

(20.07.2014)

Alte und neue Herausforderungen in der Gesundheitsförderung

von

Horst Noack ❖

1. Das Thema

Die Gesundheitsförderung ist eine komplexe soziale Intervention. Sie kann nachhaltig zur Verbesserung der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen und ganzen Bevölkerungen beitragen, wenn ihre Prinzipien in gesellschaftlichen Teilbereichen oder im Gesellschaftsganzen verankert sind. Dieser Beitrag befasst sich mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich und mit den Herausforderungen, die sich unter Berücksichtigung ausgewählter Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung bei der gesellschaftsweiten Umsetzung von Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes 2013 in den kommenden Jahren und Jahrzehnten stellen werden.

Beginnend mit einem knappen Rückblick auf die europäische Entwicklung des gesundheitspolitischen Denkens und Handelns seit dem 18. Jahrhundert werden wir zuerst die Entstehungsgeschichte der Gesundheitsförderung betrachten. Darauf folgt eine Übersicht über die Entwicklung, und die gesundheitsfördernden Strukturen und Programme im gemischt ländlich-städtischen Raum der Steiermark, im großstädtischen Raum Wien und in den Organisationen der Sozialversicherung. Generell stellen sich Fragen zu drei theoretisch wie praktisch relevanten Themenkomplexen: den Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention, der sozialen Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken, der Begleitforschung und Evaluation bevölkerungsweiter gesundheitsfördernder Aktivitäten einschließlich Gesundheitsschutz und Primärprävention. Anhand eines regionalen Projekts zur Kariesprophylaxe in Kindergärten und Schulen und einer longitudinalen Interventionsstudie zur Aktivierung älterer Menschen in kommunalen Settings werden sodann Modelle präventiver und kommunalpolitischer Gesundheitsinterventionen vorgestellt.

Breiten Raum nimmt im vorliegenden Beitrag die Frage ein, wieweit gesundheitsfördernde Programme oder Projekte in den verschiedenen gesundheitsrelevanten Feldern über angemessene strukturelle Bedingungen und personelle Ressourcen verfügen, um die großen und schwierigen Aufgaben wahrzunehmen, die ihr von der Politik und einer wachsenden Öffentlichkeit zugeordnet werden. Deshalb ist es wichtig, die bisherigen und zukünftigen Herausforderungen der Kapazitätsentwicklung (Capacity building), und besonders die damit verbundenen Anforderungen im Bildungs- und Ausbildungsbereich zu analysieren. Dies ist geboten, weil mit der Verabschiedung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes im Mai 2013 das Ottawa-Konzept der Gesundheitsförderung ein zentrales Element der Gesundheitspolitik von Bund und Bundesländern geworden ist. Die Umsetzung der neuen zielorientierten österreichischen Gesundheitspolitik wird aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht in hohem Maße vom Gelingen einer breit angelegten und wissenschaftlich fundierten Kapazitätsentwicklung für die Gesundheitsreform 2013 abhängen, vorrangig in den Feldern gesundheitswissenschaftliche Begleitforschung und Evaluation sowie Gesundheitsbildung und gesundheitswissenschaftliche Ausbildung.

*Dieser Beitrag basiert unter anderem auf einem Vortrag anlässlich der Festveranstaltung „20 Jahre Ge-

sundheitstage in Niederösterreich“ am 29. November 2013 in Baden bei Wien.

2. Zur Entstehungsgeschichte der Gesundheitsförderung

Die Geschichte öffentlicher Gesundheitspflege reicht weit zurück in die Geschichte gesundheitspolitischen Denkens. Im mitteleuropäischen Raum finden wir in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts erste Entwürfe einer umfassenden öffentlichen Gesundheitspflege, der sogenannten *Medicinischen Policey*.¹ Der Begriff *Policey* hatte eine gänzlich andere Bedeutung als der spätere Polizeibegriff, er bezog sich auf die Regelung staatlichen Belange z.B. im Gesundheitswesen. Die Lebensführung der Menschen und ihre Gesundheit wurden immer weniger dem Schicksal überlassen, mehr und mehr ersetzt Erfahrungswissen, Bildung und gemeinschaftliches oder persönliches Handeln die Ideale von Frömmigkeit und göttlichen Gnade. Im Rückblick lässt sich heute sagen: Je weniger wirksame Mittel die Medizin zur Hand hatte, umso kostbarer war die Erhaltung der Gesundheit als das wertvollste diesseitige Gut, und umso mehr Verantwortung für das gesundheitliche Wohl wurde der Obrigkeit und den Menschen selbst zugeschrieben.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kämpften Pioniere der Sozialmedizin wie der Berliner Armenarzt und Medizinstatistiker Salomon Neumann oder der Begründer der modernen Pathologie Rudolf Virchow für mehr Bildung und Gerechtigkeit, um die materielle Not des rasch wachsenden Industrieproletariats zu lindern und dessen Gesundheit zu verbessern.² Der Begriff Gesundheitsförderung taucht schon in der umfangreichen Fachliteratur zur sozialen Hygiene im frühen 20. Jahrhundert auf.³ Der deutschsprachige Raum und vor allem Preußen gehörten damals zu den weltweit führenden Regionen einer umfassenden Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft“. Die Entwicklung des zukunftsweisenden Fachgebietes fand unter dem erdrückenden Einfluss der nationalsozialistischen Rassenhygiene in den frühen 1930er Jahren ein jähes Ende.⁴

Die gesundheitspolitischen Aktivitäten der Nachkriegszeit waren bis in die jüngste Vergangenheit fast ausschließlich dem Auf- und Ausbau leistungsfähiger medizinischer Versorgungssysteme gewidmet. Beginnend in den späten 1960er Jahren waren Bildung und Gesundheit vorrangige Themen der Studentenbewegung und vielerorts auch der Wissenschaft. Die von der WHO Mitte der 1980er Jahren lancierte Agenda „Gesundheit für alle“ fand vor allem im akademischen und gesundheitsnahen Bereich wachsende Resonanz. In verschiedenen Organisationen und engagierten Gruppen gab es Veranstaltungen über gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Fragen, z.B. in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln oder im kanadischen Gesundheitsministerium. Die Idee der Gesundheitsförderung als einer neuen Gesundheitskultur lag gewissermaßen „in der Luft“. Das Europäische Regionalbüro der WHO hatte eine Expertengruppe unter der Federführung von Dr. Ilona Kickbusch geschaffen, der namhafte Wissenschaftler und Praktiker aus verschiedenen europäischen Ländern und aus Kanada angehörten. Diese Gruppe diskutierte, formulierte und kommunizierte wissenschaftliche, strategische und gesundheitspolitische Überlegungen für die Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO.

Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung fand vom 18.-21. November 1986 in der winterlichen kanadischen Hauptstadt statt. Die Konferenz verstand sich in erster Linie als *Antwort auf die großen Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung*.⁵ Sie endete mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung durch die rund 180 Delegierten. Kaum ein Dokument dürfte gesundheitliches Denken und Handeln in den letzten Jahrzehnten nachhaltiger geprägt als die Ottawa-Charta:

„Gesundheitsförderung steht für einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zu Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

„Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“

„Die Verantwortung für die Gesundheit liegt (...) nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hin-“

aus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“⁶

Die visionäre Perspektive einer neuen öffentlichen Gesundheitspolitik und gesundheitsfördernden Praxis in einer friedvollen Welt bedarf der Übersetzung in umsetzbare Zielsetzungen und Regeln für die gesundheitspolitische Systemsteuerung und für organisatorisch-praktische Maßnahmen. Fünf weitere internationale Gesundheitsförderungskonferenzen in Australien, Schweden, Indonesien, Thailand und Mexiko waren diesem Ziel gewidmet. Zugleich dienten sie dazu, die Botschaften der Ottawa-Konferenz und der jeweiligen Folgekonferenzen in ihren Ländern zu verbreiten. Die Bangkok-Charta 2005 war der Versuch einer Synthese der Ergebnisse aller Gesundheitsförderungskonferenzen der WHO:⁷

„Die Bangkok Charta beschreibt die nötigen Maßnahmen, Verpflichtungen und Forderungen, um Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt mittels Gesundheitsförderung beeinflussen zu können“.

