Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH): Public Health-Handlungsfelder für Gesundheit in allen Politikfeldern

Autorinnen und Autoren (alphabetisch)

Günter Diem
Thomas E. Dorner
Rosmarie Felder-Puig
Igor Grabovac
Daniela Rojatz
Erwin Stolz
Nadine Zillmann

Wien: Österreichische Gesellschaft für Public Health, Oktober 2019.

Inhalt

Executive Summary 2
Themen und Handlungsfelder 3
1. Klimaschutz und Gesundheit 3
2. Körperliche Aktivität und Bewegung 4
3. Ernährung 5
4. Rauchen 7
5. Kinder- und Jugendgesundheit 9
6. Gesundheit älterer Menschen 10
7. Gesundheit von lesbischen, schwulen, bisexuellen, Transgender-, intersexuellen und queer (LGBTIQ*) Personen 12
8. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung 13
9. Arbeit und Gesundheit 15
10. Impfungen 17
11. Primärversorgung 19
Literatur 20

Executive Summary

Public Health versteht sich als Forschung über und Lehre von Gesundheit in allen politischen Feldern. Die Österreichische Gesellschaft für Public Health ist eine unabhängige wissenschaftliche Fachgesellschaft und besteht aus Mitgliedern verschiedenster Institutionen und Einrichtungen in allen relevanten Public Health Bereichen, von akademischen Institutionen wie Universitäten und Fachhochschulen, anderen Forschungseinrichtungen, Public Health Instituten, Sozialversicherungen, Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung, etc..

Es gehört zur Mission der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, für mehr Gesundheit in der Bevölkerung zu sorgen, indem sie die beratend für Gesundheit in allen Politikfeldern tätig ist. Damit notwenige (politische) Entscheidungen faktenbasiert und nicht lediglich aufgrund von Intuition oder Ideologie getroffen werden, versteht es die Österreichische Gesellschaft für Public Health, Fakten und Evidenz zusammenzutragen und zu bewerten, damit vernünftige Entscheidungen getroffen werden können.

In diesem werden politische Handlungsfelder in vielen Politikfeldern aufgezeigt, in denen in der nächsten Zeit wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen, um mehr Gesundheit für möglichst viele Menschen in Österreich erreichen zu können. Die politischen Felder sind dabei sehr vielfältig und beinhalten neben dem Gesundheitsversorgungsbereich, beispielsweise auch politische Bereiche wie Arbeit und Wirtschaft, Bildung, Verkehr, Sport, Landwirtschaft, etc. Es ist auch eines der Ziele dieses Dokumentes, dass in allen politischen Bereichen die Verantwortung für Gesundheit erkannt wird.

Die hier dargestellten Handlungsfelder stammen aus den wichtigen Bereichen Umwelt und Klima, aus den Bereichen des Lebensstils, wie Ernährung, Bewegung oder Rauchen, aus Bereichen, die sich um verschiedene Bevölkerungsgruppen als wichtige Adressaten für mehr Gesundheit wenden (wie Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, oder Personen aus sexuellen oder geschlechtlichen Minoritäten), aus dem Bereich Arbeit, Bildung (Gesundheitskompetenz), oder auch aus dem Gesundheitsversorgungsbereich (Impfungen, Primärversorgung). Die hier dargestellten Bereiche sind keinesfalls erschöpfend, vielmehr sollen an diesen Beispielen die wichtigsten Bereiche dargestellt werden, in denen politische Entscheidungen dringend getroffen werden müssen.

Die einzelnen Themen und Handlungsfelder gliedern sich folgendermaßen: Zuerst werden wichtige Fakten zum jeweiligen Thema gebracht, und falls vorhanden mit Zahlen aus Österreich belegt. Danach werden in jedem Kapitel politische Handlungsfelder dargestellt. Zum Schluss eines jeden Themas folgt ein Link zu einer E-Collection zu aktuellen Forschungsergebnissen und Umsetzungsprojekten aus Österreich. Bei diesen E-Collections handelt es sich um eine Auswahl von Abstracts von Präsentationen, die im Rahmen der Jahrestagungen der Österreichischen Gesellschaft für Public Health in den Jahren 2017-2019 präsentiert wurden.

Die Österreichische Gesellschaft für Public Health hofft, mit der Darstellung dieser Themen, Handlungsfelder und Fakten einen Beitrag zu faktenbasierten politischen Entscheidungen für Gesundheit in allen politischen Bereichen beitragen zu können und steht für als kompetente Ansprechpartnerin allen politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern zur Verfügung.

Dieses Dokument wurde von Vorstandsmitgliedern und Leiterinnen und Leitern von themenspezifischen Kompetenzgruppen der Österreichischen Gesellschaft für Public Health erstellt.

Themen und Handlungsfelder

1. Klimaschutz und Gesundheit

„Klima ist der mittlere Zustand der Atmosphäre an einem bestimmten Ort oder in einem bestimmten Gebiet über einen längeren Zeitraum“ (Umweltbundesamt, 2013). Eine Ansammlung von bestimmten Gasen wie Kohlendioxid, Methan oder Distickstoffmonoxid in der Atmosphäre führt zu einer Erwärmung der unteren Luftschichten. Die Temperaturen steigen und in dessen Folge auch der Wasserspiegel. Klimawandel und Erderwärmung beeinflussen alle Teile unseres Lebens und somit auch unsere Gesundheit (Haas et al., 2018, Hutter et al., 2018). Das Spektrum ist entsprechend vielfältig: Trinkwasser wird knapper; Arbeitsbereiche müssen umstrukturiert werden, z. B. aufgrund des ausbleibenden Wintertourismus; Lösungen für zu warme Arbeitsplätze mit einhergehender verminderter Arbeits- und Konzentrationsfähigkeit und entsprechendem Produktivitätsverlust müssen gefunden werden; Menschen aus vom Klimawandel besonders betroffenen Ländern emigrieren in andere Länder; etc. Im medizinischen Versorgungsbereich lassen sich beispielsweise Infektionserkrankungen beobachten, die bisher in Österreich nur in der Reisemedizin bekannt waren.

Der Gesundheitsbereich ist aber nicht nur durch veränderte Gesundheitsbedarfe vom Klimawandel betroffen, sondern auch als großer Gesellschaftsbereich ein relevanter Energiekonsument. Konzepte, wie jenes der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser nehmen Maßnahmen zum Umweltschutz aktiv in den Blick.

In den letzten Jahren wurden auch außerhalb des Gesundheitswesens einige Maßnahmen gesetzt, um das Klima zu schützen und die Treibhausgasemissionen zu senken, beispielsweise in klimafreundlichen Gemeinden. Viele der Maßnahmen beeinflussen Gesundheitsdeterminanten positiv und können als Maßnahmen der Gesundheitsförderung oder Prävention betrachtet werden. Beispielsweise ändert sich das Ernährungsverhalten in Richtung gesünderer Ernährung, wenn das Ernährungsmuster vermehrt regionale, pflanzliche Nahrungsmittel und vermindert tierische enthält. Ein zweites Beispiel ist die Förderung der Begrünung, die sich nicht nur positiv auf das Klima, sondern auch auf die viele Aspekte der Gesundheit positiv auswirkt (Haluza et al., 2014). Auch die Umstellung von motorisierten auf körperlich aktive Methoden der Fortbewegung bedingt nicht nur eine Einsparung von CO_2, sondern auch einen Gesundheitsgewinn. Dies kann einerseits durch politische Maßnahmen wie Information, Subvention und Besteuerung bewerkstelligt werden anderseits durch Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung.

Politische Handlungsfelder

- Koordinierter Ausbau der Maßnahmen zum Klimaschutz und zur Anpassung an den Klimawandel im Sinne einer politikfeldübergreifenden Gesamtstrategie
- Maßnahmen zum Klimaschutz
    - Reduktion der Treibhausgasemissionen im Gesundheitswesen und umweltbewussten Krankenbehandlungseinrichtungen
    - Förderung von aktiver Mobilität und Möglichkeiten der körperlich aktiven Fortbewegung (Ausbau von sicheren Fußgänger- und Radwegen; Anreize für Betriebe, Duschen und Umkleidemöglichkeiten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schaffen)
    - Subvention pflanzlicher Nahrungsmittel und Besteuerung nicht nachhaltig produzierbarer tierischer Nahrungsmittel
    - Förderung der Regionalität von Nahrungsmitteln und Schaffen von Bewusstsein für die Zusammenhänge von Ernährung, Umwelt und Gesundheit in der Bevölkerung
- Maßnahmen zur Anpassung an die negativen gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels
    - Förderung der Begrünung von Flächen und Reduktion versiegelter Oberflächen, insbesondere in Städten

- Umweltbelastungen und ihre potenziellen Auswirkungen auf Gesundheit vermeiden durch Identifikation, Beobachtung und wo möglich Reduktion
- Anpassung der Empfehlungen für eine gesunden Lebensstil an die Klimaveränderungen (z.B. Bewegung nicht in der Mittagssonne, sondern zu den Tagesrandzeiten)
- Bewusstsein über den Zusammenhang zwischen Umwelt und Gesundheit bei Bevölkerung und Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern fördern bzw. stärken und Umweltgerechtigkeit bestmöglich sicherstellen

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Klimaschutz und Gesundheit finden Sie hier.

2. Körperliche Aktivität und Bewegung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2018) versteht körperliche Betätigung als ein grundlegendes Mittel zur Verbesserung der körperlichen, geistigen und sozialen Gesundheit der Menschen. Bewegung wirkt den meisten gesundheitlichen Risikofaktoren entgegen, Bewegungsmangel hingegen fördert sie. Ein körperlich aktiver Lebensstil geht einher mit einem höheren Energieumsatz. Der Energieumsatz prägt die Gesundheit und die Fitness von Menschen, da er die meisten bekannten Risikofaktoren für nicht-übertragbare (chronische) Erkrankungen beeinflusst (z. B. Körperfettanteil, Knochendichte, Insulinempfindlichkeit, Blutfette, Blutdruck etc.). Kraft und Ausdauer sind hingegen grundlegende Voraussetzungen für die körperliche Leistungsfähigkeit (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018).

