



PUBLIC HEALTH



Österreichische Gesellschaft für Public Health - Austrian Public Health Association - ÖGPH

www.oeph.at

Newsletter 3/2010

ISSN 1682-5411

Berichte

Chancen von Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit

Es ist nicht zu übersehen, dass soziale und gesundheitliche Interventionen zunehmend unter Druck geraten, die in sie investierten Mittel nachhaltig einzusetzen und die Wirksamkeit der Projekte, Programme und Maßnahmen in Bezug auf gesamtgesellschaftliche Ziele unter Beweis zu stellen. Im Feld der Public Health werden deshalb verstärkt bedarfsorientierte Präventionsprogramme in der frühen Kindheit ins Blickfeld genommen, weil sie sich von vornherein an tendenziell benachteiligte Zielgruppen richten und auch durch hervorragende Wirksamkeitsnachweise glänzen.

Gegenwärtig erfolgt diese Aufmerksamkeit mehrerer Teildisziplinen der Gesundheits- und Sozialwissenschaften jedoch aus verschiedenen Blickwinkeln. Wenn man die angesprochenen Themen im Detail recherchiert, stößt man auf unterschiedliche Zugänge und Definitionen jener Hilfen, die zwischen null und sechs Jahren vermittelt und angeboten werden und sich auf verschiedenartige Angebote und Ziele erstrecken.

Beispielsweise ist Frühförderung ein stehender Begriff der Heil- und Sonderpädagogik, der auch in der Förderung von hochbegabten Kindern Anwendung findet, weshalb sich etwa die Schweizer Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen für eine Abgrenzung von diesem Begriff einsetzt und sich dafür ausspricht, alle generell früh einsetzenden Entwicklungsförderungen des Kindes unter dem Begriff der frühen Förderung zu verstehen. In Deutschland spricht man von frühkindlicher Bildung, Betreuung und Erziehung. Die Medizin wiederum betrachtet (vorwiegend sozial bedingte) Frühgeburten und fokussiert auf sekundärpräventive Maßnahmen im Rahmen der Mutter Kind Pass- und anderer Reihenuntersuchungen. Akteure im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention fokussieren auf gesunde Ernährung im Säuglings- und Kleinkindalter, Zahnkariesprophylaxe und andere Formen der Verhaltensprävention sowie der Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten in Kindergärten und Schulen.

Unter Public Health Gesichtspunkten ist es vorerst von besonderer Bedeutung, das Potential keines der verschiedenen Zugänge zur nachhaltigen Verbesserung des Wohlbefindens der Zielgruppen außer Acht zu lassen: Unter früher Förderung (early childhood interventions) versteht man ein Gesamtkonzept von Interventionen im Frühbereich (Schwangerschaft bis Schuleintritt und nach Möglichkeit darüber hinaus), das die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigt und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt ist.

Veränderungsbarrieren

In den deutschsprachigen Ländern herrscht die Haltung vor, dass die frühkindliche Erziehung und Betreuung in der alleinigen Verantwortung von Eltern bzw. Erziehenden liegt, welche schwer mit der Forderung nach übergreifenden Präventionskonzepten einhergeht. Jugendämter ringen mit dem doppelten Mandat sozialer Arbeit, wonach Hilfe und Kontrolle nicht widerspruchsfrei verbunden werden können – der Bedarf an Angeboten früher Hilfen kann so nicht zur Gänze gedeckt werden und vor allem können die präventiven Wirkungen – welche angesichts der gesellschaftlichen Veränderungen im Kindes- und Jugendalter von zunehmender Bedeutung sind – nicht zur Gänze entfallt werden.

Weiterhin wird hierzulande als Grundsatzfrage erörtert, ob sich frühe Förderung im Prinzip an alle Erziehenden mit Kindern zwischen 0 und sechs Jahren richten soll oder einzuschränken ist auf sozial benachteiligte Familien. Der freie Zugang zu den Interventionen ist in England, den USA, Kanada und Australien eine Selbstverständlichkeit. Der Blick in die Evaluationsforschung zeigt, dass alle Kinder ungeachtet ihrer sozialen Herkunft von frühkindlicher Förderung profitieren. Für Kinder aus sozial benachteiligten Milieus ist der Nutzen jedoch überproportional. Das bedeutet, dass frühe Förderung die negativen Folgen sozialer Benachteiligung für die persönliche und schulische Entwicklung teilweise ausgleichen kann.