„Für weitere Fortschritte ... müssen alle Sektoren und Settings Beiträge in folgenden Bereichen leisten:

- Anwaltschaft für Gesundheit, basierend auf den Prinzipien der Menschenrechte und der Solidarität*
- Investition in nachhaltige Politik, Maßnahmen und Infrastrukturen zur Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten*
- Aufbau von Kapazitäten für die Entwicklung von Politiken, Führungsfunktionen, Gesundheitsförderungspraxis, Wissenstransfer und Forschung sowie Gesundheitsbildung und -kompetenz*
- Regulierung und Gesetzgebung zur Sicherung eines größtmöglichen Maßes an Schutz vor Beeinträchtigung und zur Ermöglichung von Chancengleichheit für Gesundheit und Wohlbefinden aller Menschen*
- Bildung von Partnerschaften und Allianzen zur Entwicklung nachhaltiger Maßnahmen mit öffentlichen, privaten, nichtstaatlichen und internationalen Organisationen sowie der Zivilgesellschaft.“⁸*

„Gesundheitsförderung muss in vier Schlüsselbereichen positioniert werden als:

- 1. ... zentraler Punkt auf der globalen Agenda*
- 2. ... wesentliche Verantwortung aller Regierungsebenen*
- 3. ... wesentlicher Kernbereich von Gemeinschaften und Zivilgesellschaft*
- 4. ... Verantwortungsbereich guter Unternehmensführung.“⁹*

In der Bangkok-Charta kommt ein differenzierteres und genaueres Verständnis öffentlichen Gesundheitsdenkens und Gesundheitshandelns zum Ausdruck als dies knapp 20 Jahre früher bei der Formulierung der Ottawa-Konferenz der Fall war. Hat sich der Gesundheitsförderungsdiskurs in dieser Zeitspanne grundsätzlich verändert? Ist die gesellschaftskritische und sozialökologische Perspektive der Ottawa-Charta einer systemkonformeren sozialtechnologischen Perspektive gewichen?¹⁰ Das mag in verschiedenen Gesundheitsprogrammen wie z.B. in einem großen Ernährungsprogramm der deutschen Bertelsmann-Stiftung der Fall sein. Generalisieren lässt sich ein solcher Trend jedoch nicht.

3. Zur Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich

Organisierte Anstrengungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Stärkung der Gesundheit gab es in Österreich geraume Zeit vor der Ottawa-Konferenz. Seit 1974 wird allen Personen ab 18 Jahren mit Wohnsitz in Österreich eine jährliche Vorsorgeuntersuchung angeboten, an die sich ein ärztliches Beratungsgespräch anschließen soll. In acht von neun Bundesländern entstanden Netzwerke Gesunder Gemeinden (GG) unter dem Motto „Gesundheit fördern, wo Gesundheit passiert.“¹¹ Durch innovative Angebote zur Gesundheitsförderung sollen die Lebens-

qualität und das Wohlbefinden der Menschen in Ihrer Gemeinde nachhaltig gesteigert werden. Voraussetzung für die Mitgliedschaft im GG-Netzwerk ist ein positiver Gemeinderatsbeschluss, gefolgt von der Bildung eines Arbeitskreises, in den sich Ärztinnen/Ärzte, Apothekerinnen/Apotheker, Vertreter von Wohlfahrteinrichtungen wie z.B. Volkshilfe oder Caritas ebenso einbringen können wie jedes zur Mitarbeit bereite Gemeindemitglied.

Seit den späten 1980er Jahren sind unter dem Einfluss der Ottawa-Charta zahlreiche Projekte zur Prävention von Krankheiten und Unfällen und zur Stärkung der kommunalen Gesundheitspotenziale entstanden. Tabelle 1 gibt eine summarische Übersicht über die aktuellen Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und primären Prävention in den einzelnen Bundesländern aus der Sicht der jeweiligen Landesregierungen oder Gesundheitsbehörden. Danach sind Gesundheitsförderungs- oder primäre Präventionsprogramme in allen Bundesländern verankert. Während gesundheitswissenschaftlich orientierte Programme im der Sinne Ottawa-Charta in einzelnen östlichen und südöstlichen Bundesländern durchgeführt werden, sind es in den west-

Tabelle 1: Gesundheitsförderung und primäre Prävention in den einzelnen Bundesländern

Land	Ziele und Aufgaben	Organisationen	Programme und Aktivitäten (Beispiele)
Burgenland www.burgenland.at/gesundheitssoziales/	Entwicklung von Organisationsstrukturen zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen Programmen.	Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit, Plattform Betriebl. Gesundheitsförderung.	Gesundes Dorf, Betriebliche Gesundheitsförderung Burgenland, Gesundheitspreis, Gesunde Kindergärten.
Niederösterreich http://www.gesundesnoe.at/content	Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen. Ziel: Stärkung der gesundheitlichen Eigenverantwortlichkeit.	Initiative »Gesundes Niederösterreich« (ca. 50% der Gemeinden). Initiative „Tut gut!“ als gemeinsames Dach der niederöstr. Gesundheitsvorsorge.	Zahlreiche Angebote zur Unterstützung einer gesünderen Alltagsgestaltung. Kurse, Trainings, Vorträge oder Gesundheitstage mit Einbindung der Bevölkerung.
Wien www.wig.or.at	Förderung gesunder Lebenswelten und der seelischen Gesundheit. Mehr Chancengleichheit gesündere Lebensgestaltung.	Wiener Gesundheitsförderung – WiG, Teams: Gesunde Regionen, Organisationen, Selbsthilfe und Empowerment. Gendergerechte Gesundheitsförd. Diversität, Chancengerechtigkeit.	Ernährung, Bewegung, Seelische Gesundheit. Gesunde/r Stadt, Bezirk, Selbsthilfe. Gesundes Krankenhaus. Geschlecht Altern.
Steiermark www.gesundheit.steiermark.at/	Zielorientierte, ressortübergreifende Entwicklung und landeweite strukturelle Verankerung nachhaltiger Gesundheitsförderung.	Styria vitalis - Gesundheit für die Steiermark. Zentrum für Gesundheitsförderung (ZfG).	Gesunde/r Gemeinde, Kindergarten, Schule, Küche, Betrieb. Zahngesundheit.
Kärnten www.gesundheitsland.at	„gesundheitsland Kärnten“ www.gesundheitsland.at .	Verein: Bündelung gesundheitsfördernder Aktivitäten, Plattform für alle KärntnerInnen. Psychosoziale Gesundheit u. Sicherheit (Sport, Haushalt).	"Gesund leben - in Bewegung bleiben". Gesunde/r Ernährung, Gemeinde, Schule, Kindergarten. Betrieb. Herz-Kreislauf-Modellprojekt.
Oberösterreich www.land-oberoesterreich.gv.at/	Bemühen um gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und Unterstützung des Gesundheitsbewusstseins.	Oberösterreichisches Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ (97% der Kommunen).	Gesunde Küche und Beratung, Stammtisch Pflegende Angehörige. Gesunder Kindergarten, Schul- u. Zahngesundheitsmodell.
Salzburg www.gesundheitsa-lzburg.at/partners-eite/avos	Prävention und Gesundheitsförderung (seit mehr als 35 J.)	AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin.	Prävention über niedergelassene ÄrztInnen, PatientInnen im Umgang mit Krankheit stärken. Gesundheitsförderung im regionalen Bereich, in Kindergärten, Schulen, Betrieben. Ges.Events.
Tirol www.avomed.at/frames.htm	Durchführung gesundheitsfördernder und präventiver bevölkerungsweiter Programme.	avomed - Gemeinnütziger Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung.	19 Vorsorgeprogramme und Projekte in ganz Tirol: Atheroskleroseprophylaxe, Diabetes-schulung, Ernährungsprogramme, Gesundheitsunterricht.
Vorarlberg www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesundheits_	Ziel „Rundum g'sund“ umfasst den gesamten Lebensraum: Arbeitswelt, Schule, Verkehr, Wohnen,	Fonds Gesundes Vorarlberg der Landesregierung, Gebietskrankenkasse mit Versicherungsanstalt der Gewerblichen	Von Zielgruppen, Organisationen, Betrieben u.a. initiierte Entwicklungs- u. Veränderungsprozesse. Ziel ist ein gesünderes

	Freizeitgestaltung.	Wirtschaft.	Umfeld und Verhalten.
--	---------------------	-------------	-----------------------

lichen Bundesländern häufiger primärpräventive oder präventivmedizinische Programme. Bis auf ein Bundesland betreiben alle Länder eigene Gesunde-Gemeinde-Programme. Wieweit diese auf gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen im Sinne der Ottawa-Charta oder auf sozial- beziehungsweise verhaltensmedizinischen Ansätzen beruhen, geht aus den im Internet zugänglichen Quellen nicht immer klar hervor.

