



Österreichische Gesellschaft für Public Health
Austrian Public Health Association – ÖGPH www.oeph.at

In Kooperation mit:

Ludwig Boltzmann Institut
Health Promotion Research
www.lbihpr.lbg.ac.at

ÖGPH Newsletter Juni 2014

ISSN: 2309-2246

Inhalt

1.	Editorial	2
2.	Kommentar	3
3.	Berichte von Projekten / Originalarbeiten	5
4.	ÖGPH – Tagung 2014	10
5.	Tagungsankündigungen	23
6.	Veranstaltungsberichte	24
7.	Wissenswertes	27
8.	Impressum	29



1. Editorial

Liebe Public Health Interessierte,

Summertime... (hä? Englisch?) Sonne tanken, Kraft tanken, und die Zeit, um an persönlich definierten Energieorten neue Ideen zu sammeln. Ideen für die Zukunft und vielleicht sogar für Public Health in Österreich?

Dem akademischen Kalender folgend ist in der österreichischen Public Health Community im vergangenen Jahr wieder viel passiert. Mit dem ÖGPH Newsletter haben wir stets versucht, die aktuellen Entwicklungen, Projekte, Forschungsergebnisse und Initiativen einzufangen – vielen Dank an dieser Stelle für die laufenden Einsendungen zu Ihren Aktivitäten, die den Grundstein für unseren Beitrag zum Austausch von Informationen zu den für die Public Health Community relevanten Themen liefern!

Im Mittelpunkt dieser Ausgabe steht ein Bericht zur 17. Jahrestagung der ÖGPH am 22. und 23. Mai in St. Pölten mit einer Reflexion des Präsidenten Dr. Thomas Dörner und einer Sammlung von Kurzzusammenfassungen der Konferenzbeiträge, die im Rahmen der Jahrestagung den Gesundheitszielen folgend präsentiert wurden.

In weiteren Beiträgen dieser Ausgabe spannt sich der Bogen von aktuellen Angeboten zu Frühen Hilfen, über Nachhaltigkeit von psychiatrischer Rehabilitation bis zur Leitfadententwicklung für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting, ein Projektbericht zu Stressvermeidung in Schulen und ein Workshop-Bericht über gesunde Ernährung in der Gesellschaft. Gewiss, es passiert einiges zum Thema Public Health in Österreich! „Könnte man mehr daraus machen?“ Diese Frage nehmen wir - dem Kommentar dieser Ausgabe zur Verwendung von Daten folgend - mit in die Sommerpause.

Wir hoffen, sie finden auch die nötigen Anregungen zum Thema Public Health, um neue Verknüpfungen herzustellen,... um noch mehr daraus zu machen! Wir wünschen entspannte und spannende Lektüre und eine schöne Sommerzeit!

Das Redaktionsteam

2. Kommentar

Die Angst vor den Daten (Sebastian Huter)



Lebenslanges Lernen ist für Gesundheitsberufe schon zur Selbstverständlichkeit geworden. Aber auch das System, in dem wir arbeiten, muss sich weiterentwickeln – und dafür braucht es öffentlich zugängliche Daten.

Wir lernen durch unsere Erfahrungen. Je öfter wir ein Krankheitsbild sehen und behandeln, desto besser können wir es durch unsere Beobachtungen, die Konsequenzen unserer Handlungen und die Rückmeldungen durch Patienten und Kollegen einschätzen und damit umgehen. Diese Erfahrungen geben uns die Möglichkeit, unsere Arbeit zu verbessern.

Auch das Gesundheitssystem muss dazulernen und sich weiterentwickeln. Dabei sind Einzelbeobachtungen möglicherweise hilfreich, um den Blick auf konkrete drängende Probleme zu lenken, aber die Erfahrungen für das System sind abstrakter. Was die Erfahrungen für den Einzelnen sind, sind die Daten für das System.

Daten, Daten, Daten

Täglich werden hunderttausende Patientenkontakte registriert und gespeichert, Untersuchungen durchgeführt, Diagnosen gestellt und Therapien eingeleitet. Viele Informationen sind nicht unmittelbar behandlungsrelevant, sondern dienen in standardisierter, kodierter Form der Abrechnung von Leistungen. Alle Gesundheitsberufe beklagen regelmäßig den Aufwand, der damit verbunden ist. Aber sind diese mühsam erhobenen und eingegebenen Daten wirklich nur für die banale Abrechnung von Leistungen verwendbar? Oder könnte man nicht mehr daraus machen?

„Open Data“ für das Gesundheitswesen

Die Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) meint, man kann. Deren Präsident Thomas Dorner kritisiert, dass, „obwohl die Daten vorhanden wären, beispielsweise die medizinischen Faktoren, die einer Frühpensionierung vorangehen, konsequent nicht ausgewertet werden“. Daher fordert die ÖGPH „Open Data“ im Gesundheitswesen. Die Routinedaten, die der Hauptverband der Sozialversicherungsträger sammelt, und weitere existierende Datenquellen sollten der Wissenschaft in einer brauchbaren Form zur Verfügung gestellt werden. (Quelle ÖGPH Newsletter März 2014)

Open Data

Durch öffentlich finanzierte Einrichtungen erhobene Daten sollen der Öffentlichkeit auch zur Verfügung stehen. Dadurch soll das Informationsungleichgewicht zwischen Institutionen und Öffentlichkeit ausgeglichener werden.

Sind Daten nicht gefährlich?

In den letzten Monaten und Jahren gab es viel mediale Aufmerksamkeit für Daten. Meist im negativen Sinn. Daten von Versicherten tauchten im Internet auf, Verschreibungsdaten wurden an Firmen verkauft und immer wieder werden sogar Bankverbindungen erfolgreich angegriffen. Dazu kommt die Angst vor Projekten wie dem „Daten-Monster“ ELGA. Insgesamt entsteht kein besonders positives Bild. Umso wichtiger ist es



daher, in der öffentlichen Kommunikation hier eine genaue Unterscheidung zwischen Forschungsdaten und personenbezogenen Verwaltungsdaten zu treffen. Die Verwendung der Daten für die Forschung muss transparent gemacht werden. Der Bevölkerung muss klar erklärt werden, dass es dabei nicht darum geht, eine Person identifizieren zu können. Für die Forschung ist es nur relevant, welche Daten zur selben Person gehören, aber nicht zu welcher Person. Und es muss der Nutzen, der daraus entspringen kann, deutlich gemacht werden. Die Versorgungsforschung hat es hier deutlich schwerer als die biomedizinischen Forschungsfelder – denn die Umsetzung der Forschungsergebnisse in einen positiven Effekt für die Bevölkerung setzt oft auch einen politischen Willen zur Veränderung oder eine Umverteilung der begrenzten Ressourcen (sprich: Geld) voraus. Insofern sind diese Daten möglicherweise für jene gefährlich, die für diese Veränderungen verantwortlich sind. Der Datenschutz darf nicht als Schutz der Verantwortlichen vor den Daten missverstanden werden.

Daten sind noch kein Wissen

Die derzeitige Situation ist problematisch: Daten sind vorhanden, aber nicht allen zugänglich. Dabei stellen die Daten alleine noch nicht unbedingt einen Wissenszuwachs dar. Es sind erst die kritische Analyse und Interpretation dieser Daten, die das eigentliche Wissen schaffen. Die Berücksichtigung von möglichen Fehlerquellen, der Datenqualität und besonderen Einflussfaktoren ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass man richtige Schlüsse ziehen kann. Sieht man sich die Realität an, so ist es zumindest zweifelhaft, ob die Institutionen die notwendige Selbstkritik dafür aufbringen. Immerhin müssen sie ja gleichzeitig ihre eigenen Interessen vertreten. Man erinnere sich nur an Presseaussendungen zum Thema Brustkrebsfrüherkennungsprogramm. Eine Seite sagt, die Zahl an Mammografien ist gestiegen, die andere Seite sagt, sie ist gesunken. Irgendwann kommt die Aussage, es gibt eigentlich gar keine Daten dazu. Diese Auseinandersetzungen zwischen diversen „Spielern“ im Gesundheitswesen zeigen, wie sehr die jeweilige Position die Interpretation der Daten beeinflussen kann. Oder wie undurchschaubar die Argumentation mit Daten ist, die nicht veröffentlicht sind. Gerade deshalb ist es besonders wichtig, diese Daten unabhängigen Forschern zur Verfügung zu stellen. So kann die Validität der Schlussfolgerungen auch von mehreren Seiten überprüft werden.

„Mit dem Wissen wächst der Zweifel“

Dafür braucht es aber auch eine neue Diskussionskultur in der Gesundheitspolitik. Das setzt ein gemeinsames Vorgehen voraus, in dem nicht jede falsche Aussage sofort als Gelegenheit für öffentliches Anprangern genutzt wird.

Entscheidungen im Gesundheitswesen sind schwierig – das zugrunde liegende System ist komplex und der Effekt einzelner Maßnahmen ist oft schwer vorherzusagen. Dass Entscheidungsträger bei der Umsetzung von Maßnahmen primär Erfolge wollen, ist verständlich, aber nicht immer realistisch. Umso wichtiger ist daher, Entscheidungen von Beginn an auf eine solide wissenschaftliche Basis zu stellen, die Effekte jeder Maßnahme zu beobachten und Daten für die Zukunft zu sammeln, zu evaluieren und gegebenenfalls Maßnahmen anzupassen. Es ist keine Schande, wenn eine Entscheidung, die nach bestem Wissen getroffen wurde, nicht zu dem gewünschten Ergebnis führt. Aber sich das Ergebnis nicht einmal genau anzusehen, das wäre ein Skandal.

Die Angst vor den Daten ist unberechtigt – die Wirklichkeit ist es, worüber wir uns Sorgen machen müssen.

Kontakt: Sebastian Huter, Junge Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ) www.jamoe.at ; Öffentlichkeitsarbeit: sebastian.huter@jamoe.at www.jamoe.at

[Veröffentlicht in der Zeitschrift "DAM - Die Allgemeinmediziner", [Ausgabe 04/2014](#)]

3. Berichte von Projekten / Originalarbeiten

Nachhaltigkeit der stationären psychiatrischen Rehabilitation für Erwachsene: systematischer Review (Brigitte Piso, Inanna Reinsperger)



Im Jahr 2007 waren in Österreich psychiatrische Erkrankungen mit 29% erstmals die häufigste Ursache für die Neu-Zuerkennung einer Berufsunfähigkeitspension. Vor dem Hintergrund einer steigenden Tendenz sollen derzeit 8 stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen einen Beitrag zur umfassenden psychiatrischen Versorgung leisten. Ziel der aktuellen systematischen Übersichtsarbeit des LBI-HTA war eine Analyse der Nachhaltigkeit der stationären psychiatrischen/ psychosomatischen Rehabilitation in einem Beobachtungszeitraum von mindestens 12 Monaten nach Rehabilitationsende. Nach einem schriftlichen Scoping-Prozess mit FachexpertInnen wurde eine systematische Literatursuche in 6 Datenbanken durchgeführt. Zusätzlich erfolgte eine umfassende Handsuche. Nach Deduplizierung standen insgesamt 1872 Quellen für die Literatursuche zur Verfügung. 176 Volltextartikel wurden gesichtet. Eine Metaanalyse, 4 RCTs, 2 Prä-Post Studien mit und 14 ohne Kontrollgruppe erfüllten die Einschlusskriterien. Insgesamt konnten 180 Einzelergebnisse zu Veränderungen zwischen Aufnahme (T0), Entlassung (T1) und dem Katamnesezeitpunkt (K), die mit rund 50 Instrumenten bzw. Subskalen dieser Instrumente erfasst wurden, extrahiert werden.