Solange frühe Förderung nicht auf einen breiten politischen und gesellschaftlichen Konsens bauen kann, sind daher Angebote und Konzepte der frühen Förderung mit speziellem Augenmerk auf die Bedürfnisse sozial benachteiligter Kinder legitim. Für passende Angebotslösungen bedeutet dies gleichsam, Zugangswege

zu Zielgruppen zu finden, ohne dabei stigmatisierende oder kontrollierende Kontexte zu begünstigen. Zur Zielgruppe gehört immer die (Kern)Familie, nicht nur das Kind oder das Kind und die Mutter, sondern das System Familie.

Was wirkt und wie?

Reynolds et al. (2004) haben die Langzeiteffekte (bis zum Alter von 25 Jahren) von „Early Childhood Interventions“ untersucht und dabei die Effekte verschiedener Modellprojekte mit den Angeboten institutionalisierter Eltern-Kind-Zentren in den stark von Armut betroffenen Regionen Chicagos sowie mit einer Kontrollgruppe ohne Intervention (quasi-experimentell, matching des sozio-ökonomischen Status) verglichen.

Die Ergebnisse zeigen:

- einen um 40 Prozent reduzierten Bedarf an schulischer Nachhilfe
- um 40 Prozent erniedrigte Raten jener Schüler/innen, die im Alter von 15 Jahren eine Schulklasse negativ abgeschlossen hatten
- mehr als 55-prozentigen Rückgang von Kindesmissbrauch bis zum Alter von 17 Jahren (Reynolds et al., 2003a)
- der Anteil von Fremdunterbringungen halbierte sich
- um 45 Prozent erniedrigte Kriminalitätsraten im Alter von 18 Jahren (Reynolds, 2003b)
- und erhöhte Chancen für Programmteilnehmer/innen, eine weiterführende Schule zu besuchen
- Verbesserung des ökonomischen Wohlstandes der Programmteilnehmer/innen
- Reduktion der Inanspruchnahme finanzieller Hilfestellungen

An gesundheitsbezogenen Endpunkten wurden gefährlicher Substanzkonsum und Rauchen untersucht, beides reduzierte sich um etwa 25 Prozent und nur 12,8 Prozent der Programmteilnehmer wiesen dauerhaft mehr als ein depressives Symptom auf, während dieser Anteil in der Vergleichsgruppe (keine Intervention) bei 17,4 Prozent lag.

Ökonomische Langzeitevaluationen der untersuchten Programme ergaben, dass das Verhältnis eines jeden investierten Dollars (Euros) zu den Gesamtersparnissen 1:10,15 für institutionalisierte Programme und für einzelne Modellprojekte zwischen 1:3,78 und 1:8,74 liegt. Auf solch hohe Returns on Investment sind Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention weltweit aufmerksam geworden. In anderen Feldern (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfallprävention, Gewaltprävention, Prävention von Substanzkonsum etc.) konnten keine Interventionen mit ähnlich guten ökonomischen Rückläufen abgegrenzt werden.

INHALT

Berichte

Chancen von Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit 1-2

Case Management im österreichischen Gesundheitswesen - Zukunftsszenarien anhand von Experteninterviews 2

Projekt „Zähne Zeigen“: Kariesprävention trifft auf Gesundheitsförderung 2-3

Kärntner Aktionsplan Mobilität und Gesundheit 3

Neuerscheinungen 3

Call for Abstracts 4

Nun stellt sich die Frage, welche Interventionen in welchem Kontext und mit welchen Methoden untersucht wurden und was genau an den Chicagoer Programmen gewirkt hatte, um die externe Validität der Studienergebnisse beurteilen zu können. Ich werde die methodologischen Aspekte hier nicht diskutieren, nur anführen, dass der Loss to follow up sehr gering war und es sich um eine groß angelegte prospektive Kohortenstudie (n=ca. 1000) handelte, also dem Beobachtungsstudiendesign der Wahl: teuer und valide.

Die Interventionsgruppe bestand aus Kindern, die im Alter von drei bis acht Jahren an einem Programm teilnehmen konnten, das von einem Eltern-Kind-Zentrum organisiert und koordiniert wurde. Die Grundkompetenzen, auf deren Verbesserung strukturierte Lernprogramme bei Kindern fokussierten, waren Sprachkompetenzen (an erster Stelle), rechnerische Fähigkeiten und Hörverständnis. Ein zweiter Interventionsstrang zielte auf die Partizipation der Eltern, die sich freiwillig als Begleitpersonen engagierten, einen Raum für soziale Netzwerkaktivitäten zur Verfügung gestellt bekamen, sich selbst Workshops und Trainings unterzogen und insgesamt nachgehend betreut wurden, in Form von Hausbesuchen und „Beziehungsarbeit“.

