Circle vorgesehenen Gesundheitsberichterstattung als Grundlage zur Identifikation von Handlungsfeldern und die Etablierung des Health Impact Assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung) als Entscheidungshilfe für politische Maßnahmen.
4. Die Errichtung von Strukturen für intersektorale Kooperationen, um ressortübergreifende Handlungsstrategien zu fördern.
5. Die Verankerung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf allen politischen Ebenen und in allen politischen Programmen.

Die strategische Trias der WHO sieht eine sich ergänzende Kooperation zwischen gesundheitsfördernder Gesamtpolitik, intersektoraler Kooperation und gesundheitsfördernden Lebenswelten vor. Hierbei fungiert die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik als Werkzeug gesundheitsfördernde Lebenswelten umzusetzen, mit der intersektoralen Kooperationen sollen die Akteure angesprochen werden und die gesundheitsfördernde Lebenswelten beziehen sich primär auf Settings, wie Gemeinden, in denen die Bevölkerung lebt, lernt und arbeitet. (Trojan & Süß, 2010, www).

3 Kommunale Gesundheitsförderung

In Zeiten des demographischen Wandels der Altersstruktur, der Zunahme chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung, einer Regression sozialer und gesundheitlicher Chancengleichheit und einer immer schwieriger werdenden Finanzierung der Sozialversicherungsleistungen wird es immer wichtiger gesundheitsfördernde Strukturen und Strategien nachhaltig auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu integrieren. Die kommunale Gesundheitsförderung, also die Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde, spielt dabei eine zentrale und immer wichtiger werdende Rolle.

Nach Meinung einiger Experten zum Thema Health in All Policies könnte die Integration einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf kommunaler Ebene leichter umzusetzen sein, als auf Bundes- und Landesebene. Dafür sprechen die einfacheren politischen Strukturen, die kürzeren Entscheidungswege, eine stärkere Kooperation der politischen Entscheidungsträger in den Kommunen untereinander und ein engerer Kontakt zur Bevölkerung. Auch wird davon ausgegangen, dass Kompetenzen zur Verankerung des Gesundheitsaspekts in allen politischen Bereichen, durch die kommunalpolitischen Akteure von der Gemeindeebene - im Sinne einer Bottom Up Strategie - auch in höhere politische Ebenen weitergetragen werden können (Tuttner, 2012, S.49-61).

3.1 Grundprinzipien der kommunalen Gesundheitsförderung

Die Kommune wird in der Gesundheitsförderung als System verstanden, in dem viele Subsysteme verankert sind. Die dortigen Lebensverhältnisse wirken sich direkt auf die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung aus. In der Lebenswelt Gemeinde kann die Bevölkerung alltagsnah und zielgruppengerecht erreicht werden (Böhme & Stender, 2010, www).

3.1.1 Setting-Ansatz

Als Setting wird ein sozialräumliches System - wie Gemeinden, aber auch Kindergärten, Schulen, Betriebe und ähnliches - verstanden, in dem Menschen leben, lieben, lernen und arbeiten. Settings haben Einfluss auf die Gesundheit jedes einzelnen Menschen und auf Gruppen von Menschen. Ausgehend davon, dass

Gesundheit beziehungsweise Gesundheitsprobleme durch das Zusammenspiel von sozioökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen und dem individuellen Lebensstil der Menschen entstehen, zielt Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde darauf ab die Lebensbedingungen der Bevölkerung so zu gestalten, dass ihre Gesundheit positiv beeinflusst wird und langfristig aus der Gesundheitsförderung im Setting ein gesundheitsförderndes Setting gestaltet werden kann (quint-essenz, www). Der Setting-Ansatz kann deshalb als Interventionsfeld verstanden werden, der eine bedarfsorientierte gesundheitsfördernde Gestaltung des Sozialraums zum Ziel hat (Halkow & Engelmann, 2008, S.2).

3.1.2 Partizipation

Von Partizipation in der Gesundheitsförderung wird gesprochen, wenn Zielgruppenmitglieder an der Planung und Umsetzung einer gesundheitsfördernden Intervention beteiligt werden. Ausgehend davon, dass Maßnahmen mit größerer und nachhaltigerer Wirkung umgesetzt werden können, wenn Menschen der Zielgruppen aktiv am Veränderungsprozess teil haben, gilt die Partizipation als eines der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung.

Der Grad der Partizipation ist abhängig von der Entscheidungsmacht der beteiligten Personen. Haben Mitglieder der Zielgruppe Mitentscheidungsrecht spricht man von „echter“ Partizipation (quint-essenz, www).

3.1.3 Empowerment

Als Empowerment wird der Prozess bezeichnet, durch den Gruppen und Einzelpersonen befähigt werden ihre Handlungsspielräume zu erweitern und mehr Selbstbestimmung in ihrer Lebensgestaltung zu erlangen.

Als Grundprinzip der Gesundheitsförderung unterscheidet man zwischen individuellem und gemeinschaftsbezogenem Empowerment. Als individuelles Empowerment wird die Fähigkeit des Individuums verstanden, mehr Kontrolle über das eigene Leben zu erlangen. Das gemeinschaftsbezogene Empowerment bezieht sich auf Gruppen, die durch gemeinsames Handeln mehr Kontrolle und so auch mehr Gesundheit und eine höhere Lebensqualität erreichen. Eine Steigerung des Empowerments wird durch Methoden, die über die Partizipation von Zielgruppen initiiert werden, erreicht (quint-essenz, www).

3.1.4 Multiplikatoren

In der Gesundheitsförderung gelten Multiplikatoren als wichtige Unterstützer zum Erreichen der gesetzten Ziele. Sie werden als Schlüsselpersonen betrachtet und können, bezogen auf das kommunale Setting, direkt aus den Zielgruppen stammen.

Multiplikatoren sind Vorbilder, die ihr Wissen, ihr Können und das gewünschte Gesundheitsverhalten weitergeben. Voraussetzung dafür ist ein bereits bestehendes oder durch Schulungen und Fortbildungen erworbenes Wissen. Ziel ist, die Reichweite der gesundheitsfördernden Maßnahme zu vergrößern und so möglichst viele Menschen der Zielgruppe zu erreichen (Lehmann & Sabo, 2003, S.154-156).

3.1.5 Besonderheiten der kommunalen Gesundheitsförderung

Kommunale Gesundheitsförderung hat Vorteile, aber auch Nachteile. Grundsätzlich handelt es sich um ein offenes Interventionsfeld. Zu den Vorteilen zählt mit Sicherheit, dass im Gemeinde-Setting die unterschiedlichsten Zielgruppen, wie Kinder, Jugendliche, Alleinerzieher, Familien, Arbeitslose, Ältere, Kindergärten, Schulen, Betriebe und viele mehr, erreicht werden können. Das bedeutet, dass neben allen Altersgruppen auch alle sozialen Schichten angesprochen werden können. Allerdings ist das Feld der kommunalen Gesundheitsförderung ein sehr heterogenes Interventionsfeld mit ebenso hoher Komplexität. Dies birgt die Gefahr Gruppen zu sehr zu selektieren (Reis-Klingspiegl, 2011, S.o.A.).

3.1.6 Komplexes Interventionsfeld Gemeinde

Im Setting Gemeinde sollte Gesundheit und demnach auch Gesundheitsförderung als öffentlicher Auftrag betrachtet werden, um die Lebensqualität zu steigern. Um die Gesundheit in den Kommunen nachhaltig zu fördern ist die Partizipation der Bevölkerung grundlegend.

Man unterscheidet zwischen drei unterschiedlichen Interventionsarten. Der lebensweltbasierte Ansatz, bei der das Setting oder die Lebenswelt als Ort für Interventionen im Sinne einer Top Down Strategie und die beteiligten Zielgruppen eher als Konsumenten betrachtet werden können. Hierbei wird von externen Personen Wissen in die Gemeinde eingebracht, die Entwicklungsprozesse begleitet und Empowerment gefördert. Dieses Vorgehen wird auch Community Control genannt.

Der lebensweltaktivierende Ansatz nutzt Empowerment und beteiligt Personen aus den

Lebenswelten an Planung und Umsetzung einer Intervention, unterstützt Vernetzung und fördert beziehungsweise nutzt Sozialkapital. Hier spricht man auch vom Community Building.

Ziel gesundheitsfördernder Interventionen und der Gemeindeentwicklung ist das sogenannte Capacity Building. Bei diesem lebensweltentwickelnden Ansatz wird die Entwicklung von Kompetenzen in der Lebenswelt, die Verankerung von Gesundheit als Wert und die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten gefördert. Dieses wird über die sogenannte Bottom Up Strategie erreicht. Das heißt, durch die Bildung von Kapazitäten in der Kommune entstehen Lösungsprozesse durch das Potenzial interner Personen. Beim lebensweltentwickelnde Ansatz zur Gestaltung von gesundheitsfördernden Settings und Capacity Building ist die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung am größten.

Indikatoren für Capacity Building auf kommunaler Ebene sind:

1. Verankerung von Gesundheit in allen Politikbereichen (Health in All Policies)
2. bereits vorhandene Infrastruktur, Vernetzungen und Kooperationen
3. bereits vorhandene Leadershipkompetenzen
4. Ressourcenallokation
5. bereits vorhandene Erfahrungen mit Partizipation und Empowerment

Ob Interventionen auf kommunaler Ebene lebensweltbasiert, lebensweltaktivierend oder lebensweltentwickelnd ansetzen ist abhängig von der Phase in der sich die Gemeinde befindet (Reis-Klingspiegl, 2012, S.o.A.).

3.2 Netzwerk Gesunde Gemeinde Steiermark

Gesundheitsförderung sollte immer auf drei Ebenen stattfinden. Der individuellen Ebene, der Setting-Ebene und der politischen Ebene. Nur wenn auf allen drei Ebenen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit gesetzt werden, kann auch eine Nachhaltigkeit erwartet werden. Auf zwei der drei Ebenen werden in den letzten Jahren verstärkt Projekte realisiert.

Styria Vitalis, ein Verein mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung und Prävention in der Steiermark, orientiert sich an den Public Health Prinzipien. Vorrangig arbeitet der Verein in den steirischen Gemeinden auf der Ebene des individuellen Verhaltens und auf der Setting-Ebene. Unter anderem ist Styria Vitalis Träger des Netzwerks Gesunde

Gemeinde (Styria Vitalis, [www](http://www.styria-vitalis.at)). Das Netzwerk Gesunde Gemeinde hat sich seit seiner Gründung 1987 stetig vergrößert. Rund ein Drittel der steirischen Gemeinden gehört diesem Netzwerk an. Finanzielle Unterstützung erhalten sie durch das Land Steiermark (Styria Vitalis, [www](http://www.styria-vitalis.at)). Ziele des Netzwerks Gesunde Gemeinde sind die Steigerung der Lebensqualität, die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung und die gesundheitsbezogene Gemeindeentwicklung. Berücksichtigt werden in der gesundheitsfördernden Gemeindeentwicklung die Sektoren Zusammenleben/Heimat, Ortsentwicklung, der Sozialbereich, Bildung und Schule, Infrastruktur/Verkehr, Freizeit/Sport, Kultur, Land-/Wirtschaft und Tourismus.

Momentan findet man auf der Homepage von Styria Vitalis 143 Gesunde Gemeinden. Die meisten davon hat der Bezirk Graz-Umgebung mit 22 Gemeinden, direkt gefolgt von der Südoststeiermark und Weiz mit jeweils 18 Gesunden Gemeinden. Deutschlandsberg und Leibnitz können jeweils 15 Gesunde Gemeinden ihr eigen zählen, nur knapp dahinter liegt Bruck-Mürzzuschlag mit 14 Gesunden Gemeinden. Im derzeitigen Mittelfeld finden sich die Bezirke Murtal mit 12, Hartberg-Fürstenfeld mit 10 und Liezen mit 9 Gesunden Gemeinden. Die Schlusslichter sind Voitsberg mit 5 Gemeinden, Murau mit 3 und Leoben ist sogar mit nur 2 Gemeinden im steirischen Netzwerk Gesunde Gemeinde vertreten (Styria Vitalis, [www](http://www.styria-vitalis.at)).

3.3 Bedeutung von Gesundheit als politisches Handlungsfeld

Während der ersten Gesundheitsrevolution im 19. Jahrhundert lag der Fokus des Gesundheitssystems in der Sicherung der öffentlichen Gesundheit. Die zweite Gesundheitsrevolution, im Verlauf des 20. Jahrhunderts, konzentrierte sich auf die Absicherung der einzelnen Menschen im Falle von Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und im Alter.

Viele Lebens- und Arbeitsumstände des 21. Jahrhunderts machen die Menschen und die Gesellschaft krank. Um einen Verlust der systemischen, soziologischen und epidemiologischen Erfolge des Gesundheitssystems im 19. und 20. Jahrhunderts zu verhindern, erfordert das 21. Jahrhundert eine dritte Gesundheitsrevolution. Diese muss ihren Fokus auf die Förderung der Gesundheit in den komplexen Lebenswelten des Alltags legen. Denn Gesundheit wird im Alltag und nicht in Krankenhäusern oder Arztpraxen hergestellt.

Das 21. Jahrhundert benötigt einen Paradigmenwechsel des Gesundheitsbegriffs, da die gegenwärtige Organisation des Gesundheitssystems den Herausforderungen nicht

mehr gewachsen ist. Eine Neuorganisation des Systems erfordert eine Expansion des Gesundheitsaspekts in alle gesellschaftlichen und politischen Bereiche, die Einbindung neuer Akteure, sowie die Orientierung an Gesundheitszielen.

Gesundheit muss als gesellschaftliches Ziel begriffen und als Voraussetzung für darauf aufbauende gesellschaftliche Ziele, wie die Chancengleichheit, eine ökonomische Entwicklung, die Reduktion von Krankheitslast, mehr Wohlbefinden, sozialen Frieden oder eine höhere Lebensqualität, verstanden werden. Die gesunde Entscheidung muss die leichtere Entscheidung werden. Erreicht wird dies einerseits durch eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Konsum- und Lebenswelt der Bevölkerung, andererseits durch die Stärkung der Gesundheitskompetenzen der Menschen (Kickbusch, 2011, S.o.A.).

3.3.1 Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“

2012 wurde bei der 62. Tagung des WHO-Regionalbüros für Europa der abschließende Entwurf des europäischen Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ vorbereitet, auf welchen sich die 53 Mitgliedsstaaten der WHO in der EU geeinigt haben. In diesem Rahmenkonzept werden strategische Ausrichtungen und grundsätzliche politische Handlungsfelder für ein gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der europäischen Bevölkerung erläutert. „Gesundheit 2020“ gibt zwei elementare strategische Ausrichtungen vor. Zum einen die Verbesserung der Gesundheit für alle, wie auch Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und zum anderen die Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit. Ebenfalls werden vier wesentliche Handlungsfelder für die Arbeit an gesundheitspolitischen Prioritäten nahegelegt. Diese vier Bereiche sind die Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen, die Bekämpfung nichtübertragbarer und übertragbarer Krankheiten, die Stärkung bürgernaher Gesundheitssysteme und die Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler.

Weiters wird mehrmals auf eine notwendige Umsetzung der Health in All Policies Strategie für mehr Gesundheit und Wohlbefinden, auch außerhalb des gesundheitspolitischen Sektors, hingewiesen. Um die Dringlichkeit einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zur Reduktion gesundheitlicher Chancenungleichheiten in der Bevölkerung zu untermauern, wurde unter anderem die politische Erklärung von Rio über die sozialen Determinanten von Gesundheit aus dem

Jahr 2011 herangezogen. Diese besagt:

„Gesundheitliche Benachteiligungen entstehen aus den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen Kinder zur Welt kommen, aufwachsen, leben, arbeiten und altern, und die man auch als die sozialen Determinanten von Gesundheit bezeichnet.“

Ziel ist hierbei, dass alle Sektoren ihre Verantwortung für Gesundheit wahrnehmen, entsprechend agieren und die komplexe Wirkung von Gesundheit auf andere Sektoren und umgekehrt verstehen.

Um die Auswirkungen des Rahmenkonzepts messbar zu machen, wurden Dachziele in „Gesundheit 2020“ von den Mitgliedsstaaten vereinbart. Eines dieser Dachziele ist die „Aufstellung nationaler Ziele und Vorgaben für die Gesundheit in den Mitgliedsstaaten.“ (Gesundheit 2020, 2012, S.35). Um den Health in All Policies Ansatz in Österreich weiter voranzubringen, wurden Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich entwickelt.

3.3.2 Rahmen-Gesundheitsziele

Die Erarbeitung der Ziele begann mit der 1. Bundesgesundheitskonferenz 2011 und wurde unter reger Beteiligung von unterschiedlichsten Organisationen und über 4000 Bürgern bis Mitte 2012 ausgefertigt. Das Ergebnis sind zehn Rahmen-Gesundheitsziele, welche als Handlungsanleitung für tatsächliche Maßnahmen verschiedenster Politik- und Gesellschaftsbereiche dienen sollen. Ziel ist auch hier, die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung nachhaltig zu unterstützen und zu fördern. Die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung soll zukünftig nicht mehr alleine durch den Gesundheitssektor, sondern durch ein stärkeres Bewusstsein für das komplexe Zusammenspiel unterschiedlichster Einflussfaktoren (wie Bildung, Einkommen, Arbeits- und Lebensbedingungen) auch durch andere politische Sektoren mitgetragen werden (GÖG, Rahmengesundheitsziele, 2012, S.1ff).

Für die Steiermark wurden bereits 2007, im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark, steirische Gesundheitsziele definiert.

3.3.3 Gesundheitsziele Steiermark

In den steirischen Gesundheitszielen aus dem Jahr 2007 wurde auf die Wichtigkeit

einer langfristigen Strategie- und Gesamtplanung für ein gesundheitsförderliches Gemeindeumfeld und die Notwendigkeit der Kombination von verhaltens- und verhältnisorientiertem Ansatz, um eine umfassende gesundheitsförderliche Wirkung zu erzielen, hingewiesen. Gesundheitsfördernde Strategien die beim Individuum und seinem Verhalten ansetzen, finden bereits seit einigen Jahren im Setting Gemeinde Anwendung. Um auch die Verhältnisse in den Gemeinden im Sinne der Gesundheitsförderung zu verändern, benötigt es eine Anpassung der politisch-administrativen Rahmenbedingungen (HealthCarePueringer, Gesundheitsziele Steiermark, 2007, S.3-26).

4 Health in All Policies in der Kommune

Health in All Policies, kurz HiAP, versteht sich als die Verankerung des Gesundheitsaspekts bei allen Entscheidungen aller Sektoren. Eine Umsetzung der Health in All Policies Strategie hat das Potenzial, dem Ziel einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in Österreich einen großen Schritt näher zu kommen.

Die Initiierung zur Etablierung des Gesundheitsaspekts in allen Politikbereichen auf der politischen Ebene der Kommunen könnte, durch seine direkteren Kommunikationswege zwischen den Entscheidungsträgern der einzelnen Sektoren, zu einer nachhaltigeren Verankerung führen. Die Entscheidungsträger der Kommunen stehen der Bevölkerung von allen politischen Ebenen am nächsten und haben so die Möglichkeit besonders auf die Bedürfnisse und den Bedarf der Menschen und ihrer Region einzugehen. Einige der steirischen Gemeinden gehören bereits dem Netzwerk Gesunde Gemeinde an. Diese Gemeinden haben außerdem das Potenzial auf bereits vorhandenen gesundheitsfördernden Ressourcen aufzubauen.

4.1 Modelle des Health in All Policies Ansatzes in der Gemeinde

Von der Programmplanung für die Initiierung von Gesundheitsförderungsprojekten auf kommunaler Ebene, lassen sich zwei Modelle für die Verankerung des Health in All Policies Ansatzes in den Gemeinden ableiten. Dabei handelt es sich um die Top Down und um die Bottom Up Strategie. Gemeinhin wird die Top Down Strategie eher als die institutionelle Perspektive und die Bottom Up Strategie als die Netzwerkperspektive verstanden.

Wie die Bezeichnung schon vermuten lässt, wird die Integration eines Programms oder einer Strategie beim Top Down Ansatz von der Expertenebene, oder von höherer politischer Ebene aus, eingeleitet. Das Vorgehen und die Ziele werden dabei „von oben“ für die darunter liegenden Ebenen vorgegeben. Die unteren Ebenen sind dabei eher „Konsumenten“ ohne Mitgestaltungsmöglichkeiten.

Beim Bottom Up Ansatz handelt es sich um eine „von unten nach oben“ ausgerichtete Verankerung. Das bedeutet, dass Erfahrungen, Wissen, Strategie- und Strukturplanung von den unteren Ebenen an die darüber liegenden Ebenen weitergegeben werden. Im Vordergrund stehen dabei das Capacity Building und das Empowerment (Loss, 2008, S.o.A.). Es wird davon ausgegangen, dass die daraus resultierenden

Mitgestaltungsmöglichkeiten der unteren Ebenen, zu einer höheren Akzeptanz bei der Umsetzung von innovativen Ansätzen führen kann.

Betrachtet man nun die Möglichkeiten der Verankerung der Health in All Policies Strategie in den steirischen Kommunen, so gibt es auch hier die Möglichkeit des Top Down und Bottom Up Ansatzes. Bei einem Top Down Ansatz läge die Initiierung der Strategie beispielsweise beim Bund, mit dem Ziel den Gesundheitsaspekt über die Länder bis hin zu den Kommunen in allen Politikbereichen zu verankern. Offen bleiben bei diesem Ansatz, inwiefern Ziele und Rahmenbedingungen bedarfs- und bedürfnisgerecht formuliert werden können und in welchem Maße die Akzeptanz für die Veränderungsprozesse bei den kommunalen Politikern vorhanden ist. Über den Bottom Up Ansatz versucht man die Health in All Policies Strategie zuerst in den Gemeinden zu verankern. Durch die Verankerung auf der niedrigsten politischen Ebene erwartet man sich ein Weitertragen des Wissens in die darüber liegenden Ebenen. Umsetzungsstrategien können bedarfs- und bedürfnisgerecht in den Kommunen wachsen und könnten so eine höhere Akzeptanz und Nachhaltigkeit nach sich ziehen (Tuttner, 2012, S. 60-62).

4.2 Herausforderungen für eine sektorenübergreifende Gesamtpolitik

Um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zukünftig nachhaltig in die steirische und österreichische Politlandschaft zu integrieren müssen einige Hürden genommen werden.

Neben der Prüfung der bestehenden rechtlichen Grundlagen – welche in dieser Arbeit keiner genaueren Betrachtung unterzogen werden - zählt zu den grundlegenden Voraussetzungen, ein gemeinsames Verständnis des Gesundheitsbegriffs aller Entscheidungsträger im Sinne der WHO-Definition. Um das Verständnis für die Determinanten von Gesundheit und den Zusammenhang zwischen Gesundheit und nachhaltiger Entwicklung zu fördern, könnten verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren eingeführt werden. Für eine Umsetzung benötigt es vermutlich neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Akzeptanz der Sektoren und Akteure (Tuttner, 2012, S. 56-57).

Auch die Verankerung des Gesundheitsaspekts und damit die Verwendung des Health Impact Assessments beziehungsweise der Gesundheitsfolgenabschätzung bei allen politischen Entscheidungen zählen zu den Erfordernissen für eine

sektorenübergreifende gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Auch dies stellt eine Herausforderung dar. Denn, neben der Rechtslage und Akzeptanz bei den Entscheidungsträgern, sind hierfür die Datenlagen aus beispielsweise den Gesundheitsberichten zur aktuellen Gesundheitslage in Bezug auf die Gesundheitsdeterminanten der Bevölkerung notwendig. Außerdem benötigen Instrumente wie das Health Impact Assessment ausreichende zeitliche Ressourcen und eine Anpassung im Sinne einer Vereinfachung für die Anwendung auf kommunaler Ebene. Für die An- und Verwendung von Gesundheitsberichten und Health Impact Assessment entlang des Public Health Action Circles benötigt es außerdem Ressourcen und Kapazitäten, welche bei der Umsetzung unterstützend mitwirken. Eine Möglichkeit bietet der Ausbau von bereits vorhandenen Einrichtungen und die Kooperation von staatlichen mit privaten Akteuren (Pelikan, 2007, S.10-13).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO geht davon aus, dass eine Institutionalisierung des Health Impact Assessments als Indikator für die Implementierung des Health in All Policies Ansatzes verstanden werden kann. Sie sieht das Health Impact Assessment außerdem als brauchbares Werkzeug, um eine Health in All Policies Strategie erfolgreich umzusetzen. Als Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung werden folgenden Faktoren betrachtet:

- ⌚ ein starker politischer Wille und politische Unterstützung
- ⌚ Gesetze, die eine Umsetzung unterstützen
- ⌚ internationales Engagement für die Health in All Policies Perspektive und Gesundheitsförderung
- ⌚ das Bewusstsein für sektorenübergreifende Zusammenarbeit
- ⌚ die Nutzung der Erfahrungen anderer Länder
- ⌚ den Einbezug wissenschaftlicher Gemeinschaften (Lee et al., WHO, 2013, S.IV-24).

Sollen neue Politiken nachhaltigen Einfluss haben, so müssen sie integriert werden. Dies stellt eine besondere Herausforderung dar, wenn mehrere Sektoren betroffen sind. Normalerweise werden Implementierungsmaßnahmen nach einer politischen Entscheidung getroffen. Bei der sektorenübergreifenden Gesamtpolitik und der Integration des Gesundheitsaspekts in alle politischen Entscheidungen sollten allerdings vorerst die Implementierungsmöglichkeiten erörtert und dann erst Maßnahmen getroffen werden. Hierfür notwendig sind unter anderem eine klare Arbeitsverteilung, die Nutzung vorhandener Ressourcen und die Abschätzung der

durch die Implementierung folgenden Mechanismen und Effekte. Außerdem sollten Aspekte der niedrigsten politischen Ebenen, vor der Implementierung, miteinbezogen werden. Eine möglichst rasche Implementierung benötigt außerdem neben einer umfassenden Strategieplanung, mit dem obersten Ziel die Bevölkerungsgesundheit zu fördern, die Nutzung lokaler Netzwerke und klar definierte Kommunikationswege (Leppo et al., 2013, S.18-117).

Eine besondere Herausforderung stellen mit Sicherheit die in Österreich kultivierten parteipolitischen Interessen dar. Und doch könnten diese gerade auf kommunaler Ebene, durch die Nähe der Entscheidungsträger zueinander, leichter zu organisieren sein und zu Gunsten intersektoraler Kooperationen überwunden werden (Tuttner, 2012, S. 47).

4.3 Stärken-Schwächen-Analyse des Health in All Policies Ansatzes in der Gemeinde

Bei der Stärken- und Schwächen-Analyse eines Bottom Up Ansatzes in den Kommunen, zur Etablierung der Health in All Policies Strategie mit Hilfe von verpflichtenden Gesundheitsberichten, dem Health Impact Assessment (wie bereits zuvor erwähnt, wird im deutschsprachigen Raum auch der Begriff Gesundheitsfolgenabschätzung synonym verwendet) und unter Verwendung des Public Health Action Circles, kommt die sogenannte SWOT-Analyse zum Einsatz. SWOT ist eine Abkürzung und steht für Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken).

Bei der SWOT-Analyse handelt es sich um ein einfaches Vier-Felder-Prinzip, um Ausgangssituation und Handlungsfelder erfassen zu können. Neben bereits vorhandenen Stärken, die weiter ausgebaut werden können, werden auch Schwächen und Risikofaktoren berücksichtigt.