Es zeigte sich mit wenigen Ausnahmen über alle Studien und Ergebnisparameter hinweg ein ähnlicher Verlauf: Die zu T1 gegenüber T0 verbesserten Ergebnisse liegen auch zu K in (meist signifikant) günstigeren Bereichen als zu Rehabbeginn, haben sich aber in unterschiedlichem Ausmaß im Vergleich zu T1 wieder verschlechtert. In den aktuellen Studien zu spezifischen Nachsorgemaßnahmen lässt sich ein Trend hinsichtlich besserer Stabilisierung der während der Rehabilitation erzielten Effekte bis zum Katamnesezeitpunkt ableiten. Das Bias-Risiko ist (mit Ausnahme eines RCTs) in allen Studien v.a. aufgrund der hohen Drop-out Raten insgesamt als hoch einzuschätzen. Aus den verfügbaren Arbeiten lassen sich keine Aussagen zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der psychiatrischen/ psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zu keiner Rehabilitation ziehen, da diesbezügliche Studien nicht durchgeführt wurden und wohl auch zukünftig nicht durchgeführt werden. In den letzten Jahren werden jedoch zunehmend spezifische Nachsorgeprogramme (v.a. webbasierte Interventionen) und die integrierte berufliche Rehabilitation im Rahmen (randomisiert) kontrollierter Studien untersucht. Bei der Interpretation der Ergebnisse bleibt die beobachtete, limitierte Teilnahmebereitschaft der PatientInnen an additiven Zusatzangeboten zu berücksichtigen. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten Fragen nach kritischen Erfolgsfaktoren (Was wirkt?) und differentiellen Wirkungen (Für wen?) ins Zentrum des Forschungsinteresses stellen.

Literatur: Piso B., Reinsperger I.: Nachhaltigkeit der stationären psychiatrischen Rehabilitation für Erwachsene: systematischer Review. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 75; 2014. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. Verfügbar unter <http://eprints.hta.lbg.ac.at/1025/>

Kontakt: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
Dr. Brigitte Piso, MPH; Tel.: +43 1 2368119-21; brigitte.piso@hta.lbg.ac.at
Mag.^a Inanna Reinsperger, MPH; Tel.: +43 1 2368119-18; inanna.reinsperger@hta.lbg.ac.at

Publikation „Frühe Hilfen - Evidenz zur zeitlichen und inhaltlichen Konzeption eines universellen Basisangebots“ (Katharina Antony)



Als weitere Publikation zu Frühen Hilfen wurde vor Kurzem eine Evidenzaufbereitung zu Interventionszeitpunkten und Inhalten der einzelnen Termine von universellen Programmen Früher Hilfen (also für alle Schwangeren bzw. werdenden Eltern und Eltern von Babys) in ausgewählten europäischen Ländern veröffentlicht. Der Bericht soll eine Grundlage für die Konzeption eines universellen Basisangebots Früher Hilfen in Österreich bieten.

Recherchiert, aufbereitet und analysiert wurde die Evidenz zu universellen Angeboten in Finnland, Großbritannien (England), Niederlande und Schweden sowie zusätzlich zu zwei regionalen universellen Angeboten Früher Hilfen in Deutschland.

Die universellen Programme in den ausgewählten Beispielländern werden großteils in verschränkten Strukturen, die medizinische und psychosoziale Angebote abstimmen, angeboten. Die Berufsgruppen, die diese Leistungen anbieten, z. B. Public Health Nurses, verfügen über eine etablierte Rolle im Gesundheitswesen.

Aufgrund der unterschiedlichen Leistungspalette ist ein Vergleich der Anzahl der Termine in den Programmen nur bedingt aussagekräftig. In allen Beispielländern werden jedenfalls bereits in der Schwangerschaft Leistungen angeboten, die über rein medizinische Vorsorgeleistungen hinausgehen. Ein Termin im letzten Schwangerschaftsdrittel dürfte empfehlenswert sein, um die Auseinandersetzung der werdenden Eltern mit der sich verändernden Lebenssituation und mit ihren Ressourcen zu fördern, sie frühzeitig zu informieren und allfälligen Unterstützungsbedarf identifizieren zu können.

In (fast) allen Programmen sind zumindest drei Besuche im ersten Lebensjahr des Kindes vorgesehen: ein Hausbesuch kurz nach der Geburt, ein Termin um die achte Lebenswoche des Kindes und ein Termin um den ersten Geburtstag. Die Termine in der ersten Phase nach der Geburt dienen unter anderem zur Identifikation von Familien mit allfällig erhöhtem Beratungs- bzw. Unterstützungsbedarf, jedoch ermöglicht eine längerfristige Begleitung, auch jenen Beratungs- und Unterstützungsbedarf zu erkennen, der sich erst mit der veränderten Lebenssituation der Familien und den sich verändernden Bedürfnissen des Kindes ergibt.

Im Fokus der Termine sollte nicht nur das Kind, sondern die Familie mit ihren Ressourcen stehen und eine aktive und frühzeitige Auseinandersetzung mit Themen wie Familiengesundheit und Lebensstil, eigenen Kindheitserfahrungen, Partnerschaft und Lebenssituation gefördert werden. Die Termine sollten auch Raum für Informationen zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil und zur Förderung des Kindes in der entsprechenden Lebensphase geben (Interaktion, Sprechen, Vorlesen, Spielgruppen). Im Rahmen rein medizinischer Vorsorgeuntersuchungen scheint der Raum für solche Gespräche aktuell limitiert zu sein.

Der Bericht steht auf der Website Frühe Hilfen als Download zur Verfügung:
<http://www.fruehehilfen.at/de/Ueber-Uns/Ergebnisse-Produkte.html>

Kontakt: Mag. Katharina Antony; Gesundheit Österreich GmbH, E-Mail: katja.antony@goeg.at



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut
Health Promotion Research

**Gesundheitsförderung in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung.
Evidenzbasierte und Peer-reviewte Entwicklung eines Leitfadens
(Anna Krappinger, Maria Auer)**



Das kommunale Setting umfasst alle Lebensbereiche - Wohnen, Ausbildung, Arbeit und Freizeit – und hat somit einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. Gemeinden, Stadtteile und Regionen eignen sich daher besonders für die partizipative Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten und ermöglichen auch den Zugang zu sozial benachteiligten Personen.

Um den Einstieg in die Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene zu erleichtern, wurde ein Leitfaden erarbeitet der als praxisnahes Handbuch für all jene Personen, Gruppen und Institutionen dient, die ein entsprechendes Projekt initiieren und umsetzen wollen. Er soll einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz im kommunalen Setting leisten und konkrete Hilfestellungen bei der Planung und Umsetzung qualitätsgesicherter Projekte bieten.

Die Entwicklung des Leitfadens erfolgte in mehreren aufeinander aufbauenden Phasen, in die sowohl ExpertInnen der Gesundheitsförderung als auch VertreterInnen aus der Zielgruppe eingebunden waren.

Der Leitfaden baut inhaltlich auf dem Modell der „5 Stages of Community Organization“ auf (Bracht, Kingsbury & Rissel, 1999). Er basiert auf publizierter Evidenz, nationaler und internationaler Expertise und den Rückmeldungen aus dem kommunalen Setting. Die einzelnen Phasen der Projektentwicklung und – umsetzung werden dabei niederschwellig dargestellt. Durchgängig wiederkehrende Symbole verweisen auf Arbeitsvorlagen, Anleitungen zur Erarbeitung von Inhalten, Checklisten, Beispiele und Erfahrungswerte aus der Praxis, vertiefende inhaltliche Informationen oder weiterführende Ressourcen. Ein eigenes Kapitel widmet sich der detaillierten Beschreibung von Methoden. Fachbegriffe werden in einem Glossar erläutert.

Durch den mehrstufigen Prozess berücksichtigt der Leitfaden neben der Abbildung des aktuellen Stands des Wissens auch dessen Nutzbarkeit auf kommunaler Ebene und soll die Basis für nachhaltige Gesundheitsförderung in Gemeinden, Städten, Stadtteilen oder Regionen legen.

Der Leitfaden kann per Email an fgoe@goeg.at bestellt werden und ist als [Download auf der FGÖ Homepage](#) verfügbar.

Literatur: Bracht, N., Kingsbury, L. & Rissel, C. (1999). *A Five Stage Community Organization Model for Health Promotion. Empowerment and Partnership Strategies*. In: Bracht, N. (Hrsg.). *Health Promotion at the Community level 2: New Advances*. (S. 83-103). Kalifornien: Sage Publications.

Kontakt: Anna Krappinger, MA; Fonds Gesundes Österreich, Aspernbrückengasse 2, 1020 Wien, Tel.: +43 1 895 04 00-23; E-Mail: anna.krappinger@goeg.at
Mag. (FH) Maria Auer; FH JOANNEUM Bad Gleichenberg, Institut Gesundheits- und Tourismusmanagement, Kaiser-Franz-Josef-Straße 24, 8344 Bad Gleichenberg, Telefon: +43 316 / 5453 6719 E-Mail: maria.auer@fh-joanneum.at



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institut
Health Promotion Research

www.feel-ok.at – Stress ade (Christina Kelz)



85 Prozent der österreichischen SchülerInnen fühlen sich laut HBSC-Studie durch die Schule belastet. 24 Prozent geben an, ziemlich oder sogar sehr stark unter schulischem Stress zu leiden. Mit zunehmendem Alter wird die Schule verstärkt als Belastung empfunden.

Auf der Internetplattform www.feel-ok.at können sich Jugendliche mit dem Thema Stress auseinandersetzen. Die Rubrik wurde von GIVE- Servicestelle für Gesundheitsbildung inhaltlich überarbeitet und ist nun in neuem Design online gegangen.

Unter [Mehr Power gegen Stress](#) bekommen Jugendliche allgemeine Informationen rund um das Thema Stress – und Antworten auf Fragen wie „Wodurch wird Stress ausgelöst? Was passiert dabei im Körper und wie wirkt sich das auf den Schlaf und andere Lebensbereiche aus?“

Über [interaktive Tests](#) kann beispielsweise das persönliche Stressrisiko oder der eigene Hang zum Perfektionismus abgeschätzt werden. In der Rubrik [Entspannung](#) wiederum findet man wertvolle Tipps und Übungen, um mit Stress bestmöglich umzugehen. Videos zu den verschiedenen Entspannungsübungen erleichtern die Durchführung.

Für Lehrpersonen und PädagogInnen, die www.feel-ok.at in ihrer Arbeit mit Jugendlichen verwenden möchten, stehen [Arbeitsblätter als Download](#) zur Verfügung.

Die Plattform www.feel-ok.at wurde am Institut für Sozialmedizin in Zürich entwickelt und wird seit 2004 von [Styria vitalis](#) in Kooperation mit der Schweizer Gesundheitseinrichtung RADIX und zahlreichen Partnerorganisationen in ganz Österreich stetig erweitert und inhaltlich auf dem neuesten Stand gehalten.

Kontakt: *Styria vitalis-feelok Koordination Österreich, Maga Christina Kelz, MSc, Tel.: 0316/82 20 94-50, E-Mail: feelok@styriavitalis.at, www.styriavitalis.at*

„DAS gesunde BAND“

Ein studentisches Projekt der FH St Pölten – Studiengang Diätologie (Gabriele Leitner)



„DAS BAND“ ist einer der ältesten Vereine für unterstütztes Arbeiten und Wohnen in Wien, um Menschen mit besonderen Bedürfnissen eine berufsorientierte Unterstützung für ein gleichberechtigtes, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Im Jänner 2013 startete der Verein das Projekt „Gesundes Band“, um das Gesundheitsbewusstsein der KlientInnen zu stärken. Dabei spielte auch die Ernährung eine zentrale Rolle. Für 4 StudentInnen des Studiengangs Diätologie der FH St. Pölten ergab sich im Rahmen der Lehrveranstaltung „Projektmanagement“ die Möglichkeit, den Workshop „Gesunde Jause“ für die Gesellschaft zu organisieren und durchzuführen.