Bewegung kann bei Erkrankungen zur Genesung beitragen oder Beschwerden lindern, wenn sie gezielt - ähnlich wie ein Medikament - eingesetzt wird. Evidenz zum Dosis-Wirkungs-Zusammenhang von körperlicher Aktivität bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen und älteren Menschen besteht dahingehend, dass Bewegung - regelmäßig an mehreren Tagen pro Woche ausgeübt - gesundheitswirksam ist, die muskelkräftigende Aktivitäten, mittlere und höhere Intensitäten sowie knochenbelastende Bewegungsformen integriert und kombiniert (Titze et al., 2012). So kann Bewegung vor chronischen Erkrankungen schützen, das kardiovaskuläre Risikoprofil verbessern und die funktionale, soziale und psychische Gesundheit positiv beeinflussen. Diese gesundheitsförderlichen Wirkungen können sowohl durch Alltags- und Freizeitaktivitäten erreicht werden (wie bspw. aktive Mobilität, Garten- und Haushaltstätigkeiten), als auch durch aktive, bewegungsorientierte Freizeitgestaltung. Die förderliche Wirkung körperlicher Aktivität geht jedoch weit über die Grenzen des Gesundheitsbereiches hinaus – ihre soziale und gesellschaftspolitische Bedeutung erstreckt sich unter anderem auf die Bereiche Integration, Bildung, Inklusion, Chancengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und auf sozialen Zusammenhalt.

National und international existieren evidenzbasierte Bewegungsempfehlungen hinsichtlich Art, Dauer und Intensität gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen (Titze et al., 2012). Weltweit gelingt es jedoch vielen Menschen aus unterschiedlichen Gründen nicht, diese zu erfüllen.

Die 2018 veröffentlichten Ergebnisse des 1. Österreichischen Bewegungsmonitorings zeigen: etwa die Hälfte der Bevölkerung erfüllt die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung nicht (IFES, 2017). Auf nationaler Ebene gibt es eine Reihe von Bemühungen, dem entgegenzuwirken: Im Rahmen der Aktivitäten zum österreichischen Gesundheitsziel 8 (BMGF, 2017; BMÖDS, 2019) werden seit 2014 Maßnahmen zu Bewegungskompetenz der Bevölkerung, zu aktiven Lebenswelten und zu bewegungsfördernden Netzwerken forciert. 2012 wurde der Nationale Aktionsplan Bewegung (NAP.b, BMLVS, 2013) verabschiedet, der jedoch weitgehend in Vergessenheit geraten ist. Öffentlichkeitswirksame Initiativen haben bisher kaum langfristige Wirkung entfaltet. Dies ist u.a. wenig ausgebauter oder mangelnder Infrastruktur zu geschuldet – bewegungsförderliche Umwelten, die zu einem aktiven Lebensstil einladen bzw. regelmäßige körperliche Aktivität ermöglichen, sind sowohl in

urbanen als auch ländlichen Raum noch nicht ausreichend vorhanden. Politische Sportagenden fallen in unterschiedliche Wirkungsbereiche, etwa Sportministerium Gesundheitsministerium, Bildungsministerium, oder die der Bundesländer. Auch im nicht-staatlichen Bereich sind Sportagenden über unzählige Institutionen verteilt, die 60 Fachverbände teilen sich auf 3 Dachverbände auf.

Bestrebungen, körperliche Aktivität und Bewegung als Medikament zu verstehen und einzusetzen („Exercise is Medicine"; ACSM, 2019) oder im Sinne des „Social Prescribing" (Husk et al., 2019) zu etablieren, sind in Österreich bisher kaum erfolgt oder ergebnislos geblieben.

Politische Handlungsfelder

- Infrastruktur schaffen und ausbauen
  - Sportstätten ausbauen und fördern
  - Schulen und Kindergärten mit adäquaten Bewegungsräumen und -möglichkeiten ausstatten
  - Bewegungsräumen in der Stadtplanung und -entwicklung Priorität einräumen
  - Aktive Mobilität fördern
- Körperliche Aktivität und Bewegung in Elementarpädagogik und Schule verstetigen
  - Stellenwert von Sport und Bewegung in Elementarpädagogik und (Aus)Bildung nachhaltig und sinnvoll mit infrastrukturellen Maßnahmen und Ressourcenaufstockung stärken
  - Lehrpläne und Ausbildungscurricula überarbeiten
- „Bewegung als Rezept" und „Social Prescribing" etablieren
  - Aufnahme von Bewegungsexpertinnen und -experten in Primärversorgungszentren und –Einheiten
  - Aus- und Weiterbildung von Personal im Gesundheitswesen zu gesundheitswirksamen Effekten körperlicher Aktivität im physischen, emotionalen, psychischen und sozialen Bereich („Exercise is Medicine", „Social Prescribing")
  - Abrechnungsposten für ärztliche Beratung durch Krankenkassen schaffen
- (politische) Zuständigkeiten zusammenfügen:
  - sowohl auf staatlicher als auch auf nicht-staatlicher Ebene Ressourcen, Verantwortlichkeiten und Entscheidungskompetenzen in den Bereichen Bewegung, Sport und körperliche Aktivität bündeln
  - Lobbying für Bewegung und körperliche Aktivität im Sinne des Health in all Policies (HiAP)-Ansatzes in allen Politikfeldern betreiben

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Körperliche Aktivität und Bewegung finden Sie hier.

3. Ernährung

Ernährung hat in jeder Lebensphase beträchtlichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung. So kann ausgewogene, abwechslungsreiche und bedarfsgerechte Ernährung das Risiko für zahlreiche chronische, ernährungsassoziierte Erkrankungen senken und die Lebensqualität steigern (Rust et al., 2017). Ziel ernährungsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung sowie ernährungspolitischer Entscheidungen ist es, das Bewusstsein zur Unterstützung der eigenen Gesundheit durch Ernährung zu fördern, sowie Fehl-, Über- und Mangelernährung zu verringern (BMGF, 2013).

Damit soll u. a. eine Trendwende der weltweit steigendenden Übergewichts- und Adipositaszahlen herbeigeführt werden (WHO, 2018). Zu diesem Zweck gibt es bereits seit den 1990er Jahren Empfehlungen der WHO im Rahmen globaler Strategien, bspw. die Aufnahme an freiem Zucker in sämtlichen Lebensphasen auf unter 10 Energieprozent zu reduzieren; dies entspricht etwa 50 Gramm Zucker pro Tag (ca. 10 Teelöffel) für einen durchschnittlichen Erwachsenen (WHO, 2015).

Allen Menschen – unabhängig von sozialem Status oder Bildungsniveau - muss der Zugang zu qualitativ hochwertigen, regionalen und saisonalen und leistbaren Lebensmitteln ermöglicht werden. Herstellung, Verarbeitung und Vermarktung von Lebensmitteln sollen jedenfalls unter gesundheitlichen, ökologischen und sozialen Gesichtspunkten erfolgen.

Die Stärkung individueller Gesundheits- und Ernährungskompetenzen der Bevölkerung, die Optimierung der Angebote in der Gemeinschaftsverpflegung oder die Verringerung von Übergewicht bzw. Erhaltung eines optimalen Körpergewichts sind nur einige aktuelle ernährungsassoziierte gesellschaftliche Herausforderungen. Auch die Verminderung und Vorbeugung ernährungsassoziierter Erkrankungen stellen ein wichtiges Handlungsfeld dar. So ist beispielsweise europaweit Milchzahnkaries, u.a. hervorgerufen durch stark zuckerhaltige Lebensmittel, immer noch stark verbreitet (Bodenwinkler et al., 2017). Neben bestimmten Einzelrisikofaktoren zählen chronische Über- und Fehlernährung zu den Hauptrisiken für die Entstehung ernährungsabhängiger Krankheiten, die in Entstehung, Verlauf und Therapie zu einem gewissen Grad durch Ernährung beeinflussbar sind (beispielsweise erhöhte Blutfettwerte, diverse Herz- und Gefäßkrankheiten, Typ-2-Diabetes mellitus, diverse Krebserkrankungen oder Karies; Rust et al., 2017).

Darüber hinaus ist das Thema Ernährung gegenwärtig geprägt durch klimarelevante Fragestellungen wie reduzierte Biodiversität und Artenvielfalt, CO2- und Methanproduzierende Nahrungsmittelindustrie (v.a. im tierischen Lebensmittelbereich, und lange und unnötige Transportwege in der Nahrungsmittelproduktions- und –vertriebskette). Die Einflüsse dieser Faktoren auf die landwirtschaftliche Produktion und damit auf Nahrungsmittelverfügbarkeit sind unumstritten (Haas et al., 2018). Überdies spielen in Bezug auf hochwertige, qualitätsvolle Ernährung auch Aspekte wie sichere, saubere Lebensmittel, Vermeidung von Pestiziden und Antibiotika in Lebensmitteln oder der Einsatz von Gentechnik eine Rolle.

41,0% der erwachsenen österreichischen Bevölkerung sind übergewichtig bzw. adipös, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Ein Vergleich der Ergebnisse der drei letzten Österreichischen Ernährungsberichte zeigt nur geringe Veränderungen hinsichtlich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der österreichischen Bevölkerung (Rust et al., 2017). Die schulbasierte, österreichische HBSC-Erhebung ermöglicht für die Zielgruppe der 11-15Jährigen Trends über die Zeit darzustellen. Der tägliche Obstkonsum erlebt dabei seit 2006 einen kontinuierlichen Anstieg: statt einem Drittel der Schülerinnen und Schüler im Jahr 2006 nehmen nun fast die Hälfte täglich Obst zu sich. Seit 2006 steigt auch der tägliche Gemüsekonsum stetig. Allerdings zeigen die Ergebnisse auch, dass der tägliche Konsum von Süßigkeiten ebenfalls – wenn auch in etwas abgeschwächter Form – seit 2002 steigt (Felder-Puig et al., 2019).

Im Juni 2018 legten die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister der Europäischen Union Vorschläge zur Regulierung der Vermarktung von Lebensmitteln mit hohem Energiegehalt, gesättigten Fetten, Transfettsäuren sowie hohen Anteilen an Zucker und Salz vor. Bisher sind diese nur unzureichend in Österreich zur Umsetzung gelangt. Österreichweit verfügt beispielsweise nur etwa die Hälfte (55 %) der Sechsjährigen über ein kariesfreies Milchgebiss, 45 % der untersuchten Sechs- bis Siebenjährigen haben Karieserfahrung. Der sozioökonomische Status der Familie spielt dabei eine bedeutende Rolle: Kinder von Eltern aus sozial schwachen Schichten, mit geringem Bildungsgrad und/oder mit Migrationshintergrund haben deutlich häufiger kariesbelastete Milchzähne (Bodenwinkel et al., 2017).

Das österreichische Gesundheitsziel 7 stellt die Zugänglichkeit gesunder Ernährung für alle Bevölkerungsgruppen in den Mittelpunkt (BMGF, 2017). Bislang wurden aber noch keine konkreten Maßnahmen zu diesem Ziel entwickelt. Zumindest vereinheitlicht der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e; BMGF, 2013) seit 2013 lebensmittelbasierte Ernährungsempfehlungen für Österreich. Oberstes Ziel des NAP.e sind eine Verringerung von Fehl-, Über- und Mangelernährung und die damit erhoffte Trendumkehr der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bis 2020. Die Wahl zu einem gesünderen Ernährungsmuster muss die leichtere Alternative werden. Dies soll u.a. mit öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen und Initiativen, wie beispielsweise der Veröffentlichung von Ernährungsempfehlungen (z.B. Ernährungspyramiden) für Erwachsene, Kinder und Schwangere und Stillende und damit verbundenen Empfehlungen zum ausgewogenen und genussvollen Essen und Trinken erreicht werden. Zudem wurden eine Vielzahl an Leitlinien und Empfehlungen für die Gemeinschaftsverpflegung verabschiedet, deren Handhabbarkeit für bzw. deren Anschlussfähigkeit an die Praxis regelmäßig überprüft werden muss.