Bei der Integration der Health in All Policies Strategie auf kommunaler Ebene stellt sich die Analyse wie folgt dar:

SWOT-Analyse eines Bottom Up Ansatzes im kommunalen Setting zur Verankerung der Health in All Policies Strategie	Stärken	Schwächen
Chancen	(1) Durch den Bottom Up Ansatz ist eine höhere Akzeptanz und nachhaltige Integration der Health in All Policies Strategie zu erwarten. (2) Durch die Nähe der kommunalen Politiker zur Bevölkerung sind Partizipationsprozesse leichter durchführbar, wodurch eine bedarfs- und bedürfnisgerechtere Gestaltung möglich ist. (3) Intersektorale Kooperationen sind leichter zu initiieren, da in den Kommunen eine größere Nähe zwischen den Vertretern der Sektoren vorhanden ist.	(1) Die Umsetzung der Health in All Policies Strategie erfordert ein umfassendes Wissen. Dieses ist vermutlich nicht bei allen Kommunalpolitikern vorhanden. Verpflichtende Gesundheitsberichte könnten zur Bewusstseinsbildung beitragen. (2) Verpflichtende Gesundheitsberichte können neben der Bewusstseinsbildung auch als Datengrundlage zur Identifikation von Handlungsfeldern entlang des Public Health Action Circles verwendet werden.
Risiken	(1) Die Priorität Gesundheit könnte durch eine bürgernahe, bedarfs- und bedürfnisorientierte Gestaltung auf kommunaler Ebene, durch Kommunalpolitiker initiiert, verloren gehen.	(1) Parteipolitische Interessen könnten intersektorale Kooperationen zu Gunsten einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik erschweren. (2) Fehlende Rahmenbedingungen aus höheren politischen Ebenen könnten zu widersprüchlichen Handlungsansätzen führen.

Abb.2: SWOT-Analyse eines Bottom Up Ansatzes im kommunalen Setting (eigene Darstellung).

4.4 Maßnahmen zur Förderung der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

Die Public Health Wissenschaften setzen sich nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch mit der ökonomischen Stärkung der Bevölkerungsgesundheit auseinander. Um den Health in All Policies Ansatz und darüber eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu unterstützen gibt es einige wesentliche Instrumente. Um eine Basis zu schaffen sind Gesundheitsziele, der Public Health Action Circle, eine verbindliche Gesundheitsberichterstattung (Gerger&Soffried, 2009, S. 27) und das Health Impact Assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung, GFA) grundlegend (GÖG, www). Sie sind wichtige Werkzeuge für eine transparente, organisierte Umsetzung und Realisierung.

4.4.1 Gesundheitsziele

Um zu wissen was man mit gesundheitspolitischen Maßnahmen erreichen will, braucht man Ziele an denen man sich orientieren kann. Zu diesem Zweck wurden bereits 2007 drei steirische Gesundheitsziele – gesunde Lebenswelten, die Entwicklung von Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben und ein gesundheitsförderndes Gesundheitssystem – definiert (Steirischer Gesundheitsfond, 2007, S.2ff).

2012 wurden dann zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich ausgefertigt. Diese waren sehr viel konkreter und wurden unter partizipativen Bedingungen gestaltet.

Die zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich sind:

- Ziel 1:** Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen. Erreicht soll dies werden durch eine Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche.
- Ziel 2:** Es soll dafür gesorgt werden, dass gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter, herrscht.
- Ziel 3:** Die Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung soll gestärkt werden.
- Ziel 4:** Eine nachhaltige Gestaltung der natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden, sowie all unserer Lebensräume, um diese für zukünftige Generationen zu sichern.
- Ziel 5:** Die Gesundheit soll durch sozialen Zusammenhalt gestärkt werden.
- Ziel 6:** Ein gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche soll bestmöglich gestaltet und unterstützt werden.
- Ziel 7:** Der Zugang zu gesunder Ernährung und qualitativ hochwertigen Lebensmitteln soll für alle vorhanden sein.
- Ziel 8:** Zur Förderung von gesunder und sicherer Bewegung im Alltag sollen die Lebenswelten entsprechend gestaltet werden.
- Ziel 9:** Eine Förderung der psychosozialen Gesundheit soll in allen Bevölkerungsgruppen vorhanden sein.
- Ziel 10:** Eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung für alle soll für alle nachhaltig sichergestellt werden.

Die Erreichung dieser Ziele entsprechen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Mit der kollektiven Bemühung sie zu Erreichen wäre Österreich der Vision Gesundheit in alle Politikbereiche zu bringen einen Schritt näher (GÖG, 2012, S.VII-XII).

International wurde, ebenfalls 2012, das europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden veröffentlicht. Hierbei handelt es sich um 13 Handlungsziele mit insgesamt 55 Unterpunkten.

Diese 13 Handlungsbereiche sind:

- 1) Die Betrachtung von Gesundheit als wichtige Ressource und Aktivposten für die Gesellschaft.
- 2) Die Verwirklichung einer möglichst guten Gesundheit durch die Anerkennung von Gesundheit als starke Wertebasis.
- 3) Die Etablierung überzeugender sozialer und wirtschaftlicher Argumente für eine bessere Gesundheit.
- 4) Die Anerkennung strategischer Ziele für mehr Gerechtigkeit und bessere Führung im Gesundheitsbereich.
- 5) Die Verbesserung der Gesundheit für alle und die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten.
- 6) Die Verbesserung von Führungskompetenzen und partizipatorischer Politikgestaltung zugunsten von Gesundheit.
- 7) Die Arbeit an gemeinsamen gesundheitspolitischen Prioritäten.
- 8) Die Investition in Gesundheit durch einen Lebensverlauf-Ansatz und die Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen.
- 9) Die Bewältigung der Herausforderungen von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten.
- 10) Die Stärkung bürgernaher Gesundheitssysteme, die Stärkung von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen.
- 11) Die Gestaltung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler.
- 12) Die Förderung von Zusammenarbeit und die Anerkennung des Mehrwerts durch Partnerschaften.
- 13) Die Etablierung des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ als gemeinsame Ziele und gemeinsame Verantwortung.

Auch hier ist die Integration des Gesundheitsaspektes in alle Politikbereiche zur Erreichung der Ziele und schlussendlich zur Gestaltung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik unumgänglich (WHO, 2012, S.o.A.).

4.4.2 Public Health Action Circle

Der Public Health Action Circle oder gesundheitspolitische Regelkreis dient der Erarbeitung und Durchführung gesundheitspolitischer Maßnahmen. Es handelt sich dabei um einen vier-phasigen Regelkreis, welcher sich aus Assessment (Einschätzung des Problems), Policy Formulation (Formulierung der Strategie/Maßnahme), Assurance (Umsetzung und Steuerung der Maßnahme) und Evaluation (Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahme) zusammensetzt. Zur Einschätzung der gesundheitspolitischen Problem- bzw. Handlungsfelder werden in Gesundheitsberichten aufgearbeitete Datenlagen herangezogen (Czirkovits & Winkler, 2009, S.2-3).

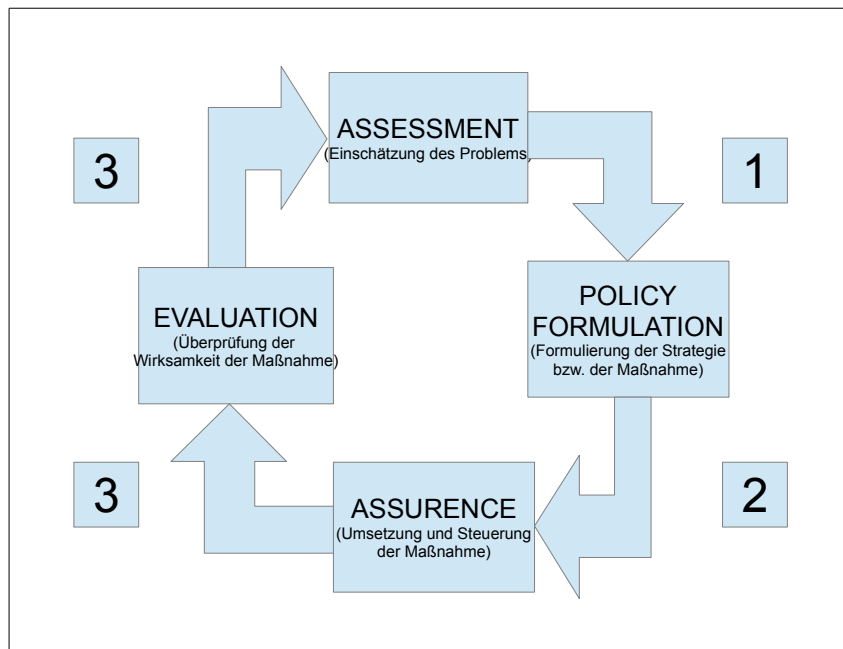


Abb.3: Public Health Action Circle (eigene Darstellung).

4.4.3 Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung versteht sich als grundlegendes Instrument, um Handlungsfelder zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit zu identifizieren.

Es werden soziodemographische und epidemiologische Daten zusammengetragen, um den gegenwärtigen Gesundheitszustand der Bevölkerung darzustellen. Dadurch können Defizite im Gesundheitszustand aufgezeigt und Maßnahmen zur Verbesserung

der defizitären Situationen erarbeitet werden. Durch Vorher-Nachher-Evaluationen kann die Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen überprüft werden (Gesundheit Österreich GmbH, www).

Wie in einem Bericht von Petra Winkler und Christian Czirkovits aus dem Jahr 2009 für den Geschäftsbereich ÖBIG der Gesundheit Österreich GmbH beschrieben, ist die Gesundheitsberichterstattung Ausgangspunkt des Public Health Action Circles. Es werden die gegenwärtige Situation und Entwicklungstrends der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung dargestellt und in weiterer Folge der gesundheitspolitische Handlungsbedarf aufgezeigt. Auf Basis der identifizierten Defizite werden Ziele definiert, Handlungsfelder und Lösungsansätze abgeleitet. Während und nach der Umsetzung einer Maßnahme wird die Wirksamkeit stetig überprüft und gegebenenfalls eine Neuanpassung durchgeführt (Czirkovits & Winkler, 2009, S.III).

4.4.4 Health Impact Assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung)

In anderen Ländern bereits ein etabliertes Werkzeug um politische Entscheidungen hinsichtlich der potenziellen Auswirkungen ihrer Maßnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung im Vorhinein zu beurteilen, befindet sich der selbstverständliche Einsatz des Health Impact Assessment (in weiterer Folge wird nur noch der Begriff Health Impact Assessment oder die Abkürzung HIA für das gleichbedeutende, deutschsprachige Wort Gesundheitsfolgenabschätzung, GFA, verwendet), kurz HIA, in Österreich noch in den Anfängen. Das HIA wird als zentrales Werkzeug in der strategischen Umsetzung der Health in All Policies Strategie betrachtet (Gesundheit Österreich GmbH, www).

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO), ist es ein Werkzeug zur Bewertung des Gesundheitsnutzen von Maßnahmen, Projekten und Plänen der unterschiedlichen politischen Sektoren. Zur Bewertung werden qualitative, quantitative und partizipatorische Techniken angewandt (WHO, www).

4.5 Health in All Policies am Beispiel Stadtplanung

Individuum und Umwelt stehen in Wechselwirkung zueinander und beeinflussen so die Gesundheit. In den Gemeinden werden die Menschen über ihre täglichen Lebensbedingungen beeinflusst. Und die werden unter anderem durch die

Kommunalpolitik geprägt. Sie beeinflusst neben regionaler Wirtschaft, Arbeits- und Umweltbedingungen, auch den Bildungs- und Sozialsektor und gestaltet so viele der Lebensräume der Bevölkerung durch ihre Entscheidungsprozesse.

Gesundheit ist nicht nur Voraussetzung für Wohlbefinden und Lebensqualität, sondern auch Maßstab für Fortschritte in Bereichen der Armutsbekämpfung, der Förderung gesellschaftlicher Integration und der Beseitigung von Diskriminierung. Außerdem ist eine gute Bevölkerungsgesundheit basale Voraussetzung für ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum. Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit müssen als übergeordnetes Ziel in kommunalen Verwaltungs- und Planungsprozessen anerkannt und verankert werden, um eine Vereinbarkeit der Förderung der Bevölkerungsgesundheit und einer nachhaltigen Entwicklung im Rahmen der kommunalen Entwicklungsplanung gewährleisten zu können. Hierzu bedarf es der Schaffung stützender Umfelder, die flexibel auf die Bedürfnisse der Bevölkerung reagieren. Es müssen Bedingungen für gesunde Lebensweisen geschaffen werden, die auf alle Altersgruppen und alle sozialen Schichten wirken. Außerdem muss eine gesundheitsfördernde, kommunale Gestaltung, eine natürliche und bebaute Umwelt schaffen, die Gesundheit, Erholung und Wohlbefinden durch Sicherheit, die Ermöglichung sozialer Interaktion, problemloser Mobilität und die Auslebung kultureller Identität fördert.

Die Kommunen tragen bedeutend zur Entwicklung und Realisierung der gesundheitsfördernden Prinzipien bei. Eine Wahrnehmung der Bedeutung der kommunalen Dimension, für die Erreichung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, ist daher unabdingbar (International Healthy Cities Conference, WHO, 2009, S.1-6).

Der Wohnort ist Ausgangspunkt für das Alltagsleben. Er ist entscheidend für die Wege die man zurücklegen muss, wo man einkauft, welchem Schulbezirk die Kinder zugeordnet sind, welcher Lärmbelastung und Luftqualität man ausgesetzt ist, wieviel Natur und Grünfläche in der Umgebung vorhanden ist und in welchem Milieu man lebt. Aber auch die Wohnverhältnisse selbst beeinflussen die Menschen und ihre Gesundheit. Unfall verhütende Maßnahmen in Wohnhäusern, wie Brandschutzrichtlinien, barrierefreie Zugänge, Raumklima und die Wohnphysiologie entscheiden über das Wohlbefinden beim Schlafen, Kochen, Essen, Pflegen oder Erholen.

Bei den Auswirkungen der Verkehrsbedingungen unterscheidet man zwischen direkten und indirekten Auswirkungen. Direkte Auswirkungen beziehen sich auf körperliche und seelische Beeinträchtigung durch Verkehrslärm, Schadstoffe und Stress. Die indirekten Auswirkungen hingegen beziehen sich auf die durch die Verkehrsbedingungen verursachten Folgen für die individuellen Lebensbedingungen, wie beispielsweise die Umfeldqualität.

Die Ansiedelung neuer Wohngebiete in verkehrsberuhigten, naturnahen Gebieten führt zu längeren Wegstrecken und dadurch zu einem verstärkten motorisierten Individualverkehr. Mehr motorisierter Individualverkehr erhöht das Verkehrsaufkommen. Dadurch erhöht sich die Lärmbelastung, verschlechtert sich die Luftqualität, Grünflächen müssen Straßenzügen weichen, die Rate der Verkehrsunfälle erhöht sich und der durch Verkehr ausgelöste Stress steigt. Besonderen Einfluss haben diese Entwicklungen auf den Bevölkerungsanteil, der in dicht besiedelten Wohngebieten mit viel befahrenen Straßen lebt. Aus Kostengründen leben häufig sozial Schwächere in Gebieten mit ungünstigerer Wohnqualität. So sind diese im Alltag höheren Expositionen ausgesetzt, was wiederum zu einer gesundheitlichen Chancenungleichheit führt.

Eine Reduktion des motorisierten Individualverkehrs ist demnach ein wichtiger Faktor in der Gestaltung eines gesundheitsfördernden Lebensumfeldes. Um den Verkehrsbedarf zu reduzieren müssen Entfernungen für die grundlegende Bedürfnisbefriedigung so kurz sein, dass der nicht motorisierte Individualverkehr, also mit dem Fahrrad fahren oder zu Fuß gehen, als wahrscheinliches Fortbewegungsmittel genutzt werden. Staus, Stress, Lärm und Emissionen können so verringert und gleichzeitig das Bewegungsverhalten der Bevölkerung gefördert werden.

Tempolimits unterstützen den nicht motorisierten Individualverkehr ebenfalls. Es ergeben sich aus Geschwindigkeitsbeschränkungen, wie Tempo 30 Limits, Vorteile, wie etwa eine Verringerung der Emissionen, eine Reduktion von Verkehrsunfällen, ein geringerer Lärmpegel oder eine höhere Sicherheit für Radfahrer und Fußgänger.

Eine nachhaltige und gesundheitsfördernde Stadt- und Raumplanung benötigt die Verankerung des Gesundheitsaspekts in allen relevanten Sektoren. Um die Zusammenhänge zwischen Umwelt und Gesundheit zu erkennen, benötigt man Datenanalysen definierter Indikatoren und Bewertungen von gesundheitlichen Unterschieden durch Umweltfaktoren (Böhme et al., 2012, S.27ff).

4.5.1 Gesundheitsberichterstattung am Beispiel Stadtplanung

Im Idealfall findet Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene statt und sollte als rationale Entscheidungsgrundlage zu einem Planungs- und Steuerungswerkzeug aller politischen Sektoren entlang des Public Health Action Circles werden. Zusätzlich zur Gesundheitsberichterstattung gibt es unterschiedliche, sektorenspezifische Arten der Berichterstattung. Um den Gesundheitsaspekt in alle Politikbereiche zu integrieren ist es notwendig, das Nebeneinander der sektorenbezogenen Berichterstattung durch eine integrierte, ressortübergreifende Gesundheitsberichterstattung zu ersetzen. In einer integrierten Gesundheitsberichterstattung werden beispielsweise Sozial-, Gesundheits- und Umweltdaten zusammengeführt. In dem Modell von Süß et al. aus dem Jahr 2004/2007 „Stufenleiter der Integration: Von der monothematischen Berichterstattung zu integrierten Ansätzen“, werden mögliche acht Schritte zur Realisierung einer idealen integrierten Berichterstattung beschrieben. Beginnend mit der ersten Stufe, den sektorenspezifischen Berichten wie Sozialbericht oder Umweltbericht. Auf Stufe zwei werden in die ressortspezifischen Berichte Verweise auf andere Berichte integriert, beispielsweise ein in den Gesundheitsbericht integrierter Verweis auf den Umweltbericht. Stufe drei beinhaltet bereits Indikatoren aus anderen Sektoren. So könnte zum Beispiel der Umweltbericht Indikatoren für Gesundheit einbauen. Auf der vierten Stufe befinden sich Berichte, welche bereits ein Kapitel einem anderen Sektor widmen. So könnte der Sozialbericht ein Kapitel mit Gesundheitsaspekten zur sozialen Datenlage beinhalten. Stufe fünf werden Berichte zugeschrieben, die bereits zwei oder mehr Sektoren in ihren Bericht aufnehmen. Auf individueller oder sozialräumlicher Datenverknüpfung aufbauende Berichte werden der sechsten Stufe zugeordnet. Berichte der siebten und damit vorletzten Stufe verknüpfen Daten unterschiedlicher Berichte und integrieren unter anderem auch Akteure. Das Ideal-Modell der integrierten Berichterstattung auf Stufe acht wäre die Verknüpfung der Daten aus Gesundheits-, Umwelt- und Sozialberichterstattung, die Beteiligung aller Akteure, eine indikatorengestützte Nachhaltigkeit und Maßnahmen in mehreren Bereichen.

Wichtigster Schritt für den Health in All Policies Ansatz am Beispiel Stadtplanung wäre die Aufnahme gesundheitspezifischer Indikatoren (Stufe 3) in die Berichte aller Sektoren (Böhme et al., 2012,S.177ff).

4.5.2 Health Impact Assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung) am Beispiel Stadtplanung

Das Health Impact Assessment (HIA) ist ein Verfahren zur Beurteilung von Maßnahmen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit. Es kann helfen, das Verständnis der Entscheidungsträger, aber auch der Öffentlichkeit, für den Gesundheitsaspekt zu verbessern und wird dadurch zu einem wichtigen Instrument in der Gesundheitsförderung und der Verankerung des Health in All Policies Ansatzes in der Kommunalpolitik. Das Health Impact Assessment ist ein komplexes und zeitintensives Verfahren, deshalb wurde eine vereinfachte Kurzform, das Rapid Health Impact Assessment, entwickelt. Dieses Rapid HIA wäre vermutlich leichter in den kommunalpolitischen Alltag zu integrieren.

Beim HIA werden unterschiedlichste Datenquellen herangezogen, gewichtet und zu evidenzbasierten Prognosen zusammengefasst. Dadurch werden verschiedenste Themenbereiche beleuchtet und miteinander in Verbindung gesetzt. Kausale Zusammenhänge können erkannt und beurteilt werden. Verkehrspolitische Maßnahmen können beispielsweise hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Bewegungsverhalten der Menschen bewertet werden.

Bewegungsmangel ist ursächlich für unterschiedlichste Beeinträchtigungen der Bevölkerungsgesundheit mitverantwortlich. Deshalb sollten die Möglichkeiten zur Förderung der Bewegung in der räumlichen Planung ausgeschöpft werden. Für einen strategischen gesundheitsfördernden Flächennutzungsplan beispielsweise bedeutet dies, dass neben der Schaffung von Wegen von A nach B, einige weitere ausschlaggebende Faktoren beachtet werden müssen. Sichere Fußgänger- und Fahrradwege in ansprechender Umgebung, mit beispielsweise einer optimierten Ampelschaltung zählen dazu. Aber auch Sicherheitsaspekten, wie ausreichende Beleuchtung, die Einplanung von Sichtachsen und Unfall- und Diebstahlverhütungsmaßnahmen sollten einen hohen Stellenwert haben. Die Erreichbarkeit von Versorgungszentren vom Wohnort aus, ein optimiertes, flächendeckendes Radnetzwerk und die Erreichbarkeit von Naherholungszentren mittels nicht motorisiertem Individualverkehr sind ebenfalls wichtige Faktoren für die Bewegungsförderung der Bevölkerung.

Aber auch die Optimierung von Schul- und Arbeitswegen sind von Bedeutung. So können strukturelle Anpassungen das Umsteigen von motorisiertem Individualverkehr auf den nicht motorisierten Individualverkehr ebenfalls fördern. Um die Nachhaltigkeit zu begünstigen müssen Einrichtungen zur Instandhaltung und für anfallende benötigte

Dienstleistungen, wie zum Beispiel ein Fahrradverleih, installiert werden.

Die Umsetzung einer solchen Planung benötigt die Zusammenarbeit unterschiedlichster politischer Sektoren und Akteure. Die Maßnahmen können durch die Interessen verschiedenster Gruppen unterschiedlich beurteilt werden. Die Bilanzierung positiver und negativer Auswirkungen einer Maßnahmen, im Sinne eines Health Impact Assessments, kann helfen adäquate und nachhaltige Entscheidungen zu treffen und die Akzeptanz bei den Beteiligten zu erhöhen.

HIA ist demnach ein Werkzeug, mittels dem es möglich ist den Health in All Policies Ansatz in den politischen Alltag zu integrieren (Böhme et al., 2012, S.187ff).

Exkurs: Best Practice Beispiel Skandinavien

Die skandinavische Politik hat geschafft, woran andere europäische Länder noch arbeiten. Das Verständnis, dass Gesundheit nicht nur durch den Gesundheitssektor, sondern durch das Zusammenwirken vieler verschiedener Sektoren im Alltag produziert wird, hat sich im skandinavischen Raum durchgesetzt. Welche Strukturen und Strategien dazu benutzt wurden, soll hier kurz erläutert werden.

Finnland:

Die finnische Gesundheitspolitik wird auf nationaler und auf kommunaler Ebene organisiert. Die Überzeugung, dass eine Förderung der Bevölkerungsgesundheit sektorenübergreifende Zusammenarbeit benötigt hat dazu geführt, dass Finnland in den letzten Jahrzehnten konsequent, von höchster politischer Ebene aus, an der Erreichung ihrer Public Health Ziele gearbeitet hat. In jede finnische politische Maßnahme und Strategie sind Überwachungs- und Evaluationsmechanismen integriert. Seit dem ersten Public Health Bericht 1996 sind alle Ministerien gesetzlich verpflichtet, ausreichend Informationen für weitere Berichte zur Verfügung zu stellen. Die Berichte werden alle vier Jahre der Regierung vorgestellt und im Parlament diskutiert.

Während seiner EU-Präsidentschaft 2006 startete Finnland eine Health in All Policies Initiative zur Erinnerung an die Dringlichkeit einer Zusammenarbeit unterschiedlichster Sektoren, um eine nachhaltige Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit erzielen zu können.

Als besonders wichtiges Instrument für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit

wird das Health Impact Assessment (HIA) angesehen. Wenn auch nicht gesetzlich verpflichtend, ist die Nutzung weit verbreitet.

In Finnland ist das Bundesministerium für Soziales und Gesundheit hauptverantwortlich für die Implementierung und Koordination von Public Health Programmen. 1997 wurde außerdem ein Public Health Gremium eingeführt, zusammengesetzt aus 17 Räten unterschiedlichster Sektoren und Ebenen, sowie wissenschaftlichen Instituten. Außerdem stehen vier Experten dem Gremium als Begleiter zur Verfügung. Aufgaben des Gremiums sind die Beobachtung der Bevölkerungsgesundheit, die Implementierung der Public Health Interessen in den unterschiedlichen Sektoren, die Entwicklung von Public Health Programmen und die Förderung sektorenübergreifender Kooperationen.

Das Bundesministerium für Soziales und Gesundheit hat außerdem sektorenübergreifende Politikprogramme zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit eingeführt und 2006 ein Public Health Gesetz erlassen. Auch wurden wissenschaftliche Institute mit der Aufgabe betraut, geeignete Instrumente zu entwickeln, um die Implementierung der Public Health Ziele zu unterstützen. Zu diesen zählen Internetportale mit seriöser Gesundheitsinformation, Pilotprojekte, Weiterbildungen für unterschiedlichste Sektoren, eine Datenbank für innovative Praktiken oder auch die Entwicklung von Indikatoren für die Überwachung der Bevölkerungsgesundheit auf kommunaler Ebene. Denn eines der größten Probleme Finnlands ist die gesundheitsfördernde Orientierung der Regierung in konkrete Aktionen auf kommunaler Ebene umzusetzen (St-Pierre, 2009, S.22-25).

Norwegen:

Das norwegische Gesundheitssystem ist über die nationale Ebene, die Bezirksebene und die Kommunalebene organisiert. Public Health Richtlinien werden auf nationaler Ebene entwickelt und größtenteils auf kommunaler Ebene umgesetzt.

In den Achtzigern und Neunzigern hatte Norwegen Probleme mit der Bevölkerungsgesundheit in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheiten. Deshalb wurden eine Serie an Maßnahmen und richtungsweisende Dokumente von Seiten der Regierung initiiert, um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken. Bereits 1987 erkannte Norwegen die Bedeutsamkeit sozialer Determinanten und die Notwendigkeit für sektorenübergreifende Zusammenarbeit an. Eine Reihe von Gesetzesvorlagen folgten in den darauffolgenden Jahren.

2003 wurde ein zehnjähriger Plan vorgestellt, der Aspekte zu den Auswirkungen sozialer Gradienten auf die Gesundheit beinhaltet. Vier Jahre später, 2007, wurde die „National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health“ vorgestellt. Sie enthält bereits gesetzte und noch benötigte Maßnahmen, um soziale Chancenungleichheiten in der Bevölkerung zu reduzieren. Indikatoren, die zu ungleichen Chancen führen und die anzupassenden Politiken wurden aufgezeigt.

Auch in Norwegen wird das Health Impact Assessment (HIA) als wesentliches Instrument zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit betrachtet. Auf nationaler Ebene wünscht man sich eine Integration in existierende politische, administrative und wirtschaftliche Prozesse. Beim Einsatz des HIA auf lokaler Ebene sollen bereits bestehende Strukturen verwendet, Gesundheitsbelange und Aspekte zur Chancenungleichheit integriert werden. Ziel ist, eine gemeinsame Entwicklung von funktionierenden Werkzeugen durch das Gesundheitsministerium und die zuständigen Ämter, um den Kommunen das Verständnis und die Identifikation von gesundheitlichen Folgen durch gesetzte Maßnahmen zu erleichtern (St-Pierre, 2009, S.30-32).

Schweden:

Das gemischte parlamentarische Regierungssystem Schwedens setzt sich aus der nationalen, der regionalen und der lokalen Ebene zusammen, die alle in die Organisation des Gesundheitssystems involviert sind. Neben dem Ministerium für Gesundheit und Soziales hat Schweden unter anderem ein eigenes Ministerium für Public Health.

Das schwedische Parlament legt nationale Leitlinien fest, regionale und lokale Ebene genießen allerdings große Autonomie in der Auslegung und Verwendung dieser Leitlinien. Die regional-politische Ebene setzt sich vorrangig mit Belangen der Krankenversorgung auseinander und ist nur vereinzelt für bestimmte Public Health Aufgaben verantwortlich. Die lokale Ebene hingegen trifft in Schweden Entscheidungen, die direkten Einfluss auf die Gesundheitsdeterminanten haben. So wirken kommunale Entscheidungen beispielsweise auf die Strukturen in der Altenpflege, im Bildungsbereich oder in der Straßengestaltung.