Die zum Teil weit gefassten Begriffsdefinition von Gesundheitsförderung und Prävention haben zur Entwicklung länderspezifischer Netzwerkbildungen und zur Einbeziehung unterschiedlicher Programminhalte und Interventionsformen geführt. In Wien sind heute z.B. knapp ein Fünftel der Gemeindebezirke sogenannte Gesunde Bezirke, in Salzburg und in der Steiermark gehören etwas mehr als ein Drittel der Gemeinden den Gesunde-Gemeinden-Netzwerken des Landes an, in Niederösterreich sind es gut die Hälfte und in Oberösterreich fast alle Gemeinden.¹² Diese Angaben beruhen auf länderspezifischen Aufnahmekriterien der Netzwerkbildung, sie können daher nicht als Gütezeichen kommunaler Gesundheitsförderung interpretiert werden.

Individuelle gesundheitsfördernde Maßnahmen können ihre volle Wirkung erst entfalten, wenn sie in einer sozialen Gemeinschaft erfolgen, die in einer gesundheitsfördernden Lebenswelt verankert ist, z.B. in einer Gesunden Gemeinde, einer Gesunden Schule oder einem gesundheitsfördernden Betrieb. Voraussetzung ist, dass diese sozialen Settings anerkannte Qualitätsnormen erfüllen wie z.B. die Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung im Leitbild der (deutschen) Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG).¹³ Im Folgenden werden drei Gesundheitsförderungsprogramme aus dem gemischt ländlichstädtischen Raum der Steiermark, aus dem großstädtischen Raum Wien und aus den Organisationen der österreichischen Sozialversicherung beschrieben und diskutiert.

3.1 Styria vitalis

Bereits 1972 führte eine steiermärkische Initiative, an der maßgeblich Dr. Lindi Kalnoky beteiligt war, zur Gründung der Steirischen Gesellschaft für Gesundheitsschutz. Die daraus hervorgegangene Organisation *Styria vitalis* hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem im In- und Ausland beachteten Organisationsmodell für Gesundheitsförderung und primäre Krankheitsprävention entwickelt. Bemerkenswert ist der im Verlaufe mehrerer Jahre erfolgte Wandel im wissenschaftlichen Denken sowie organisatorischen und praktischen Handeln: Anstelle des eher begrenzten „Krankheitsdenkens“, das auf dem medizinischen Risikomodell der Krankheitsprävention aufbaut, trat sukzessive ein umfassendes „Gesundheitsdenken“, das auf den Prinzipien des sozialökologischen *Policy*-Ansatzes der Ottawa-Charta gründet.

Das heutige Styria-vitalis-Team zeichnet sich durch hohe Fachkompetenz aus. Die mit Führungsaufgaben betrauten MitarbeiterInnen haben den Grazer Masterstudiengang Public Health absolviert. Styria vitalis sieht ihre Aufgabe darin, „wissenschaftlich fundierte Programme und Projekte im Bereich von Public Health mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention zu konzipieren, zu planen, umzusetzen und zu evaluieren.“¹⁴ Die Organisation betreut große landesweite Netzwerke Gesunder Gemeinden, Kindergärten, Schulen, Küchen und Betriebe, ein Langzeitprojekt zur Zahngesundheit von Schulkindern und ein Beratungs- und Bildungsnetzwerk, das sich 2014 mit dem Thema Salutogenese & Resilienz – Förderung von Widerstandskraft und Flexibilität befasst.

Um in das steirische Netzwerk der Gesunden Gemeinden aufgenommen zu werden, müssen Gemeinden neun Kriterien erfüllen:¹⁵ Es muss ein einstimmiger positiver Beschluss des Gemeinderats vorliegen; es müssen die GG-Verantwortlichen und die Steuerungsgruppe benannt sein; die Gemeinde muss angemessene finanzielle Mittel (mindestens 1 €/ Einwohner) bereitstellen; die Verantwortlichen und Akteure müssen sich zur Teilnahme an den regionalen GG-Treffen verpflichten; die laufenden Aktivitäten müssen dokumentiert werden. Des Weiteren muss jede GG-

Gemeinde soziale Einrichtungen, Bürgerinitiativen und Vereine beteiligen und vernetzen; sie muss die Qualifizierung der GG-Verantwortlichen und der Steuerungsgruppe unterstützen; die GG-Verantwortlichen müssen dem Gemeinderat und der Öffentlichkeit über ihre Aktivitäten berichten; schließlich wird die GG-Entwicklung regelmäßig von Gemeindeverantwortlichen gemeinsam mit Styria vitalis reflektiert. Wie diese Kriterien zeigen, müssen aufnahmewillige steirische Gemeinden viele gesundheitsrelevante Vorleistungen erbringen, die in der Zukunft wirksame gesundheitsfördernde Aktivitäten erwarten lassen. Der hochschwellige Zugang zum steirischen Netzwerk der Gesunden Gemeinden spricht für eine ausgeprägte Qualitätskultur der kommunalen Gesundheitsförderung im steirischen Netzwerk gesunder Gemeinden.

3.2 Die Wiener Gesundheitsförderung (WiG)

Die Stadt Wien hat seit den späten achtziger Jahren nachhaltig zur Erarbeitung, Weiterentwicklung und zur sozialen Verankerung des Gesundheitsförderungs-Konzepts beigetragen. Dies ist in hohem Maße dem allzu früh verstorbenen Dr. Hannes Schmidl zu danken, einem engagierten Vertreter des neuen Gesundheitsdenkens, der das Dezernat für Gesundheitsplanung der Stadt Wien und das WHO-Projekt „Wien – Gesunde Stadt“ leitete.¹⁶ Sein Wirken hat den Boden für eine neue öffentliche Gesundheitspolitik und Praxis im großstädtischen Raum Wien bereitet. Die *Wiener Gesundheitsförderung* umfasst heute eine Vielzahl von miteinander vernetzten Projekten wie z.B. Gesunder Bezirk - Gesundes Grätzl, Gesunder Kindergarten, Gesunde Schule, Gesunde Freizeit, Gesunder Betrieb, Gesundes Krankenhaus, Gesundes Altern, Gesunde Selbsthilfe und Gesundheit hat ein Geschlecht.¹⁷

Die Universität Wien ist seit den achtziger Jahren mit Instituten und Arbeitsgruppen in die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundeshauptstadt eingebunden. Universitäre Arbeitsgruppen haben durch nachhaltige Beiträge zur gesundheitssoziologischen Forschung und zum Aufbau des Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser internationale Anerkennung gefunden. Die aktive Mitwirkung an der longitudinalen Querschnittsstudie der WHO zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern von vier Alterskohorten in 43 Ländern (HBSC-Studie) hat die internationale Vernetzung der Forschergruppe gefestigt. Diese und weitere Forschungsvorhaben zur schulischen Gesundheitsförderung und Schulentwicklung, zur Gesundheitskompetenz (health literacy) oder zur gesundheitlichen Langzeitbetreuung werden heute im *Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research*¹⁸ bearbeitet, das 2006 nach einer öffentlichen Ausschreibung und internationalen Begutachtung gegründet wurde.