Während der frühe Zeitpunkt und die Dauer der Interventionen in den Chicagoer Programmen einen positiven Wirkfaktor darstellen, wird strukturierte frühe Förderung mit einer Palette von positiven Langzeiteffekten in Verbindung gebracht, von denen alle Kinder und Familien in ähnlicher Weise profitiert haben. Kritische Erfolgsfaktoren sind Organisationsstrukturen, Hintergrundwissen und Vergütung der Trainer/innen, Fokus auf die soziale, kognitive und emotionale Kompetenz bei der Einschulung und intensive Unterstützung der Eltern in Begleitprogrammen. Die größten Auswirkungen auf die Langzeiteffekte resultieren aus kognitiven Verbesserungen sowie der Unterstützung von Eltern und Schulen (Schulen wurden dabei unterstützt, bessere Rahmenbedingungen wie beispielsweise niedrigere Klassenschülerzahlen zu bieten) (vgl. Reynolds, 2004).

Status quo in Österreich

Betrachtet man den Stand der Praxis von „Early Childhood Interventions“ in Österreich, so ergeben sich, je nachdem welche Angebote „early childhood interventions“ zugeordnet werden, zwei sehr unterschiedliche Bilder. In einem weiten Sinn kann die Angebotspalette, vor allem in Städten, als sehr breit und vielfältig bezeichnet werden. Es gibt Geburtsvorbereitungskurse, Eltern-Kind-Zentren, Doula-Begleitung, Familienberatung, Elternbildungskurse, auf Frühförderung spezialisierte Beratungsstellen, Kindertagesstätten, Horte und Kindergärten, Spielgruppen, Familienhilfe, Erziehungshilfe und vieles mehr mit einem wahrscheinlich nicht zu unterschätzenden Potential für die Ziele der frühkindlichen Förderung.

Wenn man die Maßstäbe jedoch enger setzt und nur jene Angebote der frühen Förderung zuteilt, die den Bildungsaspekt der frühkindlichen Entwicklung betonen (oder andere evidenzbasierte Interventionen, wie etwa die Doula-Begleitung, Zahnkariesprävention und vieles mehr) und sich explizit als Beitrag zur Verbesserung der Chancengerechtigkeit verstehen, ergibt sich ein ganz anderes Bild.

Wenn man nun zusätzlich eine Public Health Perspektive anwendet und klassisch nach dem Bedarf und dem Zugang zu einem „Frühe-Hilfen-System“ fragt, könnte man den Eindruck gewinnen, dass

- ein eklatantes Unterangebot an Kinderkrippenplätzen, ein Unterangebot an Kindergartenplätzen und sonstigen Betreuungsformen in der frühen Kindheit besteht, der Bedarf an Betreuung allein also keineswegs gedeckt ist;
- die Inanspruchnahme der knappen Angebote vermutlich einen Sozialgradienten aufweist und der Bedarf an frühkindlichen Hilfen vermutlich einen inversen Sozialgradienten aufweist;

Bezüglich zentraler Hürden bei der Organisation eines Systems von frühen Hilfen werden eventuell zu berücksichtigten sein:

- die Gesundheits- und Sozialberufe und ihre unterschiedlich einflussreichen Fachgesellschaften, Berufs- und Ständesvertretungen. Sie werden um die Definitionsmacht ringen, was präventiv in diesem Setting einwirken soll (heil- und sonderpädagogischer Ansatz? psychotherapeutischer Ansatz? sozial-medizinischer Ansatz? sozialarbeiterischer Ansatz? medizinisch-präventiver Ansatz? gesundheitsförderlicher Ansatz? und vieles mehr). Zentrale Herausforderung der Public Health Perspektive ist deshalb die konkrete Förderung eines disziplinenübergreifenden Denkens und Handelns, beispielsweise durch interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsangebote.
- eine zweite Barriere stellen Organisations- und Systemgrenzen dar, an die die geforderte Kooperation von Disziplinen und Akteuren stößt. Mit dem Konzept „Health in All Policies“ versucht Public Health unter anderem auf die Notwendigkeit zur Kooperation von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialressorts hinzuweisen, um soziale und gesundheitliche Ungleichheiten wirksam reduzieren zu können. Die zentrale Herausforderung wird hierzu sein, Kooperation zwischen den unterschiedlichen Playern und Financiers zu vermitteln und begleitete Pilotprojekte zu initiieren.

Reynolds A. J., Robertson, D. L. (2003a): School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago Longitudinal Study. *Child Development*, 74 (1):3-26.

Reynolds A. J.; Temple, J. A.; Ou, S. R. (2003b): School-based early intervention and child well-being in the Chicago Longitudinal Study. *Child Welfare*, 82 (5):633-656.

Reynolds A. J.; Ou, S. R.; Topitzes, J. W. (2004): Paths of effects of early childhood intervention on educational attainment and delinquency: a confirmatory analysis of the Chicago Child-Parent Centers. *Child Development*, 75 (5):1299-1328.

Kontakt: DSA Christoph Pammer, MPH, MA; Email: christoph.pammer@meduni-graz.at

Case Management im österreichischen Gesundheitswesen – Zukunftsszenarien anhand von Experteninterviews

Case Management (CM) ist ein oft und gern verwendeter Begriff im Sozial- und Gesundheitssystem. Obwohl CM an sich nichts grundsätzlich Neues ist, liefert es aktuell viel Diskussionsstoff und sorgt für verschiedene Meinungen. Klar ist jedenfalls, dass durch Veränderungen wie die Änderung der Familienstrukturen oder die demografische Entwicklung eine Lösung für die dadurch auftretenden Problemstellungen gefunden werden muss. Die Probleme werden komplexer, die Krankheiten vielschichtiger, die Betreuung schwieriger. Da oftmals mehr als nur zwei Akteure mit einem „Fall“ betraut sind, wird der Betreuungsverlauf insgesamt undurchsichtiger. Es ist schwer den Überblick zu bewahren, vor allem für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen. CM als Allheilmittel darzustellen wäre der falsche Weg. Man kann und soll damit nicht alle Probleme lösen. Durch den ganzheitlichen Ansatz des CM ist es jedoch möglich, Komplexität zu reduzieren und eine umfassende, bedarfsgerechte Betreuung zu erzielen.

Wenn von CM gesprochen wird, hat nicht jeder dasselbe Bild im Kopf. Angefangen bei den verschiedensten Ausbildungen zu CM, über unterschiedliche Werte im CM-Verfahren bis hin zur Netzwerkarbeit, welche auf ganz vielfältige Weise gestaltet wird könnte die aktuelle Situation des CM in Österreich nicht mannigfaltiger sein. Wie kann, ausgehend von diesem Bild, die Zukunft aussehen? Dieser Frage geht die Diplomarbeit „Case Management im österreichischen Gesundheitssystem – Zukunftsszenarien anhand von Experteninterviews“ nach.

Zunächst wurde die aktuelle Situation des CM in Österreich anhand von Akteurinterviews erhoben. Dazu wurden ausführende Case Manager in ganz Österreich mit Hilfe eines Interviewleitfadens befragt. Die Gesprächspartner waren in verschiedenen Unternehmen im Sozial- und Gesundheitssektor angesiedelt, unter anderem in verschiedenen Sozialversicherungen, Rotes Kreuz, Fonds Soziales Wien, Schädel-Hirn-Trauma-Lobby und viele mehr. Durch die Auswertung der Untersuchung ergab sich ein aufschlussreiches Stimmungsbild und eine sehr interessante Basis für die weiterführende empirische Erhebung. Von diesen Interviewergebnissen ausgehend, wurde ein weiterer Leitfaden erstellt um die mögliche zukünftige Entwicklung zu erfragen. Hierfür wurden Experten auf dem Gebiet des CM interviewt. Die Fragen gliederten sich in folgende Themenbereiche: Verständnis von CM, Standards im CM, Kooperationen im CM, IT-Lösungen im CM, Ressourcenknappheit, logistischer Rahmen, Änderung der Familienstrukturen, Alterung der Gesellschaft, Stellenwert der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management sowie die Herausforderungen von CM in der Zukunft.

Die Ergebnisse der beiden empirischen Untersuchungen ergänzt um die literarische Aufarbeitung des Themas, sowie um die subjektive Meinung der Autorin führten zur Erstellung dreier Zukunftsszenarien für das CM im österreichischen Gesundheitssystem. Skizziert wurde ein Best-Case, ein Worst-Case sowie ein Trend-Szenario. Die Extremszenarien sind gewollt teilweise sehr überspitzt und manchmal etwas utopisch formuliert. Sie sollen größtmögliche Gegensätze aufzeigen. Hingegen zeigt das Trend-Szenario eine Entwicklung des CM im österreichischen Gesundheitswesen, die durchaus im Bereich des Möglichen liegt. Die stete Auseinandersetzung aller Betroffenen und Interessierten mit dieser Thematik und die konstante Weiterentwicklung läßt auf eine spannende und positive Zukunft hoffen.