Politische Handlungsfelder

- Die Wahl eines gesunden Ernährungsmusters muss die leichtere Alternative sein!
- Bei der Gemeinschaftsverpflegung in öffentlichen Einrichtungen der elementaren Bildung, in Schulen, in Kranken- und Pflegehäusern, Kantinen und Mensen überwiegend regionale, nachhaltig angebaute, saisonale Lebensmittel
- Getränkeautomaten in Bildungseinrichtungen und Schulbuffets Schulen überwiegend mit niedrig-kalorischen, zuckerarmen Produkten ausstatten, Wassertrinken fördern
- Beschränkung von Werbung für Lebensmittel mit hohem Energiegehalt, gesättigten Fetten, Transfettsäuren sowie hohen Anteilen an Zucker und Salz zum Schutz von Kindern und zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten in dieser Altersgruppe
- Verpflichtende Auflagen statt freiwilliger Zugeständnisse für Lebensmittelkonzerne in den Bereichen

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Ernährung finden Sie hier.

4. Rauchen

Aktives und in geringerer Form auch passives Rauchen ist für eine Vielzahl von Krankheiten und vermeidbaren Todesursachen allein oder mitverantwortlich, allen voran Herz- Kreislauferkrankungen und Krebserkrankungen in allen Organsystemen. Die Lebenszeitverkürzung durch das Rauchen beträgt in etwa 10 Jahre. Das Risiko vorzeitig zu versterben ist bei Raucherinnen und Rauchern etwa 3 Mal höher als bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern und bis zu zwei Drittel aller Todesfälle bei Raucherinnen und Rauchern sind allein durch das Rauchen verursacht (OECD, 2016; Cully et al., 2013; Banks et al., 2015).

In Österreich ist die Mortalität an Herz- Kreislauferkrankungen zwar in den letzten Jahrzenten deutlich zurückgegangen, nicht jedoch in dem Ausmaß, wie sie in anderen OECD-Ländern zurückgegangen ist. Wahrscheinlichster Grund dafür ist, dass die Prävalenz des Rauchens in den letzten Jahrzehnten international deutlich gesunken ist, nicht jedoch in Österreich (Grabovac et al., 2018).

Eine Analyse von Daten von 181 Ländern zeigte einen klaren Abfall in der Häufigkeit zu rauchen zwischen 1980 und 2010 von 41,2% auf 31,1% bei den Männern und von 10,6% auf 6,2% bei den Frauen. Einen Anstieg in der Raucherinnen- und Raucherprävalenz gab es nur in ganz wenigen Ländern. In dieser Analyse gehörten österreichische Frauen nicht nur zu jener seltenen Gruppe mit einem Anstieg an Raucherinnen und Rauchern, österreichische Frauen zeigten auch die dritthäufigste Proportion an Raucherinnen in allen teilnehmenden Ländern (Ng et al. 2014).

Der Anteil der täglich rauchenden Bevölkerung ist in Österreich im internationalen Vergleich besonders hoch. Am häufigsten rauchen Personen im Alter von 15-29 Jahren, mit niedrigerer Schulbildung, und arbeitslose Personen. Während die Raucherprävalenz bei den Männern in Österreich in den letzten Jahren auf hohem Niveau gleichgeblieben ist, ist die Raucherinnenprävalenz bei den Frauen deutlich und signifikant gestiegen. In Österreich rauchen gemäß Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 durch Statistik Austria 26,0% der Männer und 22,0% der Frauen täglich. Im Vergleich dazu betrug dieser Anteil in der Gesundheitsbefragung 2006/07 bei den Männern ebenfalls 26,0% und bei den Frauen 19,1%. Besonders bei den 30-64jährigen Frauen, bei Frauen mit niedriger Schulbildung und bei Frauen mit Migrationshintergrund stieg der Anteil der Raucherinnen sehr stark an. Einen starken Zuwachs an Raucherinnen und Rauchern gab es zwischen den beiden Befragungen bei Personen mit chronischen Erkrankungen (Männer: Zuwachs von 4% relativ; Frauen Zuwachs von 23% relativ). Bei Personen mit Diabetes mellitus war dieser Anstieg besonders gravierend: +22% bei den Männern; +67% bei den Frauen (eigene Berechnungen nach: Klimont et al., 2007 und Klimont et al., 2015).

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt eine Reihe von politischen Maßnahmen gegen Rauchen. Diese werden mit dem Akronym „MPOWER“ abgekürzt. Diese Buschstaben stehen für das **M**onitieren der Raucherinnen- und Raucherprävalenz und Präventionsstrategien, Schutz („**p**rotect“) der Bevölkerung vor Rauchexposition, Angeboten („**o**ffer“) zur Tabakentwöhnung, Warnhinweisen zur Gefährlichkeit von Tabakprodukten, Werbeverbot („**e**nforce bans“) für Tabakprodukte und Erhöhung von Tabaksteuer („**r**aise taxes“). Defizite für Österreich zeigt die WHO Berichten in den Bereichen „P“ (Schutz der Bevölkerung vor Rauchexposition) und „o“ (Maßnahmen und Zugang zu Maßnahmen zur Raucherinnen- und Raucherentwöhnung) auf. Und die Maßnahmen dazu, die in Österreich gesetzlich gesetzt werden, werden unzureichend umgesetzt und monitiert (WHO, 2017). Im Bereich Schutz vor Rauchexposition tritt mit dem Rauchverbot in der Gastronomie ab 01.11.2019 eine deutliche Verbesserung der Situation in Kraft.

Politische Handlungsfelder

- Eine Verstärkung der Public Health Maßnahmen zur Reduktion des Rauchens ist unumgänglich, wenn Österreich nicht weiter in der Mortalität von vermeidbaren Todesursachen den anderen OECD-Ländern hinterherhinken möchte.
- Es wird nicht eine einzelne Maßnahme zur Reduktion der Raucherinnen- und Raucherprävalenz führen, sondern dafür braucht es ein Paket an Maßnahmen.
- Es sollen Maßnahmen gesetzt werden, die vermitteln, dass Rauchen nicht etwas sozial Erwünschtes oder gar Erstrebenswertes ist. Wird beispielsweise Rauchen in Restaurants erlaubt, oder werden Tabakprodukte nur gering versteuert, vermittelt das, dass Rauchen ja gar nicht so schädlich sein kann.
- Das eingeführte Rauchverbot in der Gastronomie sollte auf ihre Einhaltung genauestens geprüft werden.
- Es ist darauf zu achten, dass das Rauchverbot in der Gastronomie nicht durch Ausnahmeregelungen aufgeweicht wird.
- Die empfohlenen EMPOWER Maßnahmen müssen konsequent umgesetzt und auch monitiert werden.
- Die Notwendigkeit zur Montierung gilt auch für und die Häufigkeit des Rauchens selbst.
- Raucherinnen- und Rauchertherapie sollte als Routinemaßnahme insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, entsprechend der klinischen Leitlinien tatsächlich angeboten, durchgeführt, und über die Krankenkassen finanziert werden.

- Da sich Hinweise darauf häufen, dass nicht nur Zigarettenrauchen schädlich ist, sondern auch der Konsum anderer Tabakprodukte (E-Zigaretten, Shishas, etc.) sollte die Politik auch darauf auch Acht geben und ggf. politische Maßnahmen setzen.

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Rauchen finden Sie hier.

5. Kinder- und Jugendgesundheit

Erziehung und Bildung werden in unserer Gesellschaft auch für einzelne Personen immer wichtiger, denn die Wissensgesellschaft verurteilt Schulabbrecherinnen und -abbrecher oder Schülerinnen und Schüler mit schlechten Zeugnissen zu einer lebenslangen Bedrohung ihrer sozialen Existenz. Dies hat, wie aus vielen Studien bekannt ist, auch massive Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen (Mielck et al., 2012). Deshalb gilt: Eine gute (Aus-)Bildung ist der beste Impfstoff nicht nur gegen schlechte Arbeitsmarkt- und Teilhabechancen, sondern auch gegen schlechte Gesundheit und Krankheit.

Damit einher geht aber auch ein verstärkter Leistungsdruck und die Angst, in einer Gesellschaft, in der es zwar viele Chancen, aber auch hohen Zeitdruck und viel Konkurrenz gibt, nicht mithalten zu können. So ist es nicht verwunderlich, dass die Rate an häufigen psychischen und (psycho-)somatischen Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern aller Altersgruppen in den letzten acht Jahren signifikant gestiegen ist (Felder-Puig et al., 2019). So kommen z. B. Symptome wie häufige Gereiztheit, Nervosität, Niedergeschlagenheit und Kopfschmerzen häufiger als früher vor; viele leiden an wiederkehrenden Einschlafschwierigkeiten. Auch die Belastung durch schulische Anforderungen ist subjektiv gestiegen. Dazu kommt der Druck, den die sozialen Medien erzeugen, denn – dies zeigen die vorliegenden Zahlen – Kinder und Jugendliche sind häufige Nutzerinnen und Nutzer, und ungefähr 9% zeigen eine sehr auffällige Nutzung sozialer Medien, was wiederum mit erhöhten gesundheitlichen Beschwerden einhergeht.

Bei 12% der Schüler und 24% der Schülerinnen im Alter von 11-17 Jahren besteht sogar Verdacht auf eine depressive Verstimmung. Bei älteren Schülerinnen und Schülern sowie Lehrlingen sind die diesbezüglichen Prävalenzen noch höher, nämlich 18% und 31% (Felder-Puig et al., 2019; Felder-Puig, Ramelow et al., 2019).

Ein globales Gesundheitsproblem stellt die in vielen Teilen der Welt die steigende Rate an übergewichtigen und adipösen Kindern dar. Deshalb hatte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eines von sechs Zielen, die bis 2025 zu erreichen sind, vorgegeben, dass diese Rate nicht weiter steigen darf (WHO 2018). In der österreichischen HBSC-Studie („Health Behaviour in School Aged Children“) konnte aber bis dato kein Rückgang oder eine Stabilisierung bei den jugendlichen Übergewichtsraten festgestellt werden. So müssen mindestens 17% der 11- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schüler als übergewichtig bezeichnet werden; bei Lehrlingen sind es mindestens 25% (Felder-Puig et al. 2019, Felder-Puig, Ramelow et al. 2019). Ebenso viele sind es gemäß Österreich-Ergebnissen der „Childhood Obesity Surveillance Initiative“ der WHO Europe bei Volksschulkindern der 3. Schulstufe (WHO, oJ).

Auch das Thema Gewalt bei Kindern und Jugendlichen sollte mehr Berücksichtigung erfahren: So ist die Rate an schweren Gewalttaten in Schulen (mit Polizeieinsatz und/oder Anzeige) zwar nicht so stark gestiegen, wie es viele Medienberichte vermuten lassen; trotzdem konnte in einer Überprüfung der Prävalenzen für den Zeitraum 2013-2018 eine Steigerung von ca. 8% gezeigt werden (Felder-Puig et al., 2018). Dies wird vor allem auf einen Anstieg bei Kindern und Jugendlichen, die unter schwierigen Bedingungen aufwachsen müssen, elterlichen Erziehungsfehlern sowie die neuen Medien, die es besonders einfach machen, bestimmte Grenzen zu überschreiten, zurückgeführt.

Politische Handlungsfelder

- Verpflichtender Ausbildungsabschluss für jeden Jugendlichen.
- Ausbau von Ganztagsschulen und Sicherstellung, dass speziell jene Schülerinnen und Schüler, die von dieser Schulform sehr profitieren würden, diese Schulen auch besuchen (können).
- In der modernen Schule arbeiten verschiedene Professionen interdisziplinär zusammen, damit dem Bildungs- und Erziehungsauftrag nach heutigen fachlichen Standards Genüge getan werden kann.
- Bei der Überarbeitung von Lehrplänen stärkere Berücksichtigung der Förderung von Lebenskompetenzen der Schülerinnen und Schüler; dies gilt aktuell besonders für Gesundheitskompetenz, Medienkompetenz und Umweltbildung.
- Einführung eines neuen Pflichtgegenstands ab Sekundarstufe I, der soziales Lernen, gewaltfreie Kommunikation, Konfliktlösung, Werteerziehung, Gesundheitserziehung u.Ä. beinhaltet.
- Verstärkte Unterstützung von Eltern in Erziehungsfragen und subgruppenspezifische Maßnahmen der Elternbildung.
- Weiterer Ausbau der Umsetzung von evidenzbasierten Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen.
- Ausbau des diagnostisch-therapeutischen Angebots bei psychischen Störungen /Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen.
- Über verschiedene Politikfelder hinweg konzertierte Maßnahmen zur Eindämmung der Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen.
- Weiterführung der vielfältigen Anstrengungen, Kinder und Jugendliche für einen gesunden Lebensstil zu begeistern und deren Lebenswelten entsprechend zu gestalten.
- Begleitende Forschung, um empirische Belege für (Fehl-)Entwicklungen sammeln zu können.

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit finden Sie hier.

6. Gesundheit älterer Menschen

Die Österreicherinnen und Österreicher werden immer älter. Aufgrund verringerter Sterblichkeit und der Alterung geburtenreichen Jahrgänge wird der Anteil der älteren Bevölkerung in Österreich von derzeit 19% (65+ Jahre) bzw. 5% (80+ Jahre) nach den Prognosen von Statistik Austria bis 2050 vermutlich auf 27% bzw. 11% ansteigen. Vor diesem Hintergrund ist die Förderung aktiven Alterns (active ageing), das heißt die Bewahrung und Verbesserung von Unabhängigkeit, Aktivität, Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen, von zentraler gesellschaftlicher Bedeutung. Bei der Umsetzung geeigneter politischer Maßnahmen schneidet Österreich laut dem Index für aktives Altern (UNECE/EU-Commission, 2019) trotz positiver Entwicklung in den letzten Jahren (2008-2016) gegenwärtig (2018) im europäischen Vergleich nur durchschnittlich ab (Mittelwert = 35,8, Österreich = 35,9, Spitzenreiter Schweden = 46,9), was sich vor allem auf die geringe hiesige Erwerbstätigkeit älterer Menschen zwischen 55-74 Jahren zurückführen lässt.

Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl der Personen die von Multimorbidität, kognitiven und funktionellen Einschränkungen, und Gebrechlichkeit („frailty“) betroffen sind. 74% der befragten Personen (80+) in der österreichischen Hochaltrigenstudie (ÖPIA, 2015) waren beispielsweise von zwei oder mehr chronischen Krankheiten, 53% von kognitiven Einschränkungen und 45% von Gebrechlichkeit (pre-frailty bzw. frailty) betroffen. 30% gaben an auf Unterstützung im Alltag angewiesen zu sein. Die genannten altersassoziierten Gesundheitsprobleme sind mit hochfrequenter Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und damit hohen Kosten sowie weiteren negativen Gesundheitsfolgen verbunden. Obwohl die gesundheitliche Versorgung in Österreich insgesamt sehr gut ist (Bachner et al.,

2018), sind vor dem Hintergrund der Zunahme multimorbider älterer Personen eine nach Krankheiten und Organsystemen spezialisierte Medizin sowie die Fragmentierung der Dienstleistungen und die hohe Anzahl von stationären Aufenthalten multimorbider Patientinnen und Patienten im österreichischen Gesundheitssystem problematisch. Polypharmazie spielt eine wesentliche Rolle bei älteren Menschen, aufgrund der nicht vorherzusehenden Interaktionen mehrerer Medikamente und deren Nebenwirkungen. Hervorzuheben ist demgegenüber die palliativmedizinische Versorgung, bei der Österreich im europäischen Spitzenfeld ist (Arias-Casias, 2019). Umgekehrt ist die Rate der Grippeimpfungen bei älteren Personen in Österreich nicht nur nicht ausreichend dokumentiert (ECDC 2018) sondern auch niedrig (ca. 20%; EU-Schnitt = 35%, Eurostat, 2015) und damit besonders weit unterhalb der empfohlenen Zielvorgabe (75%).

Die Anzahl der Pflegegeldempfänger und Pflegegeldempfängerinnen in Österreich steigt kontinuierlich an (1997: 3,4%; 2017: 5,2%) und besteht mehrheitlich aus älteren Personen (ca. 50% sind 80+). Diese zentrale Säule des österreichischen Langzeitpflegesystems ist nicht zweckgebunden und deckt explizit nur Teile der Pflegekosten ab, wodurch im Kontext des österreichischen Familialismus (vorrangig weibliche) pflegende Angehörige in die Pflicht genommen werden (Riedel & Kraus, 2010). Zudem gibt es keine stetige Valorisierung des österreichischen Pflegegeldes, wodurch sich dessen Kaufkraft zeitweise deutlich verringerte (zwischen 1993-2016 bspw. um 25%). Vor dem Hintergrund des steigenden Pflegebedarfs ist die kurz- und mittelfristige Verfügbarkeit professioneller Pflegedienstleistungen in Österreich von zentraler Bedeutung. Gegenwärtig beträgt das Durchschnittsalter von professionellen Pflegekräften 47 Jahre (Rodrigues et. al., 2018). Das heißt trotz international vergleichsweise hohem Qualifizierungsgrad und kollektivvertraglicher Absicherung gelingt es nur unzureichend jüngere Arbeitskräfte für die Langzeitpflege zu gewinnen.

Entgegen gängigen Vorurteilen und einem vornehmlich defizitorientierten Altersbild existiert ein hohes Maß an Heterogenität hinsichtlich des Gesundheitszustandes und des Lebenswandels älterer Personen, was nicht zuletzt durch soziale und gesundheitliche Ungleichheit zustande kommt. Personen mit geringerer Bildung sowie geringerem Einkommen und Vermögen sind bei deutlich schlechterer physischer, psychischer und kognitiver Gesundheit und sterben mehrere Jahre früher im Vergleich zu besser gebildeten und vermögenderen Personen (= Gradient gesundheitlicher Ungleichheit) (Marmot, 2005). Dies ist neben Unterschieden im Gesundheitsverhalten vor allem auf materielle und psychosoziale Risikofaktoren und ihre über die Lebenszeit akkumulierte Wirkung zurückzuführen. In Österreich gibt es erst seit wenigen Jahren spezifische Ansätze zur Reduktion von gesundheitlicher Ungleichheit.

Politische Handlungsfelder

- Die Erwerbstätigkeit unter der älteren Bevölkerung (55 J.-74 J.) ist im europäischen Vergleich gering. Erwerbstätigkeit trägt zur materiellen Absicherung, sozialen Integration und Sinnstiftung bei und ist eine tragende Säule aktiver Alterspolitik. Dementsprechend wird ein Ausbau der Förderung der Erwerbstätigkeit in der arbeitsfähigen und -willigen älteren Bevölkerung empfohlen.
- Gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen (bspw. Kraft- und Ausdauertraining, ausgewogene Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen, jährliche Grippeimpfung), die die Entstehung chronischer Gesundheitsprobleme vermeiden oder hinauszögern bzw. deren Verlauf verbessern können, werden empfohlen. Gleichzeitig wird empfohlen neben den Risiken, auch die Ressourcen älterer Menschen in den Blick zu nehmen (z. B. Lebenserfahrung und soziales Engagement) und diese aktiv zu stärken mit dem Ziel gesundheitliche Belastungen und Ressourcen auszubalancieren.
- Eine personenzentrierte und integrierte medizinische Primärversorgung älterer Menschen, eine Förderung der geriatrischen Ausbildung (Additivfach, Etablierung Facharztausbildung für Geriatrie) sowie eine Vermeidung überflüssiger Krankenhausaufenthalte und Polypharmazie bei chronisch kranken älteren Personen wird empfohlen.

- Nachhaltige Sicherstellung der Langzeitpflege angesichts steigender Anzahl pflegebedürftiger Älterer: Es wird eine Aufwertung der professionellen Langzeitpflege sowie eine Erhöhung und regelmäßige Valorisierung des Pflegegeldes empfohlen.
- Verstärkung spezifischer politischer Maßnahmen zur Verringerung des Gradienten gesundheitlicher Ungleichheit in der gesamten Bevölkerung.

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Gesundheit älterer Menschen finden Sie hier.

7. Gesundheit von lesbischen, schwulen, bisexuellen, Transgender-, intersexuellen und queer (LGBTIQ*) Personen

Lesbische, schwule, bisexuelle, Transgender-, intersexuelle und queer (LGBTIQ*) Personen sind in allen gesellschaftlichen Ebenen, unabhängig von Alter, Geschlecht, ethnischer, religiöser und sozioökonomischer Zugehörigkeit, zu finden. Als eine Gemeinschaft leiden sie jedoch an großen gesundheitlichen Disparitäten. Ergebnisse von internationalen Studien haben darauf hingewiesen, dass LGBTIQ*-Personen im Vergleich zur heterosexuellen und Cisgender-Personen ein höheres Risiko für Krebserkrankungen, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Mobbing, Isolation, Depressionen und Angststörungen haben. Da häufig Gesundheitsfachkräfte LGBTIQ*- Personen stigmatisieren, diskriminieren, ein vermindertes Wissen haben und daher auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Gruppe nicht eingehen können, erhält diese Menschengruppe öfters eine schlechtere Gesundheitsversorgung (IOM, 2011).

Im Jahr 2013 hat der amerikanische Sozialepidemiologe Ilan Meyer vorgeschlagen, dass die Gesundheitsdisparitäten durch ein Minderheitenstressmodell (*Minority Stress Model*) erklärt werden können. Dieses Modell beschreibt, wie Stressfaktoren wie soziale Vorurteile und Diskriminierung bei bestimmten Minderheitengruppen chronisch hohe Belastungen verursachen, die einen Effekt auf psychische und körperliche Gesundheit der LGBTIQ*-Personen haben. Oft kann gesellschaftliche Homophobie internalisiert werden, was zu Scham-, Schuldgefühlen und Isolation führt, die die Gesundheit weiter verschlechtern. Es ist wichtig anzumerken, dass all diese Phänomene als Prädiktor für distale Stressfaktoren (Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung) auftreten, was bedeutet, dass sie die Folge von negativen sozialen Einstellungen sind (Meyer, 2003).

Die Republik Österreich hat Fortschritte in der rechtlichen Anerkennung von LGBTIQ*-Personen durch rezente Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofs gemacht; z.B. gleichgeschlechtliche Partnerschaft, Adoptionsrecht, Anerkennung des "dritten“ Geschlechts als Option und Eherecht für gleichgeschlechtliche Paare. Gleichzeitig zeigen EU Daten, dass in Österreich Akzeptanz von LGBTIQ*-Personen 2018 um etwa 70% gestiegen ist. Diese ist aber niedriger als im EU Durchschnitt, der bei 76% liegt (EU Barometer, 2019). Jedoch ist Diskriminierung und Gewalt gegenüber LGBTIQ*-Personen keinesfalls ein Thema der Vergangenheit. Eine Online Erhebung von rund 1300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern untersuchte die Lebenssituation der LGBTIQ*-Personen in Wien. Die Daten zeigten, dass rund 30% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den letzten 12 Monaten im öffentlichen Raum Gewalt und/oder Diskriminierung erlebten. Wichtig ist jedoch, dass nur 1% der teilnehmenden Personen eine polizeiliche Anzeige gemacht haben, was ein sehr geringes Vertrauen in Behörde zeigt (Schönpflug et al., 2015).

Die internationale Forschung zeigt, dass Diskriminierung im Gesundheitssystem bei LGBTIQ*-Personen sehr prävalent ist. Diesbezüglich gibt es allerdings keine Daten aus Österreich. Es ist bekannt, dass die Einstellungen und das Verhalten des Gesundheitspersonals jenen der Allgemeinbevölkerung folgen (EU FRAU, 2014; Grabovac et al., 2014; Grabovac et al., 2016). Daher bleibt die Hoffnung, dass sich mit der Verbesserung der sozialen Stellung und der Sichtbarkeit von LGBTIQ*-Personen in der Allgemeinbevölkerung auch die Diskriminierung von LGBTIQ*-Personen im Gesundheitssystem reduziert.

In Österreich sind im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern LGBTIQ*-Personen in nationalen Gesundheitsbefragungen und anderen national repräsentativen Kohortenerhebungen völlig unsichtbar, und daher viele Fragen zur Gesundheit und gesundheitlichen Bestimmungsfaktoren von LGBTIQ*-Personen in Österreich unbekannt. Diese ist im großen Gegensatz zu Ländern wie Großbritannien, den Niederlanden oder Schweden, in denen Fragen zur sexuellen Orientierung und zur Geschlechtsidentität in offiziellen nationalen Gesundheitsumfragen sowie in national repräsentativen akademischen Kohorten gestellt werden. Die von einigen Stakeholdern häufig geäußerte Befürchtung, Fragen zur sexuellen Orientierung oder zur Geschlechtsidentität zu stellen, würde die Teilnehmerinnen und Teilnehmer abschrecken und die Stichprobe verzerren, scheint unbestätigt zu sein, da die Erfahrungen aus diesen Ländern zeigen, dass die Antwortraten auf diese Fragen sehr hoch sind und die Antwortraten im Vergleich zu anderen Fragen steigen. Der Mangel an Daten für Österreich verhindert sowohl das Monitoring als auch die wirksame Durchführung von Public Health Interventionen.

Politische Handlungsfelder

- Aus- und Weiterbildung zu Themen der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt
    - Einbeziehung von LGBTIQ*-spezifischen Themen in alle Bildungsstufen, um die Sichtbarkeit zu verbessern und die Diskriminierung in der Bevölkerung zu verringern
    - Einbeziehung von LGBTIQ*-Themen in die Grundausbildung der Gesundheitsberufe sowie Bereitstellung regelmäßiger Weiterbildungsmöglichkeiten
- Schaffung von Plattformen für gemeinschaftsbasierte partizipative Forschung
    - Bereitstellung von Finanzmitteln und struktureller Hilfe für solche Projekte
- Systematisches Monitoring durch Datenerfassung
    - Einbeziehung von Fragen zur sexuellen Orientierung und zur Geschlechtsidentität in nationale Gesundheitsbefragungen
    - Einbeziehung von Fragen zur sexuellen Orientierung und zur Geschlechtsidentität in andere nationale repräsentative Kohorten
- Entwicklung einer nationalen Strategie zur Verbesserung der Gesundheit und der Beteiligung von LGBTIQ*-Personen

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Gesundheit von LGBTQ*-Personen finden Sie hier.

8. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

„Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, welche die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern.“(HLS-EU Consortium, 2012; Kickbusch et al., 2016)

Gesundheitskompetenz ist ein relationales Konzept, das heißt, das Ausmaß an Gesundheitskompetenz hängt sowohl von den individuellen Kompetenzen einer Person ab als auch von den Anforderungen, die die Umwelt an die Person stellt. Gesundheitskompetenz ist daher nicht allein eine Frage des Gesundheits- und Bildungsbereichs, sondern bedarf gemeinsamer Anstrengungen in allen gesellschaftlichen Bereichen.

Auf individueller Ebene ist Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung, um gute Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Diese wirken sich u.a. auf Lebensstil (wie verhalte ich mich?), auf das Selbstmanagement von Gesundheitsproblemen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (wohin wende ich mich?), und Interaktion mit den Gesundheitsberufen aus (in wie weit erkenne ich Sinn, Handhabbarkeit der Maßnahmen und setze sie um?).

In Österreich ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Vergleich zu anderen Ländern (u. a. Niederlande) schwach ausgeprägt. Viele Menschen in Österreich haben Probleme, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden und sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Jede zweite Person hat Probleme zu verstehen, was der Arzt oder die Ärztin sagt. Insbesondere bei chronisch kranken und älteren Menschen, das heißt gerade in der Personengruppe, die häufig Gesundheitsdienstleitungen in Anspruch nehmen muss, ist die Gesundheitskompetenz problematisch.

Die Rahmenbedingungen, die Menschen vorfinden, haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz. Auf organisationaler Ebene stellt sich daher die Frage, wie gut finden sich die Nutzerinnen und Nutzer in vorhandenen Strukturen und Leitsystemen zurecht, wie gut verstehen sie die Gesundheitsfachkräfte und die ausgehändigten Informationen mit Gesundheitsbezug. Mit den Konzepten für gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen und Primärversorgungseinheiten liegen Wegweiser für die Umsetzung vor. Neben der Anwendung im Gesundheitswesen, beginnt Gesundheitskompetenz auch zunehmend in anderen Settings Fuß zu fassen: Konzepte für gesundheitskompetente offene Jugendarbeit und gesundheitskompetente Gemeinden erschließen weitere Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und der Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Insbesondere im Produktions- und Dienstleistungssektor können die Grundlagen für gute Gesundheitsentscheidungen der Konsumentinnen und Konsumenten (beispielsweise bezüglich Produktinformationen) gelegt werden.

Eine patientinnen- und patientenzentrierte Gesprächsführung ist einer der zentralen Hebel, um Patientinnen und Patienten in ihrer gesundheitskompetenten Kommunikation zu stärken und sie dazu zu befähigen, sich als Partnerinnen und Partner aktiv und selbstbestimmt in ihre Gesundheitsversorgung einzubringen. Dies führt zudem nachweislich zu besseren Behandlungserfolgen, mehr Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und der Gesundheitsberufe und entlastet die Arbeitssituation der Gesundheitsberufe durch die effektive Nutzung der Zeit. Ein weiterer wichtiger Mosaikstein sind qualitätsvolle und verständliche Gesundheitsinformationen. Studien belegen, dass lediglich 11% der österreichischen Medienartikel unverzerrt über Gesundheitsthemen berichten (Kerschner et al., 2015) bzw. lediglich 14% der Broschüren den Qualitätskriterien der Guten Gesundheitsinformation entsprechen (IAMEV, 2017).

Um den relationalen Aspekt des Gesundheitskompetenz-Konzeptes zu berücksichtigen, bedarf es nicht nur Interventionen auf der individuellen und organisationalen Ebene, sondern einer Einbeziehung von Betroffenen in Behandlungsentscheidungen, Krankenbehandlungsorganisationen und gesundheitspolitische Entscheidungen. Die Einbeziehung von organisierten Betroffenen in gesundheitspolitischen Entscheidungen und –projekten ist wichtig, um möglichst frühzeitig ein umfassendes Problemverständnis zu generieren und passgenaue Lösungen zu entwickeln und umzusetzen. Im Unterschied zu Deutschland gibt es bislang noch kaum Regelungen für die Einbeziehung und Auswahl von zivilgesellschaftlichen Patientinnen- und Patientenvertretern (Selbsthilfeorganisationen, Behindertenorganisationen, Betroffenenorganisationen, …) in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse. Mit dem Konzept zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe und den neu etablierten Strukturen sind erste Schritte in diese Richtung gesetzt worden.

Politische Handlungsfelder

Koordinierter Ausbau der Maßnahmen zu Stärkung der Gesundheitskompetenz im Sinne einer politikfeldübergreifenden Gesamtstrategie, dabei gilt es zu fokussieren auf:

- Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz
    - Regelmäßige Folgeerhebung der internationalen Gesundheitskompetenzstudie, um Änderungen auf Bevölkerungsebene zu beobachten
    - Empowerment der Nutzerinnen und Nutzer
- (Weiter-)Entwicklung von Konzepten der organisationalen Gesundheitskompetenz, insbesondere im Gesundheits- und Bildungswesen, Dienstleistungs- und Produktionssektor, Umsetzung und Evaluierung dieser
    - Entwicklung und Bereitstellung von guten Gesundheitsinformationen in den genannten Bereichen entsprechend der Kriterien der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz
    - Schaffung der Rahmenbedingungen für patientinnen- und patientenzentrierte Gesprächsführung und damit guter Gesprächsqualität in Gesundheitseinrichtungen (Ausbildung der Gesundheitsberufe, finanzielle Regelungen, …)
    - Rahmenbedingungen für gute Gesundheitsinformationen im Produktions- und Konsumsektor schaffen
- Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Betroffenen gesundheitskompetenter machen
    - Legistische Verankerung, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu steigern, das heißt die Aufgabe Wissen, Motivation und Fähigkeiten mit Gesundheitsinformationen umzugehen sowie die nötigen Rahmenbedingungen (z. B. §15a Vereinbarung „Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens“, Berufsgesetze der Gesundheitsberufe, Gesundheitsqualitätsgesetz, Schulunterrichtsgesetz)
    - Stärkung der Bürgerinnen und Bürgerbeteiligung durch Entwicklung und Umsetzung einer koordinierten Strategie zur Beteiligung von Betroffenenorganisationen an gesundheitspolitischen Entscheidungen (Arbeitsgruppen, Gremien, …) sowie Bereitstellung der dafür erforderlichen finanziellen und organisationalen Unterstützungsstrukturen
    - Etablierung nachhaltiger Strukturen zur kontinuierlichen Unterstützung von Betroffenenvertreterinnen und -vertretern

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung finden Sie hier.

9. Arbeit und Gesundheit

Im Jahr 1950 haben die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) die folgende Definition von Gesundheit am Arbeitsplatz gegeben: Es geht um *„Förderung und Aufrechterhaltung eines Höchstmaßes an körperlichem, geistigem und sozialem Wohlbefinden von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in allen Berufsfeldern, durch Prävention von Krankheit, Risikokontrolle und wechselseitige Anpassung von Arbeit und Menschen“* (Alli, 2008).

Aus medizinischer Sicht konzentriert sich der wissenschaftliche Diskurs häufig auf die pathologischen Aspekte der Arbeit: Verletzungen und Arbeitsunfälle, toxikologische Bedenken, Berufskrankheiten, krankheitsbedingte Fehlzeiten und andere. Arbeit kann jedoch auch als Gesundheitsressource gesehen werden. Arbeit spielt eine sehr wichtige Rolle für das Wohlbefinden von Einzelpersonen und den Zusammenhalt der Gesellschaft, da Arbeit Einkommen schafft, das Selbstwertgefühl steigert und einen Ort für Geselligkeit und Lernen bietet. Damit die salutogenen Wirkungen der Arbeit die pathogenen überwiegen, sollten die Arbeitsbedingungen sicher und gesundheitserhaltend sein.

Das Problem der Arbeitslosigkeit ist in den letzten Jahren in den Mittelpunkt wirtschaftlicher und sozialpolitischer Überlegungen gerückt. Mit 4,4% Arbeitslosenquote (internationale Zahlen) stellt dieses Problem in Österreich für mehrere hunderttausend Menschen in Österreich ein sehr reales Problem dar (Eurostat, 2019) und ist mit verschiedenen gesundheitlichen Folgen verbunden. In nationalen Berechnungen wird sogar von 7,4% Arbeitslosigkeit im Jahr 2019 berichtet (WIFO, 2019). Besonders problematisch ist die steigende Arbeitslosenquote bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die älter als 50 Jahre alt sind. In dieser Population beträgt ist die Arbeitslosenquote etwa doppelt so hoch als in der Allgemeinbevölkerung, mit steigender Tendenz (AMS, 2019; EURES, 2018). Gemäß Gesundheitsbefragung haben arbeitslose Menschen in Österreich, bei gegebenem Alter, die weitaus schlechteste Gesundheit. Das betrifft die Häufigkeit einer Vielzahle von chronischen Krankheiten, das gesundheitsbezogene Verhalten genauso wie die selbstberichtete Gesundheit (Statistik Austria, 2016). Erklärt kann das einerseits damit werden, dass der Gesundheitszustand häufig den Weg in die Arbeitslosigkeit ebnet, andererseits aber auch Krankheiten es sehr unrealistisch machen können, einen Weg aus der Arbeitslosigkeit zu finden.

Ein weiteres großes Thema in Bezug auf Gesundheitszustand und Arbeit ist Produktivitätsverlust durch Krankenstände und krankheitsbedingte Pensionierungen (Invaliditätspension bzw. Berufsunfähigkeitspension). Diese sind nicht nur für die betroffenen Patientinnen und Patienten problematisch, sondern spielen auch eine große wirtschaftliche Rolle und es entstehen enorme Kosten auf Seiten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, sowie auf Seiten der Sozialversicherung. Gesundheitliche Gründe für Krankenstandstage und krankheitsbedingte Frühpensionierungen in Österreich sind vor allem muskuloskelettale Erkrankungen (wie chronische Schmerzen) und – in zunehmendem Maße – psychische Erkrankungen (wie depressive, angstbetone und stressbedingte Erkrankungen, bzw. „Burnout“) (Leoni & Schwinger, 2017).

Aus diesem Grund konzentriert sich moderne wissenschaftliche betriebliche Gesundheitsförderung auch auf Fragen der Erhaltung der psychischen und physischen Ressourcen arbeitsloser Menschen, und Menschen mich chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Damit könnte man eine Verbesserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens und eine positivere Einschätzung der Lebensqualität erreichen (Grabovac & Mustajbegovic, 2015).

Ein aufkeimendes Problem, das zunehmend in Bezug der Auswirkungen auf die Gesundheit erkannt wird, ist die Jobunsicherheit bzw. Präkarisierung. Mit den wirtschaftlichen Veränderungen sind mehr und mehr Jobs Teilzeitbeschäftigungen und/oder befristet, mit oder ohne vertragliche Verpflichtungen. Dies wird immer mehr zur Norm, insbesondere für jüngere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die zum ersten Mal in die Arbeitswelt eintreten. Forschungen zeigen, dass eine solche Arbeitsplatzunsicherheit mit unerwünschten gesundheitlichen Folgen verbunden ist, noch mehr als Arbeitslosigkeit. Darüber hinaus beeinflusst die Jobunsicherheit eine Reihe sozialer Probleme wie den Wohnungsbau oder die Unfähigkeit zur Familienplanung und trägt zur aktuellen demografischen Entwicklung bei (Bartley et al., 2006; Klug, 2017).

Österreich hat eine fast doppelt so hohe Prävalenz tödlicher Arbeitsunfälle wie der EU-Durchschnitt, was darauf hindeutet, dass mehr Arbeit zur Verbesserung der Sicherheit am Arbeitsplatz durch betriebliches Gesundheitsmanagement erforderlich ist. Die Formulierung von „Grundsätzen Betrieblicher Gesundheitsförderung” (BGF) erfolgte erstmals in der Luxemburger Deklaration 1997 der Europäischen Union (ENWHP, 2018): *„BGF umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Arbeitnehmerinnen und Arbeitgebern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen.“*

Förderung einer aktiven Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbeteiligung macht persönliche Kompetenzen stärker. Durch Investitionen in BGF und die Schaffung sicherer und gesunder Arbeitsplätze wird die

Anzahl der Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Krankheiten verringert, was wiederum die soziale und wirtschaftliche Belastung der Gesellschaft durch die Verringerung von Fehlzeiten und Produktivitätsverlusten verringert (Grabovac & Mustajbegovic, 2015).

Die zukünftige gesundheitspolitische Aufgabe besteht in der Heranführung an das gesetzliche Pensionsantrittsalter und in der Senkung invaliditätsbedingter Pensionen durch Erhalt von Arbeitsfähigkeit mittels altersgerechter Gestaltung der Arbeitswelt, sowie der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch betriebliches Eingliederungsmanagement. Es sind sowohl wirtschaftliche als auch menschliche Gründe, die eine Förderung von Arbeitsfähigkeit über eine längere Berufsdauer sinnvoll und notwendig machen.

Politische Handlungsfelder

- Entwicklung einer nationalen Strategie für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)
    - BGF sollte kulturell sensibel sein und die Vielfalt am Arbeitsplatz berücksichtigen
    - Kontinuierliche Weiterbildung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, aber auch Arbeitssicherheitspersonal und Expertinnen und Experten für Gesundheit am Arbeitsplatz
    - Einbeziehung von BGF-relevanten Themen in Arbeitsinspektionen
- Unterstützung für Arbeitsplätze, die die Inklusion und Nichtdiskriminierung ihrer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aktiv fördern
    - Besonderes Augenmerk sollte auf ältere Arbeitnehmerinnen Arbeitnehmer, sowie jungen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gerichtet werden, die zum ersten Mal in das Erwerbsleben eintreten
    - Förderung sicherer Arbeitsplätze unter aktiver Beteiligung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer
- Unterstützung für Programme, die aktiv nach neuen Wegen suchen, um Langzeitarbeitslose an den Arbeitsplatz zurückzuführen und die Rückkehr von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten zur Arbeit zu fördern
    - Durchführung von Programmen, die unter aktiver Beteiligung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer entwickelt und durchgeführt werden
- Nationale Strategie zur Einstellung junger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und zur Förderung des Rechtsschutzes gegen Arbeitsplatzunsicherheit und Präkarisierung

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Arbeit und Gesundheit finden Sie hier.

10. Impfungen

Die Schutzimpfungen gegen Infektionserkrankungen sind zweifelsfrei zu den großen Errungenschaften und Erfolgen der Primärprävention zu rechnen. Impfungen gehören zu den wirksamsten und kostengünstigsten Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Geimpfte Personen sind in der Regel gegen die entsprechenden Erkrankungen geschützt. Außerdem verhindern sie innerhalb einer Population die Weitergabe des infektiösen Agens und damit die Ausbreitung der Erkrankung (Herdenimmunität). Bei Infektionen, bei denen die Erreger nicht in anderen Spezies vorhanden sein können, die also nur von Mensch zu Mensch weitergegeben werden, ist damit sogar eine Ausrottung der Erkrankung möglich. Bei den Pocken ist dies in globalem Maßstab bereits gelungen, auf der europäischen Skala konnte ein Verschwinden der Kinderlähmung erreicht werden.

Die Europäische Kommission empfiehlt den Mitgliedsstaaten, die nationalen Impfprogramme nach den neuesten wissenschaftlichen Evidenzen zu gestalten und an aktuelle Entwicklungen anzupassen (Europäische Union, 2018). Eine grenzüberschreitende Koordination soll dem Fakt Rechnung tragen, dass

sich Infektionen nicht an Landesgrenzen halten. Ebenso muss auf der Tatsache Rechnung getragen werden, dass sich über soziale Medien und militante Impfgegnerinnen- und -gegnergruppen Desinformation und unbegründete Ängste rapid ausbreiten konnten. Der Schwerpunkt öffentlicher Wahrnehmung hat sich dadurch ungünstig verlagert - weg von den Vorteilen des Impfens und der Gefahr von Infektionen und deren Spätfolgen hin zu Angst und Skepsis gegenüber vermeintlichen, unbewiesenen Nebenwirkungen. Die Kommission empfiehlt, den Dialog mit den Bürgerinnen und Bürgern zu verstärken, um tief sitzende Bedenken und Zweifel zu verstehen und die Gesundheitskompetenz zu stärken. Dabei spielen Beschäftigte im Gesundheitswesen eine entscheidende Rolle. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, jeden Arztkontakt zu nützen, um den Impfstatus zu überprüfen und Impflücken aufzudecken und fehlende Impfungen nachzuholen (WHO, 2014). Ein Abraten von Impfungen ohne Vorliegen einer Kontraindikation ist ein Verstoß gegen die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin und kann die berufliche Vertrauenswürdigkeit der Ärztin oder des Arztes in Frage stellen.

Die Durchimpfungsrate mit empfohlenen Impfungen ist in Österreich im internationalen Vergleich relativ gering. Bei Erwachsenen geht die Durchimpfungsrate aus Gesundheitsbefragungen hervor. Gemäß der letzten Gesundheitsbefragung durch Statistik Austria 2014 gaben 9% an, im Jahr vor der Befragung eine Grippeimpfung in Anspruch genommen. Bei weiteren 22% lag die Impfung länger als ein Jahr zurück (die Grippeimpfung sollte jährlich erfolgen). 69% hatten noch niemals eine Grippeimpfung in Anspruch genommen. Im Gegensatz zur Grippeimpfung bestand bei der FSME-Impfung („Zeckenimpfung") bei 65% ein aufrechter Impfschutz. Die Pneumokokkenimpfung, die bei Personen höheren empfohlen wird, wurde von 11 % der Personen ab 60 Jahren in Anspruch genommen. Für die Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis wird empfohlen, dass alle zehn Jahre eine Auffrischung durchgeführt wird. Ein aufrechter Impfschutz gegen Tetanus besteht laut Befragung bei 74%, gegen Diphtherie bei 47% und gegen Poliomyelitis bei 45% (Klimont et al., 2015).

Ein Beispiel für eine wichtige Impfung im Kindesalter ist die Masernimpfung. Während bei den 2-5-jährigen Kindern in Österreich beispielsweise bei den Masern die von der WHO empfohlene Durchimpfungsrate für die erste Impfung von 95% noch erreicht wird, fällt die Zahl für die 2. Teilimpfung bereits auf 82%. Das bedeutet, dass 47.000 Kinder in dieser Altersgruppe noch dringend eine 2.Impfung benötigen. Im Jahr 2018 wurden in Österreich 77 Masern-Fallmeldungen registriert, in der WHO-Region Europa gab es mehr als 80.000 Masernfälle mit 72 Todesopfern - Ausdruck einer weltweit erhöhten Masernaktivität (BMASGK, 2018).

Politische Handlungsfelder

- Investitionen in die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger zum Thema Impfungen. Ziel muss ein breiteres Wissen um die Gefahren von Infektionserkrankungen und deren Spätfolgen sein und eine entsprechende soziale Kompetenz, um Desinformation erkennen und gleichzeitig Phänomene wie Herdenimmunität verstehen zu können.
- Aufklärung und Motivation des ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitspersonals, die Wichtigkeit und Notwendigkeit von Schutzimpfungen zu betonen und bei Patientinnen- und Patientenkontakt entsprechende Beratungen durchzuführen.
- Immunisations-Dienstleistungen sollen nahe am Bürger bzw. der Bürgerin sein und unkompliziert bei jedem Kontakt mit dem Gesundheitssystem, vor allem in der hausärztlichen und kinderärztlichen Versorgung verfügbar sein.
- Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Schulärztinnen und Schulärzte, die Impfungen innerhalb des nationalen Impfplans durchführen, sollen bei der Vorbereitung, dem Aufklärungsprozedere und der Organisation der Impfungen - vor allem bei Schulkindern - unterstützt werden.

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Impfungen finden Sie hier.

11. Primärversorgung

Die im Sinne der Niederschwelligkeit und Verfügbarkeit am höchsten anzusehende Eben des Gesundheitssystems wird als Primarversorgung bezeichnet. Im Auftrag der Europäischen Kommission hat eine Expertengruppe die Versorgungsebene Primärversorgung definiert als *„die Versorgungsebene, welche allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende sowie familienorientierte und gemeindenahe Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung bereitstellt. Diese Dienstleistungen werden von einem Team von Fachkräften erbracht, welches dafür verantwortlich ist, dass der großen Mehrheit personenbezogener Gesundheitsbedürfnisse angemessen begegnet wird. Die Dienstleitungen werden in einer dauerhaften Partnerschaft mit den PatientInnen und LaienversorgerInnen/-pflegerInnen unter Miteinbeziehung der Gegebenheiten in der Familie und lokalen Gemeinschaft umgesetzt und spielen eine zentrale Rolle in der gesamten Koordination und Kontinuität der Gesundheitsversorgung der Menschen"* (ÖGPH, oJ).

Als Primärversorger sind neben (Haus)Ärztinnen und-ärzten für Allgemeinmedizin auch niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte sowie niedergelassene Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegepersonen und andere ambulant tätige Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister zu sehen, zu denen Patientinnen und Patienten im Erkrankungsfall niederschwellig und formlos Zugang haben sollen. Die Rolle der Ärzteschaft als Leitprofession im Gesundheitswesen lenkt die Diskussion über Primärversorgungsstrukturen aber hauptsächlich auf Arztpraxen bzw. ärztlich geführte Primärversorgungseinrichtungen. Das bedeutet, dass in diese Praxen Fachkompetenz und Technologien integriert werden müssen, um entsprechende Diagnostik und Behandlung bieten zu können, damit die Patientinnen und Patienten nicht von Ort zu Ort geschickt werden müssen. Bei entsprechender Notwendigkeit soll eine reibungslose Weiterüberweisung in den sekundären Versorgungssektor (niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, Spezialambulanzen) möglich sein.

Dezidiert ist auch die Integration von Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Prävention in diese Strukturen vorgesehen (B-ZK 2014). Letzteres führt neben der Krankenbehandlung (Defizitorientierung) eine ergänzende Orientierung an Gesundheit bzw. den Gesundheitsressourcen von Patientinnen und Patienten ein, die es insbesondere bei chronisch kranken Menschen zu stärken gilt für mehr Wohlbefinden trotz Erkrankung. Bereits in der Ottawa Charter der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) wird von „Re-orienting health services" gesprochen, die meint, dass im Gesundheitsversorgungssystem Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden müssen. 30 Jahre später wurde in der Vienna Declaration der Europäischen Public Health Organisationen erklärt, dass es nach wie vor gilt, diese Herausforderung im Gesundheitssystem zu meistern (McKee, 2016).

In mehreren jüngst publizierten Arbeiten wurde ein klarer Trend festgestellt, dass immer mehr Menschen in Österreich zunehmend - unter Umgehung der Primärversorgung - direkt Facharztpraxen und Ambulanzen aufsuchen. Während die Zahl der Menschen, die eine Allgemeinpraxis aufsuchen mit ca. 78% im europäischen Durchschnitt liegt, ist die Zahl der Konsultationen von Facharztpraxen (mit und ohne Zuweisung durch den Hausarzt) mit ca. 67% im Vergleich sehr hoch. Dies gilt auch für Selbstzuweisungen in Spitalsambulanzen (Hoffmann et al, 2019). Ursache ist das Fehlen einer wirksamen Gatekeeping-Funktion der hausärztlichen und Primärversorgungsstrukturen, die klar geregelte Wege in der Pyramide der Gesundheitsversorgung von der breiten Basisversorgung bis nach oben in die Spitzenmedizin aufzeigen.

Politische Handlungsfelder

- Implementierung einer klar geregelten Gatekeeping-Kompetenz in die Primärversorgungsstrukturen

- Ein Anreizsystem für nachkommende Ärztinnen und Ärzte, sich für die Allgemeinmedizin zu entscheiden, indem fachliche und technische Kompetenz in Diagnostik und Therapie in Allgemeinpraxen gefördert und honoriert wird. Auch sollen neue Arbeitszeit- und Job-Sharing-Modelle die starren Korsette der traditionellen Kassenvertragsstellen aufbrechen.
- Ermutigung zur Gründung von Gemeinschaftspraxen oder Primärversorgungszentren, um Teamwork zu ermöglichen und um eine 2. Meinung gleich vor Ort zu bekommen - auch durch Vernetzung und Kollaboration mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen.
- Stärkung der universitären Ausbildung in Allgemeinmedizin mit Integration evidenzbasierter Gesundheitsförderung und Prävention
- Stärkere Anerkennung und Schaffen von Rahmenbedingungen für die Integration von Gesundheitsförderung in die Kernprozesse der Primärversorgung

Aktuelle Forschungsergebnisse und Umsetzungsprojekte aus Österreich zum Thema Primärversorgung finden Sie hier.

Literatur

Umwelt und Gesundheit

Haas W, Moshammer H, Muttarak R, Koland O. Österreichischer Special Report Gesundheit, Demographie und Klimawandel (ASR18). Austrian Panel on Climate Change (APCC). Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, 2018. ISBN: 978-3-7001-8427-0

Haluza D, Schönbauer R, Cervinka R. Green perspectives for public health: a narrative review on the physiological effects of experiencing outdoor nature. Int J Environ Res Public Health. 2014 May 19;11(5):5445-61.

Hutter, Hans-Peter; Moshammer, Hanns; Wallner, Peter (2018): Klimawandel und Gesundheit: Auswirkungen. Risiken. Perspektiven. MANZ Verlag Wien. ISBN: 978-3-214-07803-4

Umweltbundesamt. Was ist eigentlich Klima? 2013. https://www.umweltbundesamt.de/service/uba-fragen/was-ist-eigentlich-klima

Körperliche Aktivität und Bewegung

American College of Sports Medicine. Exercise is Medicine. Fact Sheet. 2019. https://www.exerciseismedicine.org/assets/page_documents/EIM%20Fact%20Sheet.pdf

BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Wien: BMGF, 2017.

BMLVS (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport). Nationaler Aktionsplan Bewegung. NAP.b. Wien: BMLVS, 2013.

BMÖDS (Bundesministerium für Öffentlichen Dienst und Sport). Gesundheitsziel 8 (gesunde und sichere Bewegung im Alltag fördern). 2019. https://www.bmoeds.gv.at/sport/breitensport/breiten-gesundheitssport/gesundheitsziel.html

IFES (Institut für empirische Sozialforschung). Bewegungs-Monitoring. Bevölkerungsbefragung 2017. Studienbericht. Wien: BMLV, 2017.