3.3 Gesundheitsförderung und Prävention in der Sozialversicherung

Für die österreichische Sozialversicherung haben die Umwelt und die Lebens- und Arbeitsverhältnisse, neben der Veranlagung, dem Lebensstil und einer guten Versorgung, einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen. Deshalb wurde die Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe im Leitbild der sozialen Krankenversicherung verankert.¹⁹

*Ziel der Sozialversicherung ist es, die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensräume zu fördern und gesunde Verhaltensweisen zu unterstützen.*²⁰

Schwerpunkte der Gesundheitsförderung in der Sozialversicherung sind Ernährung, Bewegung, Tabakprävention, Zahngesundheitsvorsorge, betriebliche und schulische Gesundheitsförderung sowie Unfallverhütung. Dabei hat die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) einen besonderen Stellenwert. Wirksame BGF im Sinne der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union kann sich sowohl auf die MitarbeiterInnen als auch auf das Unternehmen positiv auswirken:²¹

Zu erwartende positive Auswirkungen auf die MitarbeiterInnen sind:

- eine geringere Arbeitsbelastung

- weniger gesundheitliche Beschwerden
- ein gesteigertes Wohlbefinden
- ein gesünderes Verhalten innerhalb wie auch außerhalb des Betriebes
- und vor allem ein verbessertes Betriebsklima.

Zu erwartende positive Auswirkungen auf das Unternehmen sind:

- erhöhte Arbeitszufriedenheit und Arbeitsproduktivität
- gesteigerte Produkt- und Dienstleistungsqualität
- verbesserte betriebliche Kommunikation und Kooperation
- langfristige Senkung von Krankheitskosten und
- Imageaufwertung für den Betrieb.

Unserer Einschätzung zufolge ist der Anteil der Unternehmen, die aktiv BGF betreiben, noch relativ gering, Es bestehen somit auch in diesem Sektor erhebliche Entwicklungspotenziale.

3.4 Überregionale Aspekte regionaler und institutioneller Gesundheitsförderung

3.4.1 Gesundheitsförderung und/oder Prävention?

In der praxisbezogenen und teilweise auch in der wissenschaftlichen Literatur wird Gesundheitsförderung meist mit dem Begriff Prävention gepaart. Die Begrifflichkeit „Gesundheitsförderung/Prävention“ kann leicht dahingehend missverstanden werden, dass Gesundheitsförderung und Prävention zwei annähernd gleichwertige, prinzipiell austauschbare Interventionen darstellen. Zwar können beide Interventionsformen in der Praxis oftmals nicht trennscharf gegeneinander abgegrenzt werden. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht stellen sie jedoch unterschiedliche Interventionskonzepte dar. Während das Präventionskonzept im „Krankheitsdenken“ verwurzelt ist (Krankheitsparadigma) und einem Risiko- oder Defizitansatz folgt (Vorhandensein von Risikofaktoren/ Mangel an Gesundheitsressourcen), ist das Konzept der Gesundheitsförderung Ausdruck eines „Gesundheitsdenkens“, das auf einem Ressourcen- oder Potenzialansatz beruht (Gesundheitsparadigma).

Wenn es das Ziel ist, die Gesundheit großer Bevölkerungsgruppen oder der gesamten Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, ist individuelle Gesundheitsvorsorge in der Regel zu wenig, vor allem wenn diese auf die vielerorts hoch geschätzte medizinische Vorsorgeuntersuchungen beschränkt bleibt. Die Diskussion über den Nutzen der Vorsorgeuntersuchung ist kontrovers. Große wissenschaftliche Übersichtsarbeiten (Reviews) zeigen, dass die Vorsorgeuntersuchung in der Zielbevölkerung weder ein längeres Leben noch mehr gesunde Lebensjahre erwarten lässt.^{22,23} Der gesundheitliche Ertrag der Vorsorgeuntersuchung wird allgemein deutlich überbewertet:

With the large number of participants and deaths included, the long follow-up periods used in the trials, and considering that death from cardiovascular diseases and cancer were not reduced, general health checks are unlikely to be beneficial.²⁴

Gesundheitsuntersuchungen (Gesundenuntersuchungen) haben bei Versuchen mit großen Probandenzahlen, vielen Todesfällen und langen Nachkontrollperioden die Todesraten für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen generell nicht reduziert, es ist unwahrscheinlich dass sie einen Nutzen hat (Übersetzung HN).

Soziale Gemeinschaften wie sie z.B. in qualitätsorientierten Gesunden Gemeinden zu erwarten sind, stellen ein wertvolles Sozialkapital und ein gesellschaftlich wirksames Gesundheitspotenzial dar, das es im Interesse kollektiver gesundheitlicher Entwicklung (Salutogenese) zu schützen und zu stärken gilt. Deshalb ist die kommunale Gesundheitsförderung eine besonders wertvolle Intervention, besonders seit die Gemeinde in den modernen Gesundheitssystemen Mitteleuropas ihre einst zentrale Verantwortung für die Gesundheit ihrer BürgerInnen weitgehend eingebüßt hat.

3.4.2 Die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen

Mehr als ein Vierteljahrhundert nach Verabschiedung der Ottawa-Charta werden in vielen europäischen Ländern große Verbesserungen der Bevölkerungsgesundheit erzielt. Wir wissen heute, dass weitere substanzielle Gesundheitsgewinne möglich sind. Wir sind allerdings unsicher, wie wir diesem erstrebenswerten Ziel politisch und praktisch näher kommen können. Eine entscheidende Voraussetzung besteht darin, die riesigen sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand der Menschen zu reduzieren und auf diesem Wege eine gerechtere Verteilung der Gesundheitschancen zu ermöglichen, subnational, national und vielleicht auch international.²⁵

Gesundheitsgerechte und gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und Lebensverhältnisse sind notwendige, aber keineswegs zureichende Voraussetzungen auf dem Wege zu diesem Ziel. Die sozioökonomischen Lebensbedingungen und die soziokulturellen Lebensverhältnisse der Menschen bestimmen in hohem Maße ihre Gesundheitschancen. Diese können durch wirksame Gesundheitsmaßnahmen auf Gemeindeebene meist nur wenig beeinflusst werden. Nachhaltige Verbesserungen der Bevölkerungsgesundheit sind wahrscheinlich erst von einer viel breiter und langfristig angelegten, nachhaltigen Gesundheitspolitik zu erwarten, einer sozialen Gesellschaftspolitik, die mehr gesundheitliche Chancengleichheit und Gerechtigkeit in der Gesamtgesellschaft bewirkt.

Das 1998 beschlossene Gesundheitsförderungsgesetz²⁶ hat eine Neukonstituierung des Fonds Gesundes Österreich ermöglicht und die rechtlichen, finanziellen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung in kommunalen und sozialen Settings wie Schulen, Betrieben, Krankenhäusern oder Einrichtungen der Langzeitbetreuung deutlich verbessert. Seither wurden sehr viele, zum Teil auch größere Gesundheitsförderungsprojekte durchgeführt, darunter zahlreiche sowohl vom FGÖ als auch von anderen öffentlichen oder privaten Trägern gemeinsam finanzierte Vorhaben. Die weitaus meisten dieser Projekte waren reine Praxisprojekte ohne explizite wissenschaftliche Fragestellungen. Eine Ausnahme bildeten die 2003 und 2008 vom FGÖ beauftragten Modellprojekte zur Gesundheitsförderung, die wissenschaftlich evaluiert wurden. Eines dieser Projekte, die in zwei Regionen in der Steiermark durchgeführte longitudinale Interventionsstudie *Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen werden* wir weiter unten beschreiben.