Bereits seit vielen Jahren liegt der Fokus Schwedens auf der Gestaltung gesundheitlicher Chancengleichheit. 1997 wurde sogar ein eigenes Public Health Komitee gegründet. Dieses trägt die Verantwortung für Public Health Ansätze gegen gesundheitliche Chancenungleichheit. Im Jahr 2000 wurde der Regierung, durch das Public Health Komitee, ein Public Health Bericht mit dem Titel „Health on equal terms“

vorgelegt. Ein bereits bestehender Gesetzesentwurf zu Public Health Zielen wurde um die soziale Perspektive auf Gesundheit erweitert und 2003 von allen schwedischen Parteien einstimmig übernommen. Um in Schweden soziale Verhältnisse zu schaffen, die die Gesundheit für die gesamte Bevölkerung ermöglicht, wurden die auf Gesundheitsdeterminanten basierenden Gesundheitsziele in elf Hauptziele unterteilt und mit mehr als 30 politischen Sektoren in Verbindung gebracht.

Um die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern wurde 2003, unter der Führung des Ministeriums für Public Health, eine eigene Steuergruppe für Public Health Fragen eingerichtet. Bei der Spezifizierung der Aufgabenbereiche der Steuergruppen wurden alle Regierungsebenen miteinbezogen.

Um den Schwerpunkt verstärkt auch auf die Einbindung der lokalen Ebene zu legen, wurde 2008 das Gesetz „A renewed public health policy“ übernommen.

Da man die Umsetzungsmaßnahmen für die Erreichung der Public Health Ziele evaluieren wollte, wurden durch das nationale Institut für Public Health (SNIPH) Beobachtungsindikatoren entwickelt. Durch den Einbezug und Befragungen von mehr als 40 nationalen und regionalen Ämtern wurde das Verantwortungsgefühl für die Gesundheitsziele zusätzlich erhöht. Es wurden Indikatoren für Gesundheitsdeterminanten und für die Beobachtung in den Kommunen entwickelt und Planungswerkzeuge für die Integration von Public Health auf kommunaler Ebene ergänzt. Außerdem wurden durch das SNIPH Trainingsseminare abgehalten und HIA-Werkzeuge entwickelt.

Zusätzlich wird in Schweden seit 2005 alle vier Jahre ein Evaluationsbericht zu den Public Health Grundsätzen im schwedischen Parlament präsentiert (St-Pierre, 2009, S.33-35).

Zusammenfassung des Literaturteils

Wie wir auf den vergangenen Seiten erfahren haben, erfordert die heutige Zeit eine Neudefinition des Gesundheitsbegriffs. Ilona Kickbusch nennt diesen notwendigen Paradigmenwechsel die „dritte Gesundheitsrevolution“, bei der der Fokus auf die Förderung der Gesundheit in den komplexen Konsum- und Lebenswelten der Bevölkerung gelegt wird und die Bevölkerungsgesundheit als gesellschaftliches Ziel begriffen wird.

Um dies zu erreichen muss der Gesundheitsaspekt zukünftig auf allen

gesellschaftlichen, wie auch politischen Ebenen und bei allen politischen Entscheidungen aller Sektoren eine Rolle spielen. Das WHO-Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ von 2012, zeigt strategische Ausrichtungen und grundsätzliche politische Handlungsfelder für ein gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit und des Wohlbefindens auf. Die zehn österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele, ebenfalls von 2012, dienen der nachhaltigen Unterstützung und der Förderung der Bevölkerungsgesundheit. Sie sollen als Handlungsanleitung für unterschiedlichste Maßnahmen auf gesellschaftlicher und politischer Ebene dienen.

Konkrete Realisierungs-Maßnahmen und -Empfehlungen sind gegenwärtig allerdings noch schmal gesät. Denn bevor eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik realisiert werden kann, müssen die Entscheidungsträger, die außerhalb des Gesundheitssektors agieren, für den Gesundheitsaspekt sensibilisiert und die Akzeptanz dafür erhöht werden. Einige Möglichkeiten hierfür wurden vorgestellt. So sind verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren und der Einsatz des Health Impact Assessments vielversprechende Instrumente um einerseits eine Sensibilisierung der Entscheidungsträger zu erreichen und andererseits die Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die Bevölkerungsgesundheit besser abschätzen und steuern zu können. Im Idealfall kann mit Hilfe dieser Instrumente entlang des Public Health Action Circles evaluiert werden, ob gesetzte Gesundheitsziele erreicht wurden beziehungsweise erreicht werden können.

Der Exkurs in die skandinavische Gesundheitspolitik zeigt, dass für eine Annäherung an die Realisierung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik – neben der grundlegenden Überzeugung von höchster politischer Ebene aus, dass die Förderung der Bevölkerungsgesundheit eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit benötigt – strukturelle und strategische Neuorientierungen unumgänglich sind. Gesetzliche Regelungen, verpflichtende Berichte, eigene Public Health Institute und Ministerien und der Einsatz des Health Impact Assessments sind im Norden Europas das Ergebnis Jahrzehnte langer konsequenter Bemühungen den Gesundheitsaspekt in alle politischen Ebenen zu integrieren.

Um den Health in All Policies Ansatz von höchster Ebene auch bis in die untersten politischen Ebenen zu integrieren haben die Länder unterschiedliche Ansätze. Norwegen nutzt den Ansatz der Partizipation und versucht durch eine Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsministerium und den zuständigen kommunalen Ämtern

funktionierende Werkzeuge zu entwickeln, die das Verständnis und die Abschätzung gesundheitlicher Folgen durch gesetzte Maßnahmen erleichtern. Schweden gesteht ihren kommunalen Ebene eine gewisse Autonomie bei Entscheidungen, die direkten Einfluss auf Gesundheitsdeterminanten haben, zu. Konkrete Ansatzmöglichkeiten, die die gesundheitsfördernde Orientierung der finnischen Regierung auch auf kommunaler Ebene verankern könnten, fehlen Finnland noch.

Die Auffassung der höchsten politischen Ebenen der skandinavischen Länder, dass das Wohlbefinden, die Lebensqualität und Gesundheit nur durch die Verankerung des Gesundheitsaspekts bei allen politischen Entscheidungen und Maßnahmen erreicht werden kann, hat dazu geführt, dass gesetzliche und strukturelle Anpassungen vorgenommen wurden. Die Verankerung des Gesundheitsaspekts auf niedrigster politischer Ebene, den Kommunen, scheint dadurch allerdings nicht automatisch einhergegangen zu sein.

In ihrer 2012 veröffentlichten Masterarbeit stellte Silvia Tuttner die Hypothese auf, dass eine Implementierung des Health in All Policies Ansatzes durch die Sensibilisierung kommunaler Entscheidungsträger für den Gesundheitsaspekt zu einer Multiplikation des Wissens in die höheren politischen Ebenen führen kann. Die Auswertung ihrer qualitativen Befragungen von Entscheidungsträgern und Experten ergab, dass eine Sensibilisierung über verpflichtende Gesundheitsberichte und eine vereinfachte Form des Health Impact Assessments, nach Meinung verschiedenster Experten und Entscheidungsträgern, erreicht werden. Im skandinavischen Raum wird bereits seit vielen Jahren an der Verankerung des Gesundheitsaspekts im politischen Alltag auch außerhalb des Gesundheitssektor gearbeitet. Verpflichtende Berichte sind ein Teil der bestehenden Umsetzungsstrategie um die Akzeptanz der Akteure zu erhöhen. Außerdem geht Silvia Tuttner davon aus, dass eine nachhaltige Verankerung von niedrigster politischer Ebene in die höheren Ebene eher zu erreichen ist, als umgekehrt.

Eines der wesentlichen Prinzipien der Gesundheitsförderung ist die Partizipation der betroffenen Bevölkerungsgruppe. Deshalb sollten auch bei politischen strukturellen und strategischen Richtungswechseln die Betroffenen – also die Entscheidungsträger - miteinbezogen werden. Die Befragung der steirischen Entscheidungsträger soll Aufschluss über deren gegenwärtiges Wissen und ihre Wahrnehmungen in Bezug auf den Gesundheitsaspekt in ihrer politischen Arbeit geben. Aber auch die Einstellungen

der Entscheidungsträger gegenüber verpflichtenden Gesundheitsberichten und dem Einsatz des Health Impact Assessments sollen dargestellt werden.

5 Empirischer Teil

5.1 Methodik

Um die Wahrnehmungen der steirischen Entscheidungsträger (Bürgermeister und Gemeinderatsmitglieder) zum Thema Gesundheit und Soziales in Bezug auf die Integration des Gesundheitsaspektes in politische Entscheidungsprozesse darstellen zu können, wurde methodisch eine standardisierte Online-Befragung mittels Fragebogen gewählt. Durch die quantitative Herangehensweise können mehr Entscheidungsträger in kürzerer Zeit erreicht und befragt werden, als im Rahmen eines qualitativen Verfahrens. Zusätzlich ist eine direkte Vergleichbarkeit der Antworten möglich.

Die Kontaktaufnahme und Einladung zur Befragung via E-Mail wurde gewählt, da dies als einzig schlüssige Möglichkeit zur Verteilung des Links zur Befragung erachtet wurde. Dieser wurde im Push-Verfahren an die steirischen Gemeinden versandt. Die E-Mail-Adressen wurden mit der Unterstützung durch den steirischen Gemeindebund und Styria Vitalis akquiriert.

5.2 Stichprobenauswahl

Die Grundgesamtheit für die Befragung bilden die steirischen Entscheidungsträger. Als Entscheidungsträger werden Bürgermeister und Gemeinderatsmitglieder der steirischen Kommunen definiert. Ziel war eine Stichprobengröße von 100.

5.3 Online-Fragebogen

Grundlagen für den Fragebogen waren die theoretischen Hintergründe und die daraus resultierenden Forschungsfragen zum Thema gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, die in dieser Arbeit beschrieben wurden.

Es wurden drei Themenbereiche festgelegt:

- ① Allgemeiner Teil
- ② Themenkreis Gesundheitsförderung
- ③ Themenkreis Health in All Policies

Aufgrund der spezifischen Fragestellungen der Arbeit wurden die Fragen des Fragebogens, unter Berücksichtigung der allgemein geltenden methodischen Vorgehensweise zur Erstellung von Fragebögen, selbst erarbeitet.

Die Fragen sind systematisch angelegt und orientieren sich an den Forschungsfragen. Sie sind standardisiert und nahezu gänzlich geschlossen gehalten, unter zur Hilfenahme eines Polaritätsprofils, also der Ansiedelung von Antwortmöglichkeiten auf einer Skala zwischen zwei Polen, wie beispielsweise „sehr wichtig“ und „gar nicht wichtig“.

Der Fragebogen besteht aus 15 Fragen. Es wurde versucht diese möglichst klar zu formulieren. Beginnend mit fünf allgemeinen Fragen zu persönlicher und beruflicher Gewichtung des Themas Gesundheit, der regionalen Zugehörigkeit der Entscheidungsträger und einer potentiellen Zugehörigkeit zum Netzwerk „Gesunde Gemeinde“. Gefolgt von vier spezielleren Fragen zum Themenkreis der Gesundheitsförderung und ihren Möglichkeiten über die Gesundheitsdeterminanten auf den demographischen Wandel zu reagieren. Bis hin zu sechs Fragen zum Themenkreis Health in All Policies (HiAP). Bei den Fragen zu HiAP wurden Teilaspekte, wie Einstellungen gegenüber Gesundheitsberichterstattung, zu Werkzeugen (wie dem Health Impact Assessment, kurz HIA), verschiedensten Implementierungsformen des HiAP-Ansatzes, bis hin zu Anreizsystemen und zur Selbsteinschätzung der Entscheidungsträger, abgefragt.

Der fertiggestellte Fragebogen befindet sich im Anhang.

5.4 Durchführung

Nach der Erstellung des Fragebogens in einem Word-Dokument, wurde er mit Hilfe des Online-Tools „E-Questionnaire“ in eine Online-Maske übertragen und gestartet. Da das Online-Tool „E-Questionnaire“ es ermöglicht, bereits während der laufenden Befragung Einblick über Teilnahmefrequenz und Ergebnisse zu erlangen, wurde die Erhebungsdauer vom Erreichen der Stichprobengröße von 100 abhängig gemacht und erstreckte sich daher von Mitte Juni bis Ende Juni 2013.

Der Link zur Befragung wurde via E-Mail, durch die Unterstützung des steirischen Gemeindebundes und den Verein Styria Vitalis, an die Entscheidungsträger verteilt. Wobei der steirische Gemeindebund eine E-Mail-Adressen-Liste zur Verfügung stellte,

die für die selbstständige Verteilung des Links per E-Mail verwendet werden konnte. Styria Vitalis unterstützte durch eine Weiterleitung des Links über ihren Verteiler des steirischen Netzwerks „Gesunde Gemeinde“.

5.5 Auswertung

Die Auswertung erfolgte mittels SPSS und orientiert sich an den Forschungsfragen. Zunächst erfolgte die Zusammenfassung der 13 steirischen Bezirke in fünf steirische Regionen:

<u>Graz/Graz-Umgebung:</u>	Graz Graz-Umgebung
<u>Obersteiermark:</u>	Liezen
<u>Mur/Mürztal:</u>	Murau Murtal Bruck-Mürzzuschlag Leoben
<u>Süd/Oststeiermark:</u>	Hartberg-Fürstenfeld Weiz Südoststeiermark Leibnitz
<u>Weststeiermark:</u>	Voitsberg Deutschlandsberg

Des Weiteren wurden für die Auswertung sowohl univariate, als auch bivariate Statistiken erstellt. Dies hat zum Hintergrund, dass einerseits grundlegende Wahrnehmungen und Einstellungen der Entscheidungsträger dargestellt werden sollten. Andererseits aber auch Korrelationen zwischen Wahrnehmung und beispielsweise regionaler Zugehörigkeit beziehungsweise der Zugehörigkeit zum Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ aufgezeigt werden sollten.

5.6 Ergebnisdarstellung und Interpretation

Im folgenden Kapitel sollen die wesentlichen Ergebnisse, die zur Beantwortung der Forschungsfragen benötigt werden, dargestellt werden.

5.6.1 Stichprobenbeschreibung

An der Befragung nahmen insgesamt 119 steirische Entscheidungsträger teil. Fünf Befragte schieden nach dem allgemeinen Befragungsteil aus. Jeweils ein Befragter kommt dabei aus Graz/Graz-Umgebung, Süd/Ost-Steiermark und West-Steiermark. Aus der Region Mur/Mürztal schieden zwei befragte Entscheidungsträger aus. Das bedeutet, dass nach den allgemeinen Fragen nur noch 114 Befragungen gewertet wurden.

Strukturtable 1							
		Zugehörigkeit zum Netzwerk „Gesunde Gemeinde“				Gesamt	
		ja		nein		n	%
		n	%	n	%		
Persönliche Gewichtung	Sehr wichtig	63	68,00%	29	32,00%	92	100,00%
	Wichtig	16	62,00%	10	38,00%	26	100,00%
Gesundheit	N. so wichtig			1	100,00%	1	100,00%
Gesamt		79	66,00%	40	34,00%	119	100,00%
Regionale Verteilung der Teilnehmer	Graz/Graz-U.	13	62,00%	8	38,00%	21	100,00%
	Oberstmk.	6	86,00%	1	14,00%	7	100,00%
	Mur/Mürztal	17	63,00%	10	37,00%	27	100,00%
	Süd/Ost-Stmk.	30	68,00%	14	32,00%	44	100,00%
	West-stmk.	13	65,00%	7	35,00%	20	100,00%
Gesamt		79	66,00%	40	34,00%	119	100,00%

Tab. 1: Strukturtable 1 (eigene Darstellung)

Rund zwei Drittel der befragten steirischen Entscheidungsträger wirken in Kommunen, die Mitglieder des Netzwerks „Gesunde Gemeinde“ sind.

68% der steirischen Entscheidungsträger, die angaben Gesundheit sei für sie persönlich „sehr wichtig“ sind gleichzeitig auch in einer „Gesunden Gemeinden“ tätig. Im Anteil derer, die Gesundheit persönlich als „wichtig“ empfinden, kommen 62% der Befragten aus „Gesunden Gemeinden“. 100% der Entscheidungsträger, für die Gesundheit persönlich „nicht so wichtig“ wichtig ist, kommen aus Gemeinden die nicht dem Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ zugehörig sind.

In allen steirischen Regionen war die Beteiligung an der Befragung durch die „Gesunden Gemeinden“ sehr viel höher, als durch Kommunen die nicht Teil des Netzwerks sind. Betrachtet man die einzelnen steirischen Regionen fällt auf, dass in

Graz/Graz-Umgebung, Mur/Mürztal, der Süd/Ost-Steiermark und der West-Steiermark jeweils rund zwei Drittel der Befragten aus „Gesunden Gemeinden“ stammen. Lediglich in der Obersteiermark stammen sogar 86% der Befragten aus dem Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ und nur 14% der Befragten aus Gemeinden, die nicht zum Netzwerk gehören.

Strukturtable 2							
		Netzwerk Gesunde Gemeinde				Gesamt	
		Ja		Nein		n	%
		n	%	n	%		
Persönliche Gewichtung Gesundheit	Sehr wichtig	63	80,00%	29	73,00%	92	77,00%
	Wichtig	16	20,00%	10	25,00%	26	22,00%
	N. so wichtig			1	3,00%	1	3,00%
Gesamt		79	100%	40	100%	119	100%
Regionale Verteilung der Teilnehmer	Graz/Graz-U.	13	16,00%	8	20,00%	21	18,00%
	Oberstmk.	6	8,00%	1	3,00%	7	6,00%
	Mur/Mürztal	17	22,00%	10	25,00%	27	23,00%
	Süd/Ost-Stmk.	30	38,00%	14	35,00%	44	37,00%
	West-Stmk.	13	16,00%	7	18,00%	20	17,00%
Gesamt		79	100,00%	40	100,00%	119	100,00%

Tab. 2: Strukturtable 2 (eigene Darstellung)

Grundsätzlich ist den meisten Entscheidungsträgern der Steiermark das Thema Gesundheit persönlich „sehr wichtig“. Insgesamt gaben 77% an, dass ihnen persönlich das Thema Gesundheit „sehr wichtig“ ist. Für 22% der Befragten ist Gesundheit „wichtig“. Nur 3% der Befragten empfinden Gesundheit persönlich als „nicht so wichtig“.

Die meisten befragten Entscheidungsträger, nämlich 37%, kommen aus der Süd/Ost-Steiermark. Die geringste Beteiligung an der Online-Befragung fand durch die Entscheidungsträger der Obersteiermark statt, 6% der Befragten stammen aus dieser Region.

5.6.2 Gesundheitsaspekt im politischen Alltag

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse zur Befragung der subjektiven Einschätzung bezüglich des Gesundheitsaspektes in der steirischen Kommunalpolitik dargestellt werden.

Etwas weniger als die Hälfte (48%) der steirischen Entscheidungsträger gab an, dass ihnen der Gesundheitsaspekt in ihren politischen Entscheidungsprozessen „sehr wichtig“ ist. 51% betrachten den Gesundheitsaspekt in ihrer politischen Arbeit als „wichtig“. Verglichen mit der persönlichen Gewichtung von Gesundheit (77% „sehr wichtig“ und 22% „wichtig“) wird hier deutlich, dass die Entscheidungsträger dem Thema Gesundheit in ihrem Privatleben einen höheren Stellenwert einräumen, als auf beruflicher Ebene.

Betrachtet man die regionale Verteilung der Entscheidungsträger, die den Gesundheitsaspekt für ihre politischen Entscheidungsprozessen als „sehr wichtig“ einschätzen, kann man erkennen, dass ein besonders hoher Anteil (71%) der Befragten der Obersteiermark, diesen als „sehr wichtig“ einschätzen. In den restlichen steirischen Regionen hat man eine ähnliche Verteilung wie in der Betrachtung der Gesamtergebnisse. Etwa die Hälfte wertet den Stellenwert des Gesundheitsaspektes bei ihren politischen Entscheidungsprozessen als „sehr wichtig“, die andere Hälfte beurteilt ihn als „wichtig“. Als „nicht so wichtig“ erachten 4% der Entscheidungsträger im Mur/Mürztal den Gesundheitsaspekt im politischen Alltag.

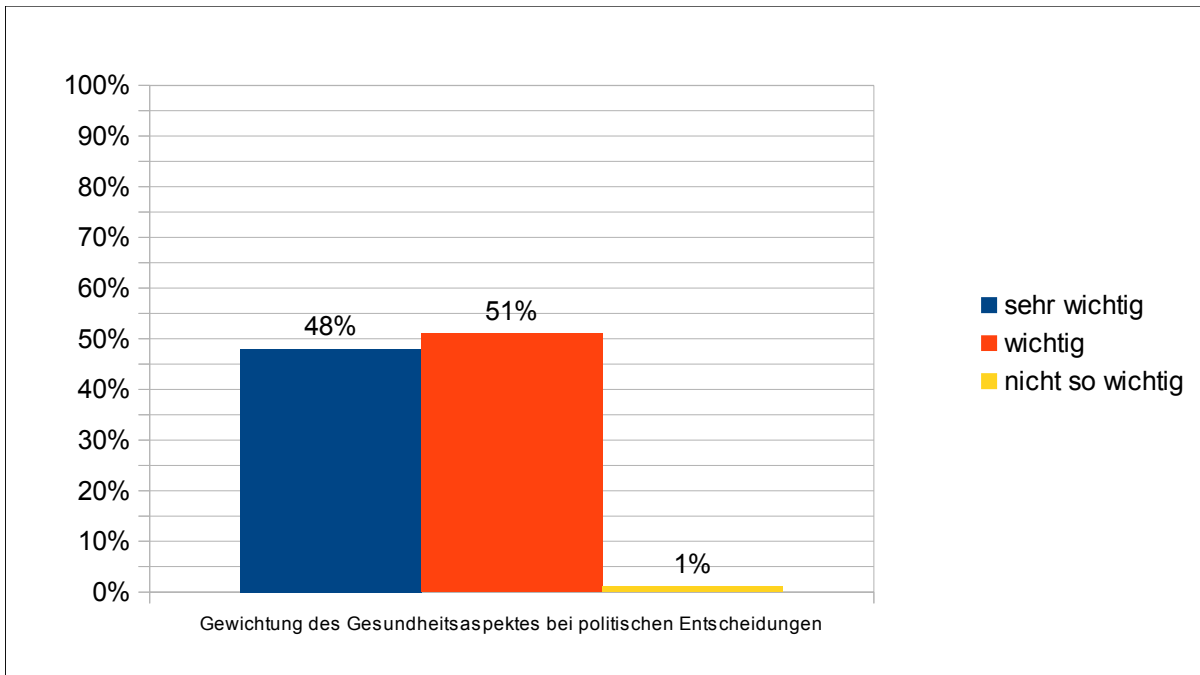


Abb.4: Gewichtung des Gesundheitsaspektes bei politischen Entscheidungen in der Steiermark (eigene Darstellung).

Die Zugehörigkeit zum Netzwerk der „Gesunden Gemeinden“ scheint bei der wahrgenommenen Positionierung des Themas Gesundheit im politischen Alltag keine tragende Rolle zu spielen. Der Anteil derer, die Gesundheit in ihrem politischen Alltag als „sehr wichtig“ wahrnehmen liegt sowohl in der einen, als auch der anderen Gruppe bei 48%.

Die Hälfte der befragten Entscheidungsträger der Steiermark denken, dass die Bedeutung des Themas Gesundheit in politischen Entscheidungsprozessen eher zugenommen hat. Regional-spezifische Besonderheiten zeigen sich kaum. Nur in der Region Graz/Graz-Umgebung sind deutlich mehr Entscheidungsträger dieser Meinung, nämlich 76%. Durchschnittlich 36% sind der Ansicht die Bedeutung des Themas Gesundheit wäre in der Politik gleich geblieben, 13% sind sogar der Meinung der Gesundheitsaspekt in politischen Entscheidungsprozessen habe eher abgenommen.

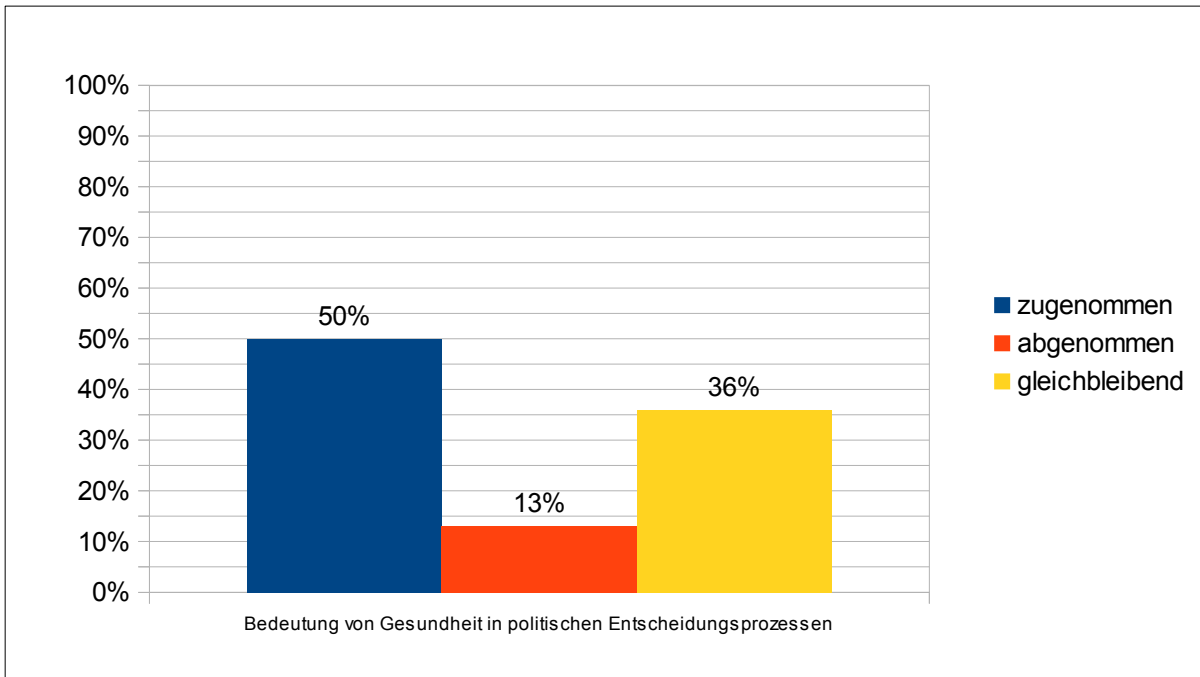


Abb.5: Bedeutung des Themas Gesundheit in politischen Entscheidungsprozessen (eigene Darstellung).

5.6.3 Gesundheitsförderung in der steirischen Politlandschaft

In diesem Kapitel sollen Aspekte zum demographischen Wandel, gesundheitsfördernde Maßnahmen um diesem entgegenzuwirken und den Gesundheitsdeterminanten aus Sicht der steirischen Entscheidungsträger dargestellt werden.

Die Bevölkerung wird immer älter und leidet immer häufiger an chronischen Erkrankungen. Der Versorgungsbedarf steigt dadurch. Durch den voranschreitenden Wandel der Altersstruktur in unserer Gesellschaft in den nächsten Jahren und Jahrzehnten befürchtet man, dass die Versorgungskosten explodieren und das Gesundheitssystem in heutiger Form nicht mehr finanzierbar sein wird.

Die Förderung und der möglichst lange Erhalt der Gesundheit, um eine Verzögerung oder Vermeidung von Erkrankungen zu erreichen, ist ein international anerkannter Ansatz, um die Lebensqualität zu steigern und unter anderem auch das Versorgungssystem zu entlasten.

39% der Befragten sind der Meinung, dass der demographische Wandel der Altersstruktur negative Auswirkungen auf die Bevölkerung ihrer Region haben könnte. Hingegen sind 18% der Entscheidungsträger der Meinung er habe keine negativen Auswirkungen auf die in ihrer Region lebenden Menschen.