Kontakt: Marlene Ribeiro; Email: marlene.ribeiro@drei.at

AM START

Projekt „Zähne.Zeigen“: Kariesprävention trifft auf Gesundheitsförderung

Styria vitalis startete im Dezember 2009 in der Steiermark ein Vier-Jahres-Projekt zu Zahngesundheit bei null bis vier jährigen Kindern aus sozial benachteiligten Familien mit und ohne Migrationshintergrund. Das Projekt wird aus Mitteln des Fonds Gesundes Österreich und des Landes Steiermark finanziert.

99 Prozent der steirischen Kindergärten und Volksschulen beteiligen sich bereits an dem seit 1986 von Styria vitalis durchgeführten Kariesprophylaxeprogramm. Wie wichtig und sinnvoll der regelmäßige Besuch der ZahngesundheitserzieherInnen ist, zeigten die erfreulichen Ergebnisse der letzten Zahnstatuserhebung des ÖBIG im Jahr 2006/2007: 62 Prozent der Sechsjährigen sind bereits kariesfrei.

Die Steiermark liegt damit im Österreichvergleich beim Anteil kariesfreier Sechsjähriger nach Tirol am hervorragenden zweiten Platz.

Bei aller Freude über diese Daten darf aber nicht übersehen werden, dass 80 Prozent aller Kariesschäden in der Steiermark nur 20 Prozent der Sechsjährigen betreffen. Die ÖBIG-Daten zeigen, dass diese Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern mit und ohne Migrationshintergrund stammen.

Der Sozialstatus beeinflusst nicht nur die Häufigkeit von Karies sondern auch die Effektivität der vier Säulen zur Erhaltung der Zahngesundheit: 1. Ernährung, 2. Mundpflege, 3. Zahnmedizinische Behandlung und 4. Fluoridierung (Cohé und Gift, 1995 zitiert nach Schreiber, 2003). Die Prävention von Milchzahnkaries ist daher ab dem ersten Zahndurchbruch wichtig.

Im Projekt Zähne.Zeigen sollen Menschen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen mit und ohne Migrationshintergrund erreicht werden, wobei das Projekt im Besonderen auf schwangere Frauen, werdende Eltern sowie Eltern/Elternteile oder Erziehungsberechtigte von Kindern im Alter von null bis vier Jahren abzielt.

Die Zielregionen des Projekts Zähne.Zeigen umfassen die Grazer Stadtbezirke Lend und Eggenberg sowie die steirischen Bezirke Bruck/Mur und Feldbach. In

diesen Regionen sollen Vereine, Verbände und Institutionen, die mit sozial Benachteiligten und MigrantInnen arbeiten sowie Selbstorganisationen von MigrantInnen als KooperationspartnerInnen für die Umsetzung des Projekts gewonnen werden.

Das Projekt setzt an den Determinanten für Zahngesundheit an. Die Maßnahmen umfassen daher die Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote zu Zahngesundheit, die Vernetzung von Organisationen und Personen, die soziale Mobilisierung innerhalb der Zielregionen sowie die Möglichkeit zur Entwicklung persönlicher Kompetenzen hinsichtlich Zahngesundheit bei der Zielgruppe (Nutbeam, 2000).

Mit der Ausbildung von muttersprachlichen ZahngesundheitsmentorInnen und deren Einsatz für niedrigschwellige Aufklärungsarbeit sollen Sprach- und Kulturbarrieren überwunden werden.

Kontakt: Mag.^a Ines Krenn, MPH, Styria vitalis, Marburger Kai 51, 8010 Graz, Tel.: 0316/82 20 94-75, ines.krenn@styriavitalis.at; www.styriavitalis.at

Kärntner Aktionsplan Mobilität und Gesundheit

In Kärnten wurden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung 2009 Potenziale erhoben, wo und wie der Gesundheitssektor mit anderen Sektoren zusammenarbeiten kann, um die Gesundheit der Kärntner Bevölkerung positiv mit zu gestalten. Ein erstes Ergebnis ist der Beschluss, einen Aktionsplan „Mobilität und Gesundheit“ gemeinsam durch die Abteilung 14 / Unterabteilung Sanitätswesen und die Abteilung 7 Wirtschaftsrecht und Infrastruktur des Amtes der Kärntner Landesregierung zu entwickeln. Die Kärntner Landesregierung beauftragt deshalb eine eigens eingerichtete Koordinationsstelle mit der Entwicklung eines Aktionsplans zur Politikfeld-übergreifenden Förderung von Mobilität und Gesundheit, an dem sowohl politische EntscheidungsträgerInnen als auch öffentliche Organisationen, Non-Profit-Unternehmen und die Bevölkerung mitarbeiten und beteiligt werden. Der Entwicklungsphase (Mai 2010 – Oktober 2011) folgt eine zwei- bis dreijährige Umsetzungsphase des Kärntner Aktionsplans (KAP) Mobilität und Gesundheit. Oberstes Ziel aller Aktivitäten ist, Kärnten in Zukunft gemeinsam mobiler und gesünder zu gestalten.

Nachdem in einer Vorbereitungsphase internationale Vorbildmodelle für multi-sektorale Aktionspläne recherchiert und lokale Expert/innengespräche geführt werden konnten, wurde das Handlungsfeld Mobilität und Gesundheit anhand verschiedener Indikatoren als jenes mit den besten Erfolgsaussichten bewertet. Die Bewertung erfolgte einerseits auf Basis von sozial- und umweltepidemiologischen Kennzahlen und Daten über das Mobilitätsverhalten der Kärntner Bevölkerung und beruht andererseits auf Einschätzungen über die Akzeptanz des Themas in der Bevölkerung, in der Politik und bei relevanten EntscheidungsträgerInnen in Kärnten. In jüngerer Zeit haben ähnliche politische Aktionspläne gezeigt, dass komplexe Problemlösungen eher durch gemeinschaftliche und gesellschaftliche Anstrengungen und Politikfeld übergreifende Bemühungen erarbeitet werden („bottom up“) als bei ausschließlicher Beteiligung der Hoheitsverwaltung („top down“). Der KAP Mobilität und Gesundheit besteht aus einem ausgewogenen Verhältnis beider Strategien. Darüber hinaus zeichnet sich das Entwicklungsprojekt durch eine intensive Planungsphase auf einer fundierten Wissensbasis in den Bereichen Gesundheit und Mobilität aus.

Bereits in der Vorbereitungsphase wurde ein Wirkmodell für die Maßnahmenplanung identifiziert, das die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Mobilität erklärt. Das für die Weltgesundheitsorganisation WHO entwickelte DPSEEA-Modell sieht gesundheitliche Auswirkungen von Expositionen in der physischen und sozialen Umwelt abhängig. Deshalb lenkt das DPSEEA-Modell die Aufmerksamkeit auf alle umweltgestaltenden Bedingungen, das sind gesellschaftliche Grundkräfte (beispielsweise Urbanisierung) sowie individuelles Handeln und organisatorische Entscheidungen und Investitionen.

In der seit Mai 2010 laufenden Entwicklungsphase soll die Bereitschaft unterschiedlicher Personen, Organisationen und Anspruchsgruppen gesteigert werden, an der Veränderung der Umweltbedingungen mitzuarbeiten und dadurch so frühzeitig wie möglich die Entstehung gesundheitsförderlicher Umweltbedingungen zu begünstigen und Gesundheitsgefahren abzuwenden. Für die Erarbeitung der Inhalte des KAP wird derzeit eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die den Aktionsplan durch Zieldefinitionen, Ressourcen- und Zeitpläne entwickelt. Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus

- VertreterInnen der zuständigen Abteilungen 14 / UA Sanitätswesen und 7 des Amtes der Kärntner Landesregierung und weitere VertreterInnen aus der Landesverwaltung
- NGOs aus den Handlungsfeldern Gesundheit und Bewegung aus Kärnten
- wissenschaftliche FachexpertInnen aus den Bereichen Mobilität und Gesundheit
- Interessensvertretungen

Kontakt: DSA Christoph Pammer, MPH, MA; Koordinationsstelle Kärntner Aktionsplan Mobilität und Gesundheit. Email: globalismus@gmx.net

Neuerscheinungen

Stefanie Sperlich: Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit durch Empowerment

Empirische Analyse der Gesundheitseffekte für sozial benachteiligte Mütter. VS-Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden 2009, 201 S., € 35,90 ISBN 978-3-531-16606-3

Mit Empowerment werden Strategien und Maßnahmen bezeichnet, die Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften erhöhen. Dem Empowerment kommt auch in der Gesundheitsförderung sozial

benachteiligter Menschen eine enorme Bedeutung zu. Die Wirksamkeit von Empowerment zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit wurde bislang jedoch kaum empirisch überprüft. Dieser Herausforderung stellt sich die Autorin und untersucht den Erfolg und die Gesundheitseffekte von Empowerment-Prozessen anhand von Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter. Die Studie bestätigt den hohen Stellenwert von Empowerment für die nachhaltige Verbesserung von Gesundheit und deckt Verbesserungspotenziale in der gesundheitlichen Versorgung sozial benachteiligter Mütter auf. Das Buch ist vor allem für SoziologInnen und PsychologInnen, insbesondere aus dem Spezialgebiet Medizin und Gesundheit, Public Health- und VersorgungsforscherInnen sowie PraktikerInnen der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter von Interesse.

Glenn Laverack (Hrsg.):

Gesundheitsförderung und Empowerment.

Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Verlag für Gesundheitsförderung. Gamburg 2010, 180 S., € 18,70 ISBN 978-3-929798-43-2

Das Empowermentkonzept erfährt eine Renaissance als Methode der Gesundheitsförderung. Die Autoren weisen auf die Überschneidungen mit anderen gegenwärtig in der Gesundheitsförderung angewendeten Handlungskonzepten hin (wie beispielsweise Bürgerbeteiligung, Capacity Building, Entwicklung von Sozialkapital, Gemeinwesenarbeit) und stellen die Bedeutung der komplexen Zusammenhänge von Empowerment für Gesundheitsförderung heraus. Im Mittelpunkt des Buches stehen jedoch die Methoden, wie die in der Gesundheitsförderung Tätigen die Prozesse des Empowerments in ihre praktische Arbeit integrieren und wirksam umsetzen können. Damit liefert dieses Buch zur methodischen Entwicklung einer beteiligungsorientierten Gesundheitsförderung in den Settings des Alltagslebens eine systematische Einführung für die professionelle Praxis.

Claudia Wild & Brigitte Piso (Hrsg.):

Zahlenspiele in der Medizin – eine kritische Analyse.

ORAC Verlag. Wien 2010, 224 S., € 19,90 ISBN: 978-3-7015-0523-4

Zahlen erscheinen in der Medizinberichterstattung objektiv, sie lassen sich jedoch ohne Relationen und einer Beurteilung der Kontexte nicht bewerten. In diesem Fall haben sie suggestiven Charakter und werden bewusst verwendet: Um Gesundheitsbedrohungen einerseits und die Erfolge der Medizin andererseits zu betonen und um der Medikalisierung, etwa durch das Setzen und Verschieben von Grenzwerten, Vorschub zu leisten. Anhand von unterschiedlichen und gesundheitspolitisch aktuellen Themenbereichen (neue Onkologika, Schweinegrippe, HPV-Impfung), die aus dem Arbeitsprogramm des LBI-HTA stammen, werden in erster Linie LeserInnen adressiert, die Zahlen kritisch hinterfragen wollen und sich bewusst sind, dass die entsprechenden Werkzeuge dafür nicht nur PatientInnen, sondern auch MedizinerInnen und EntscheidungsträgerInnen (noch) fehlen. Nicht alles, was „neu“ und „mehr“ ist, bedeutet medizinischen Fortschritt. Da der medizinische Fortschritt mit enormen Kosten verbunden ist, möchte dieses Buch diesbezüglich aufklären, zur Demokratisierung sogenannten Expertenwissens beitragen und eine Umverteilungsdebatte im Medizinsystem anstoßen.

Frank Schulz-Nieswandt: Wandel der Medizinkultur?

Anthropologie und Tiefenpsychologie der Integrationsversorgung als Organisationsentwicklung. Duncker & Humblot. Berlin 2010, 843 S., € 100,80 ISBN 978-3-428-12504-3

Angesichts des fragmentierten österreichischen Gesundheits- und Sozialwesens steht die integrierte Versorgung an oberer Stelle der Reformbemühungen. Mit ähnlichen Problemen muss sich im übrigen der überwiegende Teil der entwickelten Gesellschaften auseinandersetzen. Aus unterschiedlichsten Gründen lässt sich dieses Vorhaben nur mit größten Anstrengungen verwirklichen. Das vorliegende Buch veranschaulicht zweifellos die Vielschichtigkeit und Komplexität mit der Integrationsbemühungen im Gesundheits- und Pflegewesen konfrontiert sind. Um aus dem Werk Rückschlüsse für die Praxis zu ziehen, wird von den potenziellen LeserInnen schon aufgrund des Umfangs und der epischen Breite des Buches einiges an Eigenleistung abverlangt. Aber ein Literaturverzeichnis von mehr als 200 Seiten legt nahe, dass auch der Autor eine gewaltige Leseleistung erbracht hat.

Danielle Quinodoz: Älterwerden

Eine Entdeckungsreise. Psychosozial-Verlag. Gießen 2010, 260 S., € 25,60 ISBN 978-3-8379-2012-3

Man mag sich die Frage stellen, ob Psychotherapie oder Psychoanalyse für Siebzehnjährige überhaupt noch Sinn macht. Diese von Betroffenen, TherapeutInnen oder PsychoanalytikerInnen häufig gestellte Frage wird von der Autorin eindeutig mit „ja“ beantwortet. Sie belegt dies anhand zahlreicher Fallgeschichten aus ihrer Praxis und ihrer Supervisionstätigkeit an einer geriatrischen Klinik. Entscheidend ist ihrer Erfahrung nach die Motivation der PatientInnen, an einer Zusammenschau leidvoller und ungeschlossener Episoden ihrer Lebensgeschichte arbeiten zu wollen. Schwerpunkte sind dabei die innere Lebensgeschichte, das Erinnern, die Lebensphasen und die Angst vor dem Tod. Zudem werden im Buch diese Themen auch in Bezug auf den/die PsychoanalytikerIn behandelt, die sich damit letztendlich in gleicher Weise auseinandersetzen müssen wie ihre PatientInnen.

WEBTIPP

Gesund bis der Arzt kommt - <http://ehgartner.blogspot.com/>

Einer der ganz wenigen investigativen österreichischen Gesundheitsjournalisten verwöhnt die/den geneigte/n Public Health ExpertIn mit Enthüllungen, Informationen und Details zu einer Fülle von Gesundheitsthemen. Der Blog zum gleichnamigen Buch von Bert Ehgartner. Ein must have!

Call for Abstracts

14. Wissenschaftliche Tagung
der Österreichischen Gesellschaft
für Public Health

29./30. September 2011
Universität Linz

Geld und Gesundheit

Der Wandel vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft

Wandelt sich unser Gesundheitssystem in eine Gesundheitswirtschaft? Public Health steht im Spannungsfeld zunehmender wirtschaftlicher Interessen an Gesundheit und Krankheit. Abhängigkeiten zwischen Wirtschaftsunternehmen, Politik und anderen Stakeholdern beeinflussen gesundheitspolitische Entscheidungen, beispielsweise über Rauchverbote, Lebensmittel-Kennzeichnungen oder Impfprogramme.

Eine der Ausprägungen des wirtschaftlich motivierten Einflusses ist die zunehmende Medikalisierung der Freizeit durch die Sport- und Tourismusbranche, oder durch die Erzeuger von Nahrungsmitteln mit behaupteten Gesundheitswirkungen. Die Medikalisierung reicht bis in Public Health Kerngebiete wie die Gesundheitsförderung. Letztlich stellt sich die Frage, wer vor dem Hintergrund welcher Interessen, und mit welchen Interventionen, den Gesundheits- und den Krankheits-Begriff definiert, oder bestehende Definitionen verschiebt.

Sind solche wirtschaftlich motivierten Interventionen nur als Gefahr zu sehen, oder bergen sie auch Chancen, beispielsweise Gesundheit in der Urlaubsplanung oder auf der familiären Speisekarte mitzudenken? Interessenskonflikte spielen sich auf politischen Ebenen wie der Europäischen Union oder der Weltgesundheitsorganisation ab, aber auch bis hin zu intrapersonalen Entscheidungen unter individuellen ökonomischen Anreizen.

Ziel der Tagung ist es, den Wandel des Gesundheitssystems zur Gesundheitswirtschaft zu analysieren, Gegenentwürfe als mögliche Ziele zu diskutieren, und die Rolle von Methoden zur Entscheidungsunterstützung (wie HTA, gesundheitsökonomische Evaluationen) und Korruptionsbekämpfung in ihrer Bedeutung einzuordnen.

Parallel Sessions

Die österreichische Public Health Tagung soll Austausch von Informationen auf hoher Qualität bieten. Das Tagungskonzept sieht vor, dass sich die Parallel Sessions aus jeweils vier Beiträgen zusammensetzen, die aus eingereichten Abstracts ausgewählt werden.

Der Call for Abstracts richtet sich an die Public Health Community im ganzen deutschsprachigen Raum und soll Beiträgen aus Forschung und aus Praxis Platz bieten.

In allen Workshop-Themen können sich folgende gesundheitswissenschaftliche Facetten finden:

- Krankenversorgung/Management
- Prävention
- Gesundheitsförderung
- Gesundheitsberichterstattung
- Gesundheitsziele
- Politik

Einreichung der Abstracts: über die Website www.oeph.at, Menüpunkt: **Wissenschaftliche Tagungen**

Abstracts können Sie ab dem **1. Dezember 2010 bis 1. März 2011** einreichen.

Bei technischen Problemen rufen Sie bitte Franz Piribauer unter 0650/524-6020 an, bei inhaltlichen Fragen benutzen Sie bitte die Emailadresse des „conference administrator“ in der Website für die Abstracteinreichung.