Das Projekt verfolgte zum einen das Ziel, den TeilnehmerInnen aufzuzeigen, wie gesunde Ernährung im Rahmen des Settings stattfinden, zum anderen aber auch wie sie im privaten Bereich umgesetzt werden kann. Dabei wurde versucht, sich dem Thema spielerisch und interaktiv zu nähern. Durch „Learning by doing“ sollten das Interesse für gesunde Lebensmittel geweckt und neue Erfahrungen gesammelt werden.

Der Workshop war als Stationsbetrieb geplant. Der „Weg der Sinne“, das „Lebensmittel-Ampelsystem“ und das „Do-it-yourself – Buffet“ sollten dabei helfen, den Fokus auf die speziellen, teilweise sehr unterschiedlichen Bedürfnisse der Zielgruppe zu richten. Einige der Klienten waren sehr offen und neugierig, andere wiederum zurückhaltend und schüchtern, weshalb sie verstärkt animiert werden mussten.

„Der Weg der Sinne“ bot die Möglichkeit, Lebensmittel blind zu ertasten, zu kosten, zu riechen und zu (er)hören. Das „Lebensmittel-Ampelsystem“ zielte darauf ab, Bilder von Lebensmitteln und Speisen der richtigen Tafel (grün = gesund, gelb= neutral, rot= ungesund) zuzuordnen.

Am Buffet stellte sich jeder mit Begeisterung seinen eigenen Snack zusammen, egal ob gefülltes Weckerl, Vollkornbrot, Obst- oder Gemüsespieß – alles wurde ausprobiert und genüsslich verspeist. Dabei wurden den Teilnehmer die Inhaltsstoffe der Lebensmittel von den StudentInnen kurz erläutert und auftauchende Fragen beantwortet.

Der Workshop "Gesunde Jause" war für beide Seiten gewinnbringend und ein voller Erfolg!

Wir bedanken uns bei der Leitung und den Mitarbeitern von „Das Band“, insbesondere aber bei den KlientInnen dieser Einrichtung für das Vertrauen und die Offenheit und freuen uns

über mögliche neue interessante Projekte, die den Studierenden ermöglichen, sich nicht nur unter idealen sondern unter realen Bedingungen Zugang zur Arbeit mit Klienten zu verschaffen und geeignete Tools zur Umsetzung der Theorie in die Praxis zu erproben und unter fachliche Aufsicht zu reflektieren.



Kontakt: Mag Gabriele Leitner, Fachhochschule St. Pölten GmbH Tel.: +43(0)2742/313 228 - 565, E-Mail: gabriele.leitner@fhstp.ac.at; HP: www.fhstp.ac.at

4. ÖGPH - Tagung 2014

Gesundheitsziele: Welche nächsten Schritte sind vernünftig? (Thomas E. Dorner, Präsident der ÖGPH)

Unter dem Motto "Gesundheitsziele – Wege zum Ziel oder der Weg als Ziel?" veranstaltete die Österreichische Gesellschaft für Public Health gemeinsam mit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse ihre 17. Wissenschaftlich Tagung am 22. und 23. Mai 2014 in St. Pölten. Ziel der Tagung war es, existierende und noch zu erstellende Gesundheitsziele auf mehreren strukturellen Ebenen zu diskutieren und die regionalen und nationalen Erfahrungen mit Gesundheitszielen im internationalen Kontext zu reflektieren.

An der Tagung nahmen etwa 190 Personen teil, deutlich mehr als bei allen bisherigen österreichischen Public Health Jahrestagungen. 88 wissenschaftliche Beiträge (auch das ein neuer Rekord!) wurden nach kritischer Begutachtung in den 12 Parallelsitzungen und zwei Postersessions präsentiert. Die Gliederung der Abstracts richtete sich nach den Österreichischen Rahmengesundheitszielen. Dadurch wurde deutlich, dass es in Österreich bereits zu jedem einzelnen der Rahmengesundheitsziele Forschung zum Bedarf im Rahmen des jeweiligen Zieles bzw. bereits evaluierte Umsetzungsprojekte gibt.



Eröffnung und Begrüßung der Jahrestagung, v.l.n.r.: Leo Manseder (NÖGKK), Robert Laimer (Stadtrat St. Pölten), Mag. Karl Wilfing (Landesrat in Vertretung von Landeshauptmann Dr. Erwin Pröll), Ing. Maurice Androsch (Landesrat für Gesundheit), Assoc.-Prof. Dr. Thomas Dorner (Präsident der ÖGPH), Mag. Dr. Klaus Ropin (Leiter des Fonds Gesundes Österreich in Vertretung von Bundesminister Alois Stöger) Bildnachweis: NÖGKK

Zu Beginn der Veranstaltung verwiesen die Eröffnungsdredner (siehe Foto) auf die Wichtigkeit der wissenschaftlichen Begleitung für gesellschaftliche und politische Ziele, insbesondere wenn es um die Gesundheit der Bevölkerung geht. Solche Ziele brauche es auf allen Ebenen und Settings – von Gemeinden und Städten über die Landesebenen bis hin zur Bundesebene. Dementsprechend war auch die Gruppe der Eröffnungsdredner zusammengesetzt – vom Stadtrat über Landesräte bis zum Leiter des Fonds Gesundes Österreich in Vertretung des Gesundheitsministers.

Die ersten wissenschaftlichen Keynotespeaker zeichneten ein kontroverses Bild, wie Gesundheitsziele aussehen könnten. Ivo Radkovic vom Europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation präsentierte zunächst Gesundheitsdaten der europäischen WHO Region. Diese Region beinhaltet nicht nur die EU-Länder, sondern auch beispielsweise alle Länder der ehemaligen Sowjetunion, reicht also bis an die Grenzen von Nordkorea und Japan. Gesundheitsprobleme gerade in letztgenannten Regionen unterscheiden sich ganz deutlich von jenen in Westeuropa und die WHO Gesundheitsziele müssen für die gesamte Region gleichermaßen gelten. Deshalb lautet konsequenterweise eins der wesentlichen Gesundheitsziele der europäischen WHO Europe, die Unterschiede in der Mortalität und Morbidität in den Ländern der europäischen WHO Region auszugleichen. Auch die anderen Gesundheitsziele der WHO sind in erster Linie daran ausgerichtet, Krankheiten, Leid und Tod zu verhindern, sind also pathogenetisch orientiert und daher Präventionsziele. Ein weiteres WHO Ziel lautet, die Mitgliedsländer zu motivieren, nationale Gesundheitsziele zu erstellen. Diese wurde in Österreich mit der Formulierung der Rahmengesundheitsziele bereits umgesetzt. Die Rahmengesundheitsziele sind im Gegensatz zu den WHO Zielen salutogenetisch orientiert, (mit Ausnahme des 10. Zieles, bei dem es um die Krankheitsversorgung geht). Den Forschungsbedarf, der aus der Formulierung der Österreichischen Rahmengesundheitsziele resultiert, skizzierte Georg Bauer von der ETH Zürich. Die Kernaussage seiner Ausführungen lautete, dass es Forschung brauche, die partizipativ ausgerichtet ist und alle Stakeholder mit Bezug zur Gesundheit (health in all policies) miteinbezieht, Forschung, die sowohl salutogenetisch als auch pathogenetisch orientiert ist, und Forschung, die sowohl die Verhaltensebene als auch die Verhältnisebene, Bedürfnisse der Gesellschaft sowie die der einzelnen Individuen miteinbezieht.



Podiumsdiskussion, v.l.n.r. Dr. Josef Probst (HV), Prof. Dr. Anita Rieder (MUW), Moderator Dr. Jürgen Söffried, Dr. Magdalena Arrouas (in Vertretung für Dr. Rendi-Wagner, BMG), Dennis Beck WiG



Interessante Diskussionen entstanden auch am zweiten Tag der Veranstaltung im Rahmen der Podiumsdiskussion (siehe Foto). Jürgen Soffried, der die Diskussion moderierte, bat die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gleich zu Beginn um ein kurzes prägnantes Statement in Bezug auf das Thema, wie Gesundheitsziele mit Versorgungszielen in Einklang zu bringen wären.

Magdalena Arrouas vom Gesundheitsministerium plädierte für ein neues salutogenes Gesundheitsverständnis: „Gesundheit braucht mehr als Versorgung – zeigen wir (mehr) Mut für ein neues Gesundheitsverständnis!“.

Dennis Beck von der Wiener Gesundheitsförderung sprach sich für health in all policies aus: „Eine gut abgestimmte integrierte Versorgung am best point of service und eine breit gefächerte gesundheitsförderliche Gesamtpolitik gehen Hand in Hand, um für die Menschen ein Höchstmaß an Gesundheit im umfassenden Sinne zu erreichen. Dies spiegelt sich schon in der Ottawa Charta, aber auch in den Rahmengesundheitszielen und in den Wiener Gesundheitszielen wider.“

Josef Probst vom Hauptverband der Sozialversicherung formulierte die zwei strategischen Äste der Gesundheitsreform: erstens die Gesundheitsorientierung gemäß der Rahmen-Gesundheitsziele 1-9 und zweitens das zehnte Rahmengesundheitsziel, in dem es um die Perfektionierung der Krankenbehandlung geht. Probst: „Die beiden Strategien ergänzen einander. Wo es nötig ist sind sie zu verzahnen. Die zentrale Frage für die nächsten Jahre wird sein, ob wir es schaffen, in gemeinsames und Politikfelder übergreifendes Handeln zu kommen. Mit anderen Worten, schaffen wir eine gesundheitsorientierte Gesellschaft“.

Anita Rieder vom Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien: „Gesundheitsförderung und Prävention sind nicht die Feuerwehr des Gesundheitssystems und eignen sich auch nicht dafür!“. Und weiters: „Bei Prävention und Gesundheitsförderung wird häufig von Paradigmenwechsel gesprochen – Prävention ist jedoch keine Weltanschauung!“

Bei der Podiumsdiskussion, die in eine Plenumsdiskussion überging, wurde auch diskutiert, ob Gesundheitsförderung Aufgabe von Personen in Gesundheitsberufen sein solle. In der täglichen Routine der meisten Gesundheitsberufe, wie beispielsweise bei diplomierten Gesundheits- und Krankheitspflegepersonen, Medizinerinnen und Medizinern sowie Therapeutinnen und Therapeuten spielt neben kurativen, rehabilitativen und präventiven Tätigkeiten auch Gesundheitsförderung eine zunehmend größere Rolle. Im Selbstbild dieser Gesundheitsberufe und auch in den entsprechenden Ausbildungscurricula ist Gesundheitsförderung längst fest verankert.

Auch bilden in den neu angedachten Einrichtungen der primären Versorgung Prävention und Gesundheitsförderung eine der drei Hauptsäulen und damit ein Schritt in Richtung integrated care. Selbstverständlich geht Gesundheitsförderung über das Setting Versorgungssystem allerdings weit hinaus und ist nicht nur Aufgabe von Personen in Gesundheitsberufen sondern sektorenübergreifend Aufgabe beispielsweise in Kindergärten, Schulen, Arbeitsplätzen, in Gemeinden, in Bezirken und in vielen verschiedenen anderen Settings.