Regional-spezifisch interessant ist, dass 86% der Befragten der Region Obersteiermark negative Auswirkungen in Betracht ziehen. Zweithöchsten Anteil an bejahenden Antworten, auf die Frage nach erwarteten negativen Auswirkungen durch den demographischen Wandel der Altersstruktur, gaben die Entscheidungsträger der Region Mur/Mürztal mit 52%. Beide Regionen sind, im Vergleich zu den anderen Regionen, eher von Überalterung betroffen. In der Region Obersteiermark liegt der Anteil der 65-jährigen und Älteren laut Statistik Austria bei rund 20.4% und in der Region Mur/Mürztal sogar bei 22.4% (Statistik Austria, 2012, www). In Graz/Graz-Umgebung hingegen haben dahingehend nur 25% der befragten Entscheidungsträger Befürchtungen.

Ein relativ hoher Anteil der Befragten beantwortete die Frage mit „vielleicht“ oder „weiß nicht“. Durchschnittlich 43% können keine konkrete Antwort auf die Frage geben. Überdurchschnittlich hoch fällt dieser Anteil in den Regionen West-Steiermark (52%) und Süd/Ost-Steiermark (46%) aus. In diesen Regionen scheint besonders starke Verunsicherung bezüglich der Auswirkungen des demographischen Wandels zu herrschen. In der Obersteiermark ist dieser Anteil hingegen mit 14% besonders niedrig. Eventuell haben sich hier die Entscheidungsträger, aufgrund regional-spezifischer Gegebenheit der Altersstruktur, stärker mit diesem Thema auseinandergesetzt.

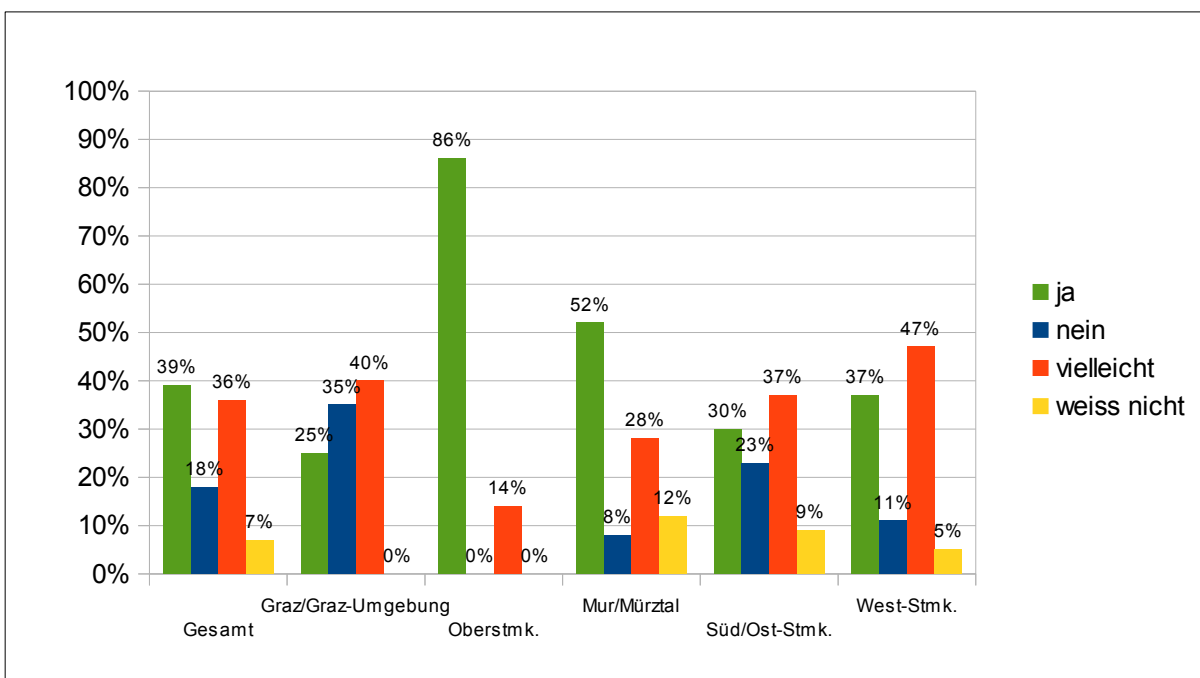


Abb. 6: Erwartete negative Auswirkungen durch den prognostizierten demographischen Wandel (eigene Darstellung).

Interessanterweise hat ein deutlich größerer Anteil (53%) der Entscheidungsträger aus Kommunen die nicht dem Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ angehören, Befürchtungen bezüglich negativer Auswirkungen durch den demographischen Wandel. Unter den Befragten der „Gesunden Gemeinden“ sehen nur 31% negative Auswirkungen auf sich und ihre Region zukommen. Dies könnte durch ein durch die Mitgliedschaft produziertes Wissen, über gesetzte und zukünftige Möglichkeiten der Interventionen zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit, zu erklären sein.

Der Großteil der Entscheidungsträger (73%) ist der Meinung, dass nachhaltige gesundheitsfördernde Maßnahmen einen positiven Effekt auf ihre Region haben könnte. 3% sehen keine positiven Effekte für ihre Region durch nachhaltige Gesundheitsförderung. Besonders hoch ist abermals der Anteil der Entscheidungsträger der Obersteiermark. 100% sind hier der Meinung, Gesundheitsförderung hätte positive Wirkung auf ihre Region. Gefolgt von der Region Graz/Graz-Umgebung, hier sind 80% der Befragten der Meinung, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen einen positiven Effekt ausüben würden. Im Mur/Mürztal herrscht Verunsicherung. 56% denken die Förderung der Gesundheit hätte positive Auswirkungen, die restlichen Befragten (44%) ziehen es in Betracht („vielleicht“-Angaben). Der höchste Anteil derer, die sich keine positive Wirkung durch gesundheitsfördernde Maßnahmen erwarten, findet sich in der West-Steiermark. Hier glauben 5%, dass diese Art der Maßnahmen keine positiven Effekte auf ihre Region haben können.

Gegenüber nachhaltigen gesundheitsfördernden Maßnahmen sind die Entscheidungsträger der „Gesunden Gemeinden“ deutlich zuversichtlicher eingestellt, als die restlichen Befragten. 77% denken, dass nachhaltige Maßnahmen positive Effekte auf die Bevölkerungsgesundheit ihrer Region haben könnten. Die übrigen Entscheidungsträger trauen diesen Maßnahmen nur zu 65% positive Effekte zu. Auch diese Ergebnisse könnten über bereits bestehende positive Erfahrungen, die im Zuge von gesundheitsfördernden Projekten gesammelt wurden, erklärt werden.

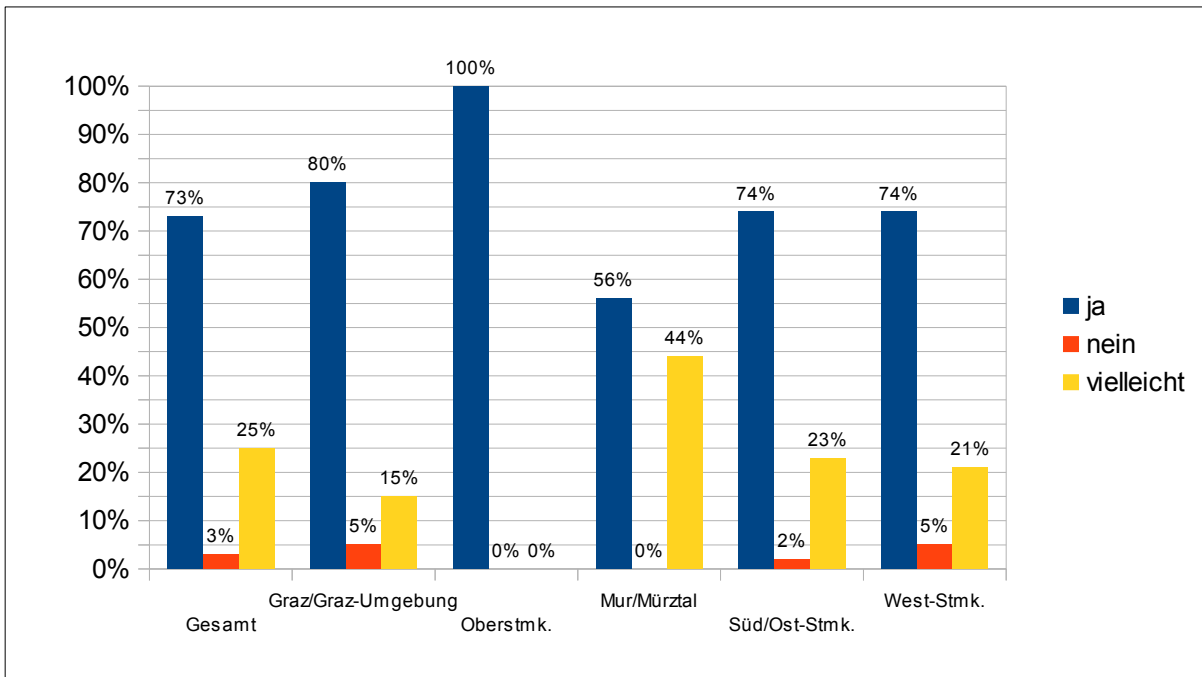


Abb.7: Positive Effekte durch nachhaltige gesundheitsfördernde Maßnahmen (eigene Darstellung).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die persönliche Gewichtung des Themas Gesundheit, zumindest teilweise, Einfluss auf die Beurteilung gesundheitsfördernder Maßnahmen haben könnte. 74% der Befragten, die angegeben haben ihnen sei Gesundheit persönlich „sehr wichtig“, sind der Ansicht nachhaltige gesundheitsfördernde Maßnahmen hätten positive Effekte auf ihre Region. Hingegen sind nur 69% der Befragten mit der persönlichen Gewichtung des Themas Gesundheit als „wichtig“, dieser Ansicht. Eventuell setzen sich Personen, denen Gesundheit „sehr wichtig“ ist, noch stärker mit den zukünftigen Herausforderungen und möglichen Maßnahmen auseinander.

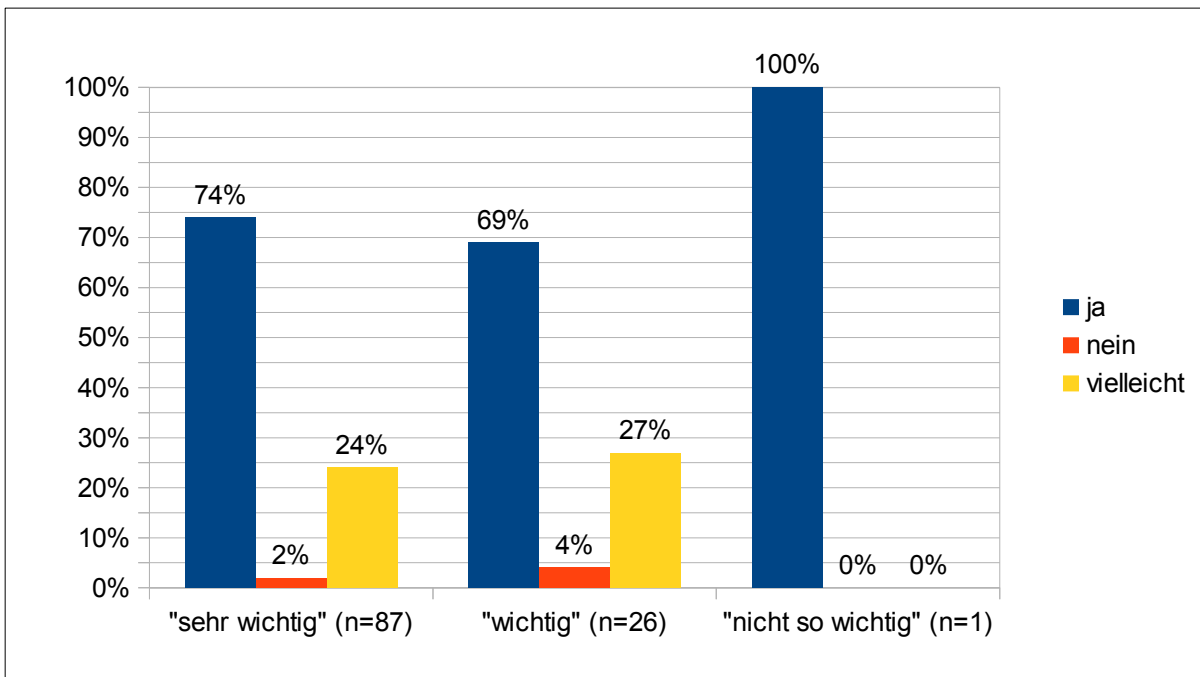


Abb.8: Erwartung positiver Effekte durch nachhaltige Gesundheitsförderungsmaßnahmen unter Einbezug der persönlichen Gewichtung des Themas Gesundheit (eigene Darstellung).

Um die Lebensqualität und dadurch auch die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, sollte, nach Meinung der Entscheidungsträger, vor allem beim Bewegungsverhalten (92%), Ernährungsverhalten (88%), Rauchverhalten (76%) und Alkoholkonsum (73%) angesetzt werden. Alle genannten Faktoren sind über den verhaltensorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung erreichbar. Verhältnisorientierte Faktoren wie die ökologischen Umweltbedingungen (54%), die Arbeitsverhältnisse (49%) oder die sozialen Netzwerke (36%) sind in der Wahrnehmung der Befragten nicht vorrangig.

Betrachtet man die Ergebnisse der gesamten Stichprobe könnte man daraus den Schluss ziehen, dass für die steirischen Entscheidungsträger insbesondere die Verhaltensebene über Lebensqualität und Gesundheit der Bevölkerung entscheidet. Die regional-spezifische Auswertung zeigt ein differenzierteres Bild. Hier lässt sich erkennen, dass einzelne Regionen den verhältnisorientierten Faktoren überdurchschnittliche Beachtung und Gewichtung zugestehen. In der West-Steiermark nehmen 53% der Befragten soziale Netzwerke und 68% der Entscheidungsträger die Arbeitsbedingungen als Faktoren wahr, an denen angesetzt werden sollte, um die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen zu verbessern. 86% der befragten Entscheidungsträger aus dem Mur/Mürztal sind der Ansicht, dass die Arbeitsbedingungen ein wichtiger Faktor zur Beeinflussung von Lebensqualität und

Gesundheit ist. In Graz/Graz-Umgebung gaben 75% an, dass die ökologischen Umweltbedingungen ein wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit sind.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die verhaltensorientierten Ansatzpunkte zur Förderung der Gesundheit bei den steirischen Entscheidungsträgern präsenter sind, als die verhältnisorientierten Ansätze. Dennoch werden in manchen Regionen Faktoren der Verhältnisebene ebenfalls als relevant erkannt.

Die Zugehörigkeit zum Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ macht hier keinen wesentlichen Unterschied. Auch für ihre Entscheidungsträger sind die verhaltensorientierten Ansätze deutlich gewichtiger, als die Verhältnisorientierten.

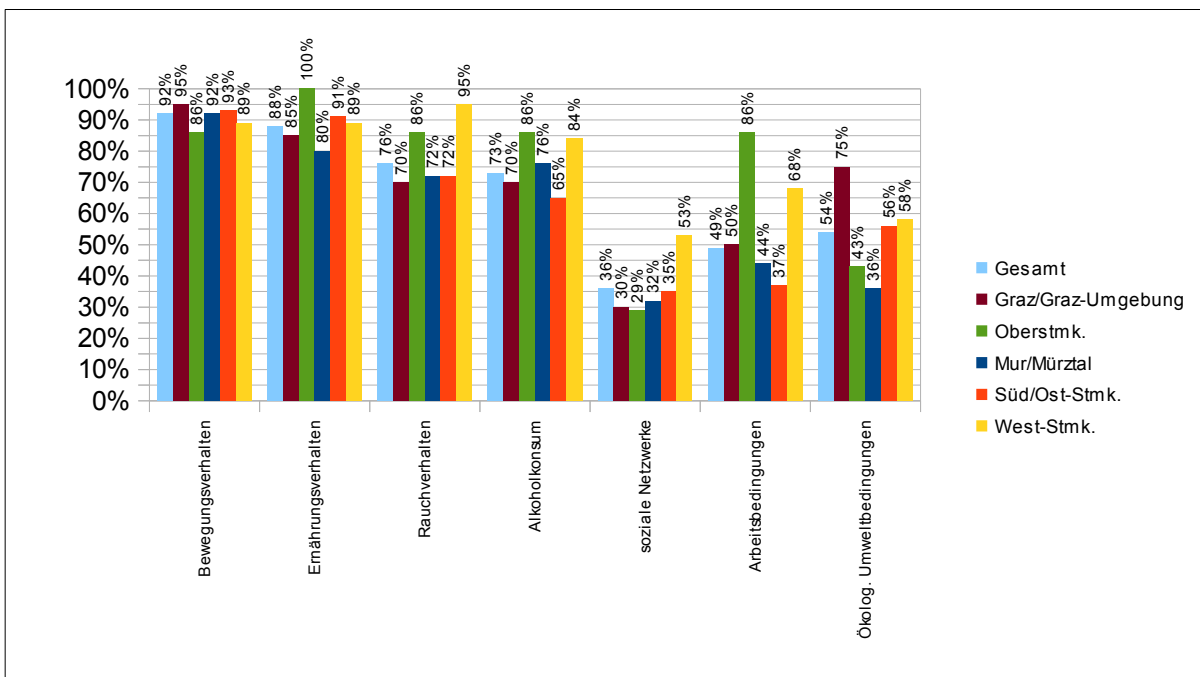


Abb.9: Ansatzfaktoren zur Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheit (eigene Darstellung).

Durch den prognostizierten demographischen Wandel sind, neben den Auswirkungen auf die Altersstruktur, auch Auswirkungen auf andere Bereiche zu erwarten. 60% der steirischen Entscheidungsträger sehen durch den demographischen Wandel Auswirkungen auf die Bevölkerungsbewegung. Auch auf die Arbeitslosigkeit können sich 54% der Befragte Auswirkungen vorstellen. Für den Bildungsbereich sehen 38% Konsequenzen durch den demographischen Wandel. Ein ähnlicher Anteil, nämlich 33%, ist der Meinung, dass für die PendlerInnensituation Effekte spürbar sein werden.

Auswirkungen auf das Bruttoregionalprodukt erwarten sich nur 23% der befragten steirischen Entscheidungsträger.

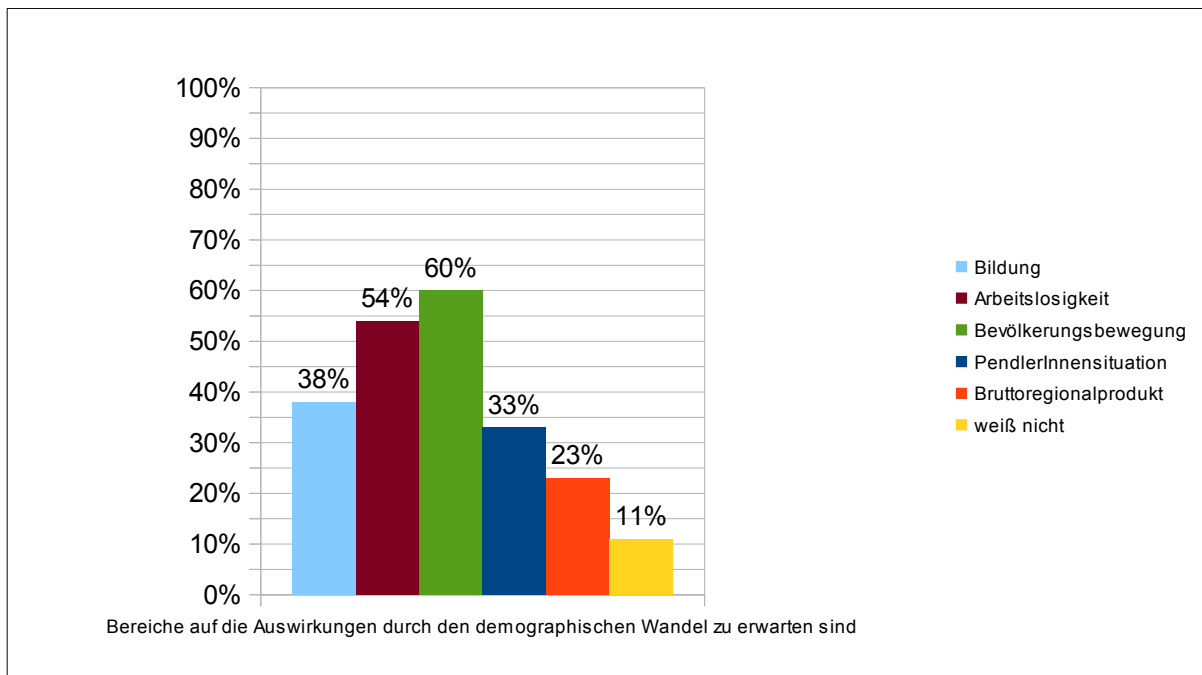


Abb.10: Bereiche auf die ,aus der Perspektive der Entscheidungsträger, Auswirkungen zu erwarten sind (eigene Darstellung).

5.6.4 Gesundheit in allen Politikbereichen

In diesem Kapitel werden Aspekte zum Health in All Policies Ansatz bearbeitet. Die Wahrnehmungen der steirischen Entscheidungsträger zu verpflichtenden Gesundheitsberichten, Health Impact Assessment, Verankerungs-Modellen und Anreizsystemen sollen aufgezeigt werden.

Der Health in All Policies Ansatz (HiAP-Ansatz) versteht sich als „Gesundheit in allen Politikbereichen“. Dieser Ansatz ist eine Strategie, um den Gesundheitsaspekt auch bei Maßnahmen und Entscheidungen außerhalb des Gesundheitssektors zu beachten. Denn Gesundheit wird im Alltag hergestellt. Nicht nur der Gesundheitssektor hat Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch jeder andere Sektor trägt durch seine Entscheidungen und Maßnahmen dazu bei, ob die Bevölkerung sich wohl fühlt oder nicht. Ziel ist, dass Wohlbefinden, die Gesundheit und Lebensqualität in der Bevölkerung zu steigern.

Um eine Sensibilisierung für das Thema Gesundheit zu erreichen und Wissen in diesem Bereich aufzubauen sind international, beispielsweise in den skandinavischen Ländern, verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren vorgesehen.

Gesundheitsberichte dienen als Grundlage, um Problemfelder zu identifizieren. Weiters können auf Grund der Daten aus den Gesundheitsberichten Handlungsfelder erarbeitet, Maßnahmen ergriffen und in weiterer Folge die gesetzten Maßnahmen evaluiert werden. 70% der steirischen Entscheidungsträger („ja“ 32% und „vielleicht“ 38% zusammengefasst) ziehen in Betracht, dass verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren eine Sensibilisierung für den Gesundheitsaspekt auch außerhalb des Gesundheitssektors erreichen können. 26% der Befragten denken nicht, dass Gesundheitsberichte den Gesundheitsaspekt in die Sektoren bringen kann.

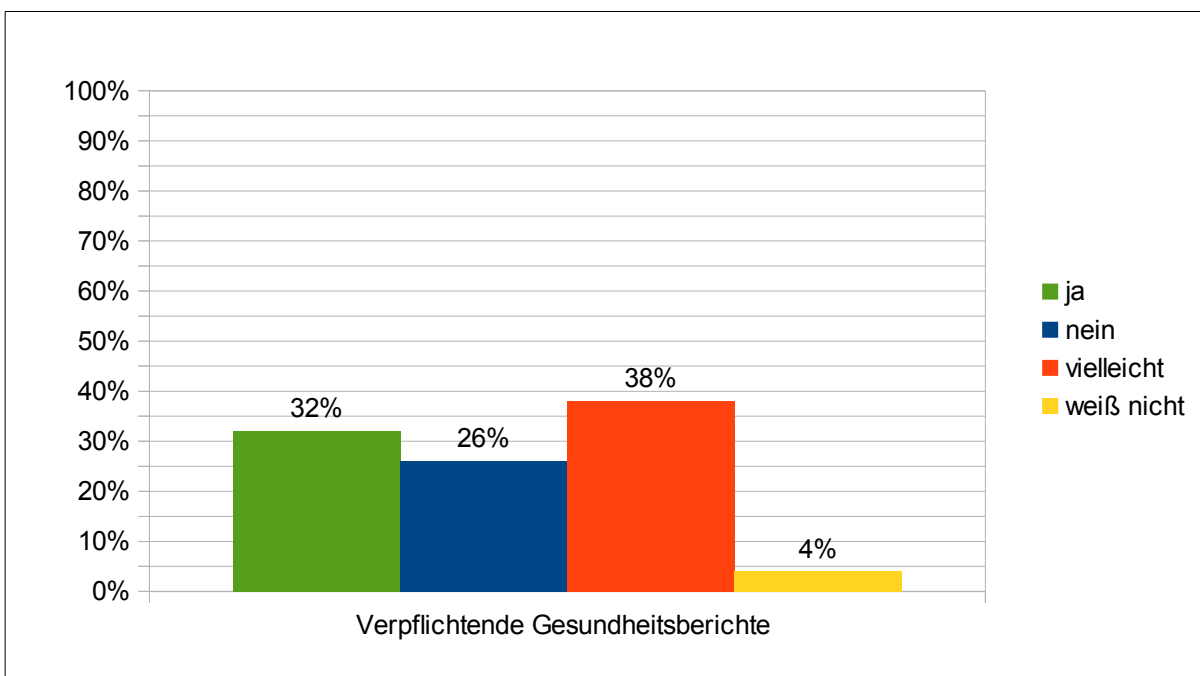


Abb.11: Aspekte zu verpflichtenden Gesundheitsberichten für alle politischen Sektoren zur Sensibilisierung für den Gesundheitsaspekt (eigene Darstellung).

Der Anteil derer, die sich verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren vorstellen können ist in den Regionen Obersteiermark (86%) und West-Steiermark (95%) besonders hoch. Besonders niedrig ist der Anteil in Graz/Graz-Umgebung. Hier können sich nur 45% vorstellen, dass verpflichtende Gesundheitsberichte zu einer Sensibilisierung für den Gesundheitsaspekt führen können.

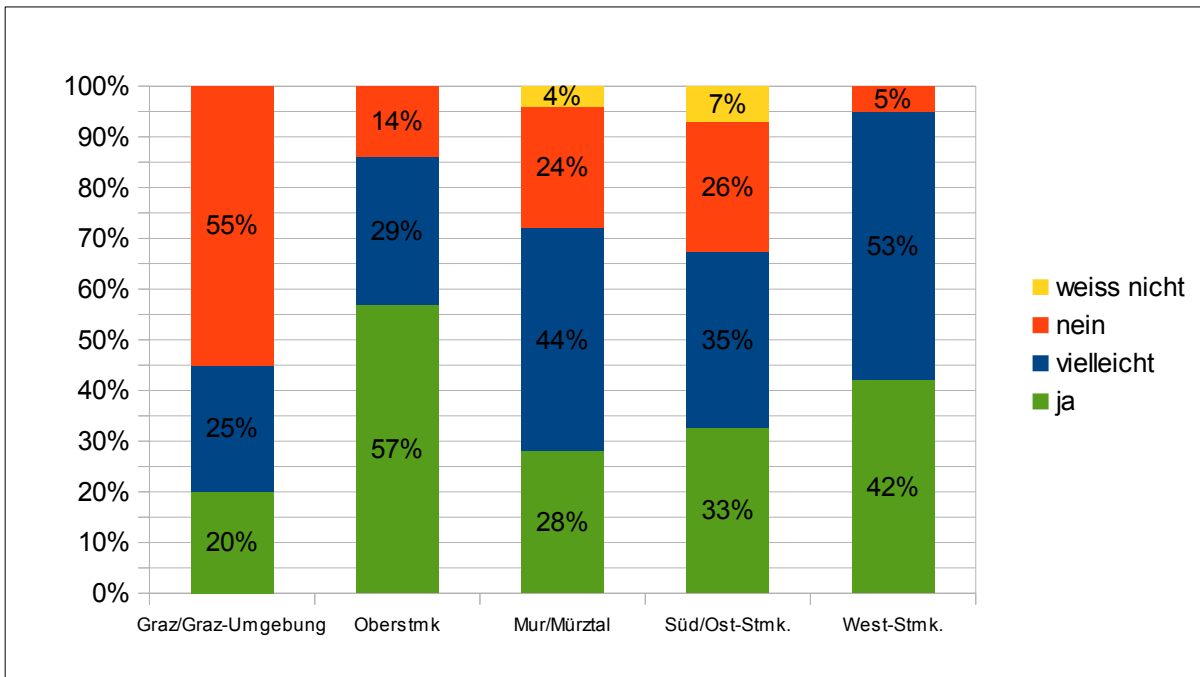


Abb.12: Regionalspezifische Meinungen zu verpflichtenden Gesundheitsberichten (eigene Darstellung).