3.4.3 Begleitforschung und Evaluation

Komplexe soziale Systeme wie das Gesundheitswesen werden in aller Regel von starken Interessen geleitet. Für eine methodisch angemessene wissenschaftliche Begleitforschung und Evaluation stehen selten finanzielle Mittel zu Verfügung. Ähnlich wie in der Krankenversorgung ist es auch in der Gesundheitsförderung nicht gelungen, ein angemessenes Begleitforschungs- und Evaluationsprogramm aufzubauen. Belastbare wissenschaftliche Aussagen über die Wirksamkeit und den gesellschaftlichen Ertrag sowohl settingsbasierter als auch bevölkerungsweiter Gesundheitsförderungsprojekte fehlen daher nahezu vollständig.²⁷ Als mehr oder weniger „kulturfremde Vorhaben“ werden sie auch kaum einmal angemahnt. Knapp 15 Jahre nach Beginn der Projektförderung durch den FGÖ, dessen Realbudget von jährlich 7,25 Millionen Euro inflationsbedingt deutlich geschrumpft ist, wissen wir sehr wenig darüber, was Gesundheitsförderungsprojekte in Kommunen, Schulen, Betrieben oder anderen sozialen Settings bewirken kann, ob sie beispielsweise zur Reduzierung sozialer Ungleichheiten in der gesellschaftlichen Verteilung der Gesundheitschancen beigetragen oder diese vielleicht sogar vergrößert haben.²⁸

Die Annahme ist jedoch berechtigt, dass in den gesundheitsförderlich aktiven Bundesländern fruchtbare Projektlandschaften mit kompetenten Expertengruppen entstanden sind. Diese könnten den Zielsteuerungsprozess der großen österreichischen Gesundheitsreform 2013 nachhaltig unterstützen, sofern angemessene Projektmittel dafür bereitgestellt werden. Insgesamt war der öffentliche Gesundheitsbereich (Gesundheitsförderung / Public Health) bisher in Österreich mit 1,9% der Gesundheitsausgaben deutlich unterfinanziert, im Vergleich zu

Deutschland mit 3,5 % und Schweden mit 7,0 % der Gesundheitsausgaben.

3.5 Zwei Beispiele gelungener Praxis aus der Steiermark

3.5.1 Der Karies die Zähne zeigen: Kariesprophylaxe in der Steiermark

Zahnstuserhebungen zeigen, dass die Gruppe kariesfreier Sechsjähriger in der Steiermark stetig wächst.²⁹ Das WHO-Ziel sieht für das Jahr 2020 ca. 80% kariesfreie Sechsjährige vor. Um dieses Ziel zu erreichen, sollen in der Kapazitätsentwicklung nun neue Wege beschritten werden: Die 23 Zahngesundheitserzieherinnen von Styria vitalis werden künftig auf Mütter und Väter in Elternberatungsstellen, Kinderarztpraxen, Kirchen, Moscheen und privaten Treffen zugehen und ihnen die Einflussfaktoren auf die Entwicklung gesunder Zähne erklären: richtige Zahnputztechnik, zahngesunde Ernährung und die Notwendigkeit regelmäßiger Zahnarztbesuche.³⁰

Die folgenden Kennziffern verdeutlichen die Größenordnung und Komplexität des steirischen Kariesprophylaxe-Programms 2012:³¹

- 213.854 Zahnputztrainings mit 68.750 Kindern
- 1.317 Kinderbetreuungseinrichtungen
- 507 Elterninformationen
- 365 Einsätze bei Kinderärzten
- 23 muttersprachliche Mentorinnen in 18 Sprachen.

3.5.2 Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen³²

In zwei Regionen in der Steiermark mit jeweils ca. 15 000 EinwohnerInnen wurden ältere Menschen beiderlei Geschlechts zwischen 60 und 75 eingeladen, sich an einem Gesundheitsförderungsprojekt mit einer zweijährigen Interventionsphase zu beteiligen. Das Projekt hatte zum Ziel, bedarfsgerechte Informations-, Wissens- und Beteiligungsangebote zu schaffen und strukturell in den beteiligten Gemeinden zu verankern. Ältere Menschen sollten sozial zu aktiviert und mobilisiert und die Entwicklung einer anderen Alternskultur unterstützt werden.

Das Projektdesign sah eine Longitudinalstudie vor. Die gesundheitswissenschaftlichen Daten wurden im Sommer 2003 (n = 1.398) und 2005 (n = 908) mit Hilfe von Direktinterviews mit zufällig ausgewählten Stichproben älterer Menschen gewonnen.³³ Wissenschaftliches Ziel des Projekts war, zwei komplexe Forschungsfragen zu beantworten:³⁴

- *„Inwieweit und wie lassen sich die Strategien und Ziele der Ottawa-Charta operationalisieren und in der settingsorientierten Arbeit in der Gemeinde umsetzen?“*
- *Inwieweit passen die in einem anderen kulturellen Kontext formulierten Strategien und Ziele zu den Glücksvorstellungen der ÖsterreicherInnen bzw. SteirerInnen in ländlichen Regionen?“*

Neben Kursen und Vortragsveranstaltungen wurden insgesamt 16 Initiativen gestartet: Aufbau sozialer Besuchsdienste in mehreren Gemeinden (Bärnbach, Frohnleiten, St. Radegund), Implementierung eines Tauschkreises in zwei Gemeinden (Bärnbach und Frohnleiten), Etablierung sozialer Treffpunkte wie monatliche Gesundheitscafés und Gesundheitstreffs, regelmäßige Kartenrunden, Treffen zum offenen Singen sowie wöchentliche oder 14-tägige begleitete Wanderungen. Eine besondere Initiative startete der Siedlerverein Afling in Bärnbach. Er bot seine Fräse einer Arbeitsgruppe an, um die Gemüse- und Blumengärten vieler älterer Menschen zu deren großen Freude umzustecken.³⁵

Ein innovativer methodischer Schritt des Lebenswelt-Projekts war die Entwicklung und erfolgreiche Erprobung eines Kapazitätsentwicklungsmodells mit fünf kommunalen Handlungsdimensionen:³⁶

- Verankerung von Gesundheit in der politischen Kultur der Gemeinde

- Vernetzung und Partnerschaften von kommunalen Strukturen
- Verfügbarkeit von Leadership und Managementkompetenzen
- Ressourcenlage und Ressourcenallokation
- Partizipation und Empowerment.

Mit Hilfe eines Ratingverfahrens war es möglich, die Entwicklung der Handlungskapazität entlang dieser fünf Handlungsdimensionen zu messen und die Kapazitätsentwicklung sowie den Grad der Handlungsbereitschaft zur kommunalen Gesundheitsförderung („Soziale Reife“ oder *Readiness*) der einzelnen Gemeinden anschaulich darzustellen, zu bewerten und zu diskutieren. Dieses Verfahren eignete sich auch, um die Gesundheitsförderung in den beteiligten Gemeinden (anonym) vergleichend zu evaluieren.

Die im Endbericht formulierte komplexe Antwort auf beide Fragen lautet:³⁷

Abhängig von der „Versorgungskultur und den von ihr generierten Erwartungen ist settingorientierte Gesundheitsförderung eine potenziell wirksame, aber hochschwellige Intervention, die nicht verordnet werden kann, sondern die Bereitschaft und Reife (Readiness) der Menschen und Gemeinden als Voraussetzung braucht.

4. Capacity building

Wie bereits mehrfach angeklungen gelten Konzepte und Maßnahmen der Kapazitätsentwicklung oder des Kapazitätsaufbaus heute als notwendige Voraussetzungen wirksamer kommunaler Gesundheitsförderung. Ohne ausreichende Kenntnis, wieweit diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist eine realistische Einschätzung der Wirksamkeit komplexer sozialer Gesundheitsinterventionen nicht möglich, es sei denn, dass gesicherte empirische Erkenntnisse über deren Wirksamkeit z.B. aus fundierten Evaluationsstudien vorliegen.