Plenum

An mehreren Stellen der Tagung, in den Podiums- und Plenumsdiskussionen, sowie in Diskussionen während der Pausen wurde angemerkt, dass für den Forschungsbedarf, der aus der Erstellung von Gesundheitszielen resultiert, die Voraussetzung geschaffen werden muss, dass Daten aus dem Versorgungssystem der Forschung zugänglich gemacht werden sollen. Das ist in Österreich derzeit noch nicht in ausreichender Form der Fall. Diese Daten aus verschiedenen Ressorts des Gesundheits- und des Sozialsystems müssen dabei auch miteinander verknüpfbar gemacht werden. Gemeint sind dabei Daten aus Krankenhäusern, Todesursachen, Diagnosen bei Frühpensionierungen, anderen Kassendaten wie abgerechnete Medikamente oder Krankenstände, oder Daten aus Registern. In weiterer Folge könnte auch Daten, die jetzt noch nicht systematisch vorliegen hinzugezogen werden, wie Daten aus Vorsorgeuntersuchungen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen oder schulärztlichen Untersuchungen.

In den meisten europäischen Ländern ist solch eine Verknüpfung und wissenschaftliche Verwendung und als Konsequenz eine effektivere und effizientere Gestaltung des Gesundheitssystems längst Routine. Die technischen Voraussetzungen für eine sichere Auswertung, unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen, existieren auch in Österreich, die gesetzlichen Voraussetzungen dafür müssen erst geschaffen werden und dafür braucht es sicher noch viele weitere Diskussionen.

Damit würde, entsprechend dem Public Health Action Cycle, ein die Gesundheitsziele begleitendes Monitoring ermöglicht. Zusammengefasst wären die nächsten vernünftigen Schritte:

- Verzahnung von salutogen definierter Gesundheit und Versorgung
- Partizipative Erforschung von Gesundheitsdeterminanten auf individuellem und gesellschaftlichem Level
- Zugänglichmachen und Schaffung der Möglichkeit zur Verknüpfung von Versorgungsdaten für unabhängige Forschungseinrichtungen um die Gesundheitsziele beobachten zu können



Abschluss, Präsident Dr. Thomas Dörner, ÖGPH

Inhaltliche Zusammenfassung der Sessions

Workshop Gesundheitsziele (Holger Penz)

Die als Workshop angekündigte Session war dicht programmiert und wurde so zu einer Mischung von Vorträgen und Publikumsdiskussion. Einleitend referierte *Christine Knaller* über die *fachliche Begleitung der Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich*, die ihre KollegInnen und sie durchgeführt haben. Aus den Ergebnissen der ersten Phase wurde geschlussfolgert, dass auch in der zweiten Phase, der Operationalisierung der Gesundheitsziele, eine partizipative Vorgehensweise gewählt werden soll.



Jürgen Soffried stellte anschließend viele Fragen ans Publikum, wodurch er eine kritische Reflexion über *Prinzipien und Erfolgsfaktoren der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen* anzustoßen in der Lage war. Seine Grundthese: Eine Reform braucht zur Umsetzung sowohl commitment als auch leadership! Zahlreiche Wortmeldungen und auch kritische Gegenpositionen zu den aufgestellten Thesen zeigten, mit wie viel Engagement die verschiedenen Akteure im Prozess beteiligt sind.

Mit dem Thema der *strategischen Kommunikation als Weg zum Erreichen von Gesundheitszielen* setzte sich Astrid Spatzier auseinander. Sie lieferte eine theoretische Analyse zu Barrieren in der Projektumsetzung und zeigte anhand eines Beispiels ihre negativen Auswirkungen bei Gesundheitsförderungsprojekten. Dies kontrastierte Sie mit Empfehlungen, wie man es bei einem künftigen Projekt besser machen kann.

Gleich zwei Vorträge präsentierte Martina Ecker-Glasner, die für den verhinderten Kollegen Markus Peböck einsprang. Zusammenfassend referierte sie über den *Prozess für die oberösterreichischen Gesundheitsziele bis 2020* sowie über das damit verbundene *Monitoring der OÖ Gesundheitsziele*. Ersteres zeigte Sie anhand der Stufen Zielfindungsprozess – Vorbereitung und Assessment – Zieleauswahl und Strategien festlegen – Verhandlungen und Beschlussfassung. Das seither stattfindende Monitoring besteht aus einer regelmäßigen Befragung der mit der Umsetzung befassten Arbeitskreise und der Bewertung anhand eines Ampelsystems. Eine Vorgehensweise, die sich als sehr praktikabel bewährt hat.

Abschließend referierte Günter Diem über die *Ergebnisse der Wintertagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) und Vorarlberger Public Health Gesellschaft (VGPH)*. Die Conclusio daraus: Es braucht valide Daten aus dem Gesundheitssystem, um die Umsetzung von Gesundheitszielen weiter begleiten zu können. Dies ist die Grundlage dafür, dass Public Health Gesellschaften Lobbying auf Basis wissenschaftlicher Evidenz betreiben und somit ihren Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems leisten können.

Lebens- und Arbeitsbedingungen: Gesundheitsziel 1 (Frank Amort)

Da die Bevölkerungsgesundheit durch den Kontext von Arbeits- und Lebensbedingungen determiniert wird, sieht das erste Rahmengesundheitsziel die gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Lebens- und Arbeitswelten im Sinne eines „Health in all policies“ – Ansatzes vor. Die Beiträge innerhalb der wissenschaftlichen Tagung der ÖGPH beschäftigten sich insbesondere mit der Arbeitswelt. Die FH JOANNEUM (AutorInnen: Hofer/Amort/Wenzel; FH JOANNEUM) stellte dazu ein Innovationsprojekt zum Einstieg von Klein- und Mittelbetrieben in das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) vor. BGM ist in Unternehmen dieser Größe noch wenig verankert. Das auf Partizipation (aller Bereiche und Stakeholder) und Dynamische Prozessveränderung durch wissenschaftliche Begleitung angelegte Projekt zeigte, dass insbesondere Partizipation des Managements im Sinne einer für die Belegschaft erfahrbaren Leadership und die Verhältnisorientierung (die insbesondere durch die partizipativen Focusgruppen erreicht wurde) die Erfolgskriterien bildeten.

In weiteren Beiträgen konnte gezeigt werden, wie BGM in bereits existierende Managementabläufe (in diesem Falle das Qualitätsmanagementsystem) eines Unternehmens integriert werden kann (Autorin: Torhorst; FOM Hochschule für Ökonomie und Management) bzw. welche Bedeutung dem Thema Kommunikation in der lebensweltlichen Arbeit der Public Health zukommt (Autorin: Spatzier; Universität Salzburg).

Der abschließende Beitrag beschäftigte sich mit der Bedeutung der qualitativen Personalzusammensetzung für Arbeits- und Lebenswelt der intramuralen Pflege (Autorinnen: Leyrer & Mayer; FH Burgenland). Dabei wurde die vorhandene Evidenz und die ExpertInnenmeinungen zum optimalen Mix aus Grades (Aus- und Fortbildungen) und Skills (individuelle Fähigkeiten und Berufserfahrungen) des Personals analysiert. Sowohl arbeits- als auch lebensweltliche Lebensqualität (des Personals/der BewohnerInnen der intramuralen Einrichtungen) können von der Optimierung dieses Mix profitieren. Die Session bot interessante Einblicke in die Public Health Forschung zu gesunden Arbeitswelten. Es bleibt zu hoffen, dass in den kommenden Jahren noch verstärkt sozialepidemiologische Forschungsarbeiten zu verschiedenen Aspekten der Lebenswelten präsentiert werden.



Chancengerechtigkeit: Gesundheitsziel 2 (Eva Schwarz)

„Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen“

Von den geplanten sechs Referenten mussten leider zwei kurzfristig absagen. Die vier präsentierten Arbeiten trafen auf reges Interesse des Publikums und wurden aufgrund ihrer evidenzbasierten Praxisorientierung auf hohem Niveau diskutiert.

Die Präsentation zu Thema „Chancengerechtigkeit in den österreichischen Rahmengesundheitszielen“ vermittelte den Weg von der Entwicklung bis zur Implementierung des Gesundheitszieles 2.

Im Rahmen des Vortrages zum demokratischen Ansatz in der Gesundheitsförderung wurden anhand der „Ischler Gesundheitswerkstatt“ die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung benachteiligter Gruppen im kommunalen Setting vorgestellt.

Die Darstellung des Projektes „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ präsentierte Handlungsmöglichkeiten der Verbesserung der Health Literacy durch den Einsatz eines neu entwickelten Videodolmetschtools.

Unter dem Titel „Out-of-pocket-Kosten chronischer Schmerzerkrankungen“ wurde der diesbezügliche Mehraufwand dargestellt, welcher in Zusammenhang mit dem sozialen Gradienten zu sehen ist.

Health Literacy: Gesundheitsziel 3 (Günter Diem)

Das 3. Ziel der Österreichischen Rahmengesundheitsziele ist die Steigerung der Gesundheitskompetenz der Menschen in Österreich. In dieser Session wurde das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln und unter Einbeziehung zahlreicher Mitspieler beleuchtet. Beispiele aus USA zeigen, dass es international bereits entwickelte Konzepte der Gesundheitskompetenten Krankenbehandlungsorganisation gibt. Damit Gesundheitskompetenz auch in höheren Altersgruppen gefördert werden kann, braucht es mehr Verständnis über aktives Altern und beratende Dienste im Vergleich zu Plattformen und Wissensvermittlung im Internet. Ein weiterer Beitrag über die Förderung von Gesundheitskompetenz bei über 50-jährigen kam zum gleichen Schluss. In der klinischen Medizin ist Gesundheitskompetenz durchaus ein Faktor, der den Krankheitsverlauf mitbestimmt. Dies zeigte ein Beitrag über die Unterschiede von Schmerzintensität und Schmerzerleben bei chronischen Schmerzpatienten, bezogen auf unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Weitere Beiträge strichen die Wichtigkeit und Schwierigkeit heraus, die mit der qualitativ hochwertigen Bereitstellung von Gesundheitsinformationen verbunden sind und betonten den Einfluss von Social Media auf die Informationslandschaft. Online-Angebote werden von der Bevölkerung genutzt, dies muss den Gesundheitsexperten bewusst sein und macht einen sorgfältigen Umgang mit diesem Angebot notwendig.

Natürliche Lebensbedingungen: Gesundheitsziel 4 (Martin Cichocki)

In dieser interessanten Session wurden Beiträge rund um Gesundheitsziel 4 - zur Erhaltung einer gesunden Umwelt als wichtige gesundheitliche Ressource – aus unterschiedlichen Perspektiven präsentiert. Zu Beginn standen zwei Abschlussarbeiten: Im ersten Beitrag stellte Frau Barbara Szabo (FH Burgenland) ihre Ergebnisse zu naturräumlichen Gegebenheiten und deren Auswirkungen auf das Bewegungsverhalten von jungen Menschen vor und zeigte ein deutliches West-Ost-Gefälle im Natursportverhalten in dieser Altersgruppe auf. Die Ergebnisse der Studie wurden als Grundlage für eine Diskussion mit BewegungsförderungsexpertInnen herangezogen. Im zweiten Beitrag präsentierten Manuel Kaider und Frau Brantner (FH Krams) ihre Ergebnisse zur Anpassung des Wohnraumes von älteren Menschen in NÖ. Die Befragung einer Stichprobe zeigte, dass das Bewusstsein für barrierefreies Wohnen vorhanden ist, die Bereitschaft für Umbaumaßnahmen allerdings gering sei. Die Adaptierung des Eigenheims stellt jedoch in Zukunft einen wichtigen Ansatzpunkt dar, um Menschen das Verweilen im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Der dritte Beitrag kam von Frau Daniela Haluza (Medizinische Universität Wien/ Zentrum für Public Health). Sie stellte Ergebnisse aus einer arbeits- und umweltmedizinischen Langzeitstudie zu Zusammenhängen von Staubexposition und Lungenfunktion von Schwerarbeitern unter Berücksichtigung der Rauchgewohnheiten in 195 österreichischen Betrieben vor. Aus den Ergebnissen der Studie lässt sich die Notwendigkeit zu präventivmedizinischer Beratung im Sinne von



Raucherentwöhnungstherapien und Beratung zu gesundheitsförderndem Verhalten für schweißrauch- und staubexponierte ArbeiterInnen ableiten. Die vierte Präsentation von Markus Schwab (Medizinische Universität Wien/ Psychologie) setzte sich mit dem Erholungspotential von privaten Grünräumen auseinander. Eine Online-Befragung von 811 Personen lieferte Material für eine psychologische Analyse zur Auswirkung von privaten Gärten auf das Wohlbefinden der BenutzerInnen. Die Ergebnisse, die sich auch in den öffentlichen Raum transferieren lassen, können als Hinweise für die Planung von Grünanlagen genutzt werden. Den Abschluss bildete eine Präsentation zum Projekt Agora von Katrin Gasior (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung). Sie referierte über die Berichterstattung von gesundheitsgefährdenden Handlungen (Tabak, Alkohol und Drogenkonsum) im öffentlichen Raum. Anhand einer Medienanalyse zeigte sie dabei, dass gesundheitsfördernde Ansätze bei der Berichterstattung in ausgewählten Printmedien wenig Platz finden und rät zu einer Sensibilisierung von MedienproduzentInnen bzw. zur Einbindung von Medien in Kooperationen mit Akteuren der Gesundheitsförderung oder Sozialer Arbeit im öffentlichen Raum.

Sozialer Zusammenhalt: Gesundheitsziel 5 (Ruth Kutalek)

Diese Session hatte vor allem soziale und demographische Aspekte von Gesundheit und Zugangsgerechtigkeit zum Gesundheitssystem als Thema.

Im **ersten** Beitrag von Gerald Brunner wurde ein Projekt der Wiener Gebietskrankenkasse in Kooperation mit dem Beratungszentrum für MigrantInnen vorgestellt, in dem besonders Menschen mit Migrationshintergrund niederschwellig und unter Berücksichtigung sprachlicher und kultureller Gegebenheiten aktiv zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden. Im **zweiten** Beitrag stellte Daniela Haluza eine monozentrische Querschnittserhebung vor, die den Einfluss soziodemographischer Faktoren auf das Brustkrebs-Screeningverhalten und die Nutzung von Informationsquellen untersuchte. Frauen mit Migrationshintergrund gingen seltener zum Frauenarzt/zur Frauenärztin, als besser gebildete und ältere Frauen – Migrantinnen fühlten sich auch schlechter über Brustkrebs informiert. Der **dritte** Beitrag von Thordis Maltitz untersuchte Barrieren beim Zugang zum italienischen Gesundheitssystem für die größte und am stärksten benachteiligte ethnische Minderheit in Europe, die Roma. Sie konnte zeigen, dass die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe durch die Lebenssituation und Diskriminierungserfahrungen oftmals schon im Vorfeld verzögert wird, dazu kommen noch Informationsdefizite, strukturelle sozio-ökonomische Barrieren, die oftmals mangelnde sozio-kulturelle Kompetenz des medizinischen Personals und eine verschlossene Grundhaltung der Roma. Im **vierten** Beitrag berichtete Melitta Horak von einem Community Health Projekt, in dem der erweiterte Kompetenzerwerb in den Bachelorstudiengängen der Pflege im Zentrum stand. Mithilfe des Instruments des Community Health Assessments wird es Studierenden ermöglicht, verständlich, strukturiert und gut umsetzbar die Gesundheit von Gemeinschaften einzuschätzen und Kompetenzen im Bereich Public Health zu erwerben. Community Health Nursing könnte auch in Österreich einen wichtigen Beitrag für die öffentliche Gesundheit leisten. Im **fünften Beitrag** berichtete Maria Auer von der Entwicklung eines evidenzbasierten Leitfadens zur kommunalen Gesundheitsförderung, der auch Nicht-SpezialistInnen ein effizientes Planen und Durchführen von GF ermöglichen soll. Er basiert auf nationaler und internationaler Expertise, sowie setting-bezogenem Feedback. Die inhaltliche und formale Gestaltung mit Vorlagen, Anleitungen und Praxisbeispielen soll eine gute Anwendbarkeit gewährleisten. Im **sechsten Beitrag** stellte Nicole Haindl ein individuelles Behandlungsmodell vor, das die compliance von PatientInnen und deren empowerment in der Physiotherapie verbessern soll, unter Einbeziehung von PatientInnen unterschiedlicher sozioökonomischer Hintergründe. Mit dem Konzept der Patient-Centered-Care wird eine gemeinsame Bildsprache entwickelt, die die Bedürfnisse der PatientInnen besser berücksichtigt und Mitverantwortung über den Therapieverlauf und die eigene Gesundheit ermöglicht.

Kinder und Jugendliche: Gesundheitsziel 6 (Brigitte Piso)

Die fünf in der Session präsentierten Arbeiten spannten zeitlich einen Bogen von der Schwangerschaft bis zur Schule, methodisch von qualitativen (Primär-)Forschungsarbeiten bis hin zu Übersichtsarbeiten auf Metaebene (Leitliniensynopse, Overview of Reviews) und inhaltlich von Gesundheitsförderung und Prävention über Screening bis hin zur Therapie.



Die beiden Übersichtsarbeiten aus dem LBI-HTA (Reinsperger I. und Breuer J.) fassten einerseits Empfehlungen aus evidenzbasierten internationalen Leitlinien zum „Screening auf sozialmedizinische/ psychosoziale Risikofaktoren“ (Depression, psychische Probleme, Gewalt, Substanzenmissbrauch) zusammen und zeigten andererseits potentielle Indikationsbereiche für Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen auf. Beim Screening wurden– abseits der heterogenen Screeningmethoden- mehrheitlich Pro-Screeningempfehlungen identifiziert, welche jedoch auf meist niedrigem Evidenzniveau beruhen. Innerhalb des vielfältigen, von der Prävention über Diagnose bis zur Therapie reichenden Anwendungsbereichs der Ergotherapie wurden ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsverzögerungen und ADHS am häufigsten erwähnt. Diese Indikationen spiegeln den bisherigen Forschungsschwerpunkt wider, jedoch nicht zwingenderweise die am häufigsten erbrachten Leistungen. Die qualitative Studie aus dem LBI-HPR (Adamowitsch M.) zu Ressourcen und Kapazitäten für die Implementierung schulischer Gesundheitsförderung wies auf eine bestehende Diskrepanz zwischen Gesunde-Schule-Konzepten und deren Umsetzungspraxis hin. Bestehende Ressourcen und Kapazitäten sollten identifiziert und (weiter)entwickelt werden, um eine effektivere Implementierung zu erreichen.

Die beiden vorgestellten Masterarbeiten (Seidler Y., MeduniWien und Day C., UniWien) brachten schon allein daher Abwechslung ins Programm, da sie in englischer Sprache abgehalten wurden. Es wurde aufgezeigt, dass kulturelle Unterschiede zwischen österreichischen und chinesischen/ japanischen postpartalen „Verhaltenskonzepten“ zu Belastungen von Müttern mit Migrationshintergrund führen, deren Ausmaß von den gewählten Coping Strategien (assimilation, segregation, integration, adaption) abhängen. Insbesondere die „Blähungs-Paranoia“ der ÖsterreicherInnen stehe im Widerspruch zu Ernährungsgewohnheiten von Frauen anderer Kulturen, führe im Extremfall zum Abstillen und solle daher kritisch beleuchtet werden. Im zweiten Vortrag erfuhren wir, welche Hauptgründe Eltern, die ihre Kinder generell oder zumindest teilweise nicht impfen lassen, dafür angeben. Es zeigte sich, dass u.a. Sorgen um negative Einflüsse auf das Immunsystem des Kindes und bezüglich anderer Nebenwirkungen die Wahrnehmung eines geringen Infektionsrisikos, die Möglichkeit der Prophylaxe durch andere (Hygiene-)Maßnahmen, ungewisse Wirksamkeit der Impfung und Bedenken zu industriegesteuerter Empfehlung in diesem kleinen sample an gebildeten Eltern wesentliche Einflussfaktoren darstellten, welche in ärztlichen Beratungsgesprächen nicht adäquat adressiert wurden und daher Potential für die zukünftige Planung von Informationsmaterialien bzw. Gesprächsinhalten bieten.

Ernährung: Gesundheitsziel 7 (Rita Kichler)

In den Beiträgen dieser Session wurden Ernährungsmaßnahmen verschiedener Bevölkerungsgruppen vorgestellt, beginnend bei Säuglingen über Kinder, Jugendliche und Erwachsene bis hin zu älteren Menschen. Christina C. Wiczorek berichtete über förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung der Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) in Österreich. Sie hat mehrere Themen und Faktoren identifiziert, die sich auf die Implementierung der BFHI an einer Geburtenabteilung auswirken und kam zu dem Schluss, dass häufig erst Überzeugungsarbeit bei den Mitarbeiter/innen geleistet werden muss.

Barbara Gutsche präsentierte die Ergebnisse ihrer Arbeit zum Thema „Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Die Rolle der Belohnungssensitivität und essgestörten Verhaltens“. Sie hat sich mit den Fragestellungen auseinandergesetzt, hinsichtlich welcher Persönlichkeitsmerkmale sich stark übergewichtige von normalgewichtigen Kindern im Alter zwischen 8 und 18 Jahren unterscheiden und welche Rolle dabei die Belohnungssensitivität spielt. Die Ergebnisse zeigten, dass Kinder mit Adipositas weniger sportlich aktiv sind und im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern eine größere Tendenz zu Essattacken, eine größere Figurunzufriedenheit und eine stärker ausgeprägte allgemeine Essstörungspathologie aufweisen sowie eine geringere positive Befindlichkeit.

Eva Luger ist der Frage nachgegangen, welchen Einfluss das initiale Ernährungsmuster auf die Gewichtsreduktion durch das Web-basierte Programm KiloCoach™ hat. Die Studie hat gezeigt, dass 48 % der teilnehmenden Personen innerhalb von drei Monaten ihr Gewicht um mindestens 5 % reduziert haben, dabei waren die Personen mit einem initialen, gesundheitsbewussten Ernährungsmuster erfolgreicher.

Elke Wurmhöringer hat sich mit Diabetesprävention bei geriatrischen Patient/innen beschäftigt und in diesem Zusammenhang erforscht, ob eine primäre Prävention bei geriatrischen Patient/innen sinnvoll und möglich ist. Die wesentliche Erkenntnis aus allen von ihr durchgeführten Expert/innen- Interviews ist folgende: Präventionsmaßnahmen



sind nicht nur auf die Reduktion der Morbidität und Mortalität zu richten, sondern vielmehr ist im geriatrischen Kollektiv die Selbständigkeit und die Lebensqualität zu erhalten und zu fördern.

Bewegung: Gesundheitsziel 8 (Hans-Christian Mirko)

In dieser Session waren folgende Berichte vorgesehen:

- 1) Und sie bewegen sich doch - Stellenwert der gesetzlichen Krankenversicherungen in der Gesundheitsförderung und (Primär)Prävention am Beispiel körperlicher Aktivität ([Nadine Zillmann](#))
- 2) Partizipation in der Gesundheitsberichterstattung am Beispiel des OÖ Gesundheitsziels 6 (Bewegung im Jugendalter erhöhen) ([Richard Birgmann](#))
- 3) Tumorprävention: möglicher Einfluss von Lebensstilfaktoren unter besonderer Berücksichtigung der Bewegung - Wahrnehmung und Wissen um diese Gesundheitsförderung in der Bevölkerung ([Beatrice Drach-Schauer](#))
- 4) Bewegungsverhalten von Wiener Medizinstudierenden im Vergleich zur gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung ([Bettina Maier](#))
- 5) Qualitätsmanagement - Die Alternative zum Allokationsdruck? Das Projekt „Xsund Leben in der Olympiaregion Seefeld“ ([Maren Porzelt](#))

Im Ziel 8 der Gesundheitsziele geht es um die Förderung von gesunder und sicherer Bewegung im Alltag. Dabei sollen die Lebenswelten derart gestaltet werden, dass sie diese Bewegung ermöglichen, ja sogar dazu einladen. Es geht also um die Schaffung von bewegungsanimierenden Verhältnissen.

Der Bogen reicht hier sehr weit. Er beginnt bei Maßnahmen durch die Krankenversicherungen zur Steigerung oder Aufrechterhaltung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität, geht weiter über infrastrukturelle Maßnahmen die Bewegung in den täglichen Transport einbinden, bis beispielsweise hin zur Errichtung von sogenannten Bewegungsparks („Erwachsenenspielflächen“) und vieles mehr!

2012 wurden die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität herausgegeben. Darin werden für gesunde Erwachsene pro Woche 150 bis 300 Minuten Bewegung mittlerer Intensität gefordert. Um diese 2,5 bis 5 Stunden körperliche Aktivität zu erreichen muss nicht zwangsläufig in diesem Umfang Sport in der Freizeit betrieben werden. Der Schlüssel zum nachhaltigen Erfolg liegt in der Integration körperlicher Aktivität im Alltag! Je nach individueller Leistungsfähigkeit können bereits körperliche Aktivitäten des Alltags zu diesem Aktivitätsumfang hinzu gerechnet werden. Tätigkeiten wie der tägliche Transport zum Arbeitsplatz, Haus- und Gartenarbeiten, Aktivitäten im Beruf sowie in der Freizeit bieten viel Potential, körperliche Aktivität in die Alltagsroutine zu integrieren. Speziell in den Kategorien Transport und Freizeitaktivitäten kann eine entsprechende Gestaltung der Lebenswelten einen enormen Beitrag zur Förderung gesunder Bewegung beitragen.

In diesem Sinne thematisieren die Vorträge dieser Session, wie Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten gefördert werden können:

Nadine Zillman musste ihren Bericht leider kurzfristig absagen. In ihrem Abstract berichtet sie über den Stellenwert der gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsförderung und (Primär)Prävention am Beispiel körperlicher Aktivität. Sie geht dabei der Frage nach, inwieweit Maßnahmen zur Steigerung oder Aufrechterhaltung gesundheitswirksamer Bewegung evidenzbasiert und qualitätskriterienorientiert in den österreichischen sozialen Krankenversicherungen Anwendung finden.

Richard Birgmann zeigt auf, dass eine verstärkte Partizipation von Betroffenen in der Gesundheitsberichterstattung möglich ist und die Akzeptanz der darauf folgenden gesundheitspolitischen Maßnahmen erhöhen kann. Dazu berichtet er konkret über ein Oberösterreichisches Projekt zur Erhöhung der Bewegung im Jugendalter. Dieses Projekt bedient sich des Public Health Action Cycles und zeigt anhand der Praxis, wie Partizipation gelingen kann. Das Projekt wurde als Schulprojekt „Bewegte Schule“ gestartet. Dabei hat die Projektgruppe, bestehend aus Schülern und Schülerinnen einer Schule, selbst den Status von Gesundheitsberichterstatte(r)innen und Gesundheitsberichterstatte(r)en eingenommen. Unterstützt durch laufendes Feedback der IGP kam es zur Entwicklung eines Online-Fragebogens, mithilfe dessen 900 Interviews (nicht repräsentativ) durchgeführt und ausgewertet wurden. Birgmann berichtete von einer erhöhten



Akzeptanz sowohl auf Seite der Auftraggeber (Umsetzungswille), als auch auf Seite der Zielgruppe (passende Angebote).

Beatrix Drach-Schauer berichtet über die Bedeutung körperlicher Aktivität in der Tumorprävention. Statistisch sind Krebserkrankungen die zweithäufigste Todesursache sowohl bei Frauen als auch bei Männern in Österreich. Bei Darmkrebs und Brustkrebs kann bei überzeugender Evidenz von einer Risikoreduktion von 20-30% ausgegangen werden. Dabei zeigt sie auf, dass Personen mit niedrigerem Bildungsgrad ein signifikant geringeres Wissen betreffend möglicher tumorprotektiver Wirkung von körperlicher Aktivität aufweisen. Sie berichtet, dass die Österreicherinnen und Österreicher zunehmend körperlich aktiv seien. Die tumorprotektive Wirkung körperlicher Aktivität ist nach ihrem Bericht bei höherer Intensität in größerem Ausmaß gegeben, als bei mittlerer Intensität. Ebenso beschreibt sie eine verbesserte präventive Wirkung bei Aktivitätsumfängen von 6 Stunden und mehr pro Woche. Diese Ergebnisse könnten für zukünftige Aufklärungskampagnen hinsichtlich einer primären Tumorprävention aufschlussreich sein.

Bettina Maier vergleicht das Bewegungsverhalten von Wiener Medizinstudierenden mit dem der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung. Sie geht dabei der Frage nach, inwieweit Wiener Medizinstudierende die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung erfüllen, und ob sie sich dabei von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. 39,2 Prozent der Medizinstudierenden erreichen die Forderung der Österreichischen Empfehlungen von mindesten 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche. Interessant erscheint die Tatsache, dass hier Läuferinnen und Läufer deutlich eher die Erfordernisse erfüllen. Laufen scheint somit besonders gut geeignet, um in die wöchentliche Bewegungsroutine integriert werden zu können.

Maren Porzelt stellt das Projekt Xsund Leben in der Olympiaregion Seefeld vor und zeigt auf, dass ein Qualitätsmanagementsystem in der Lage ist, Effizienz und Effektivität der Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde zu steigern. Dabei zeigt sie die zu erwartende demographische Entwicklung bis zum Jahr 2050 und beschreibt eine deutlich alternde Bevölkerung. Im Jahr 2050 sein in den beschriebenen ländlichen Regionen jede dritte Person älter als 65 Jahre. Dies stellt eine besondere Herausforderung für die Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde dar.

Für das Projekt Xsund Leben ist für Ende 2014 eine TÜV-Zertifizierung geplant. Die weitere finanzielle Förderung des Projektes ist bereits abgesichert.

Psychosoziale Gesundheit: Gesundheitsziel 9 (Natalie Burkert)

In dieser Plenareinheit präsentierten vier Wissenschaftler in insgesamt sechs Plenarvorträgen Arbeiten zum Thema psychosoziale Gesundheit und im speziellen zum Umgang mit Katastrophen und dem Suizid.

Der erste Vortrag wurde von Herrn Benedikt Till vom Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien stellvertretend für Herrn Gernot Sonneck (Vorstand des Instituts für Medizinische Psychologie der Medizinischen Universität Wien und Vorstandsvorsitzender des Kriseninterventionszentrums Wien) gehalten. In der Präsentation wurden der Zusammenhang zwischen der Medienberichterstattung über Suizide und der Anzahl an Suiziden in Österreich sowie die daraus abgeleiteten Richtlinien zur Medienberichterstattung erläutert.

Auch die zweite Präsentation erfolgte von Herrn Benedikt Till, diesmal zum Thema „Googling Suicide“. Herr Till berichtete über seine Webrecherche, in der er Websites, die mit „neutralen“ (Selbstmord), „methodenorientierten“ (Wie erhänge ich mich) und hilfe-orientierten (Selbstmord Hilfe) Suchbegriffen in den amerikanischen und österreichischen Suchmaschinen Google und Bing gefunden werden, analysierte. Er berichtete über einen Optimierungsbedarf hinsichtlich suizidpräventiver Seiten in Österreich.

Der dritte Vortrag von Thomas Niederkrotenthaler vom Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien behandelte den Zusammenhang zwischen Arbeitsmarktmarginalisierung und Suizidversuchen bei jungen Personen in Schweden. In seinem Vortrag berichtete er die Ergebnisse einer Untersuchung, in der er Längsschnittdaten zwischen 1992 und 2010 von mehr als 1,5 Millionen Individuen analysiert hatte. Er berichtete, dass junge Menschen nach einem Suizidversuch ein erhöhtes Risiko für Langzeitarbeitslosigkeit, Langzeitkrankenstand und Frühpensionierung haben, das sich bei mehrmaligen Suizidversuchen erhöht.

Die nächste Präsentation erfolgte von Frau Margit Raich vom Institute for Health Economics and Management aus Innsbruck. In ihrem Vortrag stellte Frau Raich ein EU-Projekt vor, das sie und ihre ProjektmitarbeiterInnen gemeinsam mit Institutionen in Deutschland, Luxemburg, Spanien, Litauen und Israel durchführen. Ziel des Projektes sind unter



anderem die Untersuchung der aktuellen Betreuung bei Krisen, die Entwicklung von Interventionen, die Erarbeitung von Verbesserungen und eines Notfallplans sowie die Untersuchung der langfristigen Auswirkungen.

Die fünfte Präsentation wurde von Herrn Thomas Niederkrotenthaler in Vertretung für Herrn Claudius Stein (Ärztlicher Leiter des Kriseninterventionszentrums Wien) zum Thema Suizidprävention im Alter gehalten. In seinem Vortrag ging Herr Niederkrotenthaler auf die besondere Stellung des Suizids im Alter ein sowie Strategien um der Isolation und Vereinsamung älterer Menschen entgegenzuwirken.

Der letzte Vortrag der Plenareinheit wurde von Herrn Alexander Grabenhofer-Eggerth von der Gesundheit Österreich GmbH gehalten und behandelte die Strategien und Meilensteine zur Umsetzung des Suizidpräventionskonzeptes SUPRA (Suizidprävention Austria). Herr Grabenhofer-Eggerth stellte die zehn Zielfelder vor, berichtete über bislang erreichte und für das weitere Projekt geplante Schritte.

Gesundheitsversorgung: Gesundheitsziel 10 (Elisabeth Krahulec)

In dieser Session wurden insgesamt sechs Beiträge präsentiert, die sich dem Thema Gesundheitsversorgung aus sehr unterschiedlichen Perspektiven näherten und die Vielfalt an beteiligten Disziplinen in der Public Health Forschung verdeutlichten. Hr. Ostermann (GÖG) präsentierte eine Analyse zur Tauglichkeit von Finanzzielen als Steuerungsansatz in der Gesundheitsversorgung. Er ging dabei unter anderem auf verschiedene Determinanten der Gesundheitsausgaben sowie unterschiedliche Analyseansätze ein. Hr. Fischer (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) zeigte die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche, die sich damit befasste, welche Methoden verwendet werden, um Versorgungskoordination einerseits aus Systemperspektive und andererseits aus PatientInnenperspektive messbar zu machen. Es stellte sich im Rahmen der Analyse heraus, dass es noch keinen Ansatz gibt, der für diese Thematik Routinedaten verwendet. Ein Modell zur Berechnung des zukünftigen Bedarfs an hämatologischen und onkologischen Ärzten wurde von Herrn Munck (UMIT) vorgestellt, welches basierend auf demografischen Daten, Prognosen zur Zahl an Neuerkrankungen und Prävalenzen sowie zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitswesen erstellt wurde. Ein Beispiel aus der Praxis wurde anschließend von Hr. Kapitany (Kriseninterventionszentrum) präsentiert. Er berichtete über ein Schulungsprojekt für Hausärztinnen und -ärzte zur Stärkung der Sensibilität gegenüber dem Thema Suizidalität. Um die Rolle der Kommunikation im Gesundheitswesen ging es auch im folgenden Beitrag von Fr. Spatzier (Universität Salzburg), in dem eine Masterarbeit zum Thema Kriterien und Informationsquellen vor der Wahl eines Krankenhauses vorgestellt wurde. Die Institution Krankenhaus wurde dann auch von Fr. Stempf und Fr. Zengerer (FH Burgenland) in ihrem Beitrag beleuchtet, wo sie sich mit der Frage befassten, welche Veränderungen ein implementiertes Qualitätsmanagement in einem Krankenhaus bewirken kann. So unterschiedlich die Beiträge waren, so kann doch festgehalten werden, dass bei allen die Fragen nach Daten und deren Verfügbarkeit eine große Rolle spielten.

Mixed Public Health (Kathryn Hoffmann)

Im Rahmen der ÖGPH-Tagung hatte ich das Vergnügen die Session „Mixed Public Health“ zu moderieren. Vergnügen deswegen, weil die sechs dargebotenen Präsentationen eindrucksvoll zeigten wie weit und interessant das Forschungsgebiet „Public Health“ nicht nur thematisch sondern auch hinsichtlich der angewandten natur- und sozialwissenschaftlichen Methoden sein kann:

Der erste Beitrag handelte von dem Instrument „Gesundheitsfolgeabschätzung“, welches es möglich macht, positive wie negative politische Entscheidungen/ Vorhaben auf die Gesundheit systematisch abzuschätzen und welche Schritte gesetzt werden müssen, um auch Österreich für die Anwendung dieses Instrumentes fit zu machen. Die zweite Präsentation gab Einblicke in die kardiovaskulären Risikofaktoren bei HIV-positiven Personen in Österreich und zeigte u.a. auf, dass für diese Zielgruppe Standard-Assessments zur Risikoeinschätzung nicht adäquat sind. Eine weitere Studie, bei welcher es um die Erhebung und Kommunikation von kardiovaskulären Risikofaktoren im Rahmen der „Vorsorgeuntersuchung neu“ ging, gab deutliche Hinweise auf Optimierungsbedarf dieses kardiovaskulären Screenings bei Hautärztinnen und Hautärzten in Wien. Der weitere Bogen spannte sich von einer Präsentation zur Einstellung hinsichtlich passiver und aktiver Sterbehilfe unter Grazer Medizinstudierenden, über die Frage, ob Anaphylaxie eine



mögliche Todesursache für suchtgiftbezogene Todesfälle sein könnte, hin zu einem Beitrag über die Gesundheitsbedürfnisse von sozial benachteiligten Alleinerziehenden in Wien. Alleinerziehende stellen die zweithäufigste Familienform in Österreich dar, werden jedoch häufig als Zielgruppe vernachlässigt.

Poster Session II (Barbara Gravogl, Leo Manseder)

Während die Power Point gestützten Vorträge in den Parallel Sessions nach den 10 Rahmen-Gesundheitszielen geclustert werden konnten, umfasste die Poster Session II organisationsbedingt zwölf Präsentationen zu unterschiedlichen Themenbereichen. Der vorgesehene Zeitrahmen erforderte zudem eine straffe Präsentation.

Frau Gabriele Schwarz Müller-Erber, Fachhochschule Campus Wien, stellte eine Studie zum „Wohlbefinden am radiologischen Arbeitsplatz durch spezielle Licht- und Farbsysteme“ vor. Der Beitrag von Frau Margaretha Bäck, Fachhochschule Joanneum, befasste sich mit der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes mittels systematischer Literaturrecherche zu „Elternpartizipation bei der Schulischen Gesundheitsförderung am Beispiel oberösterreichischer Volksschulen“. Herr Christoph Urach, Vienna University of Technology, besprach das Projekt „High-Risk Medical Devices – Evaluation of Defined Medical Procedure-based Frequencies“, mit welchem auf Basis erbrachter medizinischer Leistungen ein Überblick geschaffen wurde, wie viele Operationen mit Hochrisikomedizinprodukten durchgeführt werden. Herr Nikolaus Haslinger, Management Center Innsbruck, zeigte anhand seiner Bachelorarbeit mit dem Titel „Betriebliches Eingliederungs- und Gesundheitsmanagement: Prävention“, wie es gelingen kann, Langzeitausfälle von MitarbeiterInnen zu verringern. Frau Veronika Herkner, Wiener Gesundheitsförderung GmbH, behandelte die Entwicklung von fünf Projekten zum Programm „Gesunde Bezirke“, wobei als Basis die Erkenntnisse einer externen Evaluation herangezogen wurden. Frau Ulrike Schlögl, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, erläuterte die Gesundheitszielgebung ihres Versicherungsträgers einschließlich deren Strukturierung in Interventionsfeldern und Abbildung in der Balanced Score Card. Herr Christoph Pfänder, IMÖG UMIT, beschrieb das Forschungsvorhaben „Einrichtungsübergreifendes Modell zur Nutzenbewertung von E-Health Strategien“, dessen Ziel es ist, IT-Strategien aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und zu analysieren. Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen soll damit eine Steuerungs- bzw. Reflexionsinstrument geboten werden. Frau Bianca Neuhold, FH Joanneum – University of Applied Sciences, präsentierte die „Entwicklung des Gesundheitsleitbildes der Stadt Graz – Ein Ansatz zur Förderung von Health in all Policies auf lokaler Ebene“ mit der Schlussfolgerung, dass durch dieses Leitbild die Basis für eine engagierte intersektorale Zusammenarbeit innerhalb der Stadtpolitik und -verwaltung aufgebaut und weiterentwickelt werden soll. Frau Ilona Schöppl, PGA Linz, bot einen Überblick zu dem Programm „Mobile KindergartenpsychologInnen“, dem ein Pilotprojekt vorausging, welches methodisch auf dem Early Excellence Concept basiert. Frau Magdalena Thaller, FH Burgenland GmbH, berichtete über das „KEEP-Modell als theoretischer Bezugsrahmen zur Umsetzung systemischer Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten“ mit der Conclusio, dass neben gezielten verhaltensbezogenen Maßnahmen die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen, die Mobilisierung von Ressourcen und Kooperationsnetzwerken sowie die Entwicklung adäquater Strategien zentrale Rollen einnehmen. Frau Carmen Buschek, Montanuniversität Leoben, informierte über „Risikomanagement in Aufbau und Verwaltung integrierter Logistikketten – Dimensionen, Verfahren und Integration in das Supply Chain Management in Gesundheitsbetrieben“. Zum Abschluss bot Herr Martin Reif, Institut für Gesundheitsplanung, Einblick in die „Gesundheitsberichterstattung in Oberösterreich“ und wies u. a. darauf hin, dass durch die enge Verflechtung mit dem Gesundheitszieleprozess vor allem auch versucht wird, den gesamten Public Health Action Cycle zu begleiten und die zum jeweiligen Zeitpunkt benötigten Informationen verfügbar zu machen.



5. Tagungsankündigungen

- **Informationsabend des Universitätslehrganges "Master of Public Health"**

Thema: Die Lehrgangslleitung informiert über Inhalte des Programmes und steht an diesem Abend für Fragen und persönliche Gespräche zur Verfügung.

Ort & Zeit: Medizinischen Universität Wien, 3. September 2014

Link & Kontakt: <http://www.meduniwien.ac.at/orgs/index.php?id=4009>

- **Abschlusskongress zum Projekt IQuaB - Improvement of Quality by Benchmarking „Qualität in der Hausarztpraxis“**

Thema: Qualität in der Hausarztpraxis

Ort & Zeit: Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Samstag, 13. September 2014, 9.00-17.00 Uhr

Link & Kontakt: <http://iquab.net/aktuelle-termine.html>

- **Universitätslehrgang Transkulturelle Medizin und Diversity Care**

Thema: Interdisziplinärer, praxisorientierter Master-Lehrgang (Abschluss mit Master of Science, MSc) vermittelt fundiertes Fachwissen aus Medical Anthropology, Transkultureller Psychiatrie, sowie der Gender- und Migrationsforschung. Inhalt: Migration - Gesundheit – Versorgung: klinische Aspekte, soziokulturelle Einflüsse auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten, religiöse Werte, Umgang mit dem Körper, migrationsbedingte psychosoziale Belastungen, spezifische Gesundheitsprobleme von MigrantInnen sowie deren Vorstellungen und Erwartungen bezüglich der Behandlung.

Ort & Zeit: Medizinische Universität Wien, Oktober 2014 – Jänner 2016 (5 Semester berufsbegleitend), Anmeldungen ab sofort

Link & Kontakt: <http://www.meduniwien.ac.at/ulg-transkulturelleMed>

Tel: +43 – (0) - 664 800 164 0200, **E-mail:** ulg-transkulturelleMed@meduniwien.ac.at



- **LBG Meeting for Health Sciences**

Thema: cardiovascular research, oncology, musculoskeletal research, neurosciences, immunology and public health "under one roof"

Ort & Zeit: Aula der Wissenschaften, Wien; 9.-10.12.2014

Link & Kontakt: <http://www.lbg.ac.at/de/themen/lbg-meeting-health-sciences/healthsciences@lbg.ac.at>

6. **Veranstaltungsberichte**

Bericht: 22. Internationale Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser – “Changing hospital & health service culture to better promote health”

Barcelona, Spanien, 23.-25. April 2014 (Christina Dietscher)

Bei der Konferenz handelte es sich um die jährliche Tagung des internationalen, von der WHO initiierten Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (HPH). Das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) war in seiner Funktion als WHO-Kooperationszentrum für Gesundheitsförderung in Krankenhaus und Gesundheitswesen für die Entwicklung des wissenschaftlichen Programms verantwortlich.

Zielgruppe waren Angehörige aller Gesundheitsberufe, GesundheitspolitikerInnen, -wissenschaftlerInnen und -beraterInnen. Insgesamt nahmen etwa 740 Personen aus über 40 Ländern in allen Kontinenten teil. Da das Konferenzpublikum traditionell sowohl WissenschaftlerInnen als auch PraktikerInnen umfasst, wurden auch durch die Programmgestaltung Austauschmöglichkeiten zwischen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Umsetzungserfahrungen im Bereich Gesundheitsförderung in klinischen Settings geschaffen.

Der inhaltliche Schwerpunkt der vom katalanischen HPH-Netzwerk ausgerichteten Veranstaltung lag im Bereich gesundheitsförderlicher Organisationskulturen. Diesem Generalthema waren 5 Plenareinheiten gewidmet.