Husk K, Elston J, Gradinger F, Callaghan L, Asthana S. Social prescribing: where is the evidence? Br J Gen Pract. 2019 Jan;69(678):6-7.

Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. 2018.

Titze S, Ring-Dimitriou S, Schober PH, Halbwachs C, Samitz G, Miko HC, Lercher P, Stein KV, Gäbler C, Bauer R, Gollner E, Windhaber J, Bachl N, Dorner TE & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: GÖG/FGÖ, 2012.

WHO (World Health Organization). Physical Activity Factsheet for the 28 European Union Member States of the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 2018.

Ernährung

BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen). Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e). Wien: BMGF, 2013 http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/1/7/CH1047/CMS1471773335591/nap.e_20130909.pdf.

BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Wien: BMGF, 2017.

Bodenwinkler A, Sax G, Kerschbaum J. Länder Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Wien: Gesundheit Österreich, 2017.

Felder-Puig R, Teutsch F, Ramelow D, Maier G. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Wien: BMASGK, 2019.

Haas W, Moshammer H, Muttarak R, Koland O. Österreichischer Special Report Gesundheit, Demographie und Klimawandel (ASR18). Austrian Panel on Climate Change (APCC). Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, 2018. ISBN: 978-3-7001-8427-0

Rust P, Hasenegger V, König J. Österreichischer Ernährungsbericht 2017. Wien: BMGF, 2018. https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Reiseinfos_Verbrauchergesundheit/Ernaehrung_und_Lebensmittel/Rezepte_Broschueren_Berichte/Oesterreichischer_Ernaehrungsbericht_2017

WHO (World Health Organization). Sugars intake for adults and children. Guideline. Geneva: WHO, 2015.

WHO (World Health Organization). Obesity and Overweight. WHO, 2018. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Rauchen

Banks E, Joshy G, Weber MF, et al. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. BMC Med 2015;13:38.

Cully M. Public health: the benefits and challenges of smoking cessation. Nat Rev Cardiol 2013;10(3):117.

Grabovac I, Hochfellner L, Rieger M, Jewell J, Snell A, Weber A, Stüger HP, Schindler KE, Mikkelsen B, Dorner TE. Impact of Austria's 2009 trans fatty acids regulation on all-cause, cardiovascular and coronary heart disease mortality. Eur J Public Health. 2018 Oct 1;28(suppl_2):4-9.

Klimont J, Kytir J, Leitner B. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria im Auftrag vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und der Bundesagentur, 2007.

Klimont J, Baldaszti E. Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria im Auftrag vom Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesagentur, 2015.

Ng M, Freeman MK, Fleming TD, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. JAMA 2014;311(2):183-92.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Smoking. OECD Factbook 2015-2016: Economic, Environmental and Social Statistics. Paris: OECD Publishing, 2016:208-09.

WHO (World Health Organization) Regional Office for Europe. Tacking stock: Tobacco control in the WHO European Region in 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017.

Kinder- und Jugendgesundheit

Felder-Puig R, Ramelow D, Teutsch F. Gewalttaten an österreichischen Schulen. Prävalenzen, Entwicklungen, Ursachen und benötigte Unterstützungsleistungen. Wien: IfGP, 2018.

Felder-Puig R, Ramelow D, Teutsch F, Tropper K, Maier G, Vrtis D, Gugglberger L. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Lehrlingen. Wien: IfGP (2019, noch unveröffentlicht).

Felder-Puig R, Teutsch F, Ramelow D, Maier G. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schüle-rinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Wien: BMASGK, 2019.

Mielck A, Lüngen M, Siegel M, Korber K. Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2012.

WHO (World Health Organization). Obesity and Overweight. WHO, 2018. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

WHO (World Health Organization). WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). WHO, ohne Jahr (oJ). http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi

Gesundheit älterer Menschen

Arias-Casais N, Garralda E, Rheey JY, de Lima L, Pons-Izquierdo JJ, Clarc D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D. Centeno C. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press, 2019. http://dadun.unav.edu/handle/10171/56787

Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt AE, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J. Austria. Health system review. Health Systems in Transition, 2018:20(3): 1-256. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf?ua=1

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). Seasonal influenza vaccination and antiviral use in EU/EEA Member States: Overview of vaccine recommendations for 2017-2018 and vaccination coverage rates for 2015-2016 and 2016-2017 influenza seasons. Stockholm: 2018. https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/seasonal-influenza-antiviral-use-2018.pdf

Eurostat. Influenza vaccination rates of elderly. 2015. https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-eurostat-news/-/DDN-20171127-1

ÖPIA (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. 1. Erhebung 2013/2014, Wien: 2015. http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/wp-content/uploads/2015/05/OEIHS_Endbericht_Endfassung1.pdf

Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104.

Riedel M, Kraus M. The long-term care system for the elderly in Austria. ENEPRI Research Report 69. Brussels: 2010. http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%2069%20ANCIEN%20Austria%20Rev1.pdf

Rodrigues R, Bauer G, Leichsenring K. Die Beschäftigten in der Langzeitpflege in Österreich – Characteristika und Tätigkeitsbereiche. Policy Brief 2018/7. https://www.euro.centre.org/downloads/detail/3288.

UNECE/EU-Commission (United Nations Economic Commission for Europe). Active Ageing Index: Analytical Report. United Nations Economic Commissions for Europe, Geneva; co-funded by the European Comississions's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels: 2019. https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/Stakeholder_Meeting/ACTIVE_AGEING_INDEX_TRENDS_2008-2016_web_cover_reduced.pdf

Gesundheit von LGBTIQ* Personen

EU Barometer. Standard Eurobarometer 91 – Spring 2019: „Public opinion in the European Union, First results". European Commission, 2019. https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm

EU FRAU (European Union Agency for Fundamental Rights). European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey – main results. European Union, 2014. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-eu-lgbt-survey-main-results_tk3113640enc_1.pdf

Grabovac I, Abramovic M, Komlenovic G, Milosevic M, Mustajbegovic M. Attitudes towards and Knowledge about Homosexuality among Medical Students in Zagreb. Coll Antropol. 2014;38(1):39-45.

Grabovac I, Mustajbegovic J, Milosevic M. Are Patients ready for Lesbian, Gay and Bisexual Family Physicians – A Croatian Study. Coll Antropol. 2016;40(2):83-90.

IOM (Institute of Medicine Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health). Issues and Research Gaps and Opportunities. Washington (DC): National Academies Press (US), 2011.

Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in lesbian, Gay and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-97.

Schönpflug K, Hofmann R, Klapeer CM, Huber C, Eberhardt V. „Queer in Wien" – Stadt Wien Studie zur Lebenssituation von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transgender und Intersex Personen. Wien, 2015.

Gesundheitskompetenz

HLS-EU Consortium (Health Literacy Survey – European Union). Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012. http://www.health-literacy.eu

IAMEV (Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung). Medizinische Informationsbroschüren in der Hausarztpraxis. Graz, 2017.

Kerschner B, Wipplinger J, Klerings I, Gartlehner G. Wie evidenzbasiert berichten Print- und Online-Medien in Österreich? Eine quantitative Analyse. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2015:109 (4-5), 341-349.

Kickbusch I, Pelikan JM, Haslbeck J, Apfel F, Tsouros AD. Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Deutsche Fassung, veröffentlicht von der Careum Stiftung, Schweiz, 2016.

Arbeit und Gesundheit

Alli BO. Fundamental Principles of Occupational Health and Safety. Second Edition. Geneva: International Labour Organization, 2008.

AMS (Arbeitsmarktservice). Übersicht über den Arbeitsmarkt. Mai 2019. https://www.ams.at/content/dam/download/arbeitsmarktdaten/%C3%B6sterreich/berichte-auswertungen/001_uebersicht_aktuell_0519.pdf

Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM. Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment, and job insecurity. In: Marmot M, Wilkinson RG. (Eds): Social Determinants of Health. Second Edition. Oxford: 2006.

ENWPN (European Network for Workplace Health Promotion). Workplace Health Promotion. 2018. https://www.enwhp.org/?i=portal.en.workplace-health-promotion

EURES (European Employment Services). Labour Market Information. Austria-national level. 2018. https://ec.europa.eu/eures/main.jsp?countryId=AT&acro=lmi&showRegion=true&lang=en&mode=text&regionId=AT1&nuts2Code=AT13&nuts3Code=null&catId=493

Eurostat. Labour market and Labour force survey (LFS) statistics. 2019. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Labour_market_and_Labour_force_survey_(LFS)_statistics

Grabovac I, Mustajbegović J. Healthy occupational culture for a worker-friendly workplace. Arh Hig Rada Toksikol. 2015 Mar;66(1):1-8.

Klug K. Young and at risk? Consequences of job insecurity for mental health and satisfaction among labor market entrants with different levels of education. Econ Ind Democr. 2017:1-24.

Leoni T, Schwinger J. Fehlzeitenreport 2017. Wien: WIFO, 2017.

Statistik Austria. Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen. Wien: Statistik Austria, 2016 ISBN 978-3-903106-09-3.

WIFO (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung). Konjunktur flaut allmählich ab. Presseinformation September 2019. https://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=61949&mime_type=application/pdf

Impfungen

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz). Faktencheck: Masern. Impfen schützt!. Wien: BMASGK, 2018.

Europäische Union. Amtsblatt der Europäischen Union C466. Dezember 2018. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2018:466:FULL&from=EN

Klimont J, Baldaszti E. Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria im Auftrag vom Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesagentur, 2015.

WHO (World Health Organization), Regional Office for Europe. European Vaccine Action Plan 2015-2020. Kopenhagen: WHO Europe, 2014.

Primärversorgung

Bundes-Zielsteuerungskommission B-ZK (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014. Wien: Bundesgesundheitsagentur, Bundesministerium für Gesundheit

Hoffmann K, George A, Jirovsky E, Dorner TE. Re-examining access points to the different levels of health care: a cross-sectional series in Austria. Eur J Public Health. 2019 Apr 1. pii: ckz050. doi: 10.1093/eurpub/ckz050. [Epub ahead of print]

McKee M, Stuckler D, Zeegers Paget D, Dorner T. The Vienna Declaration on Public Health. Eur J Public Health. 2016 Dec;26(6):897-898.

ÖGPH (Österreichische Gesellschaft für Public Health). Kompetenzgruppe Allianz zur Förderung der gesundheitlichen Primärversorgung in Österreich. Ohne Jahr. https://oeph.at/index.php/kompetenzgruppe-allianz-zur-foerderung-der-gesundheitlichen-primaerversorgung-oesterreich

WHO (World Health Organization). Ottawa-Charter zur Gesundheitsförderung. WHO, 1996. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1