Ende der 1990er Jahre haben die MitarbeiterInnen einer kanadischen Arbeitsgruppe um P. Hawe in Anlehnung an ein Konzept aus dem Bereich der Entwicklungszusammenarbeit die folgende Definition vorgeschlagen:³⁸

Capacity building is „ ... an approach to the development of sustainable skills, organisational structures, resources and commitment to health improvement in health and other sectors, to prolong and multiply health gains many times over.“

Capacity building/ Kapazitätsaufbau ist "... ein Ansatz zur Entwicklung von nachhaltigen Fähigkeiten, Organisationsstrukturen, Ressourcen und Engagement für die Verbesserung der Gesundheit im Gesundheitswesen und anderen Sektoren, um Gesundheitsgewinne mehrfach zu verlängern und zu verstärken." Übersetzung HN)

Heute liegen zahlreiche Publikationen zur Kapazitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung vor. Im Handbuch Kapazitätsentwicklung der Austrian Development Agency (ADA), Agentur der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit, werden kapazitätsfördernde Aktivitäten auf drei Handlungsebenen vorgeschlagen, die sich auf kommunale, regionale oder nationale Gesundheitsprojekte übertragen lassen, und die alle Leitprinzipien der Ottawa-Charta für aktives, gesundheitsförderndes Handeln (in Klammern) einbeziehen:³⁹

I. (Weiter-) Entwicklung von Humanressourcen

Erwerb von gesundheitsbezogenen sozialen Fähigkeiten, Fertigkeiten und von gesundheitsförderlichen Handlungskompetenzen

Entwicklung von Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen (Persönliche Kompetenzen entwickeln)

II. Aufbau und Entwicklung von effizienten Organisationen und Institutionen

Entwicklung einer Organisations- und Führungskultur, Ausbau von Management- und Anreizsystemen (Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen)

III. Aufbau und Entwicklung von förderlichen gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen

Verbesserung des politischen, rechtlichen, kulturellen und administrativen Rahmens, Zusammenarbeit zwischen Staat, Wirtschaft und Zivilgesellschaft. (Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln. Die Gesundheitsdienste neuorientieren).

Diese drei Aufgaben der Kapazitätsentwicklung bedürfen der zielorientierten Unterstützung durch wissenschaftliche Forschung und Politik. In den 1990er Jahren wurden von einer Arbeitsgruppe am Institut für Sozialmedizin der Universität Graz fünf Kursprogramme für *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung* durchgeführt. Sie bestanden aus zwei Theorieblöcken und einer begleiteten Projektarbeit. Seit 2002 werden von der vormaligen Medizinischen Fakultät und heutigen Medizinischen Universität Graz Universitätslehrgänge in Public Health angeboten, in deren Curriculum die gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen und die Praxis der Gesundheitsförderung breiten Raum einnehmen.⁴⁰ Im Bildungsnetzwerk des FGÖ werden regelmäßig Fortbildungsseminare zu einer Vielzahl von Themen rund um die Gesundheitsförderung abgehalten. Alle diese Aktivitäten sind Bausteine eines Entwicklungsprozesses, der auf einen umfassenden Kapazitätsaufbau für bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung ausgerichtet ist.

Im März 2008 hat die Ludwig-Boltzmann-Gesellschaft gemeinsam mit vier großen gesundheitspolitischen Akteuren das *Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research* geschaffen.⁴¹ Seine Aufgabe besteht darin, das wechselseitige Zusammenwirken von „menschenformenden“ (*people-processing*) Organisationen auf der einen Seite und Gesundheit auf der anderen zu erforschen. Zentrale Forschungsfragen sind: Welche organisatorischen Strukturen von Schulen, Krankenhäusern oder Einrichtungen der Langzeitbetreuung tragen zur Verbesserung der Gesundheit von SchülerInnen, PatientInnen oder betreuten Personen bei? Wie beeinflusst die gesundheitliche Lage und Entwicklung der Mitglieder dieser Organisationen deren strukturellen Aufbau, die interne Steuerung und die Qualität ihrer Dienstleistungen? Wissenschaftliche Grundlage zahlreicher Forschungsprojekte ist ein theoretisches Arbeitsmodell (*The Vienna Organisational Health Impact Model VOHIM*), das der Beschreibung und Analyse des wechselseitigen Zusammenhangs von organisationalen Faktoren und Gesundheit ihrer Mitglieder dient.⁴²

Im August 2012 hat die Bundesregierung zehn Rahmen-Gesundheitsziele beschlossen, an denen sich die Politik und die Praxis im Gesundheitswesen orientieren sollen.⁴³ Neun dieser Ziele beziehen auf neue große Aufgabenfelder der Gesundheitsförderung einschließlich Gesundheitsschutz und Primärprävention wie z.B. die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen, die Sorge für mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit, die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und des sozialen Zusammenhalts, die Ermöglichung gesunder Ernährung oder die Förderung sicherer Bewegung. Das zehnte Ziel ist darauf gerichtet, eine qualitativ hochstehende, effiziente und nachhaltige Gesundheitsversorgung für alle Menschen sicherzustellen.

Anders als der Krankenversorgungssektor können sich Gesundheitsförderungsprogramme, die auf die neuen Gesundheitsziele ausgerichtet sind, nur in wenigen Bundesländern sowohl auf qualifizierte Führungs- und Fachkräfte als auch auf angemessene Infrastrukturen für Gesundheitsförderung einschließlich Gesundheitsschutz und primäre Krankheitsprävention stützen. Es bedarf somit großer gesellschaftlicher Anstrengungen, um die Kapazitätsentwicklung im Gesundheitswesen auf allen Ebenen nachhaltig zu fördern⁴⁴:

- Entwicklung von bevölkerungsweiten und professionellen Humanressourcen durch Bildung und Ausbildung in der Gesundheitsförderung, im Gesundheitsschutz und in der Krankheitsprävention sowie ihrer Grundlagen
- *Bildung von kommunalen und regionalen Organisationen und Netzwerken für bedarfsorientierte und effiziente Gesundheitsförderung mit Gesundheitsschutz und Krankheitsprävention, soweit möglich in Abstimmung mit der Erneuerung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)*
- *Schaffung von förderlichen kommunalen und regionalen Rahmenbedingungen für die Etablierung von Programmen, Projekten und Strukturen in der Gesundheitsförderung, im Ge-*

sundheitsschutz und in der Krankheitsprävention.

5. Gesundheits-Zielsteuerung und Gesundheitsförderung

Mit der Verabschiedung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes vom 23. Mai 2013 hat in Österreich eine neue Phase öffentlicher Gesundheitspolitik begonnen.⁴⁵ Die Gesundheitsreform 2013 bindet erstmals die Gesundheitsförderung in Bund und Bundesländern in die österreichische Gesundheitspolitik ein.

§ 5 (1) des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes nennt die zu befolgenden Prinzipien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit:⁴⁶

1. *die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention,*
2. *im Krankheitsfall die kurative Versorgung am „best point of service“,*
3. *die verbindliche Zusage von Bund, Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele,*
4. *die patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen hat der Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu dienen,*
5. *die für die Zielsteuerung einschließlich der integrierten Planung notwendigen Daten werden für alle Sektoren in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form verfügbar gemacht.*

§ 19 (1) regelt die Finanzierung der forcierten Entwicklung von Gesundheitsförderung. Dafür ist „nach Maßgabe der Mittelaufbringung der Länder“ ein zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention für 10 Jahre (2013 bis 2022) eingerichtetes, getrennt verwaltetes Sondervermögen von 130 Millionen Euro in den Landesgesundheitsförderungsfonds vorgesehen.⁴⁷

„Die Mittel werden nach dem Versichertenschlüssel (§ 447g des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) aufgebracht und auf die Landesgesundheitsfonds verteilt. Dabei ist sicherzustellen, dass

1. *sich die Verwendung der Mittel an den von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen orientiert,*
2. *die gesetzten Maßnahmen sich an der vorhandenen Evidenz, Wirksamkeit und den Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung und Prävention orientieren und*
3. *die umgesetzten Maßnahmen evaluiert und in einer regelmäßigen Berichterstattung dargestellt werden.*⁴⁸