Das Plenarprogramm

Oliver GRÖNE (London School of Hygiene and Tropical Medicine) hielt den Eröffnungsvortrag. Seine Thesen beruhten auf der DUQuE-Studie, die Wirkungen der Organisationskultur auf klinische Ergebnisse untersuchte. Vor diesem Hintergrund präsentierte er Maßnahmen zur Verbesserung der Organisationskultur als wirksame Interventionen zur Steigerung des Gesundheitsgewinns von Gesundheitseinrichtungen. In den Anschlussreferaten von **Carmen CABEZAS** (Generaldirektorat für Öffentliche Gesundheit, Katalonien) und



Cristina INIESTA (Büro für Öffentliche Gesundheit, Barcelona) zeigten die Rednerinnen anhand von Beispielen aus Katalonien bzw. Barcelona auf, dass die Steuerungsmaßnahmen der regionalen und lokalen Gesundheitspolitik wichtige Kontextbedingungen für die Förderung gesundheitsförderlicher Organisationskulturen schaffen können.

Das zweite Plenum fokussierte auf Gesundheitskompetenz als emergentes Konzept für eine patientenorientiertere Gesundheitsversorgung. **Rima RUDD** (Harvard School of Public Health), eine der Pionierinnen auf diesem Gebiet, ging in ihrem Vortrag vor allem darauf ein, wie sehr Gesundheitskompetenz nicht nur von individuellen Fähigkeiten, sondern auch von Systemanforderungen abhängt. Entsprechend stellte sie Maßnahmen zur Verringerung dieser Anforderungen als einen Weg zur Steigerung der Gesundheitskompetenz vor. Daran anschließend stellte **Rosa SUÑER** (Katalonisches HPH-Netzwerk) Daten zur organisationalen Gesundheitskompetenz aus seiner Erhebung in katalanischen Spitälern vor und präsentierte daraus abgeleitete Maßnahmen zur Verringerung organisationaler Barrieren für PatientInnen. **Hans KLUGE** (WHO-Euro) ging abschließend auf die hohe Bedeutung der Gesundheitskompetenz und des Empowerments von PatientInnen für Patientensicherheit und klinisches Risikomanagement ein und präsentierte entsprechende WHO-Strategien.

Das dritte Plenum widmete sich der Bedeutung der Organisationskultur für MitarbeiterInnen. Präsentiert und diskutiert wurden Möglichkeiten zur Verbesserung salutogener Arbeitsplätze im Gesundheitswesen. **Georg BAUER** (Universität Zürich) stellte in seinem Vortrag den von ihm entwickelten „Corporate Health Index“ vor, der Arbeitgeber im regelmäßigen Monitoring der Arbeitsbedingungen aus Sicht der MitarbeiterInnen und in der Entwicklung und Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen unterstützen kann. **Consol SERRA** (Universität Pompeu Fabra, Barcelona) thematisierte in ihrem anschließenden Vortrag einen besonders wichtigen Aspekt einer gesundheitsförderlichen Arbeitskultur, nämlich die Entwicklung von Führungskräften.

Plenum 4 ging der Frage nach, welche Rolle die Organisationskultur für den Aufbau bzw. die Verbesserung gesundheitsfördernder Partnerschaften mit anderen Settings spielt und wie dadurch besser auf regionale Gesundheitsbedürfnisse eingegangen werden kann. Die Referate behandelten Kooperationen mit drei verschiedenen Settings: **Kevin J. CHEN** (Büro für Gesundheit, Taipei) stellte die elektronische „Health Cloud“ in Taipei vor, die es den BürgerInnen ermöglicht, ihre Gesundheitsdaten auf einfache Weise selbst zu managen; **Javier GALLEGO** (Direktion für Öffentliche Gesundheit, Aragon) behandelte Kooperationen mit Schulen im Bereich der Prävention gesundheitlicher Risiken bei Jugendlichen; und **Christiane STOCK** (University of Southern Denmark) thematisierte Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Universitäten und Krankenhäusern als förderliche und hinderliche Faktoren für die Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsförderung.

Plenum 5 widmete sich schließlich den Rahmenbedingungen für die Initiierung von Veränderungen der Organisationskultur. **Jorge Juan FERNANDÉZ** (Hospital Sant Joan de Déu) stellte am Beispiel seines Hauses die Entwicklung des „liquid hospital“ vor, ein radikaler Ansatz der Transformation der Organisationskultur durch den Einsatz neuer Technologien, die insbesondere auch die Rolle der PatientInnen massiv verändert. **Eric de ROODENBEKE** (International Hospital Federation) präsentierte fünf Entwicklungstrends, die auf laufende Reformprozesse in Krankenhäusern einwirken und dabei auch als Treiber für Gesundheitsförderung wirken können, nämlich die Zunahme mündiger PatientInnen, der prognostizierte Anstieg multi-chronischer Erkrankungen, Verbesserungen auf dem Gebiet der



Präventivmedizin, die Weiterentwicklung der Einsatzgebiete für elektronische Gesundheitsakten und des umfassenden Versicherungsschutzes für PatientInnen.

Paralleleinheiten, Symposien, Workshops und Poster

In 4 Paralleleinheiten mit insgesamt 32 Sitzungen, Workshops und Symposia, in 2 Paralleleinheiten mit insgesamt 14 Sitzungen mit Mini-Präsentation (z.B. für Nachwuchs-TeilnehmerInnen) und in zwei Postereinheiten wurden insgesamt 582 Beiträge aus eingereichten und vom Wissenschaftlichen Komitee angenommenen Abstracts präsentiert (das entspricht etwa 75% der Einreichungen).

Weitere Konferenzmodule

Vor und nach der Hauptkonferenz boten eine Summer School, ein Workshop für KoordinatorInnen von HPH-Netzwerken, eine Prä-Konferenz Rauchfreier Krankenhäuser und ein Workshop für HPH-Newcomer zahlreiche weitere Möglichkeiten für Austausch und Praxistraining.

Ko-Organisatoren

Zu den Ko-Organisatoren der Konferenz gehörte die International Union for Health Promotion and Education, die International Hospital Federation, die European Hospital and Healthcare Federation, die European Federation of Nurses' Associations, das Global Network of Tobacco-free Hospitals and Health Services und das Österreichische Gesundheitsministerium.

Weiterführende Informationen

Das Abstract Book zur Konferenz wurde als Supplement zur Zeitschrift "Clinical Health Promotion" publiziert und steht unter folgendem Link zum Download zur Verfügung:

<http://www.clinhp.org/images/stories/Archive/Vol4issue1/supplementum/final%20abstract%20book%20for%20Online.pdf>

Soweit sie von den AutorInnen zur Verfügung gestellt wurden, können die Konferenzbeiträge in der Virtuellen Konferenzpublikation unter folgendem Link nachgelesen werden:

<http://www.hphconferences.org/barcelona2014/proceedings.html>

HPH-Konferenz 2015

Die nächste HPH-Konferenz findet vom 10.-12. Juni 2015 in Oslo, Norwegen statt. Der Arbeitstitel lautet "**Person-oriented health promotion in a rapidly changing world: Empowerment – Continuity – Complex Systems – New media & technologies**"

Weiterführende Informationen stehen unter <http://www.hphconferences.org/oslo2015/> zur Verfügung.

Kontakt: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Christina Dietscher; Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR)
Tel.: +43 1 2121 493 – 23 ; E-Mail: christina.dietscher@lbihr.lbg.ac.at



7. Wissenswertes

Eröffnung: Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie (Judith Goldgruber)



Wir, die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz, freuen uns sehr, Ihnen unser neues Institut, das Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie, vorstellen zu dürfen.

Am 23. April 2014 im Rahmen eines Festaktes feierlich gegründet, soll es nun stufenweise ausgebaut werden, geriatrische und gerontologische Forschung am Puls der Zeit ermöglichen und Bildungspartnerschaften festigen. In späteren Jahren wollen wir unser Angebot auch durch Beratungsleistungen ergänzen. Von Anfang an ist es uns wichtig, Wissen zu teilen.

Unsere Kompetenzbereiche:

Forschung

Drängende Fragen des Alter(n)s wollen wir in enger Kooperation mit Fachhochschulen und Universitäten angewandt und praxisnah erforschen. Derzeit laufen etwa 25 Forschungs- und Entwicklungsprojekte.

Bildung

Durch maßgeschneiderte geriatrische- und gerontologiespezifische Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für Health Professionals, Angehörige und Vertrauenspersonen wollen wir gemeinsam mit unseren Partnerorganisationen und etablierten Bildungseinrichtungen das österreichische Bildungsangebot erweitern.

Beratung

Unser Know-how wollen wir mittelfristig anderen Gesundheitseinrichtungen gerne beratend zur Verfügung stellen.

Wissensmanagement

Transparenter Umgang mit Wissen und professionelles Wissensmanagement sollen unseren Partnerorganisationen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nutzen.

Mit dem Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie verfolgen wir gemeinnützige und wissenschaftliche Zielsetzungen. Den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen unserer Zeit begegnen wir interdisziplinär: Medizin, Pflegewissenschaft und Public Health stellen unsere Kerndisziplinen dar. Expertinnen und Experten aus angrenzenden Fachbereichen (z.B. Ergotherapie, Geragogik, Physiotherapie, Psychologie, Sozialarbeit, Soziologie) erweitern unser Team projektbezogen.

Unser Kernteam:



v. l. n. r.: Andrea Hierzer, Judith Goldgruber, Walter Schippinger, Kerstin Löffler, Romana Winkler

Mag. ^a (FH) Dr. ⁱⁿ Judith Goldgruber Leiterin Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie, Gesundheitswissenschaftlerin (Vertretung: Marlies Strempl BA MA)	Dipl.-HTL-Ing. Mag. Dr. Gerd Hartinger MPH Geschäftsführer Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Gesundheitsökonom (Vertretung: Romana Winkler BA MA MSc)
Andrea Hierzer BSc MSc Pflegedienstleiterin Albert Schweitzer Klinik II und Albert Schweitzer Hospiz, Pflegewissenschaftlerin (Vertretung: Angela Stemberger BSc)	Kerstin Löffler BA Assistentin der Institutsleiterin, Gesundheitsmanagerin
Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Schippinger Leiter Abteilung für Innere Medizin der Albert Schweitzer Klinik Facharzt für Innere Medizin Additivfacharzt für Hämatologie und internistische Onkologie Additivfacharzt für Geriatrie Arzt für Allgemeinmedizin (Vertretung: Prim. Dr. Gerald Pichler MSc)	

Wir laden Sie, liebe Public Health-Community, hiermit sehr herzlich ein, in den kommenden Jahren, in dem einen oder anderen Projekt, gemeinsam mit uns Antworten auf drängende Fragen des Alter(n)s zu finden.

Über Ihren Besuch in unserem Haus und/oder Kooperationsgespräche würden wir uns sehr freuen! Auf gute und konstruktive Zusammenarbeit!

Adresse: Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie; Albert-Schweitzer-Gasse 36; A-8020 Graz

Kontakt: Mag.^a (FH) Dr.ⁱⁿ Judith Goldgruber; Leiterin Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie
 +43 316 70 60 – 10 60; Email: judith.goldgruber@stadt.graz.at; HP: www.ggz.graz.at, www.graz.at



8. Impressum

ÖGPH, Österreichische Gesellschaft für Public Health
c/o Wiener Medizinische Akademie für Ärztliche Fortbildung und Forschung (WMA)
Frau Andrea Robinson / Frau Dagmar Serfezi
Alser Straße 4, 1090 Wien
Telefon: +43 1 4051383 14
Fax: +43 1 4078274
E-Mail: ar@medacad.org ds@medacad.org office@oeph.at
Redaktion und verantwortlich für den Inhalt:
LBIHPR, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research
Untere Donaustraße 47, 1020 Wien
Redaktionsteam: Priv.-Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür; Dr. med. Martin Cichocki, MPH;
Mag. Philipp Petersen; Kontakt: philipp.petersen@lbihpr.lbg.ac.at