Wie in Abbildung 12 erkennbar, können sich die steirischen Entscheidungsträger größtenteils verpflichtende Gesundheitsberichte als Sensibilisierungs-Maßnahme, für den Gesundheitsaspekt auch außerhalb des Gesundheitssektor, vorstellen. Der hohe Anteil an „vielleicht“-Angaben lässt allerdings darauf schließen, dass zwar eine grundlegende Offenheit für solche Maßnahmen vorhanden ist, aber dennoch auch Verunsicherung bezüglich der tatsächlichen Bedeutung herrscht.

Beim Thema verpflichtende Gesundheitsberichte zur Sensibilisierung für den Gesundheitsaspekt, sind die Entscheidungsträger der „Gesunden Gemeinden“ deutlich aufgeschlossener als die übrigen Befragten. Insgesamt 75% ziehen diese Maßnahme in Betracht („ja“- und „vielleicht“-Angaben), 36% befürworten diese Maßnahme. Hingegen können sich nur 60% der übrigen Entscheidungsträger verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren vorstellen, wobei nur 25% sich eindeutig dafür aussprechen.

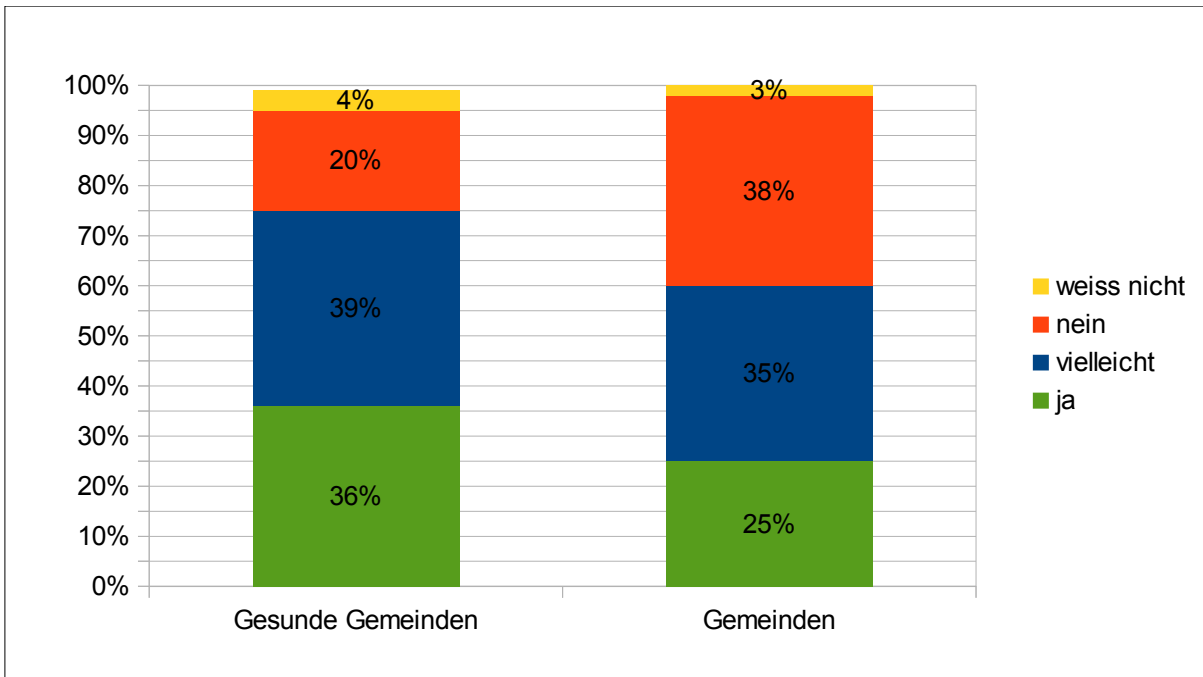


Abb.13: Vergleich der Ergebnisse zur Einstellung gegenüber verpflichtenden Gesundheitsberichten zwischen herkömmlichen steirischen Gemeinden und Gemeinden die dem Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ angehören (eigene Darstellung).

Ähnlich verhält es sich mit dem Einsatz von Health Impact Assessments. Hier scheint es, als wären tiefer gehende Auseinandersetzungen mit dem Thema Health Impact Assessment noch nicht erfolgt. Nur 43% der befragten Entscheidungsträger können hierzu eine konkrete Antwort („ja“- und „nein“-Antworten) geben.

Trotzdem ist auch gegenüber dem HIA eine Offenheit der Entscheidungsträger vorhanden. Der größte Anteil der Befragten (75%, „ja“- und „vielleicht“-Antworten) steht diesem Thema offen gegenüber und kann sich zumindest vorstellen, dass das Verfahren des HIA auf kommunaler Ebene Anwendung finden könnte, um gesundheitliche Folgen durch politische Maßnahmen abzuschätzen.

Regional-spezifisch denken 30% der in Graz/Graz-Umgebung wirkenden Entscheidungsträger, dass das HIA nicht geeignet ist, um gesundheitliche Folgen abschätze zu können. 29% der Befragten der Obersteiermark geben an, dass sie über kein Wissen bezüglich der Wirkung des HIA verfügen.

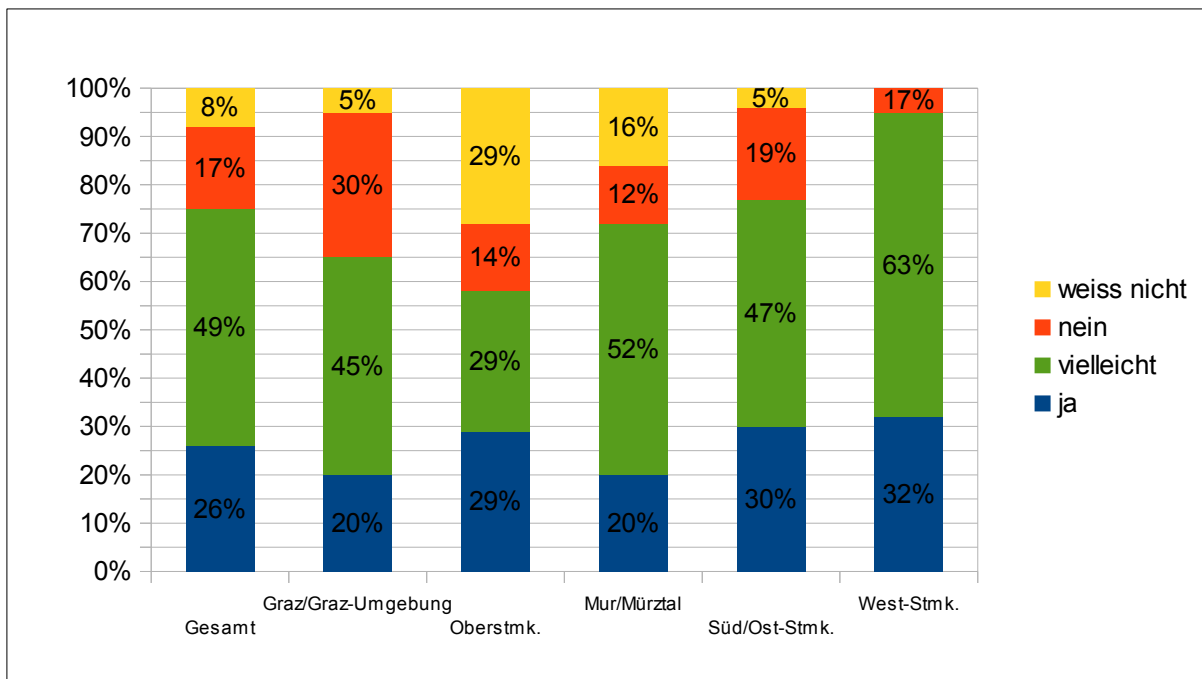


Abb.14: Kommunaler Einsatz des Health Impact Assessment zur gesundheitlichen Folgenabschätzung von politischen Maßnahmen (eigene Darstellung).

Auch beim Einsatz des HIA auf kommunaler Ebene sind die Befragten, die aus einer „Gesunden Gemeinde“ stammen, diesem Verfahren gegenüber deutlich positiver eingestellt als die restlichen Entscheidungsträger. 83% (34% „ja“ und 49% „vielleicht“) der befragten steirischen Entscheidungsträger können sich den Einsatz vorstellen. Aus den übrigen Kommunen sind 63% (13% „ja“ und 50% „vielleicht“) der Ansicht HIA sollte auf kommunaler Ebene Einsatz finden.

Bei der Frage nach der Meinung der Entscheidungsträger zur Integrierbarkeit des Health in All Policies (HiAP) Ansatzes auf kommunaler Ebene über die Bottom Up Strategie waren 30% der insgesamt Befragten der Ansicht, dass dies möglich ist. Für 48% der Entscheidungsträger ist dieser Ansatz denkbar. Gegen die Integration des HiAP Ansatzes, über eine Bottom Up Strategie, sprachen sich 14% der Befragten aus. 8% der Stichprobe geben an zu wenig darüber zu wissen.

Auffallend ist, dass ein überdurchschnittlich großer Anteil der Entscheidungsträger der West-Steiermark (42%) diesen Ansatz konkret befürwortet.

Betrachtet man die Ergebnisse der „Gesunden Gemeinden“ wird auch bei diesem Thema deutlich, dass die Entscheidungsträger, die aus einer der „Gesunden Gemeinde“ kommen, den Modellen zur Verankerung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik etwas aufgeschlossener gegenüber stehen, als die Befragten aus

Gemeinden, die weniger Erfahrung mit dem Thema Gesundheitsförderung haben. Für 80% der Befragten aus „Gesunden Gemeinden“ kommt die Integration des HiAP Ansatzes über den Bottom Up Ansatz in Frage. Das sind 7% mehr, als in den restlichen Kommunen.

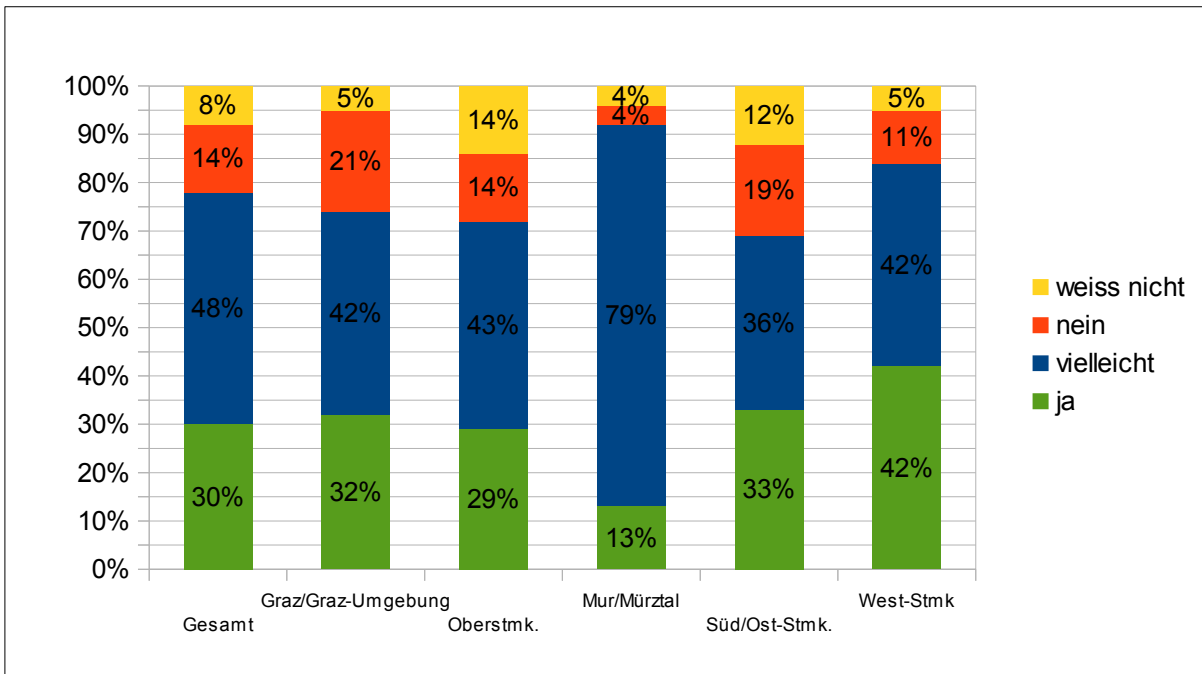


Abb.15: Kommunale Integration des Health in All Policies Ansatzes über die Bottom Up Strategie (eigene Darstellung).

Wie in den Abbildungen 12-15 gut zu erkennen, werden Maßnahmen zur Realisierung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, wie die verpflichtenden Gesundheitsbericht, der Einsatz von Health Impact Assessments oder Maßnahmen zur Implementierung der Health in All Policies Strategie, vom Großteil der steirischen Entscheidungsträger positiv bewertet. Anreizsysteme könnten dies eventuell noch weiter unterstützen. Hier sehen 77% der Befragten vor allem die Steigerung der Lebensqualität der kommunalen Bevölkerung als wichtigen Faktor. 69% sind der Meinung, dass die Steigerung der Attraktivität einer Kommune zu einem verstärkten Einsatz von Strategien und Maßnahmen zur Verankerung des Gesundheitsaspekts auch außerhalb des Gesundheitssektors führen könnte. Wirtschaftliche Vorteile sehen 60% der Befragten als geeigneten Anreiz. Der Faktor Zuwanderung ist interessanter Weise ein sehr regional-spezifischer Anreiz. Durchschnittlich empfinden ihn nur 19% als relevant, in der Obersteiermark hingegen ist er für 57% der Entscheidungsträger ein wichtiges Anreizsystem.

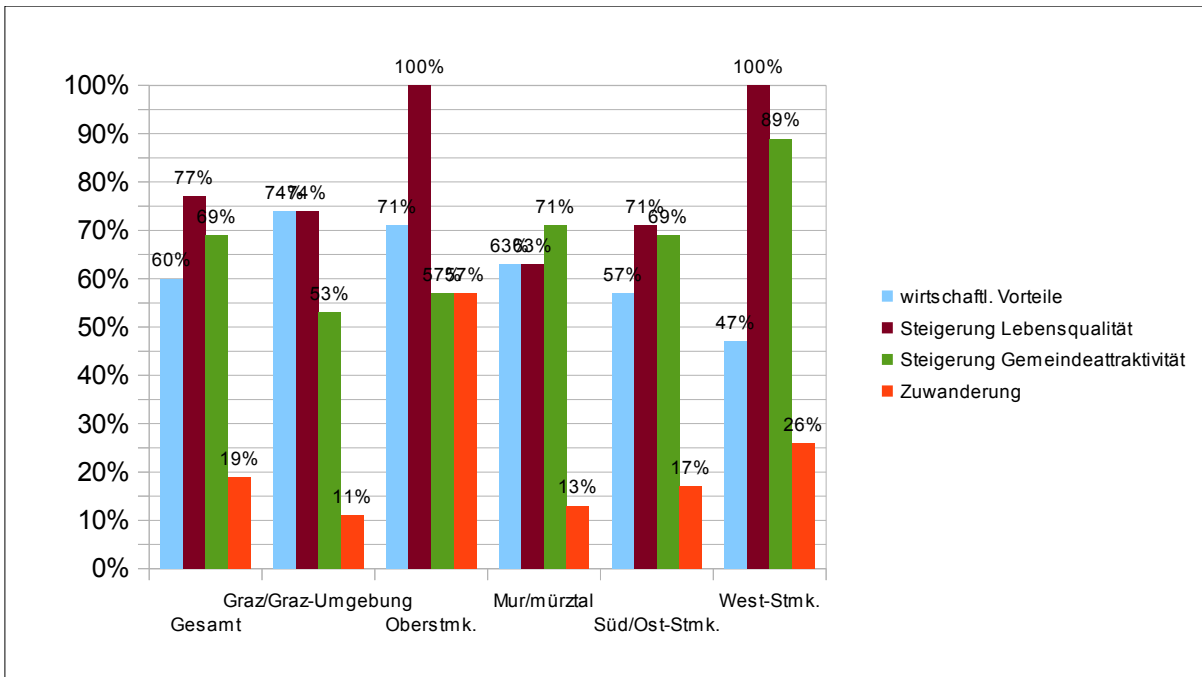


Abb.16: Anreizsysteme zur Verankerung des Gesundheitsaspekts in Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors (eigene Darstellung).

95% der steirischen Entscheidungsträger können sich vorstellen, den Gesundheitsaspekt in die Entscheidungsprozesse ihres Tätigkeitsbereichs einzubeziehen.

Im Mur/Mürztal und in der Süd/Ost-Steiermark ist dies für alle Befragten denkbar, hingegen lehnen in der West-Steiermark 16% den Einbezug des Gesundheitsaspekts ab.

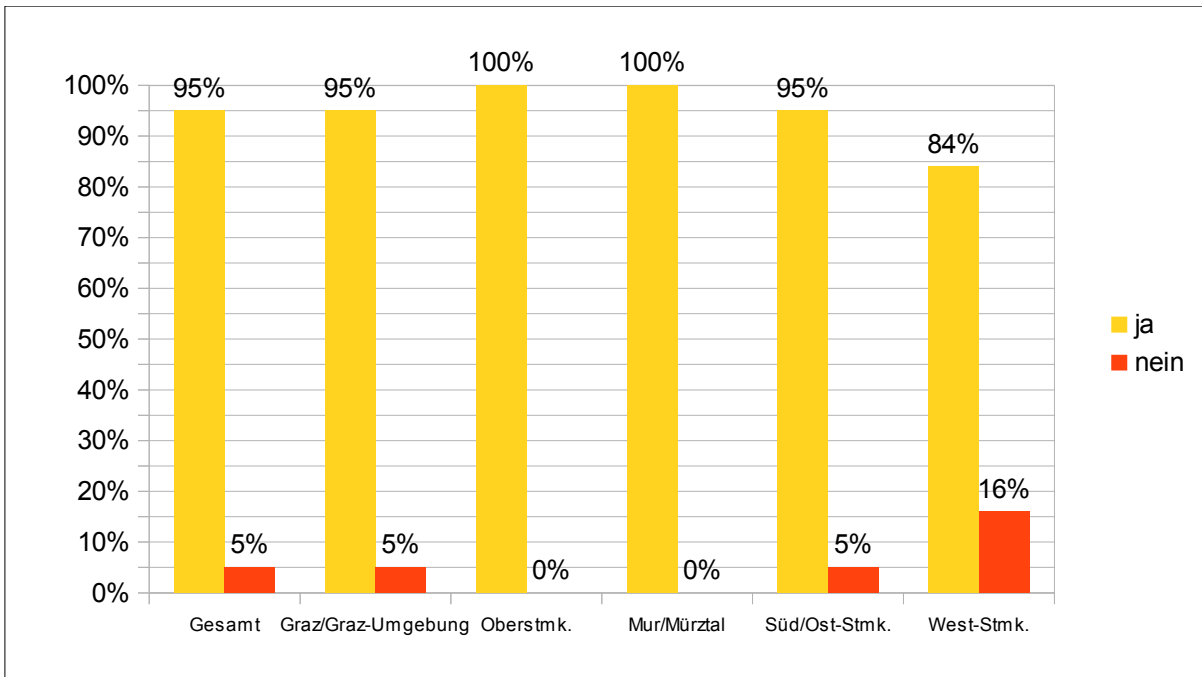


Abb.17: Bereitschaft der steirischen Entscheidungsträger, den Gesundheitsaspekt in die Entscheidungsprozesse ihres Tätigkeitsbereichs zu integrieren (eigene Darstellung).

Bemerkenswert ist, dass in der Gruppe der Entscheidungsträger, die Gesundheit persönlich als „sehr wichtig“ bewerten, auch ein größerer Anteil (96%) bereit wäre, den Gesundheitsaspekt in ihre Entscheidungsprozesse zu integrieren, als in der Gruppe der Befragten, die Gesundheit persönlich als „wichtig“ empfinden (88%). Diese Ergebnisse manchen den Anschein, als wäre die persönliche Einstellung zum Thema Gesundheit auch ausschlaggebend für die Akzeptanz des Gesundheitsaspekts außerhalb des Gesundheitssektors.

In den „Gesunden Gemeinden“ halten es 96% der Befragten für möglich den Gesundheitsaspekt in ihre politischen Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen. In den übrigen sind es 92%.

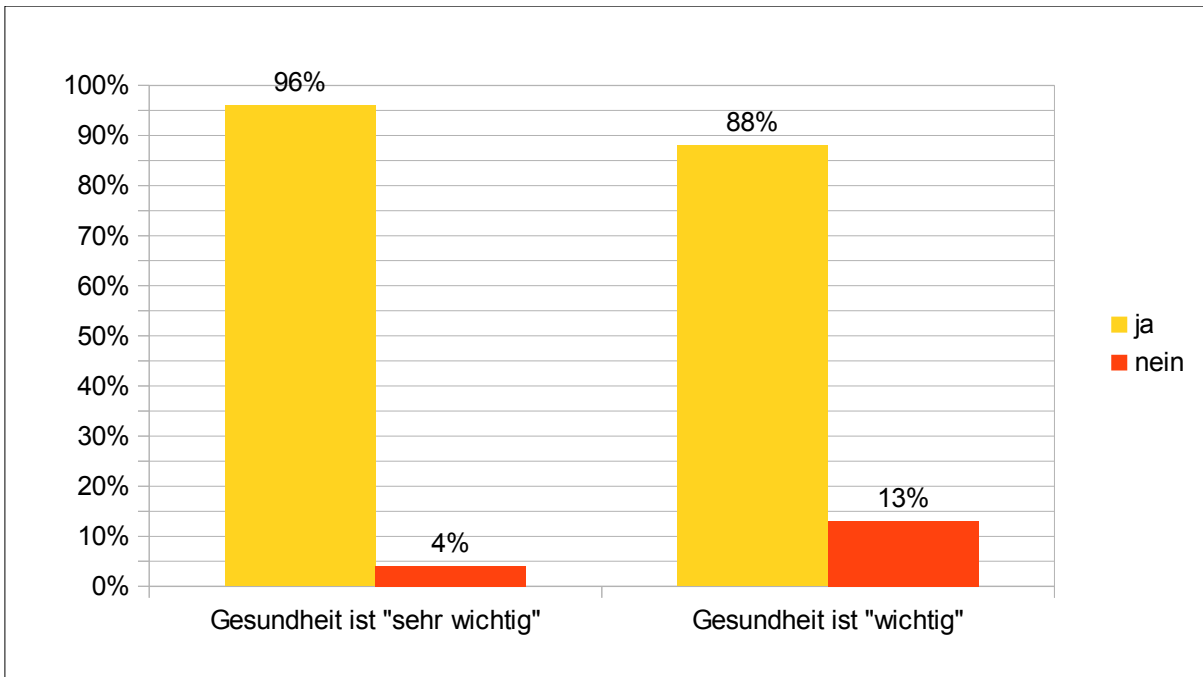


Abb.18: Zusammenhang zwischen persönlicher Einstellung zum Thema Gesundheit und der Bereitschaft zur beruflichen Integration des Gesundheitsaspekts (eigene Darstellung).

Dabei benötigen die Entscheidungsträger in den unterschiedlichsten Bereichen noch etwas Unterstützung. 76% gaben an, dass sie noch Hilfe bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Integration des Gesundheitsaspekts in den Entscheidungsprozessen brauchen. Für die Identifikation von negativen Einflüssen auf die Gesundheit glauben 44% der Befragten noch Unterstützung zu benötigen. 33% sind sich unsicher, bei der Beurteilung von Faktoren und Indikatoren für Gesundheit und 32% gaben an zusätzliches Wissen für die Anwendung von Werkzeugen zu brauchen.

Die Zugehörigkeit zum Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ scheint bei der eigenen Einschätzung, in welchen Bereichen noch Unterstützung benötigt wird, keinen großen Unterschied zu machen. Interessant ist allerdings, dass 11% der Entscheidungsträger aus herkömmlichen Kommunen der Meinung sind sie benötigen keine Unterstützung, während nur 3% der Befragten aus „Gesunden Gemeinden“ dieser Ansicht sind.

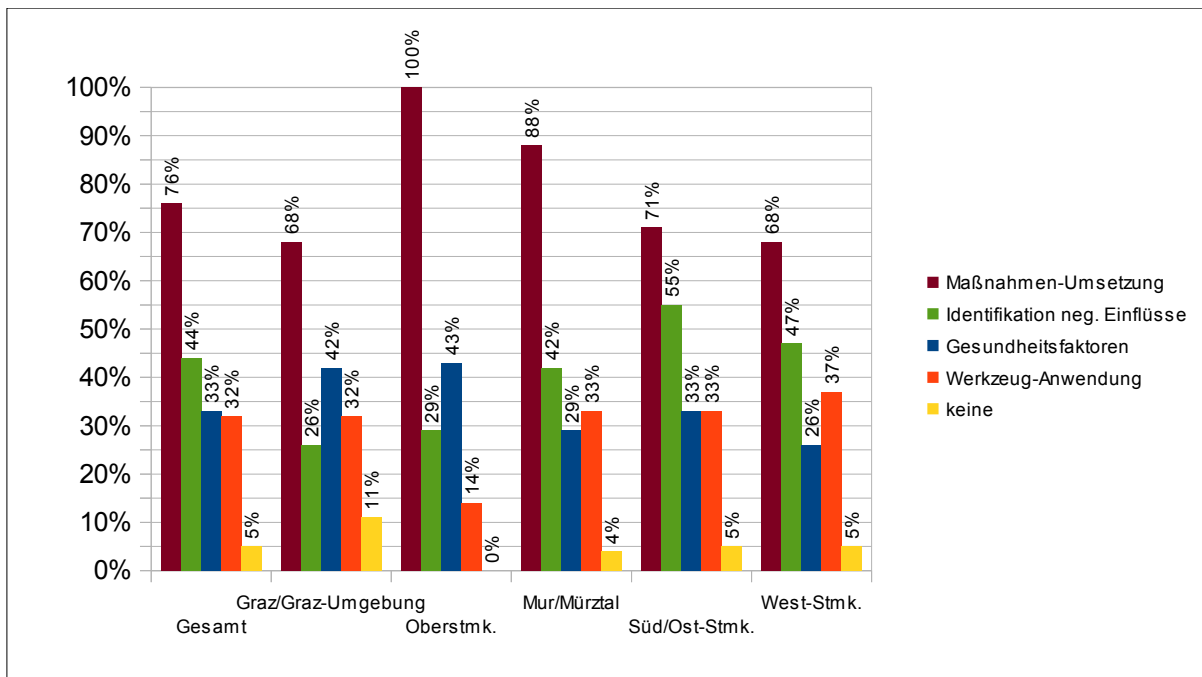


Abb.19: Bereiche, in denen die steirischen Entscheidungsträger angeben noch Unterstützung zu benötigen (eigene Darstellung).

5.7 Einschränkungen

Wie jede quantitative Befragung unterliegt auch diese einigen Einschränkungen. Besonders erwähnenswert und auffällig sind bei der Vorliegenden, dass zwei Drittel der an der Befragung teilgenommenen Entscheidungsträger (66%) dem steirischen Styria Vitalis Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ angehören.

Die regionale Verteilung der befragten Entscheidungsträger entspricht zwar in etwa der der Grundgesamtheit, aber nicht vollkommen.

	Grundgesamtheit	Stichprobe
Graz/Graz-Umgebung	10,74%	17,65%
Obersteiermark	9,44%	5,88%
Mur/Mürztal	23,33%	22,69%
Süd/Ost-Steiermark	44,44%	36,97%
West-Steiermark	12,04%	16,81%

Die verstärkte Teilnahme durch Entscheidungsträger aus „Gesunden Gemeinden“ könnte damit zusammenhängen, dass diese direkt durch Styria Vitalis kontaktiert

wurden. Der Befragung könnte eventuell deshalb eine erhöhte Aufmerksamkeit von Seiten der Entscheidungsträger geschenkt worden sein.

Weiters ist zu erwähnen, dass eine gewisse Einschränkung auch durch den Zustellungsweg der Befragung über E-Mail entstanden sein könnte. Nur Entscheidungsträger mit öffentlicher beziehungsweise gültiger E-Mail-Adresse konnten kontaktiert werden. Auch die eventuelle Filterung des versendeten Mails durch die Spamfilter kann als Einschränkung betrachtet werden.

6 Schlussfolgerung

Ökonomische Gesundheitssysteme bestehen aus einem ausbalancierten Verhältnis zwischen einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Krankenversorgung und Gesundheitsförderung. Der Hauptfokus des österreichischen Gesundheitssystems liegt nach wie vor auf der Krankenversorgung. Deshalb häufen sich in den letzten Jahren die Forderungen nach einer Verankerung verhaltens- und verhältnisorientierter Gesundheitsförderung. Verhaltensorientierte Gesundheitsförderungs-Maßnahmen, in Form von Projekten in unterschiedlichsten Settings wie Betrieben, Schulen oder Gemeinden, finden seit einigen Jahren in der Steiermark statt. Die verhältnisorientierte Gesundheitsförderung erfordert allerdings das Zusammenwirken unterschiedlichster politischer Sektoren und Akteure. Weshalb diese von einer Verankerung im steirischen und österreichischen Gesundheitssystem wohl noch etwas weiter entfernt ist als die Verhaltensorientierte. Denn bevor verhältnisorientierte Gesundheitsförderungs-Maßnahmen, in Form einer Integration des Gesundheitsaspekts in jeden politischen Entscheidungsprozess und in alle politischen Entscheidungen, umgesetzt werden können, bedarf es des Wissens, des Bewusstseins und der Akzeptanz der Entscheidungsträger für die Relevanz des Gesundheitsaspekts in ihren Entscheidungen um das Wohlbefinden, die Lebensqualität und in weiterer Folge auch die Gesundheit der Bevölkerung zu steigern.

Verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren wären eine denkbare Maßnahme um die Entscheidungsträger für den Gesundheitsaspekt zu sensibilisieren. Die Initialisierung dieser Maßnahme auf niedrigster politischer Ebene – den Kommunen – birgt das Potenzial die Akzeptanz dafür zu erhöhen und von diesen auf politisch höhere Ebenen weitergetragen zu werden und so den Health in All Policies Ansatz weiter auszubauen.

Ein wichtiger Grundsatz der Gesundheitsförderung, die Partizipation, erhöht außerdem die Akzeptanz der Betroffenen und ermöglicht es individueller auf die Bedürfnisse und den Bedarf der unterschiedlichen Regionen einzugehen.

Diese Arbeit setzt sich mit Aspekten zum Thema Gesundheit und Soziales im Hinblick auf die Integration des Health in All Policies Ansatzes aus der Sicht der steirischen Entscheidungsträger auseinander. Wissen, Wahrnehmungen und Einstellungen zu unterschiedlichen Teilaspekten sollen dargestellt werden, um weiterführende Ansätze zu identifizieren, die eine nachhaltige Realisierung des Health in All Policies Ansatzes und seine Instrumente in der Steiermark unterstützen.

Der Literaturteil dient dem Grundverständnis und zur Unterstützung bei der Interpretation der Ergebnisse der quantitativen Befragung im empirischen Teil dieser Arbeit.

Die wesentlichen Inhalte werden hier nochmals zusammengefasst, um weiters die Forschungsfragen beantworten zu können. Abschließend werden die zentralen Forschungsergebnisse, die Wahl der Methode und weiterführende Forschungsfragen diskutiert.

6.1 Zusammenfassung

Nach Einführung und Erläuterung zu grundlegenden Hintergründen, sowie des Forschungsinteresses und der Public Health Relevanz des Themas in Kapitel 1, werden in Kapitel 2 wichtige elementare Begriffe erklärt, die für das weitere Verständnis notwendig sind. Zu diesen zählen der Gesundheitsbegriff an sich und seine Abgrenzungen, die Gesundheitsförderung als politisches Aktionsprogramm und die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik.

In Kapitel 3 wird auf die Grundlagen der kommunalen Gesundheitsförderung eingegangen, um dem Leser einen Überblick über Handlungsprinzipien – die in weiterer Folge im empirischen Teil Anwendung finden –, Besonderheiten der kommunalen Gesundheitsförderung im Vergleich zu anderen Settings und die hohe Komplexität des Settings Gemeinde zu vermitteln. Das steirische Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ von Styria Vitalis wird beschrieben, dieses bringt Entscheidungsträger mit dem Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung in Kontakt. Im empirischen Teil wird betrachtet, ob Entscheidungsträger aus diesem Netzwerk ein anderes Gesundheitsverständnis aufweisen, als Entscheidungsträger aus Kommunen die nicht diesem Netzwerk angehören. Außerdem wird die Bedeutung des Gesundheitsaspekts als politisches Handlungsfeld beschrieben, wobei auf derzeitige internationale und nationale Entwicklungen zu Handlungsempfehlungen und Gesundheitszielen, wie das europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele, eingegangen wird.

Die aus den Kapiteln 2 und 3 gewonnenen Erkenntnisse werden verwendet, um im Kapitel 4 besser auf den Health in All Policies Ansatz im kommunalen Setting eingehen zu können. Das Bottom Up Modell wird erklärt, zu dessen Initialisierung eine Akzeptanz für gesundheitsfördernde Maßnahmen bei den Entscheidungsträgern vorhanden sein sollte. Durch das Prinzip der Partizipation wird die Akzeptanz für Maßnahmen bei den

Betroffenen erhöht. Akzeptanz gilt als Grundvoraussetzung für die Verankerung von Wissen und in weiterer Folge auch der Verankerung neuer Ansätze, Strategien und Strukturen, wie im Falle dieser Arbeit der Verankerung des Gesundheitsaspekts im politischen Alltag. Die Befragung der steirischen Entscheidungsträger im empirischen Teil kann deshalb als partizipative Maßnahme betrachtet werden. Gleichzeitig fördert dies das Empowerment der Befragten, was wiederum zu den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung zählt. Stärken und Schwächen eines Health in All Policies Ansatzes in den Kommunen werden analysiert und Herausforderungen für sektorenübergreifende Zusammenarbeit herausgearbeitet. Auch mögliche Maßnahmen zur Verankerung des Gesundheitsaspekts in die politischen Entscheidungsprozesse und Entscheidungen aller Sektoren werden aufgezeigt. Am Ende des vierten Kapitels werden Umsetzungsstrategien zur Integration des Gesundheitsaspekts am Beispiel Stadtplanung erläutert. Ein kleiner Exkurs zu den Best Practice Beispielen in Skandinavien vervollständigt die notwendige Wissensbasis um den empirischen Teil interpretieren, diskutieren und in weiterer Folge aus den Ergebnissen Ausblicke aufzeigen zu können.

Der empirische Teil in Kapitel 5 stellt eigentlich den Schwerpunkt der Arbeit dar. Durch eine quantitative Befragung mittels Fragebogen wurden steirische Entscheidungsträger zu unterschiedlichsten Teilbereichen der Themen Gesundheit und Gesundheitsaspekt im politischen Alltag befragt. Zu Beginn werden Methodik und die Datenerhebung erläutert. Danach werden die Ergebnisse dargestellt. Mit Hilfe des Literaturteils und seinem aufbauenden Hinführen zur Idee und den notwendigen Voraussetzungen für die Realisierung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik sollen die Ergebnisse des fünften Kapitels in weiterer Folge die Beantwortung der Forschungsfragen unterstützen.

6.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Primäre Forschungsfrage:

Wie schätzen Entscheidungsträger der steirischen Gemeinden die derzeitige Entwicklung der Themen Gesundheit und Soziales im Kontext einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ein? Sind die steirischen Entscheidungsträger ebenfalls der Ansicht, dass eine Bottom Up Strategie ein möglicher Ansatzpunkt zur Verankerung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik sein könnte?

Gesundheit wird im Alltag hergestellt, somit gehen die Themen Gesundheit und Soziales Hand in Hand. Die Rahmenbedingungen für unseren Alltag werden durch politische Entscheidungen geprägt. Deshalb ist die Beachtung des Gesundheitsaspekts aller politischer Sektoren von großer Bedeutung für die Bevölkerungsgesundheit.

Für die steirischen Entscheidungsträger hat Gesundheit sowohl privat, wie auch beruflich einen hohen Stellenwert. Dies ist wohl auch der Grund, warum der Großteil sich grundsätzlich vorstellen kann, den Gesundheitsaspekt in die eigene Arbeit einfließen zu lassen. Teilweise wird er sogar gegenwärtig bereits in die politische Arbeit miteinbezogen.

Die Wahrnehmungen zu Veränderungen in den letzten Jahren, was die Beachtung des Gesundheitsaspektes im politischen Alltag betrifft, sind unterschiedlich. Der Großteil der Entscheidungsträger ist aber der Meinung, dass das Bewusstsein gestiegen ist. Trotzdem gibt es auch Befragte die der Meinung sind, dass die Beachtung des Gesundheitsaspekt bei Entscheidungsprozessen gleich geblieben oder sogar gesunken ist. Einerseits könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass der Gesundheitsaspekt tatsächlich nur vereinzelt thematisiert beziehungsweise miteinbezogen wird. Andererseits könnten auch Schwierigkeiten – wie später noch erläutert wird – bei der Identifikation von einbezogenen Indikatoren für Gesundheit bestehen und daher subjektiv der Eindruck entstehen. In Graz/Graz-Umgebung haben besonders viele Befragte das Gefühl, dass der Gesundheitsbegriff in den letzten Jahren zunehmend in den politischen Alltag integriert wird. Eventuell ist das Bewusstsein und die Thematisierung in der Landeshauptstadt und den umliegenden Gemeinden stärker vorhanden, als in den ländlicheren Regionen.

Durch den demographischen Wandel der Altersstruktur bestehen Befürchtungen hinsichtlich negativer Auswirkungen. Vor allem in der Obersteiermark und dem Mur/Mürztal. Insbesondere was die Bevölkerungsbewegung, die Arbeitslosigkeit und den Bildungsbereich betrifft. Entscheidungsträger der „Gesunden Gemeinden“ sehen den zukünftigen Herausforderungen deutlich gelassener entgegen. Möglicherweise fühlen sich diese für die auf sie zukommenden Entwicklungen, durch ein gestärktes Bewusstsein für gesundheitsfördernde Interventionen, besser vorbereitet. Gesundheitsfördernden Maßnahmen wird allerdings insgesamt viel zugetraut, um diesen negativen Entwicklungen entgegenzuwirken.

Auch einer Initialisierung des Health in All Policies Ansatzes über die Bottom Up

Strategie stehen die Entscheidungsträger deutlich positiv gegenüber. Die Entscheidungsträger der „Gesunden Gemeinden“ sind für diesen Ansatz besonders offen. Auch hier zeigt sich, dass durch die Zugehörigkeit zum Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ scheinbar eine größere Akzeptanz für gesundheitsfördernde Maßnahmen besteht.

Sekundäre Forschungsfrage 1:

Welches Wissen besteht bei den Entscheidungsträgern der steirischen Gemeinden zur Bedeutung von Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitskompetenzen?

Die Befragung der steirischen Entscheidungsträger zeigt relativ deutlich, dass eine Wissensbasis für verhaltensorientierte Gesundheitsdeterminanten bereits vorhanden ist. Das Bewusstsein für die Bedeutung verhältnisorientierter Faktoren ist allerdings noch nicht ganz so deutlich erkennbar. Da diese Determinanten allerdings für eine Realisierung des Health in All Policies Ansatzes grundlegend und für ein ausbalanciertes Gesundheitssystem unabdingbar sind, besteht hier noch ein Sensibilisierungsbedarf.

Sekundäre Forschungsfrage 2:

Welche Bedeutung haben Gesundheit und Soziales aus emotionaler, politischer, (volks-)wirtschaftlicher Perspektive und für die Attraktivität einer Gemeinde nach Meinung der Entscheidungsträger?

Im Privatleben ist Gesundheit für die steirischen Entscheidungsträger von großer Bedeutung. Der berufliche Stellenwert ist gegenwärtig etwas geringer, wenn auch die meisten Entscheidungsträger eine zukünftige Beachtung des Themas bei ihren Entscheidungen nicht ausschließen. Lebensqualität, die Attraktivität der eigenen Gemeinde und wirtschaftliche Faktoren sind für die Entscheidungsträger ebenfalls bedeutend. Eine Steigerung dieser Faktoren wären auch geeignete Anreize, um den Gesundheitsaspekt in den politischen Alltag der unterschiedlichen Sektoren zu bringen.

Sekundäre Forschungsfrage 3:

Sehen steirische Entscheidungsträger verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren ebenfalls als Möglichkeit zur Steigerung des Gesundheitsverständnisses und als mögliche Grundlage für individuelle kommunale Gesundheitsziele?

Grundsätzlich sind die steirischen Entscheidungsträger gegenüber verpflichtenden Gesundheitsberichten offen eingestellt und können sich diese als mögliche Maßnahme zur Sensibilisierung für den Gesundheitsbegriff vorstellen. Außerdem deuten auch hier die Ergebnisse darauf hin, dass bei den Entscheidungsträger des Netzwerks „Gesunde Gemeinde“ ein erhöhtes Bewusstsein für die Notwendigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen und die sektorenübergreifende Integration des Gesundheitsaspekts vorhanden ist. Denn auch dem Einsatz gegenüber Instrumenten wie dem Health Impact Assessment sind diese deutlich offener, als die Entscheidungsträger aus den anderen Gemeinden.

Sekundäre Forschungsfrage 4:

Welchen Nutzen und welche Effekte würden sich Entscheidungsträger der steirischen Gemeinden im Bereich Gesundheit und Soziales für ihre Gemeinde wünschen, um partizipativ an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuarbeiten?

Als Anreiz, um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu unterstützen, sind für die steirischen Entscheidungsträger die Steigerung der Lebensqualität der Bevölkerung in ihrer Region, die Steigerung der Attraktivität ihrer Gemeinde, wirtschaftliche Vorteile und teilweise auch Faktoren wie die Zuwanderung in die eigene Region relevant. Die Zuwanderung wäre vor allem für die obersteirischen Entscheidungsträger von wesentlichem Nutzen, eventuell weil diese Region von Abwanderung und Überalterung betroffen ist. Beides Faktoren mit denen sich die Entscheidungsträger dieser Region sehr wahrscheinlich auseinandersetzen.

Sekundäre Forschungsfrage 5:

Welches Wissen glauben die steirischen Gemeinden noch zu brauchen, wo benötigen sie Unterstützung und wie könnte diese Unterstützung aussehen?

Interessanter Weise sind deutlich mehr Entscheidungsträger aus „Gesunden Gemeinden“ der Meinung, dass sie noch Unterstützung benötigen. Eventuell haben sich diese stärker mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinandergesetzt und haben daher mehr Bewusstsein für beispielsweise Wissen das ihnen noch fehlt.

Die meisten Befragten wissen nicht genau wie sie den Gesundheitsaspekt in ihre tägliche Arbeit integrieren können und würden hier noch Wissen und Unterstützung

benötigen. Dieses Ergebnis würde auch die hohe Bereitschaft für den Einbezug des Themas, im Vergleich zur bereits umgesetzten Integration des Gesundheitsaspekts, erklären. Verpflichtende Gesundheitsberichte und eine vereinfachte Form des Health Impact Assessments könnten hier eingesetzt werden um den Gesundheitsaspekt in die tägliche Arbeit zu integrieren.

Bei der Identifikation negativer Einflüsse und der Beurteilung von positiven Faktoren, wie auch Indikatoren für die Bevölkerungsgesundheit, fühlen sich die Entscheidungsträger ebenfalls noch nicht sattelfest. Auch hierfür könnten verpflichtende Gesundheitsberichte und der Einsatz einer vereinfachten Form des Health Impact Assessments unterstützend wirken.

Um eine Wissensbasis zu schaffen, die den Entscheidungsträgern ermöglicht den Gesundheitsaspekt in ihre politische Arbeit zu integrieren, sowie negative Einflüsse, Indikatoren für Gesundheit und positiv wirkende Faktoren die Gesundheit produzieren zu identifizieren, wären sowohl verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren, als auch eine vereinfachte Form des Health Impact Assessments geeignet. Allerdings fehlt den steirischen Entscheidungsträgern auch für die Anwendung dieser Werkzeuge das Wissen.

6.3 Diskussion und Ausblick

An dieser Stelle soll die vorliegende Arbeit und ihre Methode kritisch reflektiert und ihre Grenzen aufgezeigt werden. Weiters werden die Ergebnisse diskutiert und der weitere Forschungsbedarf dargelegt.

In dieser Arbeit sollte der Blickwinkel der steirischen Entscheidungsträger zu Teilbereichen des Themas Gesundheit und Soziales im Hinblick auf eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik dargestellt werden. Ziel war es, eine Momentaufnahme des gegenwärtigen Wissens und der momentanen Einstellung der steirischen Entscheidungsträger zu erfassen, um weiteren Handlungs- und Forschungsbedarf zu identifizieren, der eine zukünftige Realisierung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in der Steiermark unterstützt.

Dazu wurde mittels Literaturanalyse eine theoretische Basis geschaffen, aus welchem sich ein Idealzustand einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ergab und die Fragen für den empirischen Teil abgeleitet wurden. Die Beantwortung der Forschungsfragen fand vorrangig über die Auswertung der Ergebnisse der quantitativen Fragebogen-

Befragung der Entscheidungsträger statt. Unterstützt durch die theoretisch erarbeiteten Hintergründe.

Im Zuge der systematischen Literaturrecherche in Datenbanken, Fachbibliotheken und in veröffentlichten Dokumenten einschlägiger Institutionen und Akteure, zum Thema Health in All Policies aus der Sicht der Entscheidungsträger, musste festgestellt werden, dass nur eine Publikation aus dem Jahr 2012 von Silvia Tuttner hierzu zu finden ist. Diese Tatsache weist auf die Aktualität des Themas und die Notwendigkeit der Erfassung der Wahrnehmungen der Entscheidungsträger im Sinne der partizipativen gesundheitsfördernden Prinzipien hin.

Hingegen konnte zum theoretischen Hintergrund einiges an Literatur gefunden werden. Zum Thema Gesundheitsförderung sind besonders viele Publikationen vorhanden, diese sind teilweise bereits aus den 80er-Jahren und reichen bis in die Gegenwart. Allerdings ist die Literatur zum Health in All Policies Ansatz und den Teilbereichen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, wie internationale und nationale Gesundheitsziele oder zu Werkzeugen wie Gesundheitsberichten und Health Impact Assessment, vorrangig aus den letzten zehn Jahren. Es wurde vor allem deutschsprachige Literatur aus Deutschland und nach Möglichkeit aus Österreich verwendet. Aber auch englischsprachige Literatur wurde miteinbezogen. Insbesondere für den Exkurs zur skandinavischen sektorenübergreifenden Verankerung des Gesundheitsaspekts.

Um ein Basiswissen für die komplexen Hintergründe von Gesundheitsförderung, dem Health in All Policies Ansatz und einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zu vermitteln, war die Literaturanalyse zu Beginn der Arbeit notwendig. Auch die Fragen im empirischen Teil wurden daraus abgeleitet. Befragt wurden steirische Entscheidungsträger. Als Entscheidungsträger wurden Bürgermeister und Gemeinderatsmitglieder definiert. Die Stichprobe der quantitativen Erhebung ergab sich über die teilnehmenden Entscheidungsträger, wobei versucht wurde die Befragung der Grundgesamtheit zur Verfügung zu stellen.

Durch die Fragestellung konnte nicht eruiert werden wieviele Bürgermeister und wieviele Gemeinderatsmitglieder an der Befragung teilgenommen haben. Auch bleibt im Unklaren wie die Befragten auf die einzelnen Kommunen verteilt sind. Allerdings wurde dies bewusst so durchgeführt um die Anonymität der Entscheidungsträger zu bewahren.

Mit der Befragung von mehr als hundert Entscheidungsträgern und einer der Grundgesamtheit möglichst nahe kommenden Verteilung wurde versucht eine

möglichst hohe Repräsentativität zu erreichen. Auch wenn die regionale Verteilung zufriedenstellend war, wurde durch die deutlich höhere Teilnahme an der Befragung, durch Entscheidungsträger aus „Gesunden Gemeinden“ die Repräsentativität nicht ganz erreicht. Zwei Drittel der Befragten gehören dazu. In der Realität ist allerdings nur rund ein Drittel der steirischen Gemeinden Teil dieses Netzwerks.

Die quantitative Befragung wurde gewählt, um möglichst viele Entscheidungsträger in möglichst kurzer Zeit befragen und die Ergebnisse miteinander vergleichen zu können. Auffällig war, dass die meisten Entscheidungsträger, die an der Befragung teilgenommen haben, dies nur wenige Tage nach Kontaktaufnahme taten. Dies könnte ein Hinweis für ein grundsätzliches Interesse der Teilnehmer an der Thematik sein. Wie gerade vorhin erwähnt, war der Anteil der Entscheidungsträger aus „Gesunden Gemeinden“ recht hoch, was wiederum auf ein besonderes Interesse dieser Gruppe rückschließen lässt.

Kritisch an der Durchführung der Befragung anzumerken ist, dass durch den Versand des Fragebogens nur jene Entscheidungsträger zur Befragung eingeladen werden konnten, die eine zugängliche E-Mail-Adresse besitzen. Ein paar der Adressen waren außerdem nicht mehr aktuell. Außerdem könnten einige der Entscheidungsträger den Link aufgrund ihres Spamfilters nicht erhalten haben.

Zusätzlich ist anzumerken, dass die Art der Befragung den Entscheidungsträgern keinen Spielraum für individuelle Ausführungen zu einzelnen Themen ermöglichte und quantitative Befragungen natürlich auch immer ein gewisses Potenzial für Missverständnisse bergen.

Um einen Eindruck der derzeitigen Einstellung gegenüber Ansätzen, die den Gesundheitsaspekt sektorenübergreifend in die steirische Politik bringen können und des vorhandenen Wissens zu bekommen, kann die Forschungsmethode als geeignet betrachtet werden. Insbesondere in Anbetracht der finanziellen und zeitlichen Ressourcen.

Festhalten lassen sich folgende Ergebnisse dieser Arbeit: Für die steirischen Entscheidungsträger ist das Thema Gesundheit ein wichtiges Thema. In den vergangenen Jahren ist für sie teilweise eine Zunahme der Beachtung in politischen Entscheidungsprozessen spürbar. Sie selbst stehen dem Ansatz, den Gesundheitsaspekt in ihre tägliche Arbeit mit einfließen zu lassen grundsätzlich offen gegenüber, allerdings wissen die meisten nicht wie sie dies umsetzen können. Auch

einer Initialisierung des Health in All Policies Ansatzes über die Kommunen stehen die Befragten grundsätzlich offen gegenüber.

Allerdings wird durch die Befragung auch deutlich, dass für eine Umsetzung noch einiges an Vorarbeit geleistet werden müsste. Denn auch wenn bereits eine gewisse Sensibilisierung für verhaltensorientierte Gesundheitsförderung und die notwendigen Determinanten vorhanden zu sein scheint, ist das Bewusstsein für die Verhältnisebene noch nicht so klar erkennbar. Dieses ist allerdings notwendig, um den Gesundheitsaspekt in Entscheidungsprozesse einfließen lassen zu können. Hierfür werden wiederum Werkzeuge benötigt, die es den Entscheidungsträgern ermöglichen, Faktoren, die negativ auf die Bevölkerungsgesundheit wirken, zu identifizieren. Ebenso braucht es die Anwendung von Instrumenten, die Indikatoren und Faktoren für positive Wirkungen auf die Gesundheit extrahieren. Schlussendlich können diese Werkzeuge und Instrumente nur genutzt werden, wenn ein Wissen bezüglich der Anwendung vorhanden ist. Dies ist gegenwärtig nicht der Fall und das obwohl zwei Drittel der Befragten aus „Gesunden Gemeinden“ stammen.

Aus dem Literaturteil geht hervor, dass es für die Verankerung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik keinen klaren Start gibt, sondern dass diese in einer Art Kreislauf entsteht. Einen solchen Kreislauf bietet der Public Health Action Circle. Allerdings gibt es auch für diesen Grundvoraussetzungen. Die sektorenübergreifende Sensibilisierung für den Gesundheitsaspekt und die multisektorale Verantwortung für die Bevölkerungsgesundheit, zählen mit Sicherheit dazu. Hierfür wurden in jüngster Vergangenheit internationale und nationale Dokumente erarbeitet. International wurde 2012 das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ veröffentlicht, welches strategische Ausrichtungen und politische Handlungsfelder erörtert, die zu einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit führen sollen. Ein gut durchdachtes Konzept, welches zwar das Potenzial hat, das Bewusstsein für den Gesundheitsbegriff zu erhöhen, allerdings gegenwärtig auf kommunaler Ebene ohne weitere individuelle Ansätze schwer zu integrieren sein dürfte. Im Zuge eines partizipativen Prozesses erarbeitet, wurden durch das Bundesministerium, ebenfalls 2012, Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich vorgestellt. Diese sind klar formuliert und geben Anhaltspunkte für die Richtung, in die sich die österreichische Gesundheitspolitik bewegen soll, vor. Aber auch hier dürften zukunftsnahe Umsetzungen in den Kommunen schwierig sein. Denn beide Konzepte entsprechen eher der Top Down Strategie. Sie haben wohl das Potential durch ihre

Thematisierung eine Sensibilisierung hervorzurufen, allerdings ist in Frage zu stellen, wie groß die Akzeptanz gegenüber diesen Konzepten auf kommunaler Ebene ist.

Eine zeitnahe Sensibilisierung für den Gesundheitsbegriff auf kommunaler Ebene könnten, wie in Silvia Tuttners Masterarbeit aus dem Jahr 2012 beschrieben, verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren erreichen. Eine stufenweise Einführung des Gesundheitsaspekts, wie in Kapitel 4.5.1 beschrieben, in sektorenspezifische Berichte - bis diese durch eine integrierte, sektorenübergreifende Gesundheitsberichterstattung ersetzt werden können - wäre eine vielversprechende Möglichkeit um ein Bewusstsein für die auf die Gesundheit wirkende Faktoren jedes Sektors zu erfassen. Um Verbindlichkeiten für die Umsetzung zu schaffen bräuchte es allerdings eine gesetzliche Verankerung. Ebenso um Zuständigkeiten und Ressourcen zu regeln.

Aus dem empirischen Teil geht hervor, dass die steirischen Entscheidungsträger diesem Ansatz größtenteils positiv gegenüber stehen und sich ebenfalls vorstellen können, dass diese Maßnahme eine Sensibilisierung für den Gesundheitsaspekt unterstützt.

In weiterer Folge könnten mittels der Gesundheitsberichte Handlungsfelder zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit identifiziert werden, indem mit Hilfe von bestehenden oder individuellen Gesundheitszielen Maßnahmenempfehlungen erarbeitet werden. Wie in Kapitel 4.4.3 erwähnt, könnten so entlang des Public Health Action Circles die erfolgten Maßnahmen stetig evaluiert und angepasst werden. Um dies umsetzen zu können bedarf es allerdings der Bereitstellung weiterer Ressourcen und einer Einrichtung mit Experten zur Unterstützung dieses Prozesses, wie es in Finnland beispielsweise existiert.

Aus dem Exkurs in die Gesundheitspolitik der skandinavischen Länder geht hervor, dass das Health Impact Assessment (HIA) ein vielversprechende Instrument zur Förderung der multisektoralen Verantwortung für die Gesundheit der steirischen Bevölkerung sein könnte. Gleichzeitig unterstützt es auch das Verständnis für den Gesundheitsaspekt. Die vorliegenden Forschungsergebnisse zeigen, dass die steirischen Entscheidungsträger diesem Werkzeug gegenüber offen eingestellt sind. Da das HIA ein komplexes und zeitintensives Verfahren ist, ist auf kommunaler Ebene wohl am ehesten der Einsatz des Rapid HIA integrierbar. Aber selbst dafür sind zeitliche und personelle Ressourcen notwendig und setzen die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen und die Unterstützung von Experten voraus.

Die hier vorliegende Arbeit konnte aufzeigen, dass die steirischen Entscheidungsträger gegenüber strategischen Veränderungen zu Gunsten der sektorenübergreifenden Verankerung des Gesundheitsaspekts insgesamt positiv eingestellt sind. Allerdings bestehen noch Lücken was das Wissen bezüglich der Bedeutung der Verhältnisebene für die Gesundheit der Bevölkerung betrifft. Daraus resultierend fehlt auch das Wissen hinsichtlich möglicher Instrumente und deren Anwendung, zur Identifizierung von negativen und positiven Faktoren, die durch politische Entscheidungen und Maßnahmen beeinflusst werden könnten. Um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik umsetzen zu können müssen diese Wissenslücken geschlossen werden. Hierfür wurden einige Möglichkeiten aufgezeigt, um diese Lücken zu schließen. Eine Zusammenarbeit staatlicher und privater Akteure und Experten scheint unumgänglich. Auf jeden Fall besteht zur beschriebenen Thematik weiterführender Forschungsbedarf. Interessant wäre eine erneute Befragung der steirischen Entscheidungsträger in einigen Jahren, ob das Thema Gesundheit ihrer Meinung nach bei politischen Entscheidungen zugenommen, abgenommen hat oder gleich geblieben ist. Dadurch hätte man die Möglichkeit den Erfolg von zwischenzeitlich gesetzten Sensibilisierungsmaßnahmen für den Gesundheitsaspekt zu erfassen. Aber auch in Form von Modell-Projekten zur Integration von Gesundheitsindikatoren in die Berichte unterschiedlichster Sektoren auf kommunaler Ebene. Ebenso wären Pilot-Projekte zum Einsatz von Rapid HIAs bei geplanten Maßnahmen auf kommunaler Ebene unterschiedlichster Sektoren unter externer Experten-Begleitung denkbar.

Denn:

„Was nützt es, wenn wir immer mehr Menschen zum Joggen bewegen, aber gleichzeitig die Luft zum Atmen immer dünner wird.“

Eckhard Schupeta, Geschäftsführer DAK

7 Verzeichnisse

7.1 Literaturverzeichnisse

7.1.1 Literaturquellen

Bachner, F. et al. (2011). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

Bengel, J. & Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). Was hält Menschen gesund?. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 6, Köln

Böhme, Ch. et al. (2012). Handbuch Stadtplanung und Gesundheit, Hans Huber Verlag, 1. Auflage, Bern

BMG Bundesministerium für Gesundheit (2012). Die Gesundheitsreform. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Czirkovits, Ch. & Winkler, P. (2009). GBE als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen (Public Health Action Circle). Im Auftrag der Gesundheitsagentur, Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Das Land Steiermark (2012). Gemeindestrukturreform Steiermark – Leitbild. Das Land Steiermark, Graz

Gaugg, H. (2006). Gibt es neue Ansätze in der steirischen Gesundheitspolitik?. SMZ Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau, Graz

Gerger, M. & Soffried, J. (2009). LSE Public Health Projekt - Kapitel III „Gesundheitsziele“, Bericht. London School of Economics and Political Science, LSE Health, o. O.

- GÖG Gesundheit Österreich GmbH (2012). Rahmen-Gesundheitsziele – Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. GÖG Gesundheit Österreich GmbH, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Halkow, A. & Engelmann, F. (2008). Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung. Gesundheit Berlin (Hrsg.), Dokumentation 14. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin
- HealthCarePueringer (2007). Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Steirischen Gesundheitsfonds. FH Joanneum, Gesundheitsmanagement im Tourismus, Graz
- Hofmarcher, M.M. & Rack, H.M. (2006). Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen
- International Healthy Cities Conference (2009). Zagreb Erklärung für Gesunde Städte: Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit in allen Bereichen der Lokalpolitik. Weltgesundheitsorganisation WHO Europa, WHO-Regionalbüro, Kopenhagen
- Kickbusch, I. (2011). Health in All Policies: Gesundheitsziele gemeinsam entwickeln. Bundesgesundheitskonferenz, Wien
- Krause, Ch. & Mayer, C.-H. (2012). Gesundheitsressourcen erkennen und fördern. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH. & Co. KG, Göttingen
- Lademann, J. et al. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Psychotherapeuten Verlag (Hrsg.), Psychotherapeutenjournal 2/2006, Bremen
- Lee, J.H. & Röbbel, N. & Dora, C. (2013). Cross-Country Analysis Of The Institutionalization Of Health Impact Assessment. Weltgesundheitsorganisation WHO, Social Determinants of Health Discussion Paper 8, Genf

- Leppo, K. et al. (2013). Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health Finland, Malta
- Lehmann, M. & Sabo, P. (2003). Multiplikatoren, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Schabenheim a.d. Selz
- Loss, J. (2008). Erfolgsfaktoren und Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung. IMG Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth, 10. Österreichische Gesundheitskonferenz, Graz
- Meyer, K. & Kickbusch, I. & Weiss, W. & Spycher, S. (2008). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Hans Huber Verlag (Hrsg.), Bern
- o.A. (2012). Public Health Charta der österreichischen Sozialversicherung. Gemeinsam zu mehr Gesundheit für alle. Public Health Charta Projektteam: Sozialversicherung, IfGP, OÖGKK
- Pelikan, J.M. (2007). Health for All Austrians by Health in All Austrian Policies – Übertragbarkeit von Health in All Policies auf Österreich. LBIMGS Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, Gesundheit in allen Politikbereichen, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wien
- Reis-Klingspiogl, K. (2011). Settings in der Gesundheitsförderung. UPH Graz, Modul E: Gesundheitsförderung, Graz
- Reis-Klingspiogl, K. (2012). Gesundheitsförderung im regionalen Setting: aktuelle Herausforderungen. UPH Graz, Modul E: Gesundheitsförderung, Graz
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, Th. (2006). Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. 2.vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hans Huber Verlag, Bern

Schipfler, R.K (2005). Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich - Auswirkungen auf Regionen und Kommunen. ÖIF Österreichisches Institut für Familienforschung (Hrsg.), Working Paper Nr.51/2005, Wien

St-Pierre, L. (2009). Governance Tools and Framework For Health In All Policies. National Collaborating Centre for Health Public Policy, Quebec

Tuttner, S. (2012). Health in All Policies – Ansatzmöglichkeiten zur Verankerung einer gesundheitsfördernden sektorenübergreifenden Politik auf kommunaler Ebene. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation, Linz

WHO Weltgesundheitsorganisation (2012). Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. WHO Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Regionalkomitee für Europa, 62. Tagung, 10.-13. September 2012, Malta

WHO Weltgesundheitsorganisation (1998). Gesundheit 21. Rahmenkonzept der WHO. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen

WHO Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen

7.1.2 Internetquellen

Böhme, Ch. & Stender, K.-P. (2010). Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt/Kommunalpolitische Perspektive. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=5609a26b9d5d50152870a32e4169b472&id=angebote&idx=123> (30.5.2013)

Bundesministerium für Gesundheit (2013). Bundeszielsteuerungsvertrag 2013. Pressekonferenz, Pressezentrum des Parlaments. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/8/3/CH1396/CMS1360225655870/pkunterlage_bundeszielsteuerungsvertrag.pdf (24.7.2013)

Bundesministerium für Gesundheit (o.J.). Gesundheit und Gesundheitsförderung. http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung (7.2.2013)

Busse, R. et al. (2010). Tackling chronic disease in Europe – Strategies, interventions and challenges. Observatory Studies Series No 20, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf (24.7.2013)

FGÖ Fonds Gesundes Österreich (2005). Determinanten der Gesundheit. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinanten-der-gesundheit> (28.06.2012)

FGÖ Fonds Gesundes Österreich (2008). Gesundheitsdeterminanten, Farbe gezeichnet. <http://www.fgoe.org/presse-publicationen/downloads/fotos-grafiken/infografiken/gesundheitsdeterminanten-farbe-gezeichnet/?searchterm=dahlgren> (23.2.2013)

Gesundheit Österreich GmbH (o.J.). Gesundheitsberichterstattung. <http://www.goeg.at/de/Gesundheitsberichterstattung> (18.5.2013)

Gesundheit Österreich GmbH (o.J.). Gesundheitsfolgenabschätzung. <http://hia.goeg.at/About> (24.2.2013)

Gesundheit Österreich GmbH (o.J.). Health in All Policies. <http://www.goeg.at/de/Bereich/Health-in-All-Policies.html> (11.11.2013)

Kaba-Schönstein, L. (2011). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=c55a849c7da9eaedb2ecb5e8330f6895&id=angebote&idx=200> (17.6.2013)

Noack, R.H. (o.J.) Wissen und Qualifikation für Public Health. <http://www.goinginternational.eu/pdfs/fachartikel/Noack.deutsch1.pdf> (23.4.2013)

OECD (2012). Health at a glance: Europe 2012. OECD Veröffentlichung. <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf> (24.7.2013)

Österreichische Gesellschaft für Public Health (2010). Was ist Public Health?. <http://www.oeph.at/index.php/public-health-in-oesterreich/public-health-faq> (31.01.2013)

Quint-essenz (2010). Bestimmen der Settings sowie der Schlüsselpersonen und Anspruchsgruppen. <http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1167> (30.5.2013)

Quint-essenz (2012). Einbezug von Zielgruppen in das Projekt. <http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1117> (30.5.2013)

Quint-essenz (2010). Empowerment. <http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1248> (30.5.2013)

Quint-essenz (2010). Gesundheitskompetenz. <http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1274>, (01.03.2013)

Quint-essenz (2013). Partizipation. <http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1117> (30.06.2012)

Rötzer, F. (2002). Die Lebenserwartung der Menschen nimmt seit 150 Jahren kontinuierlich zu. <http://www.heise.de/tp/artikel/12/12516/1.html> (23.11.2012)

Statistik Austria (2012). Bevölkerung nach Alter, interaktive Karte. Statistik Austria, Wien. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/ (30.6.2013)

Styria Vitalis (2011). Gemeindeentwicklung für mehr Lebensqualität. http://www.styriavitalis.at/cms/Gesunde_Gemeinde/Gesunde_Gemeinde/3,1,0,0.html (15.2.2013)

Styria Vitalis (2010). Unser Leitbild.
http://www.styriavitalis.at/cms/Ueber_uns/Leitbild/2,1,0,0.html (15.2.2013)

Trojan, A. & Süß, W. (2010). Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik/Health Public Policy, BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
<http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=2fc3385d128acd5a383a2a2771927693&id=angebote&idx=150> (29.5.2013)

Universitätslehrgang Public Health der medizinischen Universität Graz (o.J.). Public Health Today. http://public-health.meduni-graz.at/publichealth/public_h_set.htm (28.06.2012)

WHO Weltgesundheitsorganisation (2013). Health Impact Assessment (HIA).
<http://www.who.int/hia/en/> (24.2.2013)

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten-Modell nach Dahlgren und Whitehead, Quelle: Fond Gesundes Österreich, (2012, www)

Abbildung 2: SWOT-Analyse eines Bottom Up Ansatzes im kommunalen Setting, Quelle: eigene Darstellung, (2013)

Abbildung 3: Public Health Action Circle, Quelle: eigene Darstellung, (2013)

Abbildung 4: Gewichtung des Gesundheitsaspekts bei politischen Entscheidungen in der Steiermark, Quelle: eigene Darstellung, (2013)

Abbildung 5: Bedeutung des Themas Gesundheit in politischen Entscheidungsprozessen, Quelle: eigene Darstellung, (2013)

Abbildung 6: Erwartete negative Auswirkungen durch den demographischen Wandel, Quelle: eigene Darstellung, (2013)

Abbildung 7: Positive Effekte durch nachhaltige gesundheitsfördernde Maßnahmen, Quelle: eigene Darstellung, (2013)

Abbildung 8: Erwartung positiver Effekte durch nachhaltige Gesundheitsförderungsmaßnahmen unter Einbezug der persönlichen Gewichtung des Themas Gesundheit, Quelle: eigene Darstellung, (2013)

- Abbildung 9: Ansatzfaktoren zur Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheit, Quelle: eigene Darstellung, (2013)
- Abbildung 10: Bereiche auf die, aus der Perspektive der Entscheidungsträger, Auswirkungen zu erwarten sind, Quelle: eigene Darstellung (2013)
- Abbildung 11: Aspekte zu verpflichtenden Gesundheitsberichten für alle politischen Sektoren zur Sensibilisierung für den Gesundheitsaspekt, Quelle: eigene Darstellung, (2013)
- Abbildung 12: Regionalspezifische Meinungen zu verpflichtenden Gesundheitsberichten, Quellen: eigene Darstellung, (2013)
- Abbildung 13: Vergleich der Ergebnisse zur Einstellung gegenüber verpflichtenden Gesundheitsberichten zwischen herkömmlichen steirischen Gemeinden und Gemeinden die dem Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ angehören, Quelle: eigene Darstellung, (2013)
- Abbildung 14: Kommunaler Einsatz des Health Impact Assessments zur gesundheitlichen Folgenabschätzung von politischen Maßnahmen, Quelle: eigene Darstellung, (2013)
- Abbildung 15: Kommunale Integration des Health in All Policies Ansatzes über die Bottom Up Strategie, Quelle: eigene Darstellung, (2013)
- Abbildung 16: Anreizsysteme zur Verankerung des Gesundheitsaspekts in Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors, Quelle: eigene Darstellung, (2013)
- Abbildung 17: Bereitschaft der steirischen Entscheidungsträger, den Gesundheitsaspekt in die Entscheidungsprozesse ihres Tätigkeitsbereichs zu integrieren, Quelle: eigene Darstellung, (2013)
- Abbildung 18: Zusammenhang zwischen persönlicher Einstellung zum Thema Gesundheit und der Bereitschaft zur beruflichen Integration des Gesundheitsaspekts, Quelle: eigene Darstellung, (2013)
- Abbildung 19: Bereiche, in denen die steirischen Entscheidungsträger angeben noch Unterstützung zu benötigen, Quelle: eigene Darstellung, (2013)

7.3 Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Strukturtabelle 1, Quelle: eigene Darstellung, (2013)
- Tabelle 2: Strukturtabelle 2, Quelle: eigene Darstellung, (2013)

Anhang

Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die nachfolgende Befragung beschäftigt sich mit den Themen Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität in der Steiermark.

Die Beantwortung der Fragen nimmt etwa 10 Minuten in Anspruch.

Sie wird anonymisiert durchgeführt, so dass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.

Vielen Dank für Ihre Zeit!

Katharina Puffing

ALLGEMEINER TEIL:

- ⌚ Wie wichtig ist Ihnen persönlich das Thema Gesundheit?
 sehr wichtig wichtig nicht so wichtig unwichtig
- ⌚ In welcher steirischen Region bzw. in welchem steirischen Bezirk sind Sie tätig?
 Graz Graz-Umgebung Liezen Murtal Murau
 Weiz Leoben Hartberg-Fürstenfeld Leibnitz
 Bruck-Mürzzuschlag Voitsberg Südoststeiermark
 Deutschlandsberg
- ⌚ Gehört Ihre Gemeinde dem Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ an?
 ja nein

- ⌚ Wie wichtig ist das Thema Gesundheit für Sie bei Entscheidungsprozessen in der Tätigkeit als kommunaler Entscheidungsträger?
- sehr wichtig wichtig nicht so wichtig unwichtig
- ⌚ Hat Ihrer Meinung nach das Thema Gesundheit bei politischen Entscheidungsprozessen eher zugenommen, eher abgenommen oder ist es gleich geblieben?
- eher zugenommen eher abgenommen gleich geblieben

GESUNDHEITSFÖRDERUNG:

Die Bevölkerung wird immer älter und leidet immer häufiger an chronischen Erkrankungen. Der Versorgungsbedarf steigt dadurch. Durch den voranschreitenden Wandel der Altersstruktur in unserer Gesellschaft in den nächsten Jahren und Jahrzehnten befürchtet man, dass die Versorgungskosten explodieren und das Gesundheitssystem in heutiger Form nicht mehr finanzierbar sein wird.

Die Förderung und der möglichst lange Erhalt der Gesundheit, um eine Verzögerung oder Vermeidung von Erkrankungen zu erreichen, ist ein international anerkannter Ansatz, um das Versorgungssystem zu entlasten.

- ⌚ Sind Sie der Meinung, dass der prognostizierte demographische Wandel der Altersstruktur negative Auswirkungen auf die Bevölkerung Ihrer Region haben wird?
- ja nein vielleicht weiß nicht
- ⌚ Sind Sie der Meinung, dass nachhaltige gesundheitsfördernde Maßnahmen positive Auswirkungen auf Ihre Region haben könnte?
- ja nein vielleicht weiß nicht

Anbei finden Sie in Anlehnung an das Modell von Dahlgren und Whitehead verhaltensorientierte und verhältnisorientierte Einflussfaktoren auf individuelle Gesundheit.

■

Gesundheitsdeterminanten-Modell nach Dahlgren und Whitehead (Fond Gesundes Österreich, www)

- ⌚ Bei welchen Faktoren sollte Ihrer Meinung nach angesetzt werden, um die Lebensqualität und die Gesundheit zu verbessern?
- Bewegungsverhalten Ernährungsverhalten
- Body Mass Index (BMI) Rauchverhalten Alkoholkonsum
- soziale Netzwerke Arbeitsbedingungen
- ökologische Umweltbedingungen weiß nicht
- _____
- ⌚ In welchen der folgenden Bereichen, außer der Altersstruktur, sehen Sie Auswirkungen durch den prognostizierten demographischen Wandel?
- Bildung Arbeitslosigkeit Bevölkerungsbewegung
- PendlerInnensituation Bruttoregionalprodukt
- keinem weiß nicht

HEALTH IN ALL POLICIES:

Der Health in All Policies Ansatz (HiAP-Ansatz) versteht sich als „Gesundheit in allen Politikbereichen“. Dieser Ansatz ist eine Strategie, um den Gesundheitsaspekt auch bei Maßnahmen und Entscheidungen außerhalb des Gesundheitssektors zu beachten. Denn Gesundheit wird im Alltag hergestellt. Nicht nur der Gesundheitssektor hat Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch jeder andere Sektor trägt durch seine Entscheidungen und Maßnahmen dazu bei, ob die Bevölkerung sich wohl fühlt oder nicht. Ziel ist, dass Wohlbefinden, die Gesundheit und Lebensqualität in der Bevölkerung zu steigern.

Um eine Sensibilisierung für das Thema Gesundheit zu erreichen und Wissen in

diesem Bereich aufzubauen sind international, beispielsweise in den skandinavischen Ländern, verpflichtende Gesundheitsberichte für alle Sektoren vorgesehen.

Gesundheitsberichte dienen als Grundlage, um Problemfelder zu identifizieren. Weiters können auf Grund der Daten aus den Gesundheitsberichten Handlungsfelder erarbeitet, Maßnahmen ergriffen und in weiterer Folge die gesetzten Maßnahmen evaluiert werden.

- 🕒 Denken Sie, dass verpflichtende Gesundheitsberichterstattung für alle Sektoren eine mögliche Grundlage sein könnte, um eine Sensibilisierung für den Gesundheitsaspekt auch außerhalb des Gesundheitssektors zu erreichen?
- ja nein vielleicht weiß nicht

Das Health Impact Assessment (HIA) gilt als Werkzeug in der HiAP-Strategie, um positive und negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen und Entscheidungen noch vor ihrer Umsetzung abschätzen zu können.

- 🕒 Denken Sie, dass das HIA ein Instrument sein könnte, das auch auf kommunaler Ebene Einsatz finden könnte, um die Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität durch Maßnahmen vorab einschätzen zu können?
- ja nein vielleicht weiß nicht

Der Health in All Policies Ansatz ist ein international angestrebter Paradigmenwechsel mit dem Ziel den Gesundheitsaspekt in jede politische Entscheidung mit einfließen zu lassen.

Dabei gibt es zwei mögliche Herangehensweisen eine solche Strategie in die Politlandschaft zu integrieren. Zum einen die „TopDown“-Strategie, bei der die höchste politische Ebene die Umsetzung initiiert. Zum anderen die „BottomUp“-Strategie, bei der davon ausgegangen wird, dass beispielsweise zuerst im kommunalen Umfeld eine Integration der HiAP-Denkweise integriert wird und in weiterer Folge das Wissen in die nächst höheren politischen Ebenen weitergetragen werden kann.

- ⌚ Denken Sie, dass eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik über die „BottomUp“-Strategie in die steirische und österreichische Politlandschaft integrierbar ist?
- ja nein vielleicht weiß nicht
- ⌚ Was denken Sie könnten Anreizsysteme sein, um dem Gesundheitsaspekt auch in Sektoren außerhalb des Gesundheitswesens in Entscheidungsprozessen Beachtung zu schenken?
- wirtschaftliche Vorteile
- Steigerung der Lebensqualität
- Steigerung der Attraktivität der Gemeinde Zuwanderung
- _____
- ⌚ Wäre es für Sie persönlich denkbar den Gesundheitsaspekt in Entscheidungsprozesse Ihrer Tätigkeit einfließen zu lassen?
- ja nein
- ⌚ In welchen Bereichen bräuchten Sie noch Unterstützung, um den Gesundheitsaspekt tatsächlich in Entscheidungsprozessen zu beachten?
- Wissen, welche Faktoren für Gesundheit eine Rolle spielen
- Wissen, wie negative Einflussfaktoren identifiziert werden können
- Anwendung von Werkzeugen um Problemfelder zu identifizieren
- Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit
- keine
- _____

Ergebnisse

Wie wichtig ist das Thema G. für Sie bei Entscheidungsprozessen in der Tätigkeit als kommunaler Entscheidungsträger

Tabelle1		Wichtigkeit-Gesundheit bei politischen Entscheidungsträger						Gesamt	
		sehr wichtig		wichtig		nicht so wichtig		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	52	57%	39	42%	1	1%	92	100%
	wichtig	5	19%	21	81%			26	100%
	nicht so wichtig			1	100%			1	100%
Gesamt		57	48%	61	51%	1	1%	119	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	11	52%	10	48%			21	100%
	Oberstmk	5	71%	2	29%			7	100%
	Mur/Mürztal	13	48%	13	48%	1	4%	27	100%
	Süd/Ost STMK	20	45%	24	55%			44	100%
	West-STMK	8	40%	12	60%			20	100%
Gesamt		57	48%	61	51%	1	1%	119	100%

Hat ihrer Meinung nach das Thema Gesundheit bei politischen Entscheidungsprozessen eher....

Tabelle1		Bedeutung Gesundheit						Gesamt	
		eher zugenommen		eher abgenommen		gleich geblieben		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	43	47%	12	13%	37	40%	92	100%
	wichtig	16	62%	4	15%	6	23%	26	100%
	nicht so wichtig	1	100%					1	100%
Gesamt		60	50%	16	13%	43	36%	119	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	16	76%	2	10%	3	14%	21	100%
	Oberstmk	3	43%	1	14%	3	43%	7	100%
	Mur/Mürztal	12	44%	4	15%	11	41%	27	100%
	Süd/Ost STMK	19	43%	6	14%	19	43%	44	100%
	West-STMK	10	50%	3	15%	7	35%	20	100%
Gesamt		60	50%	16	13%	43	36%	119	100%

Sind Sie der Meinung dass der progn. demographische Wandel der Alterstruktur ...

Tabelle1		demogr. Wandel								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	34	39%	17	20%	31	36%	5	6%	87	100%
	wichtig	10	38%	4	15%	9	35%	3	12%	26	100%
	nicht so wichtig					1	100%			1	100%
Gesamt		44	39%	21	18%	41	36%	8	7%	114	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	5	25%	7	35%	8	40%			20	100%
	Oberstmk	6	86%			1	14%			7	100%
	Mur/Mürztal	13	52%	2	8%	7	28%	3	12%	25	100%
	Süd/Ost STMK	13	30%	10	23%	16	37%	4	9%	43	100%
	West-STMK	7	37%	2	11%	9	47%	1	5%	19	100%
Gesamt		44	39%	21	18%	41	36%	8	7%	114	100%

Sind Sie der Meinung dass nachhaltige GF Maßnahmen positive Auswirkungen auf ihre Region haben könnten?

Tabelle 1		nachhaltige Maßnahmen						Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	64	74%	2	2%	21	24%	87	100%
	wichtig	18	69%	1	4%	7	27%	26	100%
	nicht so wichtig	1	100%					1	100%
Gesamt		83	73%	3	3%	28	25%	114	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	16	80%	1	5%	3	15%	20	100%
	Oberstmk	7	100%					7	100%
	Mur/Mürztal	14	56%			11	44%	25	100%
	Süd/Ost STMK	32	74%	1	2%	10	23%	43	100%
	West-STMK	14	74%	1	5%	4	21%	19	100%
Gesamt		83	73%	3	3%	28	25%	114	100%

Bei welchen Faktoren sollte ihrer Meinung nach angesetzt werden, um die Lebensqualität und die Gesundheit zu verbessern

Muster-tabelle 3		Bewegungsverhalten		Ernährungsverhalten		BMI		Raucherhalten		Alkoholkonsum		soziale Netzwerke		Arbeitsbedingungen		ökologische Umweltbedingungen		weiss nicht		sonstiges		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	82	94%	77	89%	9	10%	70	81%	68	79%	34	39%	45	52%	48	53%	1	1%	4	5%
	wichtig	23	88%	23	88%	2	8%	16	82%	13	50%	6	23%	11	42%	16	62%			1	4%	26	100%
	nicht so wichtig						100%	1	100%	1	100%	1	100%									1	100%
Gesamt		105	92%	100	88%	11	10%	87	78%	83	73%	41	36%	56	49%	63	54%	1	1%	5	4%	114	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	16	96%	17	85%	2	10%	14	70%	14	70%	6	30%	10	50%	15	75%			2	10%	20	100%
	Oberstmk	6	88%	7	100%	1	14%	6	81%	6	86%	2	29%	6	86%	3	43%					7	100%
	Mur/Mürztal	23	92%	20	80%			18	72%	18	76%	8	32%	11	44%	9	36%	1	4%	1	4%	25	100%
	Süd/Ost STMK	40	93%	38	91%	4	9%	31	72%	28	65%	15	35%	16	37%	24	56%			1	2%	43	100%
	West-STMK	17	89%	17	89%	4	21%	18	91%	16	84%	10	53%	13	68%	11	58%			1	5%	19	100%
Gesamt		105	92%	100	88%	11	10%	87	78%	83	73%	41	36%	56	49%	63	54%	1	1%	5	4%	114	100%

In welchen der folgenden Bereiche

Muster-tabelle 3		Bildung		Arbeitslosigkeit		Bevölkerungsbewegung		PendlerInnen-situation		BruttoRegionalprodukt		keinem		weiß nicht		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	33	38%	49	53%	43	56%	29	33%	18	21%	1	1%	13	15%	87	100%
	wichtig	10	38%	15	58%	18	69%	9	35%	7	27%					26	100%
	nicht so wichtig					1	100%			1	100%					1	100%
Gesamt		43	38%	61	54%	68	60%	38	33%	26	23%	1	1%	13	11%	114	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	4	20%	7	35%	13	65%	4	20%	5	25%	1	5%	3	15%	20	100%
	Oberstmk	3	43%	4	57%	4	57%	3	43%	2	29%					7	100%
	Mur/Mürztal	10	40%	12	48%	17	68%	10	40%	4	16%			5	20%	25	100%
	Süd/Ost STMK	16	37%	25	58%	24	56%	13	30%	7	16%			4	9%	43	100%
	West-STMK	10	53%	13	68%	10	53%	8	42%	8	42%			1	5%	19	100%
Gesamt		43	38%	61	54%	68	60%	38	33%	26	23%	1	1%	13	11%	114	100%

Denken Sie das verpflichtende GBE.....?

Tabelle1		verpflichtende GBE								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	32	37%	19	22%	32	37%	4	5%	87	100%
	wichtig	5	19%	10	38%	11	42%			26	100%
	nicht so wichtig			1	100%					1	100%
Gesamt		37	32%	30	26%	43	38%	4	4%	114	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	4	20%	11	56%	5	25%			20	100%
	Oberstmk	4	57%	1	14%	2	29%			7	100%
	Mur/Mürztal	7	28%	6	24%	11	44%	1	4%	25	100%
	Süd/Ost STMK	14	33%	11	26%	15	35%	3	7%	43	100%
	West-STMK	8	42%	1	5%	10	53%			19	100%
Gesamt		37	32%	30	26%	43	38%	4	4%	114	100%

Denken Sie das HIA ein Instrument sein könnte.....?

Tabelle1		HIA								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	24	28%	10	11%	46	53%	7	8%	87	100%
	wichtig	6	23%	9	35%	10	38%	1	4%	26	100%
	nicht so wichtig							1	100%	1	100%
Gesamt		30	26%	19	17%	56	49%	9	8%	114	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	4	20%	6	30%	9	45%	1	5%	20	100%
	Oberstmk	2	29%	1	14%	2	29%	2	29%	7	100%
	Mur/Mürztal	5	20%	3	12%	13	52%	4	16%	25	100%
	Süd/Ost STMK	13	30%	8	19%	20	47%	2	5%	43	100%
	West-STMK	6	32%	1	5%	12	63%			19	100%
Gesamt		30	26%	19	17%	56	49%	9	8%	114	100%

Denken Sie dass eine GF Gesamtpolitik über die Bottom Up.....?

Tabelle1		GF-Gesamtpolitik- integrierbar								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	25	29%	7	8%	46	53%	8	9%	86	100%
	wichtig	8	33%	9	38%	7	29%			24	100%
	nicht so wichtig							1	100%	1	100%
Gesamt		33	30%	16	14%	53	48%	9	8%	111	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	6	32%	4	21%	8	42%	1	5%	19	100%
	Oberstmk	2	29%	1	14%	3	43%	1	14%	7	100%
	Mur/Mürztal	3	13%	1	4%	19	79%	1	4%	24	100%
	Süd/Ost STMK	14	33%	8	19%	15	36%	5	12%	42	100%
	West-STMK	8	42%	2	11%	8	42%	1	5%	19	100%
Gesamt		33	30%	16	14%	53	48%	9	8%	111	100%

Anreizsysteme

Mustertabelle 3		wirtschaftliche Vorteile		Steigerung der LQ		Steigerung der Attraktivität der Gemeinde		Zuwanderung		sonstiges		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	52	60%	65	76%	59	69%	13	15%			86	100%
	wichtig	15	63%	20	83%	17	71%	8	33%			24	100%
	nicht so wichtig					1	100%					1	100%
Gesamt		67	60%	85	77%	77	69%	21	19%			111	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	14	74%	14	74%	10	53%	2	11%			19	100%
	Oberstmk	5	71%	7	100%	4	57%	4	57%			7	100%
	Mur/Mürztal	15	63%	15	63%	17	71%	3	13%			24	100%
	Süd/Ost STMK	24	57%	30	71%	29	69%	7	17%			42	100%
Gesamt	West-STMK	9	47%	19	100%	17	89%	5	26%			19	100%
Gesamt		67	60%	85	77%	77	69%	21	19%			111	100%

Wäre es persönlich denkbar den Gesundheitsaspekt....?

Tabelle1		v45 - Wäre es für Sie persönlich denkbar, den Gesundheitsaspekt in Entscheidungsprozesse Ihrer Tätigkeit einfließen zu lassen?(1 = ja, 2 = nein)				Gesamt	
		ja		nein		n	%
		n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	82	96%	3	4%	85	100%
	wichtig	21	88%	3	13%	24	100%
	nicht so wichtig	1	100%			1	100%
Gesamt		104	95%	6	5%	110	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	18	95%	1	5%	19	100%
	Oberstmk	7	100%			7	100%
	Mur/Mürztal	23	100%			23	100%
	Süd/Ost STMK	40	95%	2	5%	42	100%
Gesamt	West-STMK	16	84%	3	16%	19	100%
Gesamt		104	95%	6	5%	110	100%

In welchen Bereichen brauchen Sie noch Unterstützung

Mustertabelle 3		Faktoren für Gesundheit		Identifikation von negativen Einflüssen		Anwendung von Werkzeugen		Umsetzung von Maßnahmen		keine		sonstiges		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	29	34%	41	48%	29	34%	63	73%	4	5%			86	100%
	wichtig	7	29%	8	33%	7	29%	20	83%	2	8%			24	100%
	nicht so wichtig	1	100%					1	100%					1	100%
Gesamt		37	33%	49	44%	36	32%	84	76%	6	5%			111	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	8	42%	5	26%	6	32%	13	68%	2	11%			19	100%
	Oberstmk	3	43%	2	29%	1	14%	7	100%					7	100%
	Mur/Mürztal	7	29%	10	42%	8	33%	21	88%	1	4%			24	100%
	Süd/Ost STMK	14	33%	23	55%	14	33%	30	71%	2	5%			42	100%
Gesamt	West-STMK	5	26%	9	47%	7	37%	13	68%	1	5%			19	100%
Gesamt		37	33%	49	44%	36	32%	84	76%	6	5%			111	100%

Auswertung für Gesunde Gemeinden

Wie wichtig ist das Thema G. für Sie bei Entscheidungsprozessen in der Tätigkeit als kommunaler Entscheidungsträger

Tabelle1		Wichtigkeit-Gesundheit bei politischen Entscheidungsträger				Gesamt	
		sehr wichtig		wichtig		n	%
		n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	36	57%	27	43%	63	100%
	wichtig	2	13%	14	88%		
Gesamt		38	48%	41	52%	79	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	6	46%	7	54%	13	100%
	Oberstmk	5	83%	1	17%	6	100%
	Mur/Mürztal	9	53%	8	47%	17	100%
	Süd/Ost STMK	13	43%	17	57%	30	100%
	West-STMK	5	38%	8	62%	13	100%
Gesamt		38	48%	41	52%	79	100%

Hat ihrer Meinung nach das Thema Gesundheit bei politischen Entscheidungsprozessen eher...

Tabelle1		Bedeutung Gesundheit						Gesamt	
		eher zugenommen		eher abgenommen		gleich geblieben		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	29	46%	7	11%	2	43%	63	100%
	wichtig	9	56%	3	19%	4	25%		
Gesamt		38	48%	10	13%	31	39%	79	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	10	77%	1	8%	2	15%	13	100%
	Oberstmk	2	33%	1	17%	3	50%	6	100%
	Mur/Mürztal	8	47%	2	12%	7	41%	17	100%
	Süd/Ost STMK	12	40%	4	13%	14	47%	30	100%
	West-STMK	6	46%	2	15%	5	38%	13	100%
Gesamt		38	48%	10	13%	31	39%	79	100%

Sind Sie der Meinung dass der progn. demographische Wandel der Alterstruktur ...

Tabelle1		demogr. Wandel								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	18	31%	14	24%	22	38%	4	7%	58	100%
	wichtig	5	31%	2	13%	7	44%	2	13%		
Gesamt		23	31%	16	22%	29	39%	6	8%	74	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	3	25%	4	33%	5	42%			12	100%
	Oberstmk	5	83%			1	17%			6	100%
	Mur/Mürztal	7	47%	2	13%	4	27%	2	13%	15	100%
	Süd/Ost STMK	4	14%	8	28%	13	45%	4	14%	29	100%
	West-STMK	4	33%	2	17%	6	50%			12	100%
Gesamt		23	31%	16	22%	29	39%	6	8%	74	100%

Sind Sie der Meinung dass nachhaltige GF Maßnahmen positive Auswirkungen auf ihre Region haben könnten?

Tabelle1		nachhaltige Maßnahmen									Gesamt	
		ja			nein			vielleicht			n	%
		n	%	n	%	n	%					
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	44	76%	1	2%	13	22%	58	100%			
	wichtig	13	81%	1	6%	2	13%	16	100%			
Gesamt		57	77%	2	3%	15	20%	74	100%			
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	11	92%			1	8%	12	100%			
	Oberstmk	6	100%					6	100%			
	Mur/Mürztal	7	47%			8	53%	15	100%			
	Süd/Ost STMK	22	76%	1	3%	6	21%	29	100%			
	West-STMK	11	92%	1	8%			12	100%			
Gesamt		57	77%	2	3%	15	20%	74	100%			

Bei welchen Faktoren sollte ihrer Meinung nach angesetzt werden, um die Lebensqualität und die Gesundheit zu verbessern

Muster-tabelle 3		Bewegungsverhalten		Ernährungsverhalten		BMI		Rauchverhalten		Alkoholkonsum		soziale Netzwerke		Arbeitsbedingungen		ökologische Umweltbedingungen		weiss nicht		sonstiges		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	59	97%	52	90%	6	10%	47	81%	49	78%	25	45%	31	53%	29	50%	1	2%	4	7%	58	100%
	wichtig	13	81%	14	88%			11	63%	7	44%	3	19%	6	38%	11	68%			4	5%	16	100%
Gesamt		69	93%	66	89%	6	8%	57	77%	52	70%	28	38%	37	50%	40	54%	1	1%	4	5%	74	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	11	92%	9	75%	1	8%	7	58%	7	58%	5	42%	5	42%	5	75%			1	8%	12	100%
	Oberstmk	5	83%	6	100%	1	17%	5	83%	5	83%	2	33%	5	83%	3	50%					6	100%
	Mur/Mürztal	15	100%	14	93%			12	80%	11	73%	6	40%	7	47%	5	33%	1	7%	1	7%	15	100%
	Süd/Ost STMK	27	93%	25	90%	3	10%	22	76%	19	66%	10	34%	12	41%	16	55%			1	3%	28	100%
	West-STMK	11	92%	11	92%	1	8%	11	92%	10	83%	6	50%	8	67%	7	58%			1	8%	12	100%
Gesamt		69	93%	66	89%	6	8%	57	77%	52	70%	28	38%	37	50%	40	54%	1	1%	4	5%	74	100%

In welchen der folgenden Bereiche

Muster-tabelle 3		Bildung		Arbeitslosigkeit		Bevölkerungsbewegung		PendlerInnen-situation		Brutto regionalprodukt		keinem		weil nicht		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	21	36%	31	53%	33	57%	18	31%	10	17%	1	2%	9	16%	58	100%
	wichtig	5	31%	10	63%	11	69%	4	25%	3	19%					16	100%
Gesamt		26	35%	41	55%	44	59%	22	30%	13	18%	1	1%	9	12%	74	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	2	17%	4	33%	8	67%	2	17%	2	17%	1	8%	2	17%	12	100%
	Oberstmk	3	50%	4	67%	3	50%	3	50%	1	17%					6	100%
	Mur/Mürztal	6	40%	8	53%	10	67%	7	47%	1	7%	3	20%	15	100%		
	Süd/Ost STMK	11	38%	17	58%	16	55%	5	17%	5	17%	4	14%	29	100%		
	West-STMK	4	33%	8	67%	7	58%	5	42%	4	33%			12	100%		
Gesamt		26	35%	41	55%	44	59%	22	30%	13	18%	1	1%	9	12%	74	100%

Denken Sie das verpflichtende GBE.....?

Tabelle1		verpflichtende GBE								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	24	41%	11	19%	20	34%	3	5%	58	100%
	wichtig	3	19%	4	25%	9	56%			16	100%
Gesamt		27	36%	15	20%	29	39%	3	4%	74	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	2	17%	7	58%	3	25%			12	100%
	Oberstmk	4	67%			2	33%			6	100%
	Mur/Mürztal	4	27%	2	13%	8	53%	1	7%	15	100%
	Süd/Ost STMK	11	38%	5	17%	11	38%	2	7%	29	100%
	West-STMK	6	50%	1	8%	5	42%			12	100%
Gesamt		27	36%	15	20%	29	39%	3	4%	74	100%

Denken Sie das HIA ein Instrument sein könnte....?

Tabelle1		HIA								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	20	34%	5	9%	29	50%	4	7%	58	100%
	wichtig	5	31%	4	25%	7	44%			16	100%
Gesamt		25	34%	9	12%	36	49%	4	5%	74	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	3	25%	2	17%	7	58%			12	100%
	Oberstmk	2	33%	1	17%	2	33%	1	17%	6	100%
	Mur/Mürztal	5	33%	2	13%	6	40%	2	13%	15	100%
	Süd/Ost STMK	10	34%	4	14%	14	48%	1	3%	29	100%
	West-STMK	5	42%			7	58%			12	100%
Gesamt		25	34%	9	12%	36	49%	4	5%	74	100%

Denken Sie dass eine GF Gesamtpolitik über die Bottom Up....?

Tabelle1		GF-Gesamtpolitik- integrierbar								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	19	33%	2	3%	31	53%	6	10%	58	100%
	wichtig	4	27%	7	47%	4	27%			15	100%
Gesamt		23	32%	9	12%	35	48%	6	8%	73	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	5	45%	1	9%	4	36%	1	9%	11	100%
	Oberstmk	2	33%			3	50%	1	17%	6	100%
	Mur/Mürztal	2	13%			13	87%			15	100%
	Süd/Ost STMK	9	31%	7	24%	9	31%	4	14%	29	100%
	West-STMK	5	42%	1	8%	6	50%			12	100%
Gesamt		23	32%	9	12%	35	48%	6	8%	73	100%

Anreizsysteme

Muster-tabelle 3		wirtschaftliche Vorteile		Steigerung der LO		Steigerung der Attraktivität der Gemeinde		Zuwanderung		sonstiges		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	34	59%	45	78%	43	74%	9	16%		
	wichtig	9	60%	12	80%	10	67%	5	33%			15	100%
Gesamt		43	59%	57	78%	53	73%	14	19%			73	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	7	64%	9	82%	6	55%	2	18%			11	100%
	Oberstmk	4	67%	6	100%	4	67%	4	67%			6	100%
	Mur/Mürztal	9	60%	9	60%	11	73%	2	13%			15	100%
	Süd/Ost STMK	17	59%	21	72%	21	72%	4	14%			29	100%
	West-STMK	6	50%	12	100%	11	92%	2	17%			12	100%
Gesamt		43	59%	57	78%	53	73%	14	19%			73	100%

Wäre es persönlich denkbar den Gesundheitsaspekt....?

Tabelle1		v45 - Wäre es für Sie persönlich denkbar, den Gesundheitsaspekt in Entscheidungsprozesse Ihrer Tätigkeit einfließen zu lassen?(1 = ja, 2 = nein)				Gesamt	
		ja		nein		n	%
		n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	55	96%	2	4%	57	100%
	wichtig	14	93%	1	7%	15	100%
Gesamt		69	96%	3	4%	72	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	11	100%			11	100%
	Oberstmk	6	100%			6	100%
	Mur/Mürztal	14	100%			14	100%
	Süd/Ost STMK	28	97%	1	3%	29	100%
	West-STMK	10	83%	2	17%	12	100%
Gesamt		69	96%	3	4%	72	100%

In welchen Bereichen brauchen Sie noch Unterstützung

Muster-tabelle 3		Faktoren für Gesundheit		Identifikation von negativen Einflüssen		Anwendung von Werkzeugen		Umsetzung von Maßnahmen		keine		sonstiges		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	20	34%	27	47%	20	34%	42	72%	2	3%			58	100%
	wichtig	3	20%	5	33%	5	33%	13	87%					15	100%
Gesamt		23	32%	32	44%	25	34%	55	75%	2	3%			73	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	5	45%	3	27%	3	27%	9	82%					11	100%
	Oberstmk	3	50%	2	33%	1	17%	6	100%					6	100%
	Mur/Mürztal	4	27%	5	33%	5	33%	12	80%	1	7%			15	100%
	Süd/Ost STMK	10	34%	16	56%	11	38%	20	68%	1	3%			29	100%
	West-STMK	1	8%	6	50%	5	42%	8	67%					12	100%
Gesamt		23	32%	32	44%	25	34%	55	75%	2	3%			73	100%

Auswertung übrige Gemeinden

Strukturtable

Tabelle1		Netzwerk Gesunde Gemeinde		Gesamt	
		nein		n	%
		n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	29	100%	29	100%
	wichtig	10	100%	10	100%
	nicht so wichtig	1	100%	1	100%
Gesamt		40	100%	40	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	8	100%	8	100%
	Oberstmk	1	100%	1	100%
	Mur/Mürztal	10	100%	10	100%
	Süd/Ost STMK	14	100%	14	100%
	West-STMK	7	100%	7	100%
Gesamt		40	100%	40	100%

Strukturtable

Tabelle1		Netzwerk Gesunde Gemeinde		Gesamt	
		nein		n	%
		n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	29	73%	29	73%
	wichtig	10	25%	10	25%
	nicht so wichtig	1	3%	1	3%
Gesamt		40	100%	40	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	8	20%	8	20%
	Oberstmk	1	3%	1	3%
	Mur/Mürztal	10	25%	10	25%
	Süd/Ost STMK	14	35%	14	35%
	West-STMK	7	18%	7	18%
Gesamt		40	100%	40	100%

Wie wichtig ist das Thema G. für Sie bei Entscheidungsprozessen in der Tätigkeit als kommunaler Entscheidungsträger

Tabelle1		Wichtigkeit-Gesundheit bei politischen Entscheidungsträger						Gesamt	
		sehr wichtig		wichtig		nicht so wichtig		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	16	55%	12	41%	1	3%	29	100%
	wichtig	3	30%	7	70%			10	100%
	nicht so wichtig			1	100%			1	100%
Gesamt		19	48%	20	50%	1	3%	40	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	5	63%	3	38%			8	100%
	Oberstmk			1	100%			1	100%
	Mur/Mürztal	4	40%	5	50%	1	10%	10	100%
	Süd/Ost STMK	7	50%	7	50%			14	100%
	West-STMK	3	43%	4	57%			7	100%
Gesamt		19	48%	20	50%	1	3%	40	100%

Hat ihrer Meinung nach das Thema Gesundheit bei politischen Entscheidungsprozessen eher...

Tabelle1		Bedeutung Gesundheit						Gesamt	
		eher zugenommen		eher abgenommen		gleich geblieben		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	14	48%	5	17%	10	34%	29	100%
	wichtig	7	70%	1	10%	2	20%	10	100%
	nicht so wichtig	1	100%					1	100%
Gesamt		22	55%	6	15%	12	30%	40	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	6	75%	1	13%	1	13%	8	100%
	Oberstmk	1	100%					1	100%
	Mur/Mürztal	4	40%	2	20%	4	40%	10	100%
	Süd/Ost STMK	7	50%	2	14%	5	36%	14	100%
	West-STMK	4	57%	1	14%	2	29%	7	100%
Gesamt		22	55%	6	15%	12	30%	40	100%

Sind Sie der Meinung dass der progn. demographische Wandel der Alterstruktur ...

Tabelle1		demogr. Wandel								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	16	55%	3	10%	9	31%	1	3%	29	100%
	wichtig	5	50%	2	20%	2	20%	1	10%	10	100%
	nicht so wichtig					1	100%			1	100%
Gesamt		21	53%	5	13%	12	30%	2	5%	40	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	2	25%	3	38%	3	38%			8	100%
	Oberstmk	1	100%							1	100%
	Mur/Mürztal	6	60%			3	30%	1	10%	10	100%
	Süd/Ost STMK	9	64%	2	14%	3	21%			14	100%
	West-STMK	3	43%			3	43%	1	14%	7	100%
Gesamt		21	53%	5	13%	12	30%	2	5%	40	100%

Sind Sie der Meinung dass nachhaltige GF Maßnahmen positive Auswirkungen auf ihre Region haben könnten?

Tabelle1		nachhaltige Maßnahmen						Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	20	69%	1	3%	8	28%	29	100%
	wichtig	5	50%			5	50%	10	100%
	nicht so wichtig	1	100%					1	100%
Gesamt		26	65%	1	3%	13	33%	40	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	5	63%	1	13%	2	25%	8	100%
	Oberstmk	1	100%					1	100%
	Mur/Mürztal	7	70%			3	30%	10	100%
	Süd/Ost STMK	10	71%			4	29%	14	100%
	West-STMK	3	43%			4	57%	7	100%
Gesamt		26	65%	1	3%	13	33%	40	100%

Bei welchen Faktoren sollte Ihrer Meinung nach angesetzt werden, um die Lebensqualität und die Gesundheit zu verbessern

Muster-tabelle 3		Bewegungsverhalten		Ernährungsverhalten		BM		Rauchverhalten		Alkoholkonsum		soziale Netzwerke		Arbeitsbedingungen		ökologische Umweltbedingungen		wenn nicht		sonstiges		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	23	90%	23	88%	3	10%	23	79%	24	83%	8	28%	14	48%	17	53%			1	10%	28	100%
	wichtig	10	100%	9	90%	2	20%	6	60%	6	60%	3	30%	5	50%	5	50%					10	100%
	nicht so wichtig							1	100%	1	100%	1	100%									1	100%
Gesamt		33	90%	34	85%	5	13%	30	75%	31	78%	12	30%	19	48%	22	55%			1	3%	40	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	8	100%	8	100%	1	13%	7	88%	7	88%	1	13%	5	63%	6	75%			1	13%	8	100%
	Oberstmk	1	100%	1	100%			1	100%	1	100%			1	100%							1	100%
	Mur/Mürztal	8	80%	6	60%			6	60%	8	80%	2	20%	4	40%	4	40%					10	100%
	Süd/Ost STMK	13	93%	13	93%	1	7%	9	64%	9	64%	5	36%	4	29%	8	57%					14	100%
	West-STMK	6	86%	6	86%	3	43%	7	100%	6	86%	4	57%	5	71%	4	57%					7	100%
Gesamt		39	90%	34	85%	5	13%	30	75%	31	78%	12	30%	19	48%	22	55%			1	3%	40	100%

In welchen der folgenden Bereiche

Muster-tabelle 3		Bildung		Arbeitslosigkeit		Bevölkerungsbewegung		PendlerInnen-situation		Brutto regionalprodukt		keinem		weiß nicht		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	12	41%	15	52%	16	55%	11	38%	8	28%			4	14%	28	100%
	wichtig	5	50%	5	50%	7	70%	5	50%	4	40%					10	100%
	nicht so wichtig					1	100%			1	100%					1	100%
Gesamt		17	43%	20	50%	24	60%	16	40%	13	33%			4	10%	40	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	2	25%	3	38%	5	63%	2	25%	3	38%			1	13%	8	100%
	Oberstmk					1	100%			1	100%					1	100%
	Mur/Mürztal	4	40%	4	40%	7	70%	3	30%	3	30%			2	20%	10	100%
	Süd/Ost STMK	5	38%	8	57%	8	57%	8	57%	2	14%					14	100%
	West-STMK	6	86%	5	71%	3	43%	3	43%	4	57%			1	14%	7	100%
Gesamt		17	43%	20	50%	24	60%	16	40%	13	33%			4	10%	40	100%

Denken Sie das verpflichtende GBE....?

Tabelle1		verpflichtende GBE								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	8	28%	8	28%	12	41%	1	3%	29	100%
	wichtig	2	20%	6	60%	2	20%			10	100%
	nicht so wichtig			1	100%					1	100%
Gesamt		10	25%	15	38%	14	35%	1	3%	40	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	2	25%	4	50%	2	25%			8	100%
	Oberstmk			1	100%					1	100%
	Mur/Mürztal	3	30%	4	40%	3	30%			10	100%
	Süd/Ost STMK	3	21%	6	43%	4	29%	1	7%	14	100%
	West-STMK	2	29%			5	71%			7	100%
Gesamt		10	25%	15	38%	14	35%	1	3%	40	100%

Denken Sie das HIA ein Instrument sein könnte....?

Tabelle1		HIA								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	4	14%	5	17%	17	59%	3	10%	29	100%
	wichtig	1	10%	5	50%	3	30%	1	10%	10	100%
	nicht so wichtig							1	100%	1	100%
Gesamt		5	13%	10	25%	20	50%	5	13%	40	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	1	13%	4	50%	2	25%	1	13%	8	100%
	Oberstmk							1	100%	1	100%
	Mur/Mürztal			1	10%	7	70%	2	20%	10	100%
	Süd/Ost STMK	3	21%	4	29%	6	43%	1	7%	14	100%
	West-STMK	1	14%	1	14%	5	71%			7	100%
Gesamt		5	13%	10	25%	20	50%	5	13%	40	100%

Denken Sie dass eine GF Gesamtpolitik über die Bottom Up....?

Tabelle1		GF-Gesamtpolitik- integrierbar								Gesamt	
		ja		nein		vielleicht		weiss nicht		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	6	21%	5	18%	15	54%	2	7%	28	100%
	wichtig	4	44%	2	22%	3	33%			9	100%
	nicht so wichtig							1	100%	1	100%
Gesamt		10	26%	7	18%	18	47%	3	8%	38	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	1	13%	3	38%	4	50%			8	100%
	Oberstmk			1	100%					1	100%
	Mur/Mürztal	1	11%	1	11%	6	67%	1	11%	9	100%
	Süd/Ost STMK	5	38%	1	8%	6	46%	1	8%	13	100%
	West-STMK	3	43%	1	14%	2	29%	1	14%	7	100%
Gesamt		10	26%	7	18%	18	47%	3	8%	38	100%

Anreizsysteme

Mustertabelle 3		wirtschaftliche Vorteile		Steigerung der LQ		Steigerung der Attraktivität der Gemeinde		Zuwanderung		sonstiges		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	18	64%	20	71%	16	57%	4	14%			28	100%
	wichtig	6	67%	8	89%	7	78%	3	33%			9	100%
	nicht so wichtig					1	100%					1	100%
Gesamt		24	63%	28	74%	24	63%	7	18%			38	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	7	88%	5	63%	4	50%					8	100%
	Oberstmk	1	100%	1	100%							1	100%
	Mur/Mürztal	6	67%	6	67%	6	67%	1	11%			9	100%
	Süd/Ost STMK	7	54%	9	68%	8	62%	3	23%			13	100%
	West-STMK	3	43%	7	100%	6	86%	3	43%			7	100%
Gesamt		24	63%	28	74%	24	63%	7	18%			38	100%

Wäre es persönlich denkbar den Gesundheitsaspekt....?

Tabelle1		v45 - Wäre es für Sie persönlich denkbar, den Gesundheitsaspekt in Entscheidungsprozesse Ihrer Tätigkeit einfließen zu lassen?(1 = ja, 2 = nein)				Gesamt	
		ja		nein		n	%
		n	%	n	%		
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	27	96%	1	4%	28	100%
	wichtig	7	78%	2	22%	9	100%
	nicht so wichtig	1	100%			1	100%
Gesamt		35	92%	3	8%	38	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	7	88%	1	13%	8	100%
	Oberstmk	1	100%			1	100%
	Mur/Mürztal	9	100%			9	100%
	Süd/Ost STMK	12	92%	1	8%	13	100%
	West-STMK	6	86%	1	14%	7	100%
Gesamt		35	92%	3	8%	38	100%

In welchen Bereichen brauchen Sie noch Unterstützung

Mustertabelle 3		Faktoren für Gesundheit		Identifikation von negativen Einflüssen		Anwendung von Werkzeugen		Umsetzung von Maßnahmen		keine		sonstiges		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wichtigkeit-Gesundheit	sehr wichtig	9	32%	14	50%	9	32%	21	75%	2	7%			28	100%
	wichtig	4	44%	3	33%	2	22%	7	78%	2	22%			9	100%
	nicht so wichtig	1	100%			1	100%							1	100%
Gesamt		14	37%	17	45%	11	28%	29	76%	4	11%			38	100%
STMK	Graz/Graz-Umgeb.	3	38%	2	25%	3	38%	4	50%	2	25%			8	100%
	Oberstmk							1	100%					1	100%
	Mur/Mürztal	3	33%	5	56%	3	33%	9	100%					9	100%
	Süd/Ost STMK	4	31%	7	54%	3	23%	10	77%	1	8%			13	100%
	West-STMK	4	57%	3	43%	2	29%	5	71%	1	14%			7	100%
Gesamt		14	37%	17	45%	11	28%	29	76%	4	11%			38	100%