(2) *Die gesetzliche Krankenversicherung hat im Einvernehmen mit dem Land in der Landes-Zielsteuerungskommission über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds zu entscheiden.*

(3) *Im Geschäftsjahr nicht verwendete Mittel sind im Folgejahr den zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmitteln zuzuschlagen.*

(4) *Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat für die Verwendung dieser Gesundheitsförderungsmittel Grundsätze und Ziele zu beschließen, wobei insbesondere sicherzustellen ist, dass Gesundheitsförderungsprojekte den grundsätzlichen Zielsetzungen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages und der Landes-Zielsteuerungsverträge nicht widersprechen.*

In den *Schluss- und Übergangsbestimmungen* (17. § 154b Abs. 1) verpflichtet das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz die Krankenversicherungsträger, ihren Versicherten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme im Sinne der Ottawa-Charta anzubieten, die sich an deren Lebenswelten orientieren sollen:⁴⁹

„ ... Die Krankenversicherungsträger haben im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dazu beizutragen, den Versicherten und deren Angehörigen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen,

indem sie insbesondere über Gesundheitsgefährdung, die Bewahrung der Gesundheit und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen ... aufklären, und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden, Krankheiten und Unfälle ... verhütet werden können. Dazu sind gezielt für Gruppen von Anspruchsberechtigten abgestellt auf deren Lebenswelten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und daraus abgeleitete Maßnahmen anzubieten.“

Abschließend stellen sich zwei Fragen: Wie gut ist die Gesundheitsförderung in Österreich aufgestellt, um die Anforderungen des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes zu erfüllen? Und welche allgemeinen Herausforderungen und konkreten Aufgaben gilt es zu bewältigen? In den letzten Jahrzehnten scheint es gelungen zu sein, die Ideen der Ottawa Charta und teilweise auch der Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in der Gesundheitspolitik des Bundes und mehrerer Bundesländern wie auch in sehr vielen Praxisfeldern zu verankern. Gesundheitsförderung einschließlich primärer Prävention und Gesundheitsschutz gelten heute als anerkannte Felder öffentlicher Gesundheitspolitik und Praxis, denen im Zielsteuerungsprozess Gesundheit im nächsten Jahrzehnt und darüber hinaus große und wachsende Aufgaben zugewiesen werden.

Die Verabschiedung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes kommt einem „*gesundheitspolitischen Quantensprung*“ gleich, der Bund und Bundesländer vor große Herausforderungen stellt. Erwartungsgemäß sind die einzelnen Bundesländer unterschiedlich gut aufgestellt, die damit verbundenen Aufgaben in Angriff zu nehmen. Einige wenige dürften im Gesundheitsförderungsbereich einen Entwicklungsstand erreicht haben, der auf eine angemessene Befähigung und Bereitschaft (*Readiness*) zur Übernahme von Aufgaben schließen lässt, wie sie im Zielsteuerungsgesetz vorgegeben sind. Die Mehrzahl der Bundesländer hat dieses Ziel vermutlich noch nicht erreicht. Zwei Indikatoren deuten in diese Richtung: zum einen die im EU-Vergleich unterdurchschnittliche Zahl gesunder Lebensjahre der Menschen trotz sehr hoher Gesundheitsausgaben⁵⁰, zum anderen die vergleichsweise geringe Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung die zweitschlechteste nach Bulgarien unter acht alten und neuen EU-Ländern⁵¹. Beide Indikatoren dürften für eine eher geringe Wirksamkeit der bisherigen Aktivitäten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung in großen Teilen Österreichs sprechen.

Angesichts der großen Erwartungen, die an das umfassende, zukunftsweisende Politik- und Praxisfeld der Gesundheitsförderung gerichtet werden, wären wissenschaftliche Untersuchungen zur Qualität und Wirksamkeit regionaler Gesundheitsförderung in Österreich dringend geboten. Die Entscheidungsträger sollten sich auf mehr fundierte Informationen stützen können, als das gegenwärtig möglich ist. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Frage gerichtet werden, inwieweit mit einer auf mehrere Ebenen ausgerichteten, mehrstufigen Kapazitätsentwicklung eine angemessene Qualität der angestrebten Interventionen erreicht werden könnte. Es kann vermutet werden, dass dies bisher nicht in ausreichendem Maße gelungen ist, auch wenn wohlmeinender Aktionismus und eine mediengerechte Erfolgshetorik bisweilen den gegenteiligen Eindruck vermitteln sollten.

Mit der Verabschiedung des Zielsteuerungsgesetzes Gesundheit im letzten Jahr konnte die vielleicht größte Herausforderung, die Schaffung von gesundheitsförderlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Etablierung von Programmen, Projekten und Strukturen in der Gesundheitsförderung, im Gesundheitsschutz und in der Krankheitsprävention fürs Erste erfüllt werden. Die Gesundheitspolitik ist heute für den gesamten gesundheitspolitischen „Großraum“ (Ottmann, 2012, Seite 388⁵²) verantwortlich. Sie ist jedoch nicht legitimiert, den für die Gesundheit der Bevölkerung (mit)entscheidenden kapazitätsbildenden Großraum des Bildungs- und Ausbildungssektors einzubeziehen. Und sie ist ebenso wenig legitimiert, den Auf- und Ausbau gesundheitsfördernder Organisationsstrukturen in den Bundesländern zu steuern. Es bedarf somit politischer Entscheidungen über die Bildung eines umfassenden *gesundheitspolitischen Kooperationsraums*, wie ihn der in Finnland entwickelte und von der EU übernommene Ansatz *Health in All Policies (HiAP)* impliziert.

Darüber hinaus gilt es, in allen Bundesländern weitere große Programme zur Entwicklung von Humanressourcen und zum Aufbau von Infrastrukturen und Netzwerken für Gesundheitsförderung einzuleiten, wobei sich die Ausgangsbedingungen deutlich unterscheiden werden:

- Die nachhaltige Entwicklung bevölkerungsweiter und professioneller Humanressourcen erfordert eine Gesundheitsbildungs- und Ausbildungsinitiative auf Bundes- und Bundesländerebene auf Basis entsprechender gesetzlicher Regelungen. Sie sollten sowohl den Bildungs- als auch den Gesundheitssektor einbeziehen und zwei Teilprogramme umfassen: *Erstens*, allgemeine Gesundheitsbildung in allen allgemeinbildenden und höheren Schulen zur Vermittlung persönlicher Gesundheitskompetenzen in der gesamten Bevölkerung, und *zweitens* gesundheitswissenschaftliche Aus-, Weiter- und Fortbildung an Hochschulen und Universitäten für alle Lehrberufe im Bildungsbereich, im Gesundheitswesen und auch für GesundheitsforscherInnen und GesundheitsmanagerInnen. Im Hochschulbereich gibt es dafür einzelne erprobte Modelle wie z.B. den Universitätslehrgang (Masterkurs) Public Health an der Medizinischen Universität Graz.⁵³
- Auch der Aufbau kommunaler oder regionaler Organisationen und Netzwerke für bedarfsorientierte und effiziente Gesundheitsförderung einschließlich Gesundheitsschutz und primärer Krankheitsprävention bedarf einer gesetzlichen Grundlage, wenn es längerfristig gelingen soll, die hohen Anforderungen des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes zu erfüllen. In diesem Zusammenhang sollte, wie im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz vorgesehen, die Struktur und Funktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes an die Erfordernisse des 21. Jahrhunderts angepasst werden. Der Grandseigneur des deutschen öffentlichen Gesundheitsdienstes, Fritz Beske, hat vor längerer Zeit vorgeschlagen, im ÖGD einen „geborenen Vertreter der Gesundheitsförderung in der Kommune“ zu sehen.⁵⁴ Dieser scheinbar naheliegende Vorschlag dürfte heute weder in Deutschland noch in Österreich angemessen erscheinen. Die Zeitschrift *prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung* hat vor kurzem ein Schwerpunktheft „Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst – Zukunft oder Vergangenheit?“ herausgegeben, um einen öffentlichen Diskussionsprozess in Deutschland anzustoßen.⁵⁵ Es wäre an der Zeit, die seit Jahren laufende österreichische Diskussion weiterzuführen und der Politik ein Zukunftsmodell zur Modernisierung des ÖGD vorzuschlagen.

Die Gesundheitsförderung ist in den letzten Jahrzehnten zu einer tragenden Säule eines neuen öffentlichen Gesundheitswesens herangewachsen, ohne dass ihr institutioneller Status, ihre wissenschaftliche Einbindung und die gesundheitswissenschaftliche Ausbildung ihres akademischen und professionellen Nachwuchses angemessen diskutiert, geschweige denn geklärt worden wäre. Das mag angesichts der finanziellen Dürrezeit öffentlicher Haushalte verständlich erscheinen, im Verhältnis zum Wachstum des Krankenversorgungssektors und der Gesundheitsausgaben ist es das nicht. Die Postmoderne hat im Gesundheitssystem längst begonnen, ohne dass im öffentlichen Gesundheitsbereich und in der Gesundheitsförderung viel davon zu spüren wäre. Health in all Policies kann in dem Maße umgesetzt werden, wie es gelingt, die dafür notwendigen organisatorischen, wissenschaftlichen und professionellen Voraussetzungen zu schaffen.

Literatur

¹ Flügel, A. Public Health und Geschichte. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2012, 46.

² Labisch, A., Woelk, W. Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K., Laaser U., Razum, O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa, 2012, 55–98.

³ Heinzelmann, W. (2009): Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft. Bielefeld: Transcript Verlag, 2009.

⁴ Labisch, A., Woelk, W. (2012) a.a.O.

⁵ WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura und Milz. Weltgesundheitsorganisation, 2006.

⁶ WHO (1986)...

⁷ WHO (2005). Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung.

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf

⁸ WHO (2005).

⁹ WHO (2005)

-
- ¹⁰ Hahn D. Von Ottawa nach Bangkok – Gesundheitsförderung zwischen Rhetorik und verhaltensorientierter Umsetzung. Prävention Zeitschrift strukturellen Aufbau: 36, 3, 2013, 66-69.
- ¹¹ Öffentliches Gesundheitsportal. www.gesundheit.gv.at/Portal.19.02.2014.
- ¹² Öffentliches Gesundheitsportal. a.a.O.
- ¹³ Öffentliches Gesundheitsportal. a.a.O.
- ¹⁴ www.styriavitalis.at/cms/ Öffentliches Gesundheitsportal. a.a.O
- ¹⁵ www.styriavitalis.at/cms/Gesunde_Gemeinde/Neun_Punkte_Programm/
- ¹⁶ schindlers.at/2009/10/30/nachruf-auf-hannes-schmidl-in-gesunde-stadt/
- ¹⁷ www.wien.gv.at/gesundheit/gesundheitsfoerderung/
- ¹⁸ Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research. lbihpr.lbg.ac.at
- ¹⁹ Österreichische Sozialversicherung. www.sozialversicherung.at.
- ²⁰ Österreichische Sozialversicherung. a.a.O.
- ²¹ Österreichische Sozialversicherung. a.a.O.
- ²² Krogsbøll LT, Jørgensen K J, Larsen C G, Gøtzsche P C. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. DOI: 10.1002/14651858. CD009009.pub2. Published Online: 17 OCT 2012.
- ²³ Wang S S (2012). Value of Medical Checkups Doubted. The Wallstreet Journal: Updated Oct. 17, 2012 1:56 p.m. ET. <http://online.wsj.com/news/articles/>
- ²⁴ Krogsbøll LT, Jørgensen K J, Larsen C G, Gøtzsche P C. a.a.O.
- ²⁵ Lopez A D, Mathers C D, Ezzati M et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. The Lancet 367, 9524: 1747-1757, 27 May 2006. doi:10.1016/S0140-6736(06)68770-9.
- ²⁶ Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheitsförderungsgesetz, Fassung vom 11.02.2014. www.ris.bka.gv.at
- ²⁷ R. Horst Noack. Leitprinzipien der Gesundheitsförderung für eine gesündere Bevölkerung. Soziale Sicherheit, 66, 9/2013: 400-4013.
- ²⁸ R. Horst Noack. Leitprinzipien der Gesundheitsförderung. a.a.O.
- ²⁹ Zähne zeigen. www.styriavitalis.at/cms/Projektarchiv/Zaehne_Zeigen/19.02.2014.
- ³⁰ Zähne zeigen.a.a.O.
- ³¹ Zähne zeigen.a.a.O.
- ³² Endbericht. Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen März 2003 - März 2006. www.styriavitalis.at/cms/download/lebenswelten_endbericht.pdf, 2008.
- ³³ Endbericht). a.a.O. Seite 4 – 18.
- ³⁴ Endbericht. a.a.O. Seite 6
- ³⁵ Endbericht. a.a.O. Seite 20 - 51.
- ³⁶ Endbericht. a.a.O. Seite 52.
- ³⁷ Endbericht. a.a.O. Seite 56.
- ³⁸ Hawe P, Noort M, King L, Jordensa C . Multiplying Health Gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs. Health Policy 39, 1, 1997: 29-42.
- ³⁹ Handbuch der Kapazitätsentwicklung. [www.entwicklung.at/uploads/ media/Handbuch_Kapazitaetsentwicklung.pdf](http://www.entwicklung.at/uploads/media/Handbuch_Kapazitaetsentwicklung.pdf), 2011.
- ⁴⁰ Universitätslehrgang Public Health. www.medunigraz.at/mitteilungsblatt 15.03.2006.
- ⁴¹ Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) <http://lbihpr.lbg.ac.at/de/institut>
- ⁴² Dür, Wolfgang, Jürgen M. Pelikan, Karin Waldherr. Dealing with complexity in health and health promotion in settings: the Vienna organizational health impact and health promotion in-tervention model. lbihpr.lbg.ac.at.
- ⁴³ Rahmengesundheitsziele in der Langfassung. [www.gesundheitsziele oesterreich.at/fileadmin/user_upload/pdf/2012](http://www.gesundheitsziele.oesterreich.at/fileadmin/user_upload/pdf/2012).
- ⁴⁴ R. Horst Noack. Leitprinzipien der Gesundheitsförderung. a.a.O.
- ⁴⁵ Gesundheits-Zielsteuergesetz. Ausgegeben am 23. Mai 2013 Teil I(NR: GP XXIV RV 2243 AB 2255 S. 200. BR: AB 8961 S. 820.) (Gesundheits-Zielsteuergesetz – G-ZG).
- ⁴⁶ Gesundheits-Zielsteuergesetz.Seite 5 von 38.
- ⁴⁷ Gesundheits-Zielsteuergesetz.Seite 14 von 38.
- ⁴⁸ Gesundheits-Zielsteuergesetz.Seite 14 von 38.
- ⁴⁹ Gesundheits-Zielsteuergesetz.Seite 26 von 38.
- ⁵⁰ Health at a Glance.O ECD HealthAtAGlanceEurope2012 PDF, 2012.
- ⁵¹ Pelikan J, Röthlin F, Kristin Ganahl K (2012). Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich im internationalen Vergleich – Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey – Europe. Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) Wien. <http://lbihpr.lbg.ac.at>, 2011.
- ⁵² Ottmann H. Geschichte des politischen Denkens. Das 20. Jahrhundert Von der Kritischen Theorie zur Globalisierung. Stuttgart Weimar: J.B.Metzler 2012.
- ⁵³ Universitätslehrgang Public Health (2006.a.a.O.
- ⁵⁴ „Gesundheitsdienst in der Kommune als Aufgabe des ÖGD. Zwischen versäumten Chancen und hartnäckigen Hoffnungen. prävention 04/2013, Schwerpunktthema „Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitsdienst“: 124-126.
- ⁵⁵ prävention 04/2013, Schwerpunktthema „Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitsdienst“