

Tagungsband zur 9.Österreichischen  
Gesundheitsförderungskonferenz 2007 in Salzburg

# Gesundheitsförderung als österreichische Strategie



Ein Geschäftsbereich der  
Gesundheit Österreich GmbH



1	<b>Vorwort</b>
3	<b>Programm der Konferenz</b>
4 – 9	<b>Plenum:</b> Health in All Policies <b>Taru Koivisto</b> , Ministerial Advisor, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki
10 – 15	<b>Plenum:</b> Das deutsche Präventionsgesetz 2005 – ein gescheiterter Anlauf <b>Prof. Dr. Rolf Rosenbrock</b> , Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
16 – 21	<b>Plenum:</b> Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich <b>Dr. Wolfgang Dür</b> , Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Institut für Soziologie der Universität Wien
22 – 24	<b>Workshop 1 (WS 1):</b> Ein neues Gesundheitsförderungsgesetz für Österreich
24 – 25	<b>Workshop 2 (WS 2):</b> Bedingungen für gesunde Ernährung
26 – 28	<b>Workshop 3 (WS 3):</b> Seelische Gesundheit im Rahmen einer Österreichischen Gesundheitsförderungsstrategie
28 – 30	<b>Workshop 4 (WS 4):</b> Gemeinsame Verantwortung für gesunde Schulen
31 – 32	<b>Workshop 5 (WS 5):</b> Bewegungsfördernde Rahmenbedingungen schaffen
33 – 36	<b>Kurze Lebensläufe</b>

## IMPRESSUM

**Medieninhaber und für den Inhalt verantwortlich:**  
Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der  
Gesundheit Österreich GmbH

**Redaktionelle Leitung:**  
Mag. Markus Mikl, Helga Klee

**Tagungskonzept:**  
Dr. Rainer Christ, Mag. Gerlinde Rohrauer

**Wissenschaftliche Beratung:**  
Univ.-Prof. Dr. Horst Noack PhD

**Textierung:** Dr. Wolfgang Dür, Mag. Karin Reis-Klingspiogl,  
Dr. Christian Scharinger, Mag. Dietmar Schobel

**Gestaltung:** pacoMedienwerkstatt, **Druck:** Wien, 2008



Mag. Christoph Hörhan  
Leiter Fonds Gesundes Österreich

## Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Tagungen des Fonds Gesundes Österreich sind seit 10 Jahren gern besuchte Treffpunkte für Expert/innen aus Wissenschaft und Politik, Praktiker/innen der Gesundheitsförderung und Multiplikator/innen. Sie sind damit zu einem wichtigen Instrument der Vernetzung der in der Gesundheitsförderung und Prävention Tätigen geworden.

Um den Wissenstransfer innerhalb der Gesundheitsförderungslandschaft weiter zu fördern, werden die Vorträge und Ergebnisse der Tagungen von nun an gesammelt und publiziert. Diese neue Publikationsreihe bietet all jenen, die nicht an der Tagung teilnehmen konnten, die Möglichkeit, wichtige Themen nachlesen zu können. Der nun vorliegende Tagungsband ist ein passender Auftakt, gibt er doch die Inputs nationaler und internationaler Experten/innen wieder, wie eine österreichische Strategie zur Gesundheitsförderung aussehen sollte.

Seit der Etablierung des Gesundheitsförderungsgesetzes 1998 hat sich in Österreich viel in der Gesundheitsförderung getan: Zeugen davon sind unzählige Projekte, die in Kindergärten, Schulen, Betrieben, Krankenhäusern, Gemeinden und Regionen ins Leben gerufen wurden. Es ist ein breites, engagiertes und hochkompetentes Feld – aber auch eines mit weiteren Entwicklungspotenzialen.

Der demographische Wandel und der Anstieg altersbedingter Krankheiten, aber auch die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen, sind einige der Herausforderungen, denen wir uns in Zukunft stellen müssen. Gezielte Ausbildungsangebote, der Ausbau von Strukturen sowie eine verstärkte Qualitätssicherung und Evaluation von Programmen sind Schlüsselfaktoren, um diese Herausforderungen annehmen zu können.

Wie es gelingen könnte, Gesundheit als Querschnittsmaterie in verschiedenen Politikbereichen zu verankern, zeigt ein Blick über die Grenzen: Finnland etwa hat mit der Umsetzung des Konzepts „Health in All Policies“ Schule gemacht. In Deutschland steht man jetzt vor dem zweiten Anlauf zu einem neuen Präventionsgesetz. Taru Koivisto, Beraterin im finnischen Ministerium für Gesundheit und Soziales, und Professor Dr. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung haben uns bei der Konferenz wertvolle Einblicke in den Erfahrungsschatz ihrer Länder gegeben.

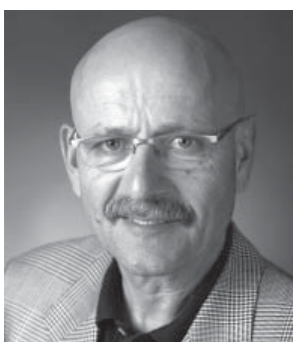
Ich lade Sie ein, gemeinsam mit uns Lobbying für die Gesundheitsförderung zu machen, damit ambitionierte Konzepte wie „Health in All Policies“ in Österreich Realität werden.

Mag. Christoph Hörhan  
Leiter Fonds Gesundes Österreich

**Hauptreferate:****Taru Koivisto**

Ministerial Advisor, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

Income, social status, education, working conditions, social and physical environments and culture are examples of factors that influence health. These factors, determinants of health, are mainly controlled by other sectors than health. It is necessary to offer people opportunities to make healthy choices, but also ensure healthy environments in which they can make these choices. Health in All Policies is a policy orientation that focuses on the determinants of health through integrated approaches.

**Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Viele Regelungen des im Jahre 2005 in Deutschland gescheiterten Präventionsgesetzes bleiben auch für den zweiten Gesetzes-Anlauf wichtig. Parallel entwickelt sich eine lebhaftere Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten.

**Dr. Wolfgang Dür**

Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie,  
Institut für Soziologie der Universität Wien

Die Schaffung eines eigenen Gesetzes ist die Riesenchance für die positive Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich der vergangenen fünfzehn Jahre eine neue Raketenstufe zu zünden. Wenn das Gesetz einen Unterschied machen soll, müssen mehrere Bedingungen erfüllt werden: a) Klärung der politischen Verantwortungen im Sinne der EU-Initiative „Health in All Policies“; b) Etablierung einer effizienten Struktur, die eine optimale Koordination der funktional, sektoral und föderal differenzierten Akteure ermöglicht, c) Definition von zusätzlichen Finanzmitteln, die das gesamte Feld aufrüsten – „capacity building“ – und d) inhaltliche Orientierung an den Basisdokumenten der WHO und der Public Health Forschung – „Determinantenorientierung“.

**Gesundheitsförderung als Österreichische Strategie****Thema und Ziel der Tagung**

Seit der Etablierung des Gesundheitsförderungsgesetzes 1998 hat sich ein Gesundheitsförderungsfeld in Österreich aufgebaut, das im europäischen Raum beispielgebend ist. Gesundheitsförderungsprojekte in Kindergärten, Schulen, Betrieben, Krankenhäusern, Gemeinden und sogar ganzen Regionen haben sich entwickelt. Immer mehr Berufsgruppen zeigen Interesse für das Thema und die Zahl der Akteur/innen, die in Gesundheitsförderung investieren, ist deutlich gestiegen.

**Natürlich gibt aber auch noch große Herausforderungen:**

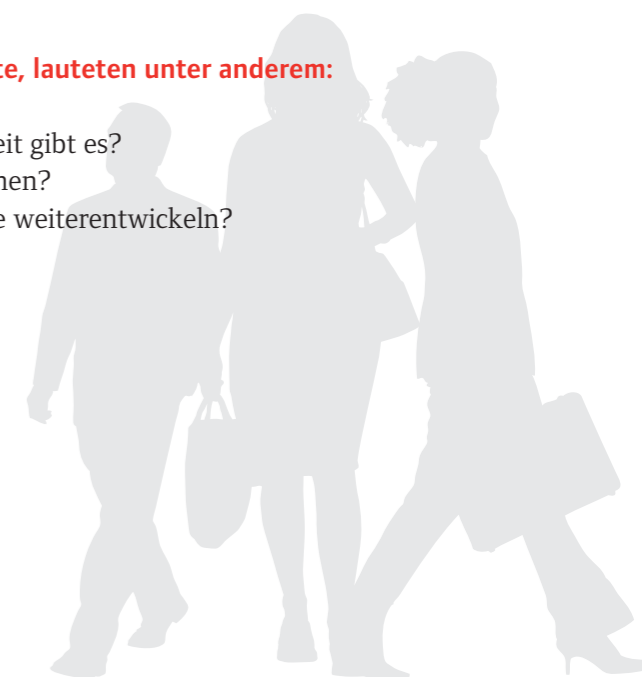
Gesellschaftliche, demografische und epidemiologische Entwicklungen zeigen einen stärkeren Bedarf zur Förderung der Chancengleichheit und zum Umgang mit der gestiegenen und steigenden Häufigkeit chronischer Erkrankungen. Weiters nimmt die Bedeutung von Lebensqualität und seelischer Gesundheit zu.

Um wirksam und nachhaltig die Lebensqualität und die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, bedarf es gebündelter Anstrengungen – es braucht eine gemeinsame Steuerung und Koordination von Ressourcen und Aktivitäten im Feld. In unseren deutschsprachigen Nachbarländern gibt es seit einigen Jahren Anstrengungen und Konzepte dazu, in Deutschland konkret zur Entwicklung eines Präventionsgesetzes. Aber nicht nur innerhalb des Gesundheitssektors sind gebündelte Anstrengungen notwendig. Die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit liegen außerhalb des Gesundheitssektors, wie etwa im Bereich der Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Sozialpolitik oder auch der Umweltpolitik.

Vor diesem Hintergrund hat Finnland 2006 „Health in all Policies“ zum Thema der EU-Präsidentschaft gemacht. Zu dieser Strategie gibt es in einigen Ländern bereits vielversprechende Entwicklungen mit zum Teil überzeugenden Erfolgen zu beobachten.

**Die zentralen Fragen, denen sich diese Konferenz widmete, lauteten unter anderem:**

- Welche Möglichkeiten der intersektoralen Zusammenarbeit gibt es?
- Was können wir aus Erfahrungen in anderen Ländern lernen?
- Wie können wir unsere eigenen Strukturen und Konzepte weiterentwickeln?
- Wie muss eine „Österreichische Strategie“ aussehen?



## Health in All Policies in the European Union and its member states<sup>1</sup>

**Taru Koivisto,**  
Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

### Summary

This policy brief summarises recommendations, findings and evidence presented in the Finnish EU Presidency publication on the Health in All Policy approach and its implementation within the European Union and its member states. Based on solid scientific knowledge of the health impacts of policies beyond the health sector and on ways to foster health, the brief recommends that health implications should be seriously considered in all policy-making at EU, national and local levels. The brief starts by reviewing emerging European challenges. It then describes what is meant by the Health in All Policies (HiAP) approach, what health determinants are, how policies affect health determinants, and how the nature of policy-making has changed, following by a description of the major strategies, mechanisms, and instruments for implementing HiAP, as well as the possible role of the health sector in enhancing HiAP. Finally, recommendations on actions are given.

<sup>1</sup> Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (eds). Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki 2006. The production of the book has been supported by the European Commission, the European Observatory on Health Systems and Policies, the Finnish Ministry of Social Affairs and Health, Stakes, KTL and Finnish Institute of Occupational Health.

### Health in All Policies (HiAP) is essential to meet future challenges in Europe

The countries of the European Union (EU) have achieved historically unprecedented levels of health and wealth. People now live longer and enjoy better health than 20 years ago. Simultaneously the wealth of the EU countries has grown steadily since 1980. However, it is of concern that wealth and health inequities – that is, differences in health status and health determinants that are considered unfair and avoidable – between and within countries have largely remained or even grown<sup>1, 2</sup>. Greater socioeconomic inequality in society is associated with poorer average health<sup>3, 4, 5</sup>. Furthermore, it cannot be taken for granted that the average positive developments of the past will last into the future. Many changes both in the global political and economic environment, as well as in the European Union itself can be foreseen. Globalization is challen-

ging the current political, economic and social structures; the Union is enlarging, as well as at the same time looking for areas of deepened Community cooperation and action. The Union has addressed the economic challenges by the Council endorsed strategy aimed at strengthening employment, economic reform and social cohesion as a part of a knowledge-based economy, better known as the Lisbon Agenda. The essential role of health for the successful implementation of the Strategy does not, however, get the weight that one might expect.

The demographic structure of Europe's population is changing; the population is ageing because people live longer and because the total fertility rate is low. Ageing – a positive result of improved health – brings its own challenges both in terms of better use of the potential of the elderly as an important resource for society and the family, as well as how best for society to respond to the needs of the elderly population. The increased proportion of the population beyond retirement age lowers the employment rate. The remaining workforce is ageing, putting even more emphasis on appropriate strategies to maintain the elderly workers in the labour market. In regard to the fertility rate, policies facilitating a successful combination of work and family life remain essential also for the future.

Europe is also faced with many health challenges. For example, the looming obesity crisis<sup>7</sup> is expected to lead to a rise in chronic diseases. Mental health problems, with special importance on depression, are a major cause of death, suffering, and economic loss<sup>8, 9, 10</sup>. In some countries the increasing use of alcohol and other substances is endangering positive health developments, as well as causing severe social problems<sup>11</sup>. Health care systems are also facing challenges in ensuring equal access and quality, as well as in managing under costconstraints. Confronting the challenges can not be done by the health sector alone, as health is mainly determined by factors outside the health sector. Similarly the structure and functioning of health care systems are largely a result of decisions made at political levels and in various other sectors beyond that of health.

### Improving health through health determinants

As a horizontal, policy-related strategy, HiAP has a high potential for contributing to improved popula-

tion health. It is complementary to the more commonly known approaches of public health and health care services. The HiAP approach considers the impacts of other policies on health through health determinants when policies of all sectors are being planned, decisions between various policy options are being made, and when implementation strategies are being designed. It also examines the impacts of existing policies. The ultimate aim is to enhance evidence-informed policy-making by clarifying for decision-makers the links between policies and interventions, health determinants and the consequent health outcomes.

Factors that have the most significant influence on health are called determinants of health. The determinants include those relating to individual genetic and biological factors, individual lifestyles, the environment, culture, and societal structures and policies. The same determinants typically influence a multitude of health issues and, for example, all major diseases. It is notable that even changing individual lifestyles is, at times, beyond the ability of the individuals themselves; a change often needs supporting policies that make healthy lifestyles a viable option.

Health determinants can be directly and at times quickly influenced through policies and interventions in the various arenas of policy-making, as well as in the various settings in which people live and work. Usually changes in determinants can be observed earlier than those in health outcomes.

### Policies can change health and health determinants positively or negatively

Nowadays health aspects are an inherent part of policy-making in many sectors. Great advances in health have indeed been acquired through policies in sectors such as education, environment, water and sanitation, planning, labour, housing, traffic, and agriculture and nutrition. For example, in the area of environment and health, solid scientific knowledge, disseminated in a form that it serves to inform decision-makers, has been a very important driving force for the integration of health aspects into the environment and transport sectors. Heart health has been improved through changes in policies, legislation and regulation in other sectors that has resulted in improved quality food, decreased smoking and increased physical activity.

In addition to advances and opportunities, there are emerging challenges and risks. Sectors have their own priorities, and these are not always easily compatible with the aims of advancing health and health equity through understanding health determinants. For example, the Common Agricultural Policy (CAP) has been successful in acquiring improved food security in terms of chemical and microbiological food safety, and has recently decided to remove the subsidies on tobacco, but in the light of rising European health challenges – such as those linked to obesity, high cholesterol and increasing prevalence of diabetes, as well as increased use of alcohol in some countries – plenty of room still exists for strengthening the ways in which health implications are taken into account in relation to CAP<sup>11</sup>.

It is crucial to note that policies aimed at amending health determinants are not necessarily neutral in terms of their effectiveness in the various subgroups of the population<sup>15</sup>. In general, disadvantaged groups benefit later from improvement in health determinants. They are also the most vulnerable when unexpected societal changes occur. For example, changes in alcohol policy in Finland have had the most detrimental effect on the health of the lowest socioeconomic group<sup>11</sup>. An explicit focus on the determinants of inequalities in health is necessary in order to ensure improved equity in health<sup>15, 16</sup>.

### Policies are increasingly intertwined

As societal challenges today are inseparably intertwined, sectoral policies at the various levels have increasing impact on each other, and the need for policy coherence is even more important. Many policy decisions, such as those concerning aspects of trade and industry, internal markets and agriculture, have been, to a large extent, lifted to European or even global level in the context of the World Trade Organization. Not only have policies shifted in terms of the level of policy-making from a national to an international level, but the main domain in which policy is made can also change simultaneously with this shift. For example, in Finland and Sweden alcohol policies have been strongly influenced by the social and health aspects of alcohol consumption. These countries have a strong temperance tradition, with historical restrictions on alcohol production and sale. In the EU, alcohol policies have traditionally been part of agricultural policies with the aim of strengthe-

ning the production and sale of alcoholic beverages. As a result there has been unavoidable friction between the aims and objectives of the former national alcohol policies in Finland and Sweden and those of the EU, having serious consequences in the raising of social problems, and alcohol-related morbidity and mortality<sup>11</sup>.

At the same time as policy-decisions are being made at policy-levels beyond the national level, the implementation of many decisions, as well as the responsibilities for the outcomes, are being delegated to the local level. For example, health policy responsibilities generally still remain in practice at national and local levels. Similarly efforts to alleviate the consequences of increased alcohol consumption are more and more made at local-level and the costs are increasingly being borne by local level health and social budgets<sup>11</sup>.

### Strategies, Mechanisms and instruments for Health in All Policies

Two main pathways or strategies of HiAP can be identified. First, in cases where mutual gains between health policy aims and that of another policy area can be found, integrating policy aims and objectives of the various policies can be relatively easy, and “mutual gains” or “win-win” situations can be created. Alternatively, when the health objectives do not compromise the primary objectives of the other policy, health objectives can be kept as the main objective of the cooperative exercise, and a „single health strategy“ can be created<sup>15</sup>. In some instances, however, the values and objectives of the various policy intentions can be incompatible, and negotiation to find feasible compromises is needed.

Public and political support is essential for health implications to be taken into serious consideration in policy-making. Democracy, public participation, and transparency of policy-making are important prerequisites for the high value put on health by people to be channelled into health-friendly policy-making.

Legal mandates for the assessment of health implications of policies, as well as legal responsibilities to follow up and report population health trends, trends in health determinants and policies affecting them, are important instruments in institutionalizing health in other policies. In the development of environmental health

risk assessments, important opportunities were offered by making a Strategic Environmental Assessment mandatory, even if not all risks can be quantified<sup>12</sup>.

The Maastricht and Amsterdam Treaties have paved the way for assessing health impacts in other policies, but health policy priorities are not yet part of the hard core of EU priorities<sup>17</sup>. Increasing emphases on internal markets, competition and economic policies more generally, pose a challenge to keeping health and health equity aims high on the agenda, as health may easily shrink into a means of acquiring economic growth rather than being an important aim or right on its own with consequent positive effects on the economy. The task for the near future is to establish processes by which health implications can be considered and taken into account in all policies.

The prerequisites for health considerations to be included in the policy-making processes of other policies include sufficient openness and transparency of the policy processes, with reasonable time frames for assessing and commenting on policy proposals, a good dialogue with other policy actors, a sound knowledge and argumentation base for health, as well as identification of alternative policy options.

Good quality public information on health outcomes and determinants, on their trends, as well as on ways in which health determinants can be affected is needed. It is important that essential population health data remain under public domain so that evidence-based policy-making remains a viable option.

Health impact assessment (HIA) has been used as an instrument for not only assessing health implications but also for helping in the process of making health implications visible and for them to be taken into serious consideration in the policy-making processes. The scope of HIA varies from a small desk assessment of the directions of likely health impacts of the policy options, to assessments aiming at good estimates of the size of impact. The investment in HIA should be proportional to the importance of the policy decision<sup>18</sup>. According to a survey on the use of HIA in a variety of European countries, the extent of the use of HIA varies by country but is strongest in the United Kingdom<sup>19, 20</sup>.

Understanding health implications in national-level policy-making and political support for the proper consideration of those implications can be enhanced by, for example, parliamentary public health and public health policy reporting. Involvement of the various sectoral bodies in the preparation of such public health reports can further enhance understanding of the effects of other policies on health determinants and ultimately on health in relation to other sectoral bodies<sup>21</sup>. This type of reporting can be done on various levels of policy making, including the EU level and the local level<sup>22</sup>.

Partnership and alliance building is essential for integrating HiAP. Many countries have chosen to use permanent intersectoral committees to prepare, implement and follow up HiAP<sup>16, 23</sup>. More contemporary intersectoral bodies have also been formed on specific problems, issues or policy proposals. Other intersectoral mechanisms include formal consultation, for example, in the form of requests for formal statements over policy proposals, as well as more informal mechanisms and contacts<sup>(see 16)</sup>.

Formulating responses to EU-level policy proposals at national level in intersectoral and political arenas is extremely important as the policy mandates and perspectives may differ between the various sectors at Community level on the one hand and at national level on the other. As regards HiAP at EU level, it is not least at national level that the health perspectives need to be integrated in terms of the national stands on the various policy proposals.

### The Role of the Health Sector

The role of the health care sector in enhancing HiAP varies from country to country. Without clear responsibilities, health sector professionals may tend to consider their role to be mainly in the curative services, or at best in disease prevention and health promotion activities within the premises of the health services.

In order to have a significant role in identifying policies and policy proposals with potential impacts on health, the health sector needs to have sufficient capacity in terms of public health personnel at the various levels of administration and this personnel needs to have adequate public health training and sufficient mandates and responsibilities allotted to them. Even if

health considerations have become an intrinsic part of policy-making in some sectors, such as that of environmental policies, in general other sectors need input from the health sector in order to be able to take health implications into account. This is the case especially in areas without a strong tradition of considering health implications and in the cases of new or emerging issues or potential problems.

The real challenge is to make other sectors aware of the health impacts of their decisions and to integrate health into their policies. The health sector's role is to advocate for health and be an active partner in intersectoral cooperation.

<sup>21</sup> The recommendations presented in this section should not be considered as prescriptions for action, but are presented for the consideration of Member States and the various EU bodies

## Health in All Policies (HiAP) is essential to meet future challenges in Europe

### Constitutional and legal bases

Through the Amsterdam Treaty, the Community assumes a responsibility to ensure that health is protected in all EU policies. This forms the legal base for strengthening Health in All Policies (HiAP) in European-level policy-making. To fully implement the Treaty obligations:

#### At a European Union Level

- the barriers to full implementation of the treaty obligation should be identified and necessary amendments to overcome these barriers should be made;
- possibilities to strengthen the legal obligations on reporting the health implications of Community policies should be investigated;

#### In Member States

- the legal bases, proper structures, procedures as well as capacities and resources in place at the national and local levels should be explored – dependent on national conditions – to ensure that the prerequisites for implementing HiAP are in place.

## Aims, values and policy coherence

The ultimate aim of HiAP is also to aid informed policy-making so that reliable information on health implications is available to policy-makers and those that implement policy. Health is currently a component of many major strategies and policies of the Community – including the Lisbon Strategy and the sustainable development policy – in regard to its contribution to the major aims and objectives of these policies. It would be beneficial for all major policies to further explore the true value of health in those policies. Furthermore, health should also be recognized as an aim and value in its own right.

To increased policy coherence many sectoral and organizational barriers need to be overcome, both at the European level in the Commission, the Council and the Parliament, in the Member States, including their governments and sectoral administrations, and also at local level. Implementing HiAP at the European level requires that health considerations are also integrated into the national responses in respect of Community policies.

### European Union and Member States

- Pure health policy objectives should be elevated onto the central agenda in their own right. Such objectives include, for example, those relating to distributional aspects of health and well-being, as well as to the role of alleviating suffering and providing health security and care for all.
- The value of health to the aims of other policies should be further explored and given its true weight.

## Ownership: public support, participation, democracy and political leadership

Health is highly valued by people and therefore putting health higher on political agendas has solid public support. For the HiAP approach to be fully incorporated into political agendas it needs clear understanding and political ownership at all levels, not least at the highest level. While curative and disease-based approaches are most visible in public discourse and media, health promotion and the implications of other

policies on health are not as well established in lay knowledge and information.

### European Union and Member States

- Policies should remain under democratic control without undue emphasis put on organizations and associations of mediation. Regarding civil society consultation, special attention should be paid to ensure that public health NGOs are involved, since their own funding base may not be as strong as that of some other lobbying groups.
- Public information and knowledge on the health implications of various policies should be improved so as to enhance proper public discussions and open decision-making.
- Sufficient time frames for analyses and reaction are needed for transparent and informed policy-making.
- Responsibilities and mandates in the implementation and monitoring of HiAP should be clarified between the general administration and the health sector, at all levels of governance.
- Clear understanding of the linkages of major health determinants with health on the one hand, and with other policies on the other, should be established to aid European policy-making.

## Capacities and resources

Assessing health impacts of policies and policy initiatives, as well as formulating healthy policy options, requires resources in terms of a knowledge base, public health training, personnel, structures, and financing. Policy decision-makers and those implementing policies should be served on regular bases with appropriate knowledge on and analyses of the population's health status and its major determinants stratified by population groups, as well as trends in them. Decision-makers should be provided with analyses of health implications of major existing horizontal policies, as well as of policy proposals and alternatives with potentially remarkable influences on health and health determinants.

### European Union and Member States

- The argumentation base for health, health determinants and health systems should be strengthened, including how they relate to such core policies of the EU as those concerning internal markets, competition and trade.
- Appropriate resources for processing and analysing the population health and determinants data for the use of policy-makers should be ensured.

### Member States

- Countries should ensure that there exists a sound information base for the trends in population health and the underlying health determinants.

## Structures, mechanisms and instruments for Health in All Policies

To implement HiAP, proper structures, mechanisms and instruments with adequate resources and capacities are needed. For substantiating the health implications of other policies a variety of instruments have been established.

### European Union and Member States

- In the search for good strategies, structures, mechanisms and instruments for considering health implications of other policies, the Commission, as well as the Member States, should learn from the existing good practices. A process for such a learning experience should be set up.
- Intersectoral policies and processes, intersectoral committees and other bodies, as well as intersectorally prepared public health reports should be considered at the various levels of policy-making.
- Member States should ensure that health considerations are included when developing their national stands on EU level policies as regards policy proposals affecting health determinants or the framework and functioning of health systems.

<sup>1)</sup> Luxemburg income study, [www.lisproject.org](http://www.lisproject.org)

<sup>2)</sup> Valkonen T. Trends in differential mortality in European Countries. In: Vallin J et al (eds) Trends in mortality and differential mortality. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2001:185-326

<sup>3)</sup> Marmot M, Wilkinson R. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ* 2001;322: 1233-36

<sup>4)</sup> Wilkinson R, Pickett K. Income inequality and population health: a review and explanation of evidence. *Social science & medicine* 2006; 62: 1768-84

<sup>5)</sup> Wilkinson R. *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. Routledge, London 1996

<sup>6)</sup> Wismar M, Lahtinen E, Ståhl T, Ollila E, Leppo K. Introduction. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>7)</sup> Green Paper: Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases. COM (2005) 637 final. European Commission, Brussels, 2005 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf), accessed 1 Sept 2006)

<sup>8)</sup> Green Paper. Improving mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. COM(2005) 484 final. European Commission, Brussels, 2005. ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf), accessed 1 Sept 2006)

<sup>9)</sup> WHO Regional Office for Europe: The European Health Report 205: public health action for healthier children and populations. <http://euro.who.int/document/e87325.pdf>

<sup>10)</sup> Wahlbeck K, Taipale V. Europe's mental health strategy. *BMJ* 2006; 333:210-1

<sup>11)</sup> Tigerstedt C, Karlsson T, Mäkelä P, Österberg E, Tuominen I. Health in alcohol policies: the European Union and its Nordic member states. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>12)</sup> Martuzzi M. Environment and Health: perspectives from the intersectoral experience in Europe. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>13)</sup> Jousilahti P. The promotion of heart health: a vital investment for Europe. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>14)</sup> Schäfer Elinder L, Lock K, Gabrijelčič Blenkuš M. Public health, food and agriculture policy in European Union. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>15)</sup> Sihto M, Ollila E, Koivusalo M. Principles and challenges of Health in All Policies. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>16)</sup> Ritsatakis A, Järvisalo J. Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>17)</sup> Koivusalo M. Moving health higher up the European agenda. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>18)</sup> Kemm J. Health impact assessment and Health in All Policies. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>19)</sup> Blau J, Ernst K, Wismar M et al. The use of health impact assessment across Europe. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>20)</sup> Wismar M, Blau J, Ernst K et al. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>21)</sup> Ståhl T, Lahtinen E. Towards closer intersectoral cooperation: the preparation of the Finnish national health report. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>22)</sup> Kauppinen T, Nelimarkka K, Perttälä K. A case study of the role of health impact assessment in implementing welfare strategy at local level. In Ståhl T et al (eds), see i for full reference

<sup>23)</sup> Health on equal terms: national goals for public health. Final report Swedish National Committee for Public Health, Government Official Reports, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm 2000:91

## Das deutsche Präventionsgesetz 2005 – ein gescheiterter Anlauf

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

### Stand und Perspektiven primärer Prävention

Primärprävention und Gesundheitsförderung sind höchst unzureichend in der deutschen Gesundheitspolitik verankert. Insbesondere im Hinblick auf solche Bemühungen, die auf eine Verknüpfung belastungssenkender und ressourcensteigernder Strategien setzten, besteht nach übereinstimmender Ansicht in Deutschland eine erhebliche Unterversorgung<sup>1</sup>. Insgesamt ist dafür nicht mangelndes Wissen der wichtigste Grund; entscheidend scheinen vielmehr der oftmals fehlende politische Wille bei der Formulierung und die Schwierigkeiten bei der Umsetzung derartiger Programme zu sein<sup>2</sup>. Primärprävention leidet unter mangelnder Zielgruppenorientierung, insbesondere sind gesundheitlich und sozial benachteiligte Gruppen unterrepräsentiert<sup>3</sup>. Unter den insgesamt eher geringen Aktivitäten der Primärprävention dominieren nach wie vor die Versuche zur individuellen Verhaltensbeeinflussung («Gesundheitserziehung»). Dass diese überwiegend wenig wirksam sind, ist darauf zurückzuführen, dass die Beziehungen zwischen der – zum Beispiel durch Einkommen, Bildung, Beruf, Familie, Wohnort etc. – definierten Lebenslage und dem gesundheitsrelevanten Verhalten nicht oder nicht genügend beachtet werden.

An erfolgreichen wie erfolglosen Beispielen (Aids-Prävention<sup>4</sup>, betriebliche Gesundheitsförderung<sup>5</sup>, Bewegung<sup>6</sup>, Zigarettenrauchen<sup>7</sup>) kann zudem gezeigt werden, dass auch Verhaltensbeeinflussung desto effektiver ist, je mehr die strukturellen und sozialen Anreize, die risikantes Verhalten begünstigen, sowie die strukturellen und sozialen Voraussetzungen, die gesundes Verhalten begünstigen, als zu verändernde Gegebenheiten in die Planung und Durchführung von Präventionsstrategien einfließen. Dies erhöht aber meistens auch die Schwierigkeiten der Durch- und Umsetzung. Die politischen Motive zur Überwindung dieser Schwierigkeiten, also zu gegenständlicher Politik<sup>8</sup>, sind meist nicht stark genug. Dazu trägt auch bei, dass sich die (zentralstaatliche, kommunale, betriebliche etc.) Gesundheitspolitik durch die Reduzierung der Ursachen von Gesundheitsrisiken auf Fehlverhalten die Legitimation verschafft, sich auf symbolische Politik zu beschränken, d. h. auf

solche Maßnahmen, die eine Problemlösung zu versprechen scheinen, aber nicht die wirklichen Ursachen des „Fehlverhaltens“ und der Gesundheitsrisiken angehen. Auf diese Weise lassen sich Verantwortung oder sogar „Schuld“ denjenigen zuweisen, die sich nicht gesundheitsgerecht verhalten, und können sich die politischen Verantwortungsträger von einem entscheidenden Teil ihrer Verantwortung entlasten – gerade auch dann, wenn sich die verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen als erfolglos erweisen.

Die großen Hoffnungen zur Verbesserung dieser Situation, die in die Etablierung des Fachs „Public Health“ an deutschen Universitäten gesetzt wurden<sup>9</sup>, haben sich bislang nur teilweise erfüllt. Zwar ist unübersehbar, dass Absolventen der entsprechenden Studiengänge in vielen Institutionen und auf vielen Feldern erfolgreich als „change agents“<sup>10</sup> wirken, doch fehlen in Deutschland bislang ein institutionelles Zentrum und ein regulativer Rahmen, der diesen Bemühungen die notwendige Stosskraft verleiht.

### Präventionsgesetz 2005 – das Vorhaben

Im Jahre 2005 sollte nach dem Willen der rot-grünen Bundesregierung das „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“<sup>11</sup> in Kraft treten. Damit sollte die Prävention neben Kuration, Pflege und Rehabilitation zu einer eigenständigen „vierten Säule“ des Systems der Gesundheitssicherung ausgebaut werden. Neben einer Vermehrung der für Primärprävention eingesetzten Ressourcen sollte diese Entwicklung v. a. dadurch in die Wege geleitet werden, dass Primärprävention sich in Zukunft auf verbindliche Gesundheitsziele beziehen und zudem Qualitätssicherung und Evaluation zur Voraussetzung der Finanzierung gemacht werden sollte.

#### In diesem Vorhaben bündelten sich vier vielfältig miteinander verbundene Entwicklungen<sup>12</sup>:

- Im Jahre 2001 hatte die Bundesregierung den Versuch unternommen, die großen gesundheitspolitischen Themen in Form von „Runden Tischen“, an

denen alle relevanten kratischen Akteure des Gesundheitssystems versammelt waren, einer Lösung näher zu bringen. Während dies im Hinblick auf die meisten Themen weithin ohne greifbare Ergebnisse blieb, ging aus dem „Runden Tisch“ zur Prävention das „Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ hervor, in dem seither ca. 60 an der Prävention interessierte Akteure (Verbände und Institutionen) eine dauerhafte organisatorische Plattform der Programmformulierung fanden ([www.forumpraevention.de](http://www.forumpraevention.de)).

- Parallel dazu verabschiedeten Bundestag, Bundesrat, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände sowie auch Parteien und Verbände Erklärungen, in denen eine Verstärkung von Strukturen und Ressourcen für Primärprävention gefordert wurde.
- Gleichzeitig gelangte das von der Bundesregierung geförderte Projekt „gesundheitsziele.de“ zur Formulierung erster konkreter Gesundheitsziele mit Vorschlägen zur Priorisierung und zu Programmen<sup>13</sup> ([www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)).
- Zudem wurde immer deutlicher, dass die von den Krankenkassen im Rahmen des § 20 SGB V geleistete Primärprävention wegen der aus der Kassenkonkurrenz resultierenden Anreize zur Gewinnung „guter Risiken“ auf Dauer kaum eine Erfüllung des Auftrags erwarten ließ, insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten<sup>14</sup>.

**Nach zähen Verhandlungen zunächst mit den Sozialversicherungsträgern, v. a. den Krankenkassen, und dann mit den Ländern legte die Bundesregierung – unter Anlehnung an frühere Gestaltungsvorschläge des Verfassers<sup>15</sup> – Eckpunkte für das Präventionsgesetz vor, in dem eine Reihe von Richtungsentscheidungen fixiert wurden:**

- Während die primärpräventiven Leistungen des Staates und seiner Gebietskörperschaften (Gesundheitsämter etc.) nicht eingeschränkt werden sollten, sollte der Ausbau nicht aus dem Steueraufkommen, sondern aus Beitragsmitteln der Sozialversicherungen finanziert werden. Diese angesichts der Haushaltslage im Kern fiskalpolitisch motivierte Entscheidung

wurde – unter Hinweis auf zahlreiche bereits bestehende Aufgaben der Sozialversicherungen auf dem Gebiet der Prävention<sup>16</sup> – zum einen damit begründet, dass sich die Aufgabenstellung der Sozialversicherungen nicht auf die Finanzierung und Steuerung der Kompensation eingetretener Schäden reduzieren lasse. Zum anderen wurde auf die für Primärprävention unverzichtbaren Daten der Sozialversicherungsträger sowie auch ihre Kompetenz im Hinblick auf Zugang und Erreichbarkeit von Zielgruppen verwiesen. Mit dieser – ordnungspolitisch vertretbaren – Entscheidung zugunsten des bisherigen Entwicklungspfad es wollte sich der Fiskus zulasten der Haushalte der Sozialversicherungsträger (Parafisci) entlasten; zugleich implizierte diese Entscheidung aber auch die Beteiligung der Sozialversicherungen an allen Entscheidungen und generierte damit einen sehr erheblichen Abstimmungs- und Konsensbedarf, der – gegenüber einer ebenfalls ordnungspolitisch vertretbaren Steuerfinanzierung – zu Einbußen an Innovationskraft und Effizienz führen kann.

- Angesichts der großen und wahrscheinlich auch in Deutschland wachsenden, sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen<sup>17</sup> wurde die durch das Gesetz geregelte Primärprävention unter das Oberziel der Verminderung dieser Ungleichheit gestellt, ergänzt um das Ziel des Abbaus geschlechtsbezogener Ungleichheit.
- Zur Überwindung des in der kassengetragenen Primärprävention nach § 20 SGB V festgestellten Übergewichts von Verhaltensprävention gegenüber Setting-Ansätzen (in der Sprache des Gesetzentwurfs „lebensweltbezogene Prävention“) wurde faktisch eine Quotierung der Ausgaben geschaffen: künftig sollten mindestens 40 % der Präventionsausgaben in Projekte und Programme der „lebensweltbezogenen Prävention“ fließen.
- Während Entscheidungen über das „Ob“ und „Was“ an Primärprävention sinnvoll nicht von einer Zentrale „top-down“ getroffen werden können und es deshalb dezentraler „kontextnaher“ Strukturen zur Identifikation und Umsetzung geeigneter Vorhaben bedarf, können die Defizite der bisherigen, v. a. kassengetragenen Primärprävention im Hinblick auf die Zielorien-



tierung und Qualitätssicherung sowie auf die Kampagnenfähigkeit am besten durch eine programmgebende Zentrale abgebaut werden. Dem versuchte der Gesetzentwurf durch die Schaffung von drei Entscheidungsebenen (Stiftung auf Bundesebene, „Entscheidungsgremien“ auf Landesebene und dezentrale Projekte durch Sozialversicherungen) zu entsprechen.

**Auf der Grundlage einheitlicher Definitionen von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie Gesundheitsförderung und auf Basis von Leistungsbeschreibungen und Vorgaben für die Zielformulierung und Qualitätssicherung ergeben sich drei Handlungsebenen der primären Prävention mit ihren je eigenen Aufgaben:**

- die Bundesebene mit einer gemeinsamen Stiftung von Kranken-, Renten-, und Pflegeversicherung, in der übergreifende Aufgaben erfüllt werden sollten. Dazu gehören insbesondere die Erarbeitung und Empfehlung von Gesundheitszielen und Teilzielen, die Organisation von Kampagnen, die Durchführung von Modellvorhaben sowie – für alle Handlungsebenen – verbindliche Maßstäbe, Kriterien und Verfahren der Qualitätssicherung. Gesundheitsziele sollten sich künftig auf epidemiologische Daten stützen, die zu diesem Zweck vom Robert Koch Institut (RKI), das auch für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zuständig ist ([www.rki.de](http://www.rki.de)), erhoben und aufbereitet werden sollten. Insbesondere bei der Durchführung von Kampagnen sollten Sachkunde und Ressourcen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ([www.bzga.de](http://www.bzga.de)) in Anspruch genommen werden;
- die Landesebene, auf dieser sollten gemeinsame Entscheidungsgremien geschaffen werden, in denen Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung gemeinsam mit den Ländern konkrete Projekte und Maßnahmen in den Lebenswelten (Settings) der Bürgerinnen und Bürger beschlossen werden sollten;
- die Ebene der Sozialversicherungsträger, auf der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung die ihnen zugeschriebenen Aufgaben der Prävention jeweils eigenverantwortlich erfüllen sollten. Dabei geht es im Wesentlichen um Verhaltensprävention, aber auch um betriebliche Gesundheitsförderung.

Diese letzte Zuordnung fügt sich nicht in die Systematik des Gesetzes und war ein Zugeständnis an die Kassen, die sich dieses wettbewerbsträchtige Aktionsfeld in je eigener Regie erhalten wollten.

In den Jahren 2005 bis 2007 sollten die in die neuen Strukturen fließenden Gelder stetig zunehmen, um im Jahre 2008 den vorgesehenen jährlichen Umfang von 250 Mio. Euro erreichen. Davon sollte die Stiftung 50 Mio. Euro und die 16 auf der Ebene der Länder eingerichteten Entscheidungsgremien zusammen 100 Mio. Euro erhalten. Für die – im Rahmen der Zielbindung und mit Qualitätssicherung – weiterhin autonom von den Sozialversicherungen zu organisierende Verhaltensprävention hätten dann ebenfalls 100 Mio. Euro zur Verfügung gestanden.

Von den insgesamt 250 Mio. Euro sollten 180 Mio. Euro von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kommen, deren Präventionsausgaben damit gegenüber dem nach dem „alten“ § 20 SGB V gegebenen Ermächtigungsrahmen (ca. 2,64 Euro je Versichertem im Jahr 2003), der aber nie ausgeschöpft worden war<sup>18</sup>, um ca. 20 % sinken. Von diesen 180 Mio. Euro waren 36 Mio. Euro für die Stiftung, 72 Mio. Euro für die Entscheidungsgremien auf Länderebene, und 72 Mio. Euro für kassengetragene Verhaltensprävention und betriebliche Gesundheitsförderung vorgesehen.

Der Beitrag der Gesetzlichen Rentenversicherung war auf insgesamt 40 Mio. Euro fixiert worden, die sie – ohne Mehreinnahmen – aus den bislang für Rehabilitation (Tertiärprävention) verwendeten Ressourcen abzweigen sollte (Stiftung 8 Mio. Euro, und je 16 Mio. Euro sollen für Setting-Projekte auf Landesebene und von der Rentenversicherung selbst zu organisieren der Verhaltensprävention).

Die Gesetzliche Unfallversicherung sollte von ihrem Beitrag in Höhe von 20 Mio. Euro 12 Mio. für die Stiftung und 8 Mio. Euro für Setting-Projekte im Betrieb ausgeben. Damit wären freilich mehr als 90 % der von der Unfallversicherung für Primärprävention aufgebrachten Mittel in Höhe von ca. 700 Mio. Euro außerhalb des Regelwerks des Präventionsgesetzes geblieben.

Die Gesetzliche Pflegeversicherung sollte von ihrem Beitrag in Höhe von insgesamt 10 Mio. Euro 2 Mio. in die Stiftung und je 4 Mio. für Setting-Projekte und Verhaltensprävention ausgeben.

**Bewertung des Vorhabens: Stärken und Schwächen**

Wegen Meinungsverschiedenheiten und Kompetenzproblemen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMGS) und dem für die Bundesagentur für Arbeit (Arbeitslosenversicherung, SGB III) zuständigen Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) konnte bis zum Schluss keine Einigung über die Einbeziehung dieses Zweigs der Sozialversicherung erzielt werden, obgleich deren Klientel – die zu Beginn des Jahres 2005 offiziell registrierten mehr als 5 Millionen Arbeitslosen – in besonderem Ausmaß unter „sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ zu leiden hat: wer länger als 12 Monate arbeitslos ist, trägt im Durchschnitt ein doppelt so hohes Krankheitsrisiko wie berufstätige Menschen<sup>19</sup>. Durch die Ausklammerung der Arbeitslosenversicherung erlitt das Konzept der verantwortlichen Einbeziehung der Sozialversicherungsträger in das Präventionsgeschehen eine schwere Beschädigung.

Ein weiteres Defizit ergab sich aus dem Umstand, dass der Gesetzgeber keine Regelungsbefugnis über die Verwendung der Mittel der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung ausüben kann. Deshalb sollte deren Beitrag zur Umsetzung des Präventionsgesetzes freiwillig erfolgen.

**Mit dem „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ sollte eine sehr komplexe Struktur mit einer Fülle von Gremien und Zuständigkeiten geschaffen werden, wie sie für das deutsche („korporatistische“) System der Steuerung durch Verbände typisch ist („Pfadabhängigkeit“)<sup>20</sup>. Gesundheitspolitisch enthielt das Gesetzesvorhaben eine Reihe von Verbesserungen gegenüber dem Ist-Zustand:**

- die (mäßige) Vermehrung von Ressourcen für Primärprävention,
- die deutliche Steigerung von Ressourcen für Setting-Projekte („lebensweltbezogene Prävention“),
- die Einbeziehung des Interventionstyps bevölkerungsweiter Kampagnen in das präventionspolitische Repertoire,
- die verbindliche Orientierung der Primärprävention an wissenschaftlich gestützten Gesundheitszielen,

- die Verpflichtung der Primärprävention auf die Verminderung sozial und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen,
- die verbindliche Vorgabe von Standards und Verfahren der Qualitätssicherung sowie
- die Einbeziehung der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung.

Problematisch war an dem Konzept, ob die komplexen Aushandlungs- und Abstimmungserfordernisse mit vertretbarem Aufwand zu den gesundheitspolitisch erwünschten Maßnahmen und Programmen geführt hätten. Auch hätte die Gefahr von Blockaden sowohl auf jeder einzelnen der drei als auch zwischen den Ebenen bestanden. Zweifel an der Effizienz der institutionellen Struktur gründen sich zum einen auf die Tatsache, dass die Stiftung auf Bundesebene lediglich Empfehlungen zu Zielen etc. hätte geben dürfen (§ 11 Abs. 1) und sowohl die Länder (§ 12 Abs. 3) als auch die Sozialversicherungsträger (§ 17 Abs. 6) in den Verhandlungen mit dem BMGS Öffnungsklauseln durchsetzen konnten, die ihnen ein Abweichen von zentral vorgegebenen Zielen und Programmen erlaubt hätten. Problematisch blieb auch, dass die Stiftung für die Durchführung von länderübergreifenden Kampagnen und Programmen das Einvernehmen der jeweiligen Entscheidungsgremien der betroffenen Länder benötigt hätte. Fraglich blieb, ob die Ebenen übergreifenden Instrumente der Koordination ausgereicht hätten, um die Eigeninteressen der beteiligten Akteure zu zügeln.

Denn es war absehbar, dass die jeweilige Bundesregierung ein Interesse daran haben würde, das nur im Zusammenwirken von massenmedial vermittelten Gesundheitsbotschaften, Setting-Projekten und individuell ansetzender Prävention wirksame Instrumente der Kampagne<sup>21</sup> auch oder gar primär für Eigenwerbung zu nutzen. Auf der Ebene der Länder hätte ein dauerndes Interesse daran bestanden, den stark unterfinanzierten öffentlichen Gesundheitsdienst mit Hilfe der durch das Präventionsgesetz umgelenkten Beitragsmittel zu entlasten. Die Krankenkassen schließlich haben bei fortdauernder Konkurrenz und ohne funktionierenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich<sup>22</sup> ein dauerndes Interesse daran, Verhaltensprävention nicht vorrangig am Kriterium der

Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, sondern an der Optimierung ihres Risiko-Pools („Rosinen-Picken“) zu orientieren.

Ob das Gesetz in der Lage gewesen wäre, angesichts dieser Interessen und Anreize tatsächlich die Primärprävention zu einer starken „Säule“ der Gesundheitssicherung zu entwickeln, wäre letztlich davon abhängig gewesen, inwieweit sich die Akteure an den programmatisch allseits unterstützten Zielen des gesundheitlichen Gemeinwohls orientiert hätten. Hätte sich dagegen der im Gesetzentwurf verankerte Regelungsansatz bewährt, wäre bereits in wenigen Jahren die Frage auf die Tagesordnung gerückt, ob die finanzielle Ausstattung der Primärprävention mit ca. 2 Promille der für Krankenversicherung aufgewendeten Mittel ausreichend ist.

Insgesamt wäre mit dem Gesetz erstmals in Deutschland ein Regelwerk für die Primärprävention entstanden, das die Umsetzung moderner Konzepte primärer Prävention in einem mehr als nur symbolischen Umfang ermöglicht hätte.

### Das (vorläufige) Scheitern

Dazu kam es nicht: Der Gesetzentwurf wurde nach ausführlicher Anhörung im Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung am 9. März 2005<sup>23</sup> am 22. April 2005 vom Bundestag verabschiedet. In seiner 811. Sitzung beschloss der Bundesrat (Länderkammer) am 27. Mai 2005 das Gesetz aufzuhalten und den Vermittlungsausschuss „mit dem Ziel der grundlegenden Überarbeitung“ anzurufen. Wichtiger Kritikpunkt war „die vorgesehene Finanzierung durch die Sozialkassen“<sup>24</sup> und damit jene Komponente des Gesetzesvorhabens, der die Länder im Herbst 2004 nach langen Verhandlungen mit dem Gesundheitsministerium ausdrücklich zugestimmt hatten. Allen Beteiligten war dabei klar, dass die Anrufung des Vermittlungsausschusses – fünf Tage nach der Ankündigung vorgezogener Neuwahlen zum Bundestag für den Frühherbst 2005 – das ‚Aus‘ für dieses Gesetzesvorhaben in dieser Legislaturperiode bedeutete.

### Perspektiven

Mit dem Scheitern des Präventionsgesetzes gelten für die Sozialversicherungen die bisherigen gesetzlichen Regelungen. Vor allem die Institutionen und Verbände der GKV, die sich durch das Gesetzesvorhaben in der au-

tonomen Verwendung der ca. 200 Mio. Euro, die sie gemäß § 20 SGB V für primäre Prävention ausgeben sollen, erheblich eingeschränkt fühlten, sind darüber keineswegs unglücklich<sup>25</sup> und setzen stattdessen auf die Verbesserung der Umsetzung dieses Paragraphen. Dazu zählen nicht nur die Ausschöpfung des finanziellen Rahmens, sondern auch eine stärkere Förderung von Setting-Projekten sowie eine regional gleichmäßigere Förderung. Zudem erwägen sie die Wiederbelebung eines Projektes, das sie im Zuge der Gesetzesvorbereitungen schon einmal im Jahre 2003 entwickelt, aber im Verlaufe der Verhandlungen mit der Bundesregierung fallen gelassen hatten: die Gründung einer GKV-Präventionsstiftung, in die alle Kassen anteilig insgesamt 35 Mio. Euro aus den nach § 20 SGB V aufzubringenden Mitteln einzahlen sollten, um damit – befreit von den Fehlanreizen aus der Kassenkonkurrenz – Setting-Projekte v. a. für sozial Benachteiligte zu finanzieren, orientiert an Gesundheitszielen mit einheitlicher und verbindlicher Qualitätssicherung<sup>26</sup>.

Die Entwicklungsgeschichte der Primärprävention in Deutschland geht also weiter und bleibt spannend: die öffentliche Thematisierung der Notwendigkeit und der Möglichkeiten moderner Primärprävention hat – nicht zuletzt durch das wachsende Gewicht der Public Health Expertise in der öffentlichen Diskussion – einen Stand erreicht, der es keiner künftigen Bundesregierung erlaubt, das Thema unbearbeitet zu lassen. Freilich ist es angesichts der unterschiedlichen Konzepte, die von verbesserter Impfung und Gesundheitserziehung v. a. durch die Gesundheitsämter<sup>27</sup> bis hin zur Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitischer Strategie<sup>28</sup> reichen, eine offene Frage, in welche Richtung der nächste Anlauf einer gesetzlichen Regelung gehen wird.

<sup>23</sup> Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (Fischer GC, Kuhlmeier A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Schwartz FW, Scriba PC, Wille E): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2002, Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation 117 ff.; Band III, 1-4: Über-, Unter und Fehlversorgung: 2:21 ff.; III: 3:21 ff., 58 ff. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Fischer GC, Glaeske G, Kuhlmeier A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Scriba PC, Wille E): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005, mimeo Bonn, Kap. 4

<sup>24</sup> Rosenbrock R, Gerlinger Th. Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, 2. erweiterte Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 2006 (i. E.)

<sup>25</sup> Rosenbrock R. Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV, in: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröder A, editors.

Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 8, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft 2004:7-149

<sup>44</sup> Rosenbrock R, Schaeffer D, editors. Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversicherung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23, edition sigma: Berlin 2002

<sup>45</sup> Lenhardt U. Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2003;11/1/:18-37

<sup>46</sup> Möhrath V. Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 – 2004. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Discussion Paper SP I 2005-302

<sup>47</sup> Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (Fischer GC, Kuhlmeier A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Schwartz FW, Scriba PC, Wille E): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2002: Bd. III:3:86 ff.

<sup>48</sup> Kühn H, Rosenbrock R. Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B, editors. Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: edition sigma 1994:29-53

<sup>49</sup> Rosenbrock R, Noack H, Moers M. Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Bedarfsabschätzung gesundheitswissenschaftlicher und pflegewissenschaftlicher Qualifikationen im öffentlichen Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Herausgegeben in der Schriftenreihe des MAGES, Düsseldorf:1993

<sup>50</sup> Noack R H, Rosenbrock R. Stand und Zukunft der Berufspraxis im Bereich Public Health. In: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R, editors. Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. edition sigma: Berlin 1994

<sup>51</sup> Bundestags-Drucksache 15/4833 vom 15.02.2005

<sup>52</sup> Rosenbrock R. Prävention und Gesundheitsförderung – Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik, Das Gesundheitswesen 2004; 66, Heft 3:146-152

<sup>53</sup> Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. editor. gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht. Bonn 2003

<sup>54</sup> Rosenbrock R. Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität. In: Walter U, Drupp M, Schwartz FW, editors: Prävention durch Krankenkassen. 2002:40-57 Rosenbrock R. Der neue § 20 SGB V als Gestaltungsherausforderung für die Selbstverwaltung der GKV. Die Betriebskrankenkasse:2001;89,1:22-27

<sup>55</sup> Rosenbrock R. Prävention und Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., editor. Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Perspektiven. Hannover: Selbstverlag, 1999:15-21. Rosenbrock R. Qualitätssicherung für Leistungen der primären Prävention durch die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des § 20 SGB V n. F. In: AOK-Bundesverband et al. Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n. F.). Dokumentation einer Tagung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Bergisch Gladbach.

<sup>56</sup> Walter, U. Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Mimeo, Hannover:2003

<sup>57</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Fischer GC, Glaeske G, Kuhlmeier A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Scriba PC, Wille E): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005, mimeo Bonn, Kap. 4 Mielck A: Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern, Verlag Hans Huber (i. E.)

<sup>58</sup> MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.: Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung – Dokumentation 2002, Essen: MDS

<sup>59</sup> Rosenbrock R. Arbeitslosigkeit und Krankheit. Gesundheitswissenschaftliche Befunde. In: Forum Wissenschaft:1988;15,1:15-17 Grobe ThG, Schwartz FW. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, hrsg. vom Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Berlin: Robert-Koch-Institut: 2003;13

<sup>20</sup> Rosenbrock R, Gerlinger Th. Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, 2. erweiterte Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 2006 (i. E.)

<sup>21</sup> Rosenbrock R. Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV, in: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröder A, editors. Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 8, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft 2004:7-149

<sup>22</sup> Rosenbrock R. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zur Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales:2003;52,3:87-90

<sup>23</sup> Protokoll des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit und soziale Sicherung 15/95

<sup>24</sup> Bundesrats-Drucksache 306/05

<sup>25</sup> Bellwinkel M. Jetzt erst recht: Prävention ohne Präventionsgesetz, in: News. Gesundheitsförderung aktuell, 03/04/2005:9-10

<sup>26</sup> Stuppardt R. Mündliche Mitteilung auf dem Hauptstadtkongress 2005 „Gesundheit und Medizin“ am 15. Juni 2005 in Berlin

<sup>27</sup> Beske F. Prävention. Ein anderes Konzept, Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheitssystem-Forschung Band 103, Eigenverlag: Kiel 2005

<sup>28</sup> Kickbusch I. Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW et al., editors. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. völlig neu bearb. u. erw. Aufl., München, Jena: Urban & Fischer 2003:81-189



## Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich

Dr. Wolfgang Dür, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

### Stand und Perspektiven primärer Prävention

#### 1. Das Regierungsprogramm

Im „Regierungsprogramm für die 23. Gesetzgebungsperiode 2007 – 2010“ legt die Bundesregierung unter „1. Prävention, Gesundheitsförderung und Public Health“ fest, dass „Prävention und Gesundheitsförderung auf inhaltlicher, struktureller und finanzieller Ebene“ in den Bereichen „Arbeit, Kindergarten, Schule oder Gemeinde“ ausgeweitet werden soll<sup>1</sup>. Dafür soll ein „Gesundheitsförderungsgesetz“ erlassen werden, das „Prävention und Gesundheitsförderung“ als „4. Säule“ des Gesundheitssystems etabliert. Die erste Freude über diese Aufwertung der Gesundheitsförderung wird ein wenig durch die begrifflichen Ungenauigkeiten getrübt, die durch die nachfolgende Aufzählung von prioritären Handlungsfeldern entstehen: neben dem Nichtraucherschutz und einer Sucht- und Alkoholstrategie werden Impfprogramme, Screeningprogramme und der Katastrophenschutz genannt, die alle nicht Gesundheitsförderung sind.

Die großen Herausforderungen für die Gesundheitspolitik der kommenden Jahre vor Augen ist mit den genannten Maßnahmen nicht viel zu gewinnen. Dem demografischen Wandel, der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen (Schätzungen sprechen von 100 bis 400% Steigerung bis 2050!), dem epidemiologischen Wandel in Form der Zunahme von chronischen, mentalen, lebensstil- und arbeitsbedingten Krankheiten ist mit Impfprogrammen und Screenings nicht beizukommen. Die Grenzen der Möglichkeiten der kurativen Medizin für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sind seit der Erklärung von Alma Ata durch die WHO im Jahre 1978 amtlich und allgemein anerkannt. Von Verbesserungen in diesem Bereich, auch wenn sie notwendig und sinnvoll sein sollten, ist jedenfalls nicht zu erwarten, dass sie die Leistungsfähigkeit der Menschen und damit die Konkurrenzfähigkeit unserer Wirtschaft im globalen Wettbewerb und der europäischen Gesellschaft insgesamt verbessern werden, weshalb hier andere Maßnahmen erforderlich sind, die unter dem politischen Etikett „Gesundheitsförderung“ firmieren.

#### 2. Zur Unterscheidung von Primärprävention und Gesundheitsförderung

Die begrifflichen Ungenauigkeiten haben daher zu Diskussionen geführt, die es notwendig machen, die Differenz und das Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung zu klären. Dabei ist vorauszuschicken, dass es auch in der Wissenschaft keine klare, international einheitliche Begriffsverwendung gibt, was bei einem Wissensgebiet, das interdisziplinär aus verschiedenen Fachrichtungen gespeist wird, allerdings nicht verwundern sollte. Im deutschsprachigen Raum ist es üblich, zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie Gesundheitsförderung zu unterscheiden und nach der Einheit und hierarchischen Ordnung dieser Konzepte zu fragen. Die Unterscheidungen beziehen sich auf Interventionsformen und folgen vor allem den primären Zielsetzungen, die mit diesen jeweils angestrebt werden. Diese bilden gewissermaßen ein phänomenologisches Kontinuum in Bezug auf den Umgang mit Krankheit: die Intervention kann noch vor Eintreten einer Krankheit in unspezifischer Weise die individuellen und sozialen Ressourcen und Potenziale entwickeln, die gegen Krankheit wappnen (Gesundheitsförderung), sie kann spezifische Krankheitsrisiken im Umfeld oder im Verhalten eines Individuums reduzieren (Primärprävention), dennoch auftretende Krankheiten früh erkennen (Sekundärprävention) und nach erfolgter Behandlung (Kuration) alle sozialen, physischen und psychischen Funktionen wiederherstellen (Tertiärprävention oder Rehabilitation).

Um die Primärprävention und die Gesundheitsförderung als Interventionsformen möglichst präzise unterscheiden zu können, werden zusätzlich weitere Differenzen benutzt, die

- auf die Grundorientierung der Beobachterlogik – ob auf Krankheit und pathogenetische Prozesse oder auf Gesundheit und salutogenetische Prozesse gerichtet,
- auf die Ebene der Intervention – ob auf Individuen und Populationen oder auf soziale Systeme gerichtet,
- auf die Methoden – ob medizinisch oder sozial/humanwissenschaftlich – und

- auf die Interventionstechniken – ob sektoral eng oder intersektoral, transdisziplinär – bezogen sind (vgl. Tabelle 1). In konsequenter Anwendung lässt sich damit veranschaulichen, dass Primärprävention und Gesundheitsförderung zwei unterschiedliche Problem- und Handlungsfelder bezeichnen und für eine effektive Gesamtstrategie kombiniert werden müssen.

### Übersicht über die Formen der Gesundheitsförderung und Prävention und deren Unterscheidungsmerkmale

**Tabelle 1**

	Kuration	Sekundär- und Tertiärprävention	PRIMÄRPRÄVENTION		Gesundheitsförderung
			Medizinisch	Sozialwissenschaftlich	
<b>Ziel</b>	Krankheiten behandeln	Krankheiten früh erkennen	Krankheitsrisiken reduzieren, die mit äußeren Noxen verbunden sind	Krankheitsrisiken reduzieren, die aus Verhalten resultieren	Ressourcen entwickeln, die an sozialen Bedingungen hängen
<b>Ebene der Intervention</b>	Individuum	Individuum Population	Individuum Population	Individuum Population	Organisationen, Regionen, Politik
<b>Ziel der Intervention</b>	Heilungsprozesse	Frühest möglicher Therapiebeginn; Wiederherstellung der Funktionen	Reduktion der Expositionen, Immunisierung	Gesunde Lebensstile entwickeln	Gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen
<b>Art der Intervention</b>	Therapeutisches, pflegerisches Handeln	Gesundenuntersuchung Screenings	Impfung, Hygiene, Reihensimmunisierung Arbeitnehmerschutz	Health Literacy, Beratung, Info-Kampagnen etc.	Organisations- und Regionalentwicklung, Health in All Policies

#### 3. Zum Status quo der Gesundheitsförderung in Österreich

In den vergangenen fünfzehn Jahren hat sich in Österreich wie auch in praktisch allen anderen europäischen Ländern unter der thematischen Führung durch die WHO/Büro für Europa eine breite und sehr aktive „Szene“ herausgebildet<sup>2</sup>. Diesen Befund konnte man schon mit großem Staunen vor exakt zehn Jahren machen und er gilt heute nur umso mehr<sup>3</sup>.

Und ähnlich wie vor zehn Jahren, jedoch durch die enorme Ausweitung der Szene paradoxerweise noch zur Potenz erhoben, muss ein enormer qualitativer und quantitativer Entwicklungsbedarf konstatiert werden. Hier können fünf Punkte genannt werden:

- Nicht überraschend führt die größere Zahl an Akteuren auch zu einem größeren Bedarf an Koordination der Aktivitäten. Diese ist zu allererst länder- und sektoren- (bzw. ressort-) übergreifend notwendig. Nur so können Doppelgleisigkeiten vermieden, wiederholte Entwicklungsarbeit eingespart und Synergien entwickelt werden. Dabei scheint die „länderübergreifende“ Koordination, da von diesen selber eingefordert, leichter machbar als die „sektorenübergreifende“, die ja auf Bundes- und auf Landesebene jeweils unterschiedliche Politikbereiche abstimmen muss. Diese zentrale Forderung der Gesundheitsförderung bildet auch den Kern des Konzepts „Health in All Policies“, das weiter unten dargestellt wird.
- Voraussetzung für solche Koordinationsleistungen

bzw. deren erster Schritt ist die Herstellung gemeinsamer Zielsetzungen, vor deren Hintergrund der Koordinationsbedarf erst sichtbar und bezifferbar wird. Für die Entwicklung von Zielsetzungen wiederum ist eine präzise Dokumentation und Gesundheitsberichterstattung erforderlich, die Problembe- reiche benennt und die Formulierung von Prioritäten möglich macht. Wer heute wissen wollte, was genau und wie viel in der Gesundheitsförderung gemacht wird, wer welche Projekte und Initiativen gesetzt hat, ist auf grobe Schätzungen angewiesen, da keine zentrale, noch nicht einmal eine regionale Dokumentation stattfindet.

- Noch immer scheinen die Kapazitäten zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung zu schwach ausgebaut zu sein. Vor allem wenn man an Unterstützungsstrukturen in den Bundesländern denkt - von Ausnahmen abgesehen -, die notwendig sind, um Projekte qualitätsgesichert durchführen und Programme und Policies, um die es künftig stärker gehen wird, in Schulen, Betrieben, Krankenhäusern etc. effizient und erfolgreich etablieren zu können, hat die „Szene“ noch immer nicht die kritische Masse erreicht, die für flächendeckende, breitenwirksame Umsetzungen erforderlich wäre.
- Das führt zum vierten Entwicklungsbedarf, der international unter dem Kürzel integrated health promotion (integrierte Gesundheitsförderung) läuft, womit komplexe, themen- und bereichsübergreifende Interventionen gemeint sind, die sowohl am Individuum wie auch in Organisationen und Gemeinden ansetzen. Damit wird den vielfach bestätigten Ergebnissen Rechnung getragen, dass Einzelmaßnahmen, beispielsweise zur Suchtprävention, nicht effektiv und nicht nachhaltig sind, wenn sie nicht auch auf Ressourcenstärkung abzielen, die Lebensführung insgesamt erfassen, die Situation in der Schule oder am Arbeitsplatz verändern und von der Gesamtpolitik unterstützt werden.
- Schließlich muss immer wieder darauf hingewiesen werden, dass die unbedingte Voraussetzung für Qualitätssicherung allen Handelns in Forschung und Evaluation liegt. Österreich benötigt weit mehr Forschung für Gesundheitsförderung und Primärprä-

vention als gegeben, um die wissenschaftlichen Grundlagen für Maßnahmen und Politiken zu schaffen, und es benötigt weit mehr Evaluation als gegeben, um die Effekte der Maßnahmen beobachten zu können. Ein besonderes Anliegen dabei ist die Durchführung von Metaevaluationen, die allein ein nachhaltiges Lernen aufseiten der Umsetzer und Praktiker, aber auch aufseiten der politischen Administration garantieren.

#### 4. Die „Vierte Säule“: Gesundheit in allen Politikbereichen

Die Teufelei der Gesundheitsförderung liegt in ihrer Querschneideri. Sie ist Querschnittsmaterie. Einem Denken, das die Welt fein säuberlich in Ressorts, Sektoren, Regale, Schubladen und Schachteln eingeteilt hat, muss das ein Gräuel sein. Dennoch gilt es anzuerkennen, dass die Gesundheit nur zum geringsten Teil im Gesundheitsressort „gemacht“ wird und zum größten Teil in allen anderen Politikbereichen oder, wie die Ottawa Charta das so blumig ausdrückte, „... wo die Menschen leben, lieben, arbeiten und spielen“ (WHO 1986). Es ist daher nicht zu vermeiden, dass eine konsequente Gesundheitsförderungspolitik versuchen muss, in diesen Bereichen „mitzumischen“, wo Gesundheit betroffen ist.

Die Ottawa Charta hat dieser Forderung das erste der fünf Handlungsfelder gewidmet („eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln“, WHO 1986), die finnische Ratspräsidentschaft 2006 hat diese Forderung neu aufgegriffen und ins Zentrum der EU-Gesundheitspolitik gerückt mit dem Konzept „Health in All Policies“.<sup>4</sup>

#### Die Kerngedanken dieses Konzepts lassen sich folgendermaßen kurzfassen:

- Es wird eine in Zielen und Werten über alle Bereiche kohärente Politik benötigt. Wie bei der Umsetzung des Kyoto-Protokolls in Bezug auf Umweltfragen, muss auch in Bezug auf Gesundheit für alle Politikbereiche untersucht und geklärt werden, welche Implikationen aus den jeweiligen ressortspezifischen Entscheidungen für Gesundheit folgen. Das verlangt letztlich eine Art „Gesundheitsverträglichkeitsprü-

fung“ in Bezug auf politische Entscheidungen auf allen Ebenen, für die eine ausgereifte Methode des Health Impact Assessments (HIA) erforderlich wäre.<sup>5</sup> Der entscheidende Punkt ist aber der, dass diese querliegende politische Verantwortung auf irgendeine brauchbare Weise strukturell verankert werden muss. In Finnland geschieht dies durch die Etablierung einer interministeriellen Kommission, die solche Aufgabenstellungen annimmt, bearbeitet und dann die betroffenen Ministerien mit Lösungsvorschlägen versorgt. Mit Blick auf Österreich wurde für diese Funktion an anderer Stelle bereits die Einrichtung eines Staatssekretariats beim Bundeskanzleramt angedacht. Egal wie die Lösung dieses Problems aussieht, unbestreitbar bleibt, dass diese Art der politischen Verantwortung definiert und organisiert werden muss.

- Erfolgsfaktor für die solcherart kohärente Politik ist die zweifelsfreie Übernahme der Ownership für alle Notwendigkeiten und Konsequenzen auf allen Ebenen des Politikmachens durch die Politik. Es ist gewissermaßen ein Gradmesser für die Identifikation und Akzeptanz der Politik durch alle Instanzen und Gremien. Kennzeichen der zweifelsfreien Eigentümerschaft ist die Herstellung gemeinsamer verbindlicher Zielsetzungen, die das Handeln auf allen Ebenen und in allen Bereichen nach Maßgabe der jeweiligen Möglichkeiten anleiten. Es wird in diesem Sinn auf allen Ebenen politische Führung (Leadership) verlangt, für die als Prinzipien und Führungsstrategien Partizipation, Demokratie und Empowerment empfohlen werden.
- Für die praktische Umsetzung einer kohärenten Politik für Gesundheit werden Strukturen und Mechanismen benötigt, durch die eben solche partizipativen Prozesse etabliert werden können, die ein folgerichtiges, konkludentes, effektives und effizientes politisches und administratives Handeln ermöglichen. Diese Strukturen und Prozesse sollen also der Koordination der politischen und nicht-politischen Akteure dienen. Als ein Instrument, das auf frühen Stufen der politischen Entscheidung hilfreich sein kann, wird Health Impact Assessment angedacht, mit der bereits erwähnten Einschränkung, dass bei gegebenem Stand der Wissenstand häufig nur „weiche“ Formen solcher Beurteilungen möglich sein werden.

- Schließlich verweist das Konzept auf die Notwendigkeit, entsprechende Kapazitäten und Ressourcen einzurichten und auszubauen, wobei einerseits auf die Entwicklung von Wissen und Expertise gezielt wird – durch Forschung, Evaluation, Aus- und Weiterbildung, Trainings, diese auch für die politische Administration, andererseits auf die Entwicklung von Strukturen und Prozessen im Sinne von durchführenden und unterstützenden Organisationen.

Die Umlegung dieses Konzeptes auf die Situation in Österreich scheint sich gut zu vertragen sowohl mit der Regierungserklärung, in der ja einige Aspekte bereits enthalten sind – vor allem der Ausbau der vorhandenen Strukturen, die bessere Ressourcenausstattung, die Notwendigkeit der Koordination, die Zusammenführung aller Aktivitäten durch Zielsetzungen und die politische Leadership – als auch mit den genannten Entwicklungsbedürfnissen. Insgesamt scheinen also alle Zeichen auf grün zu stehen und anzuzeigen, dass ein großer Entwicklungsschub in der österreichischen Gesundheitsförderung nun tatsächlich möglich sein wird.

Einzig für die politisch heikle Frage, wie der Teufel der Querschnittskompetenz – in der Juristerei kennt man den Ausdruck der „weder/noch-Kompetenz“ – strukturell und prozessual gezähmt bzw. ausgetrieben werden kann, liegen anscheinend keine Lösungen in der Luft. Jedenfalls keine, die bis zu uns durchgedrungen wären. Hier ist also noch viel mehr Diskussion notwendig, als bisher möglich war, die Gesetzesinitiative dieser Legislaturperiode wird hier wohl noch keine fundamentalen Neuerungen bringen.

Alle anderen Frage, die mit den Stichworten Koordination, politische Führung, Partizipation, Zielsetzungen zusammenhängen, scheinen dagegen nicht sonderlich schwierig – obwohl auch hier ein Teufel, nämlich der Detailteufel, in eben jenem liegen könnte. Jeder, der mit den Methoden des Projektmanagements vertraut ist, kennt den so genannten Management-Zyklus, den es gilt für die Bedingungen politischen Handelns umzulegen (vgl. Abbildung 1). Es ist Teil des Wissensstandes der Public Health, wie diese Logik bzw. zirkuläre Vorgangsweise auf die Gesundheitspolitik umgelegt werden kann. Der so genannte Public Health Action Cycle erfüllt genau die Forderungen, politisches Handeln auf Problemdiagnosen und Zielset-

zungen zu basieren, darauf aufbauend geeignete Strategien und Maßnahmen zu entwickeln, diese in die Umsetzung zu übergeben und deren Ergebnisse – sowohl im Sinne von Outcome wie auch im Sinne von Impact<sup>6</sup> – zu dokumentieren, zu evaluieren und einer genauen Überprüfung zu unterziehen, aus der dann weitere Problemdefinitionen folgen, die den Zyklus abschließen und auf einem höheren bzw. verbesserten Niveau neu beginnen (vgl. Abbildung 2).

In der gegenwärtigen Situation in Österreich scheint es für die Vorgaben des Gesetzes wichtig zu sein, (a) ein solches Management zu etablieren und (b) die Bedingungen zu schaffen, dass entsprechende Strukturen damit beauftragt werden, so sie schon vorhanden sind, was mit Bundesgesundheitsagentur, Gesundheit Österreich/FGÖ sowie den Gesundheitsplattformen der Länder der Fall ist, oder geschaffen werden, wo dies notwendig sein sollte. Letzteres ist als „capacity building“, um das derzeit gebräuchliche Schlagwort dafür zu verwenden, in das Gesetz aufnehmen.

### 5. Fünf Visionen

#### Nationaler Konsens

Das Beispiel Finnlands vor Augen, brauchen auch wir einen breiten nationalen, alle Player umfassenden Konsens über die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Investitionen in die Gesundheitsförderung, wobei dieser

### Der Management Zyklus

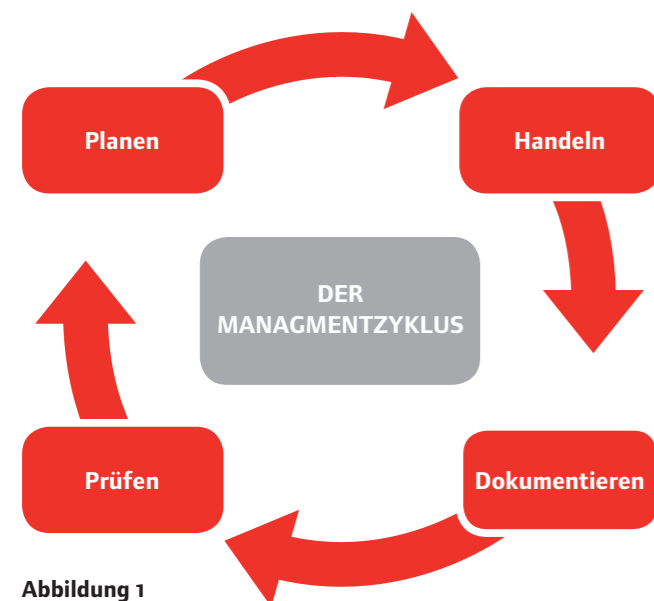


Abbildung 1

### Der Public Health Action Cycle

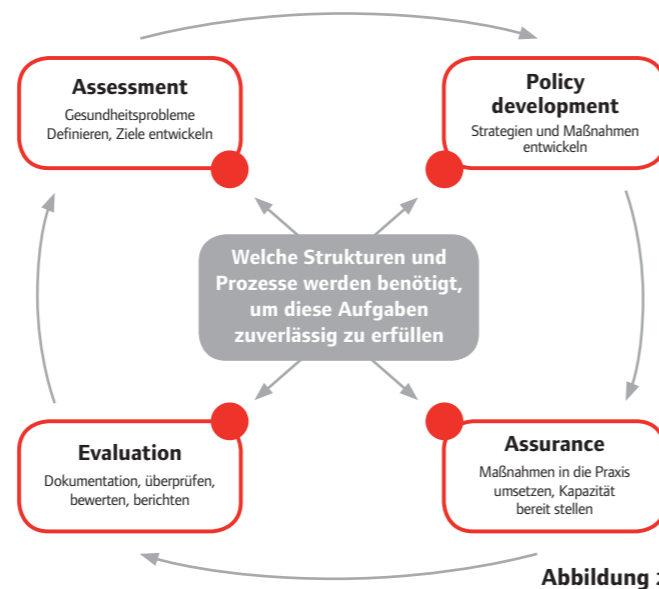


Abbildung 2

Konsens inhaltlich auf der Grundlage der Konzepte und Wegweisungen der WHO stehen sollte.

#### Determinantenorientierte Zielbereiche

Für die inhaltliche Orientierung der Politik können die folgenden Handlungsbereiche genannt werden:

- Partizipation und Einfluss in der Gesellschaft und in allen Bereichen für alle Individuen (Empowerment);
- Ökonomische und soziale Sicherheit; Verringerung der sozialen Ungleichheit;
- Sichere und förderliche Bedingungen in Kindheit und Adoleszenz;
- Gesunde Arbeitswelt;
- Re-Orientierung der Krankheitsversorgung und Pflege;
- Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung;
- Sichere Sexualität und gute reproduktive Gesundheit;
- Gesunde und sichere Produkte und Umwelten;
- Schutz vor übertragbaren Krankheiten.

#### Capacity building

Notwendig ist die Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten unter Praktikern durch Förderung der universitären Public Health-Ausbildung, der außeruniversitären Fort- und Weiterbildung und der Forschung. Ebenso müssen Strukturen zur Unterstützung der Gesundheitsförderung in Organisationen ausgeweitet werden durch Stärkung der politisch-administrativen Strukturen, Förderung vorhandener und neuer Netzwerke und NGOs. Schließlich muss die Bildung von Partnerschaften für Gesundheit weiter angeregt und unterstützt werden.

#### Qualitätssicherung

Im Sinne der Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung muss eine bundesweite Dokumentation aller Aktivitäten gefordert werden, hochwertige Evaluationen und Metaevaluationen, die erst ein nachhaltiges Lernen ermöglichen und ein Gesundheitsförderungsbericht, der etwa im Zwei- bis Vier-Jahres-Abstand an das Parlament ergeht. Für eine evidenzbasierte Gesundheitsförderung benötigen wir eine Intensivierung der Grundlagenforschung, aber auch die anwendungsorientierte Entwicklung von Standards und Tools.

#### Finanzmittel

Um diese vorgenannten Visionen Realität werden zu lassen, werden sehr viel höhere Geldmittel in die Gesundheitsförderung im engeren Sinn fließen müssen, als das in der Vergangenheit der Fall war. Im Sinne einer effektiven Dosis-Wirkungs-Beziehung sollte der Anteil des Gesamtbereichs Prävention und Gesundheitsförderung an allen Gesundheitsausgaben von derzeit 1,9% in raschen Schritten auf 4% – wie in Vergleichsländern<sup>7</sup> – angehoben werden.

<sup>6</sup> Vgl. das Regierungsprogramm von 2007, S. 120f. (<http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=19542>)

<sup>7</sup> Ohne Anspruch auf Vollständigkeit: Bundesregierung, Bundeskanzleramt, Ministerialabteilungen in BMGFJ, BMUKK, BMLFUW (GuK 1997, GfG 1998), Bundesgesundheitsagentur, Bundesgesundheitskommission, Landesregierungen, Landesgesundheitsplattformen, Landesgesundheitsfonds, Fachabteilungen und regionale Umsetzungseinrichtungen für Gesundheitsförderung und Prävention, als Austria, Suchtpräventionsstellen, Bundesdrogenforum, Gesundheit Österreich GmbH (FGÖ, ÖBIG), Hauptverband der Sozialversicherungsträger sowie Gebietskrankenkassen, AUVA, Privatversicherer, Öffentlich-rechtliche Körperschaften (AK, WKÖ, ÖGB, Ärzte- und Apothekerkammer etc.), Patienten- und Angehörigenorganisationen, Selbsthilfegruppen, NGOs, Wohlfahrtsverbände (Caritas, Rotes Kreuz) etc., Netzwerke (Betriebe, Städte/Gemeinden, Krankenhäuser, Schulen), private Anbieter.

<sup>8</sup> Vgl. Dür W., (1997): Regional, aktionistisch, konzeptlos?, in: Dür W., Pelikan J.M. (Hg.): Gesundheitsförderung regional. Projekte aus den österreichischen Bundesländern, Wien, S. 37 - 57

<sup>4</sup> Vgl. Stähl Timo, et al (Herausgeber: Ministry of Social Affairs and Health) (2006) Health in All Policies; Prospects and potentials

<sup>5</sup> Man kann darüber streiten, wie ausgereift diese Methoden derzeit sind und wie gut und eindeutig sie Entscheidungen über politische Entscheidungen ermöglichen würden. Dasselbe gilt in vielerlei Hinsicht aber auch für das Pendant der Umweltverträglichkeitsprüfung, wo sich nicht selten hinter technischen Maßzahlen reine Willkür verbirgt. Letztlich wird man das Instrumentarium der HIA einfach schrittweise einsetzen müssen, um es überhaupt zu der benötigten Qualität entwickeln zu können.

<sup>6</sup> Diese Unterscheidung greift die Vorarbeiten von Don Nutbeam (2000) auf, die von Cloetta et al. (2005): Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz, Gesundheitsförderung Schweiz, Bern zu dem so genannten Schweizer Evaluationsmodell weiterentwickelt wurden.

<sup>7</sup> Vgl. Czipionka T., Kraus M., Riedel M., Röhrling G., Schnabl A. (2007): Effizienz im Gesundheitswesen: Alles ganz einfach?, Health System Watch, Frühjahr 2007



## Workshop 1:

### Ein neues Gesundheitsförderungsgesetz für Österreich

Wie können Prävention und Gesundheitsförderung als „vierte Säule“ des Gesundheitssystems nachhaltig gesetzlich verankert werden? Mit dieser zentralen Frage hat sich dieser Workshop beschäftigt.

Im Workshop 1 bei der 9. österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz am 4. Juni 2007 in Salzburg wurde diskutiert, ob und wie ein neues österreichisches Gesundheitsförderungsgesetz gestaltet werden soll. Zunächst präsentierte Mag. Christoph Hörhan, Leiter des Fonds Gesundes Österreich, „fünf Thesen zum Gesundheitsförderungsgesetz“, die vom Team der Gesundheitsreferent/innen des Fonds Gesundes Österreich erarbeitet worden waren. Dies war dann in dem von Dr. Christian Scharinger geleiteten Arbeitskreis die Grundlage für eine Diskussion in Kleingruppen sowie abschließend auch für eine Podiumsdiskussion.

#### 5 Thesen des Fonds Gesundes Österreich

Die Kerninhalte der von Mag. Hörhan vorgestellten Thesen sind:

- Es gibt immer mehr chronische und psychische Erkrankungen und die Gesundheitschancen sind in wachsendem Ausmaß sozial ungleich verteilt. Das macht es notwendig, die Krankheitsprävention und die Gesundheitsförderung auszubauen. Vor allem Letztere muss nach Jahren des Aufbaus nun entscheidend weiterentwickelt werden.
- Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind als zwei eigenständige Ansätze mit klarer Aufgabenteilung zu betrachten. Eine österreichische Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention muss sowohl länder- wie auch sektorenübergreifende Koordinationen ermöglichen.
- Auf Basis einer Bedarfsdiagnose muss in „Capacity Building“ investiert werden. Das heißt, die Strukturen für Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen verbessert sowie die Infrastruktur weiterentwickelt werden.
- Eine bundesweite Dokumentation und Berichterstattung ist notwendig. Die Qualität von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention muss durch unabhängige Institutionen gesichert und evaluiert werden.

- Die finanziellen Ressourcen für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention müssen internationalen Standards folgend schrittweise angehoben werden.

Dr. Wolfgang Dür vom Wiener Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie wies dann ergänzend unter anderem noch darauf hin, dass es wünschenswert sei, dass die „politische Community“ der Gesundheitsförderer/innen selbst einen Vorschlag erarbeite, wie Richtlinien zur Qualitätssicherung auf Bundes- oder Landesebene gestaltet werden sollten.

#### Gruppenphase

In der zweiten Phase des Workshops wurden die zu Beginn vorgestellten und ergänzten Thesen in Kleingruppen diskutiert. Das Ziel dabei war, Fragen und Vorschläge auszuarbeiten und diese dann in der Abschlussphase des Workshops in die Debatte einzubringen. Wesentliche Fragen, die so erarbeitet wurden, waren unter anderem:

- Ist die theoretische Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention notwendig?
- Sollte es eine Neufassung des Gesundheitsförderungsgesetzes geben oder reicht es aus, das bestehende zu novellieren oder unverändert zu lassen?
- Sollte auf bundespolitischer Ebene ein Ministerium, ein Staatssekretariat oder eine interministerielle Arbeitsgruppe für „Public Health“ geschaffen werden?
- Werden in der Praxis der Gesundheitsförderung die Partizipation von Bürger/innen sowie Genderaspekte bereits ausreichend berücksichtigt?
- Aus welchen Quellen könnten allfällige zusätzliche Mittel für Gesundheitsförderung stammen?
- Sollte eine Internetplattform für den Austausch von Daten aus dem Bereich der Gesundheitsförderung geschaffen werden?
- Wie soll das Verhältnis zwischen kurativer Medizin und Gesundheitsförderung in Ausbildung und Praxis gestaltet werden?
- Wie kann vermieden werden, dass womöglich in Projekten der Gesundheitsförderung „das Rad immer wieder neu erfunden wird“?

#### Statements aus der Podiumsdiskussion

Bei der abschließenden Diskussion im Workshop 1 war das Podium mit fünf Teilnehmer/innen besetzt, nämlich: Hon. Prof. Dr. Robert Schlögel, Leiter der Sektion IV Verbrauchergesundheit und Gesundheitsprävention im Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Landesstatthalter Mag. Markus Wallner, Gesundheitslandesrat Vorarlberg und Dir. Dr. Harald Seiss, Direktor der Salzburger Gebietskrankenkasse sowie Mag. Hörhan und Dr. Dür. Im Folgenden werden Statements aus dieser Diskussion wiedergegeben, die auf in der Gruppenphase erarbeitete Fragen Bezug nehmen:

##### Dr. Robert Schlögel:

Wir wissen tatsächlich nicht, was in Österreich in der Gesundheitsförderung derzeit schon alles gemacht wird. Deshalb ist eine IST-Analyse notwendig, auf deren Basis der Bedarf festgestellt werden sollte. Außerdem sollte der Informationsfluss zwischen den Gesundheitsförderern/innen und den Institutionen auf Bundesebene verbessert werden. Wenn das geregelt und umgesetzt wird, dann gäbe es meiner Meinung nach eine sehr gute Prävention in Österreich. Auf organisatorischer Ebene ist vielleicht ein Staatssekretariat für „Public Health“ vorstellbar.

##### Dr. Harald Seiss:

Die Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention ist für uns als Krankenkasse nur Theorie. Wichtig ist, das praktisch anzugehen. Was wir dafür benötigen ist eine gute Zahlenbasis, anhand derer ersichtlich ist, welche Maßnahmen wirklich helfen, wer die Hauptzielgruppen sind und in welchen Settings diese erreicht werden können. Es geht darum, wo ein eingesetzter Euro am meisten bringt.

Bei einer allfälligen Neugestaltung der Gesundheitsförderung müssen die Sozialversicherungen, die hier auch über zahlreiche Expert/innen verfügen, aktiv eingebunden werden. Wir betrachten die Gesundheitsförderung dabei nicht als Ersatz für bestehende Leistungen, sondern als zusätzliches Aufgabenfeld. Nicht zuletzt brauchen wir für neue Aufgaben natürlich zusätzliches Geld.

##### Mag. Markus Wallner:

Übertriebene Regulierungswut ist im Bereich Gesundheitsförderung alles andere als angebracht. Zwischen dem, was ein Bundesgesetz leisten kann und dem, was vor

Ort geschieht, muss ein Ausgleich geschehen. In einigen Fragen sind aber sicher gemeinsame Zielsetzungen notwendig – das gilt speziell für Gesundheitsförderung in der Schule oder in Betrieben. Ein gutes Rahmengesetz wäre günstig. Eventuell könnte aber auch das bestehende Gesetz um den Bereich Qualitätssicherung ergänzt werden.

##### Dr. Christoph König, Landessanitätsdirektor Salzburg:

Es ist immer schwer, Mittel aus der Kuration in die Gesundheitsförderung zu bringen. Mediziner/innen und Gesundheitsförder/innen sollten jedenfalls aufeinander zugehen und ihr Wissen austauschen. Es geht einfach nur gemeinsam.

##### Dennis Beck, Obmann der Aids-Hilfe Wien:

Ein neues Gesundheitsförderungsgesetz ist nur notwendig, wenn auch mehr Geld zur Verfügung stehen wird. Auch in diesem Fall sollte es aber ein Rahmengesetz sein.

##### Prof. Dr. Rolf Rosenbrock,

##### Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung:

Die klare Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention ist schon deshalb notwendig, weil es hier auch um finanzielle Ressourcen geht. Diese stehen nur dann zur Verfügung, wenn es auch ein eigenständiges Feld für nicht-medizinische Prävention gibt.

##### Dr. Wolfgang Dür:

Das vorhandene Gesundheitsförderungsgesetz ist nicht genug. Schon deshalb weil wir neue Mittel wollen. Gender Mainstreaming sollte in einem solchen Gesetz als eines der grundlegenden Prinzipien enthalten sein. Auch die Rolle der Gesundheitsförderung im medizinischen Bereich ist zu berücksichtigen.

Eine Umbenennung des Gesundheitsministeriums halte ich für entbehrlich. Aber wenn wir „Health In All Policies“ wollen, muss sich etwas verändern. Das kann auch dadurch geschehen, dass eine interministerielle Arbeitsgruppe für Gesundheitsförderung geschaffen wird – aber eine, die die Kompetenz hat, Gesundheitsfragen verbindlich über verschiedene Ressorts zu bearbeiten.

## Die Ergebnisse von Workshop 1

### Die Ergebnisse der Diskussion im Workshop 1 wurden von Moderator Dr. Christian Scharinger im Wesentlichen wie folgt zusammengefasst:

- Gesundheitsförderung sollte im Rahmen eines neuen Gesundheitsförderungsgesetzes als eigenständiges Handlungsfeld ausformuliert, und von primär- und sekundärpräventiven Ansätzen abgegrenzt werden.
- Ein gesetzlicher Rahmen sollte die Strategie und die Rahmenziele definieren und damit zur Qualitätssicherung beitragen. Initiativen und „Pflänzchen“ vor Ort sollten dadurch aber nicht verhindert werden. Standards sollten insbesondere settingorientierte Zugänge beschreiben und fördern. Strukturen auf Ebene von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern sind zu schaffen oder auszubauen.
- Ausgewählte Ziele für Gesundheitsförderung sollten von Bund, Ländern, Gemeinden und weiteren wichtigen Playern wie der Sozialversicherung und anderen Organisationen gemeinsam definiert werden. In weitere Folge sollten auch auf Länderebene Ziele definiert werden.
- Eine IST-Analyse über bereits bestehende Projekte, Zugänge und Zielsetzungen ist eine wichtige Basis für den oben beschriebenen Prozess. Wir brauchen „Daten für Taten“.
- Richtlinien für Projekte und deren Evaluation und der Qualitätssicherung im Allgemeinen wird eine wichtige Rolle zuerkannt.
- Die Forschung und Berichterstattung im Bereich der Gesundheitsförderung muss ausgebaut werden und „Capacity Building“ muss erfolgen. Speziell eine Fortbildungsoffensive ist notwendig. Ein wichtiger Aspekt ist auch die Schulung von Bürgermeisterinnen und Verantwortlichen aus dem Bereich der öffentlichen Verwaltung.
- Ein Gesundheitsförderungsgesetz sollte sozial benachteiligte Zielgruppen und zentrale Aspekte der Gendergesundheit speziell berücksichtigen.

## Workshop 2: Bedingungen für gesunde Ernährung

Ernährung und Essen bleiben aus Sicht der Gesundheitsentwicklung ein Dauerthema: Einerseits kann gesundes Essen eine Quelle von Wohlbefinden und Lebensqualität sein, andererseits ist das Risiko für chronisch degenerative Erkrankungen durch Lebensstilfaktoren beeinflusst. Quantitativ besonders bedeutsam sind in diesem Rahmen Rauchen, Bewegung und eben Ernährung. Es gibt deutliche Assoziationen zwischen der Ernährung und dem Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmten Krebsarten, Diabetes und Erkrankungen des Verdauungsapparates. Schätzungen zufolge stehen etwa ein Drittel der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachten Todesfälle in Verbindung mit dem Ernährungsverhalten<sup>1</sup>. Essen und Ernährung können auf unterschiedlichen Ebenen also sowohl eine Ressource als auch ein Risiko für die Gesundheitsentwicklung sein. Dabei sind Fragen des individuellen Essverhaltens eng verknüpft mit Fragen des Wissens und der Zugangsmöglichkeiten (Preis, Verfügbarkeit), diese wiederum mit den Rahmenbedingungen der Lebensmittelproduktion wie z.B. der Förderpraxis der Europäischen Union.

Während die traditionell bestgeförderten Lebensmittel in der EU Getreide, Rindfleisch, Olivenöl und Milch sind, werden Obst und Gemüse nicht gefördert. Bei der Milch gibt es etwa eine 20%ige Überproduktion, die sich als Butterberg sowie als Eiscreme und Süßigkeiten in die Nahrungskette schiebt. Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts der Pro-Kopf-Verbrauch von Zucker bei fünf Kilogramm im Jahr lag, sind es heute im gleichen Zeitraum 40 bis 60 Kilogramm, die sich vielfach in Softdrinks auflösen<sup>2</sup>. Die Gleichzeitigkeit einer Überproduktion von Nahrungsmittel mit geringer existentieller Bedeutung und von einer steigenden Zahl übergewichtiger und adipöser Menschen lässt sich offensichtlich weder auf einer Ebene, noch in einzelnen Sektoren, sondern nur mit Health in All-Strategien verändern.

Eine solche gesundheitsbezogene Bildungspolitik könnte als Lernziel formulieren, dass sich Kinder/Jugendliche in diesem Überfluss und in der Pluralität

von Nahrungsmitteln orientieren lernen. Zum Essen lernen im Schlaraffenland gehören Wissen, die Fähigkeiten zur kognitiven Steuerung und zum Genuss. Unterstützend für eine kognitive Steuerung wäre eine einheitliche Produktkennzeichnung in der Landwirtschaft und Lebensmittelindustrie sowie im Handel, die im Verantwortungsbereich einer Konsumentenschutzpolitik liegen könnte. Eine Möglichkeit, die Komplexität der Bewertung zu verringern, wäre beispielsweise eine Ampelkennzeichnung der Produkte: Grün für empfehlenswert etc. Allerdings, so der Diskussionsbeitrag von ExpertInnen, stecken auch in diesem System Tücken. Denn wie wären in sich widersprüchliche Produkte wie z.B. ein zuckerarmes, aber fettreiches Gebäckstück auszuweisen? Schließlich setzt sich im Rahmen dieser Diskussion die Meinung durch, dass in der Minimalvariante zumindest für Produkte, die mit ihrem Gesundheitswert werben, eine einfache und konkrete Auszeichnung vorgenommen werden sollte, um informierte Konsumentenentscheidungen zu unterstützen.

Neben Pluralität und Überfluss sorgen auch die Dynamik von Beschleunigung und sozialem Wandel in verschiedenen Lebenswelten für ein verändertes Essverhalten. Immer mehr Menschen essen nicht mehr regelmäßig und am gemeinsamen (Familien-)Tisch, sondern immer individueller und spontaner, wenn der Zeit- und Lustfaktor stimmen. Daher gewinnen gute Esslösungen für Schule und Arbeitsplatz besonders an Bedeutung. Die Gemeinschaftsverpflegung und Essen außer Haus stellen neue Herausforderungen an ein ernährungsphysiologisch, sozial und ökologisch gesundes Essen.

<sup>1</sup> Vgl. Heiner Boeing, Dietmar Walter: Ernährung. In: F. W. Schwartz et al: Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München, Jena: Urban & Fischer 2003, S. 151f.

<sup>2</sup> Vgl. Liselotte Schäfer Elinder, Karen Lock, Gabrijelčić Blenkuš: Public Health, food and agriculture policy in the European Union. In: Timo Ståhl et al, Ed.: Health in All Policies. Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health Finland 2006, S. 93ff.

### Nach dieser durch die Referate von Hanni Rützler, Bettina Brandner und Franz Floss unterstützten Diagnose folgte die Diskussion möglicher Empfehlungen an die unterschiedlichen Politikbereiche im Sinne von Health in All:

- Empfohlen ist die Durchführung von weiteren und umfassenderen Modellprojekten zur Gemeinschaftsverpflegung in Österreich, welche sich durch eine hohe Zielgruppenspezifität und die thematische Integration von gesunder Ernährung und Fragen der Lebensmittelqualität auszeichnen sollen, die in der Interventionspraxis als wirksam erlebt wird. Weiterer klarer Rahmen dieser Modellprojekte muss die Ausrichtung nach den Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung – Partizipation, Empowerment und Vernetzung – sein.
- Empfohlen ist eine Auseinandersetzung mit der Bewertung von Lebensmitteln in mehrerlei Hinsicht: Einerseits mit der Entwicklung von Qualitätskriterien für Lebensmittel (bio?, saisonal?, regional?, etc.), andererseits mit der Entwicklung eines Auszeichnungssystems, das möglichst klar, eindeutig und transparent eine gesundheitsorientierte Auswahl ermöglichen soll und den Informationsüberfluss in der Produktkennzeichnung beendet.
- Empfohlen ist die mediale Begleitung einer solchen Umsetzung, um Lebensmittelqualitätskriterien, Interventionsansätze und Ergebnisse breit zu kommunizieren.

### Um nun solchen Empfehlungen eine Chance auf Realisierung zu geben, bedürfte es im Sinne einer Health in All-Policy folgender Schritte:

- Der Klärung der politischen Verantwortung und ihrer Träger in Bezug auf die Umsetzung der Empfehlungen.
- Der Einsetzung einer koordinierenden Struktur für funktional, sektoral und föderal differenzierte AkteurInnen.
- Zusätzlicher Finanzmittel.

## Workshop 3:

### Seelische Gesundheit im Rahmen einer Österreichischen Gesundheitsförderungsstrategie

Die Förderung der seelischen Gesundheit soll im Rahmen einer österreichischen Gesundheitsförderungsstrategie explizit als eigenständiges Handlungsfeld angeführt werden.

- Psychische Gesundheitsförderung sollte in einem allfälligen neuen österreichischen Gesundheitsförderungs-gesetz explizit verankert werden.
- Bundesweit verbindliche Indikatoren für psychische Gesundheit sollten als Grundlage für eine bundesweite Berichterstattung im Gesetz beschrieben werden.
- Zu wichtigen Themen psychischer Gesundheit sollten Informations- und Schulungsprogramme durchgeführt werden. Das umfasst zum Beispiel Ausbildungsmaßnahmen zu Erste-Hilfe-Leistungen bei akuten seelischen Notständen sowie dazu, wie Angst-, Depressions- und Abhängigkeitserkrankungen erkannt und behandelt werden können.
- Als besonders wichtig werden Programme erachtet, durch die die weit verbreitete Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen überwunden werden kann.

Die oben genannten vier Punkte sind die wesentlichsten Empfehlungen, die von den Teilnehmer/innen und Referent/innen des Workshops 3 bei der 9. österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz abgegeben wurden.

#### Vierstufiger Arbeitsprozess

Die Auswahl dieser Maßnahmen war Resultat eines vierstufigen Arbeitsprozesses. Zunächst präsentierte die Workshop-Moderatorin Mag. Dr. Maria Schmidt-Leitner, MPH, MSc im Rückblick wichtige internationale Grundsatz-erklärungen zum Thema psychische Gesundheit. Dann folgten Referate von Mag. Christina Dietscher, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, Wien und Univ.Do. Primarius Dr. Werner Schöny, pro mente austria, Linz. Schließlich setzten sich die Teilnehmer/innen in Einzel- und abschließend auch in Gruppenarbeit mit den zuvor referierten Inhalten auseinander.

#### Wichtige Erklärungen

1996 ist der Bericht „Global Burden of Disease“ der WHO und der Weltbank veröffentlicht worden. In diesem wird prognostiziert, dass Depressionen und Angststörungen im Jahr 2020 nach Herz-Kreislauf-erkrankungen die häufigste Krankheitsdiagnose sein werden. 2005 wurde eine WHO-Minister/innenkonferenz zum Thema psychische Gesundheit in Helsinki durchgeführt, bei der auch Österreich vertreten war. Bei dieser wurde der europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit beschlossen.

#### Das Thema „seelische Gesundheit“ auf europäischer Ebene

Auf Ebene der Europäischen Union wurde 2005 ein Green Paper für „Mental Health in Europe“ formuliert. Weiters haben sich Expert/innen aus 30 europäischen Ländern und sieben europäischen Netzwerken an dem Projekt „Implementing Mental Health Promotion Action“ (IMHPA) beteiligt. Bei diesem wurde ein Aktionsplan erarbeitet, in dem fünf Prinzipien und zehn Aktionsbereiche festgelegt wurden – die etwa auch in die steirischen Gesundheitsziele aufgenommen wurden. Als wichtigste Priorität wurden länderspezifische Programme festgelegt. Für Österreich wurde ein derartiger nationaler Aktionsplan vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie erstellt.

Vom Fonds Gesundes Österreich wurde seelische Gesundheit 2003 erstmals als Arbeitsschwerpunkt integriert. 2004 gab es dann eine österreichische Gesundheitsförderungskonferenz zum Thema „Seelische Gesundheit“. Weiters wurden eine Informationskampagne durchgeführt, die kostenlose Broschüre „Seelische Gesundheit“ publiziert und spezifische Projekte finanziert.

#### Die zehn IMHPA-Aktionsbereiche

Mag. Dietscher stellte in ihrem Referat zum Thema „Möglichkeiten in Österreich für Mental Health in all Policies“ die zehn Aktionsbereiche aus dem IMHPA-Programm im Detail vor. Diese sind:

- Unterstützung von Eltern und Familien in den ersten Lebensjahren,
- psychische Gesundheitsförderung in der Schule,
- psychische Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und Prävention von arbeitsbedingtem Stress,
- psychisch gesundes Altern,
- spezifische Berücksichtigung der Bedürfnisse von Risikogruppen für psychische Störungen und Erkrankungen,
- Prävention von Depression und Selbstmord,
- Prävention von Gewalt und negativen Folgen von Substanzenmissbrauch,
- Zusammenarbeit mit dem primären und sekundären Gesundheitssektor,
- Abbau von (sozialer) Benachteiligung und Prävention von Stigmatisierung,
- Zusammenarbeit mit anderen Sektoren zur Schaffung unterstützender Rahmenbedingungen.

#### Evidenz für die Wirkung seelischer Gesundheitsförderung

Mag. Dietscher präsentierte auch einige wissenschaftliche Belege für die Wirkung von seelischer Gesundheitsförderung. Solche gebe es speziell für Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen. Zum Beispiel sei für die frühe Kindheit nachgewiesen, dass die Unterstützung von unterprivilegierten Eltern und besonders Teenager-Müttern zu einer verbesserten psychosozialen Entwicklung der Kinder führe. Dies zeige sich dann an Indikatoren wie weniger Alkohol- und Drogenkonsum oder weniger Kriminalität (Old et al. 2000)<sup>1</sup>.

Weiters gebe es Evidenz für Maßnahmen, die das Zugehörigkeitsgefühl verstärken (vgl. z.B. „Seattle So-

cial Development Project“, <http://depts.washington.edu/ssdp>). Für die Arbeitswelt gebe es Belege für die Wirksamkeit von umfassenden, personen- und situationsorientierten Ansätzen zur Stressprävention (vgl. z.B. Mimura+Griffiths 2003)<sup>2</sup>. Im Bezug auf die seelische Gesundheit älterer Menschen sei Evidenz für die antidepressive Wirkung von Motivation zur Bewegung vorhanden.

#### Ergänzende Maßnahmen

Zusätzlich zu den bereits eingangs genannten Maßnahmen gab Mag. Dietscher folgende Empfehlungen für „Mental Health in All Policies“ in Österreich ab:

- „Capacity Building“ als ein Ziel des Gesetzes zu verankern.
- Aktionspläne mit wissenschaftlichen, österreichspezifischen, konkreten und quantifizierbaren Zielen als Instrumente zur Implementierung des Gesetzes vorzusehen.
- Sich durch ein „Mapping“ einen Überblick über die in Österreich bereits vorhandenen Strukturen für psychische Gesundheit zu verschaffen.

#### Hohe Gesundheitskosten

Univ.Do. Prim. Dr. Werner Schöny, pro mente austria, Linz, stellte in seinem Referat mit dem Titel „Können wir etwas für die seelische Gesundheit tun – Utopie oder Realität?“ das Thema aus der Sicht der Gesundheitsversorgung dar. Prim. Schöny präsentierte aktuelle Zahlen zu den jährlichen Kosten für häufige psychische Erkrankungen in Österreich. So werden für affektive Störungen 2.462, für Abhängigkeitserkrankungen 1.443, für Psychosen 1.299, für Demenzen 1.095 und für Angststörungen 855 Millionen Euro pro Jahr aufgewendet. Das ergibt Gesamtkosten von 7.155 Millionen Euro.

Der Facharzt für Psychiatrie wies auch darauf hin, dass im Bereich der psychischen Gesundheit nicht nur die Verbesserung von seelischem Wohlbefinden zu den wesentlichen Aufgaben zähle, sondern auch die Verbesserung des Zustandes von Patient/innen während Krankheitsphasen sowie die Herausforderung, Menschen mit psychischen Erkrankungen lebensfähig zu machen.



**Information verbessern, Stigmatisierung vermeiden**

Als besonders wichtig beurteilte Prim. Schöny Maßnahmen gegen die Stigmatisierung psychisch Kranker sowie zur Aufklärung von Politiker/innen und Bevölkerung zu diesem Thema, nach dem Motto: „ohne Information keine Akzeptanz“.

Weitere Maßnahmen, die von Prim. Schöny empfohlen werden sind:

- Spezifische Informationsvermittlung für junge und ältere Menschen sowie für Schwangere, Migrant/innen und sozial Benachteiligte.
- Einbau psychischer Elemente in Veranstaltungen von „Gesunden Gemeinden“ sowie Maßnahmen zur Förderung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz – zum Beispiel gegen „Burn Out“ und „Mobbing“, aber auch gegen „Bore Out“, also Unterforderung.
- Seelische Elemente sollen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsstraßen eine größere Rolle spielen.

Nicht zuletzt wurde von Teilnehmer/innen des Workshops 3 auch darauf hingewiesen, dass aktuelle Programme für seelische Gesundheit oft zu kurz greifen, weil sie sich nur auf Maßnahmen gegen Stress beschränken, dass im „Zeitalter der Körperkultur“ auf die Seele oft vergessen werde und dass das Wissen von Psycholog/innen, Psychotherapeut/innen und Psychiater/innen bei der Gestaltung von Programmen zur Förderung psychischer Gesundheit genutzt werden sollte.



<sup>1)</sup> The Evidence of mental health promotion effectiveness: strategies for action  
Guest Editors Eva Jané-Llopis, Margaret Barry, Clemense Hosman, Vikram Patel;  
Promotion & Education, Supplement 2/2005

**Workshop 4:****Gemeinsame Verantwortung für gesunde Schulen**

**Eine langfristige Perspektive, Qualitätsmanagement und Leadership der Schulleitung sind Erfolgsfaktoren für Gesundheitsförderung in Schulen. Das sind wesentliche Resultate der Arbeit im Workshop 4 bei der 9. österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz.**

- Eine langfristige Perspektive ist ein wesentliches Kriterium für Programme, die Schule als gesundheitsfördernden Lern- und Arbeitsort gestalten sollen.
- Erfahrungswerte aus dem Schweizerischen Netzwerk Gesunder Schulen zeigen, dass mindestens 15 Jahre für die Planung und wirkungsvolle Umsetzung notwendig sein können.
- Nationale und regionale Entscheidungsträger aus den Bereichen Bildung und Schule müssen ihre Anstrengungen aufeinander abstimmen, ihre Kräfte bündeln und gemeinsam auftreten. Durch eine überregionale Planungsplattform soll eine nachhaltige nationale Strategie entwickelt werden.
- Schulen sollen selbst ihre jeweiligen Bedürfnisse für Gesundheitsförderung erheben und befähigt werden, Kompetenzen für die Entwicklung von Lösungen zu entwickeln.
- Gesundheitsförderung ist im Leitbild der Schulen und in der Ausbildung der Lehrer/innen zu verankern. Als Teil des Curriculums sollte sie Handlungs- und Unterrichtsprinzip sein.
- Gesundheitsförderung kann nur im Rahmen des Qualitätsmanagements gesundheitsfördernder Schulen funktionieren. Instrumente zur Evaluierung sind zu entwickeln. Es muss einen klaren Auftrag, Ziele und ein Budget geben.
- International, aber auch in Österreich sind bereits viele Schulen aktiv. Auch Projekte für Gesundheitsförderung an Schulen müssen deshalb nicht „immer

wieder neu erfunden werden“. Die Entwicklung von Modellprojekten bietet die Chance für den Austausch von Best-Practice-Modellen.

- Bestehende Ressourcen, auch solche im Umfeld der Schulen, sollten genutzt werden.
- Die langfristige Ausrichtung und wirkungsvolle Umsetzung erfordert personelle und finanzielle Ressourcen.

Die oben genannten Empfehlungen wurden im Workshop 4 bei der 9. österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz erarbeitet. Der Arbeitskreis, der sich mit der „Gemeinsamen Verantwortung für gesunde Schulen“ beschäftigte, wurde von Mag. Alexandra Wucher vom aks Gesundheitsvorsorge geleitet.

Grundlage für den Diskussionsprozess im Workshop 4 waren Impulsvorträge.

**Projekt gesunde Schule**

Zu Beginn referierte Dr. Martina Gerhartl vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur über „Schulische Gesundheitsförderung – Strategien in Europa und Österreich“.

Dr. Gerhartl stellte im Rahmen ihres Vortrags das im März 2007 vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemeinsam ins Leben gerufene Projekt „Gesunde Schule“ vor.

Eingebettet in das Konzept der Schulentwicklung sollen im Rahmen dieses Projektes ziel- und bedarfsorientierte Programme und Strukturen aufgebaut werden.

Zielgruppen sind einerseits die Schulen, andererseits aber auch schulexterne Dienstleister/innen und Akteur/innen in Politik und Verwaltung.

Die Vision von „Gesunde Schule“ ist es, eine nachhaltig wirksame nationale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen zu entwickeln und umzusetzen. Das Projekt soll so zu einem zukunftsorientierten Bildungssystem aber auch zu einer gesünderen Gesellschaft beitragen.

**Teilziele des Projektes „Gesunde Schule“**

**Für die Initiative „Gesunde Schule“ wurden folgende Teilziele definiert:**

- Eine Organisationsstruktur zur schulischen Gesundheitsförderung in Österreich aufzubauen,
- Aktuelle wissenschaftlichen Erkenntnisse zur schulischen Gesundheitsförderung darzustellen,
- Ein Ablaufmodell zur Definition von Zielen für den Bereich der schulischen Gesundheitsförderung zu entwickeln,
- Einen bedarfsorientierten und qualitätsgesicherten Dienstleister/innen-Pool für Schulen zum Themenfeld Gesundheitsförderung zu generieren,
- Ein Modellprojekt zur Neugestaltung der Gesundheitsbetreuung in Schulen zu entwickeln,
- Instrumente zur Qualitätssicherung für die schulische Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu erproben, was beispielsweise auch eine „Commitmenturkunde“ und ein Gütesiegel umfassen soll,
- Ein Instrument zur Messung der gesundheitlichen Ergebnisse von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung zu entwickeln.

**Das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen**

„10 Jahre Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (SNGS) – Erfolge und Herausforderungen“ war das Thema des Referates von Barbara Zumstein von Radix Gesundheitsförderung, Luzern. Im Netzwerk seien bereits 707 Schulen, 154.000 Schüler/innen und 18.000 Lehrpersonen erfasst, so die Projektleiterin des SNGS. Weiters seien 10 Netzwerke auf kantonalen Ebenen entstanden.

Die Zielsetzung des SNGS sei gewesen, bis 2010 nach Möglichkeit alle 7.000 Schulen in der Schweiz mit einzubeziehen. Diese Vorgabe werde nicht erreicht werden, so Zumstein. Dies sei auch auf die Besonderheiten im politischen und Bildungssystem der Schweiz zurückzuführen – über die in der Folge Dagmar Costantini, Programmleiterin bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz, Bern in ihrem Referat ergänzend informierte.

So gibt es in unserem Nachbarland bekanntlich vier unterschiedliche Landessprachen, 26 autonome Kantone sowie eine „Erziehungsdirektorenkonferenz“, die zwar Empfehlungen aber keine Weisungen aussprechen kann, jedoch kein Bildungsministerium.

#### • Prozesse initiieren

Zu den praktischen Aufgaben des SNGS zähle vor allem, Prozesse an Schulen zu initiieren und dazu beizutragen, dass sich an den beteiligten einzelnen Ausbildungsstätten Strukturen für Gesundheitsförderung bildeten, so Zumstein. Die Schulen sollten selbst ihre Ziele für Gesundheitsförderung definieren und eine Steuerungsgruppe einsetzen. Bei der Umsetzung würden sie dann vom SNGS, aber auch auf kantonaler Ebene unterstützt. Weiters werde im Rahmen des SNGS auf den Erfahrungsaustausch zwischen Schulen, die gesundheitsförderliche Maßnahmen umsetzen, großer Wert gelegt.

Nach dem Verständnis des SNGS sollen gesundheitsfördernde Schulen mit einem umfassenden Begriff von Gesundheit arbeiten und gesundheitswissenschaftlich fundierte Interventionen nutzen. Zielsetzung ist die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens aller an der Schule Beteiligten aber auch die Verbesserung der Schulqualität insgesamt.

#### • Weniger Konflikte und generell besseres soziales Klima

Nach rund zehnjähriger Tätigkeit sei für das SNGS auch eine Wirkungsevaluation erstellt worden, berichtete Zumstein bei ihrem Referat. Diese Analyse und Bewertung der Aktivitäten im Rahmen des Schweizerischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen wurde durch die Firma Interface im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz durchgeführt.

Die Evaluation weist laut Angaben des SNGS zahlreiche und vielfältige verhaltensbezogene Wirkungen sowohl auf der Wissensebene als auch auf der Einstellungs- und Handlungsebene nach. Für 80 Prozent der Schulen sei eine Sensibilisierung der Schüler/innen für Gesundheitsthemen festgestellt worden, in 74 Prozent ein stärkerer Zusammenhalt der Schüler/innen sowie in 71 Prozent

verbessertes Verhalten im Hinblick auf das soziale Wohlbefinden. Weiters sei in 58 Prozent der Schulen ein Rückgang der Konflikte zwischen den Schüler/innen verzeichnet worden.

In Bezug auf die Lehrpersonen sei in 82 Prozent der teilnehmenden Schulen mehr Bewusstsein für Anliegen der Gesundheitsförderung bemerkt worden. Weiters sei bei den Lehrer/innen vielfach eine Verbesserung der Teamkultur, ein gesundheitsbewussteres Verhalten in Bezug auf das soziale Wohlbefinden sowie die Vermeidung von Überforderung und Überlastung beobachtet worden. Das Schulklima insgesamt habe sich an 76 Prozent der untersuchten Ausbildungsstätten durch die Teilnahme am SNGS verbessert.

#### bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz

Ziel des Programms bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz laut Programmleiterin Dagmar Costantini ist es, ein nationales Netzwerk zu bilden, welches Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule zusammenfasst, vernetzt und koordiniert und die gute gesunde Schule fördert. Die Umsetzung des Konzepts von bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz erfolgt durch spezialisierte Kompetenzzentren und Partner, die auf Themen wie Ernährung, Bewegung, Sicherheit, Schulklima, Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen, Elternmitwirkung, Stress- und Suchtprävention spezialisiert sind. Sie sind die direkten Ansprechpartner der Schulen und Fachstellen.



## Workshop 5:

### Bewegungsfördernde Rahmenbedingungen schaffen

Die Teilnehmer/innen des Workshops 5 setzten sich damit auseinander, was unter „gesunder Bewegung“ zu verstehen ist und welche politischen und infrastrukturellen Maßnahmen diese fördern können.

#### Fit für Österreich

Im Workshop 5 bei der 9. österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz referierte Mag. Fritz Smoly, Staatssekretär für Sport, zum Thema „Mehr Österreicher/innen in Bewegung bringen“. Mag. Smoly befasste sich dabei speziell mit der Initiative „Fit für Österreich“ des Staatssekretariats für Sport, der österreichischen Bundes-Sportorganisation (BSO) und der Sport-Dachverbände ASKÖ, ASVÖ und Sportunion. Im Rahmen dieses Programms wurde auch eine „Fit für Österreich“-Charta erarbeitet.

Einer der Ausgangspunkte für die Initiative sei eine BSO-Studie gewesen, die vor einigen Jahren gezeigt habe, dass 60 Prozent der Österreicher/innen „inaktiv“ seien, so Smoly. 22 Prozent seien „moderat aktiv“, betätigten sich also ein- bis zweimal wöchentlich sportlich. 18 Prozent seien „aktiv“ oder „hochaktiv“, das heiße sie betrieben dreimal wöchentlich oder öfter Sport.

2004 sei dann während der niederösterreichischen Sport- und Gesundheitstage in Wieselburg beim Kongress „Fit für Österreich“ der Frage nachgegangen worden, wie mehr Österreicher/innen „aktiviert“ werden könnten. In der Folge sei mit der BSO ein Rahmenförderungsvertrag abgeschlossen worden. In dessen Präambel werde „Sport als Dienstleister im Gesundheitssystem“ definiert. Außerdem werde darin „Fit für Österreich“ als Dachmarke für die gesundheitsfördernden Angebote der Sport-Dachverbände in den Bereichen Vorschulalter, Schule und Sportverein, Bewegung und Sport im Betrieb sowie Sport in der zweiten Lebenshälfte definiert.

#### • Steuerungsgremium und Landeskoordinator/innen

Als Steuerungsgremium seien ursprünglich vier staatliche und vier nicht staatliche Vertreter vorgesehen gewesen, später seien auch die Koordinator/innen der drei Dachverbände als Expert/innengremium beigezogen worden, das inzwischen im Netzwerk eine Schlüsselrolle einnehme. Durch eine Kooperation mit dem Fonds

Gesundes Österreich seien zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten erschlossen worden.

In jedem Bundesland gebe es inzwischen auch „Fit für Österreich“-Landeskoordinator/innen sowie je fünf Fit-für-Österreich-Assistent/innen, die erstere bei der Organisation und fachlich unterstützten und die Initiative zum Beispiel in Betrieben und Schulen umsetzten. Außerdem seien auch Kooperationen mit Unternehmen und Ländern entstanden, zum Beispiel die Initiative „Vorarlberg bewegt“. Nicht zuletzt werde im Rahmen von „Fit für Österreich“ auch nach sieben Kriterien von der BSO ein Qualitätssiegel „Für gesunde Bewegung“ vergeben. Damit seien bereits über 2.300 Bewegungsangebote ausgezeichnet worden.

#### • Gesunde Bewegung umfasst nicht nur Sport

„Zeit, Raum und Bewegung – die nicht genutzten Möglichkeiten“ war das Thema des Vortrags von Ao. Univ. Prof. Mag. Dr. Sylvia Titze, MPH, Institut für Sportwissenschaft, Universität Graz. In diesem erklärte die Expertin, dass die wissenschaftlich abgesicherte Feststellung, dass regelmäßige körperliche Aktivität das Risiko für verschiedenste chronische Erkrankungen reduziere, als Grundlage der Bemühungen für mehr gesunde Bewegung zu betrachten sei. Dabei sei aber auch zu berücksichtigen, dass Bewegung nicht nur Sport mit hoher Intensität umfasse, sondern auch andere körperliche Aktivitäten wie etwa Bewegung im Haushalt, Gehen oder Radfahren.

Eine wichtige Rolle für das Ausmaß an Bewegung spielten deshalb auch bauliche Voraussetzungen, etwa ob Sportflächen oder sichere Radwege in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung stünden. Auch politische und soziale Faktoren seien von Bedeutung, zum Beispiel welche Bedeutung der gesunden körperlichen Aktivität von Entscheidungsträger/innen zugestanden werde, wie sie im Erziehungssystem verankert sei oder ob es in einer Firma üblich sei, dass in der Mittagspause Bewegungsübungen gemacht würden.

#### • Maßnahmen für mehr Bewegung

Im Weiteren präsentierte Prof. Titze Beispiele für die systematische Förderung von gesunder Bewegung. Dazu zählten etwa das Schweizer Konzept „Mehr Menschen regelmäßig körperlich aktiv“, aber auch die bereits erwähnte Initiative „Fit für Österreich“. In Dänemark habe sich beispielsweise die Stadt Odense zum Ziel gesetzt, dass 20 Prozent der Wege mit dem Fahrrad erledigt werden sollten. Dies sei erreicht worden und gleichzeitig sei auch die Zahl der Radfahrunfälle um rund 20 Prozent verringert worden.

In einer Region in Schweden sei es erfolgreich gelungen, mehr Menschen zu gesunder Bewegung zu aktivieren, indem alle praktischen Ärzte ausgebildet worden seien, dazu spezifische Beratung zu geben. Erwähnenswert sei auch ein Grazer Unternehmen, in dem eigens ein Koordinator und eine Sportwissenschaftlerin angestellt seien, um die mehr als 500 Mitarbeiter/innen gezielt zu gesunder Bewegung anzuregen und sie dabei zu unterstützen.

#### • Infrastruktur-Maßnahmen

Als wichtige Infrastrukturmaßnahme sei auch der im September 2006 veröffentlichte „Masterplan Radfahren – Strategie zur Förderung des Radverkehrs in Österreich“ des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft zu nennen. Dieser habe als Ziel definiert, den im internationalen Vergleich relativ niedrigen Radverkehrsanteil in Österreich von fünf auf zehn Prozent zu erhöhen.

Nicht zuletzt verwies Prof. Titze auch auf einige Studienergebnisse dazu, welche baulichen Rahmenbedingungen gesunde Bewegung förderten. So sei zum Beispiel bekannt, dass ein dichtes Straßennetz, die Nähe der Arbeitsstelle und die Nähe von Geschäften aktive Mobilität förderten. Weiters habe eine Studie aus Japan gezeigt, dass Parks im nahen Wohnumfeld die Lebenserwartung bei älteren Menschen erhöhten.

#### 10 Strategie-Vorschläge

Die beiden oben auszugsweise beschriebenen Referate bildeten die Grundlage für die Diskussion im Workshop 5. Bei dieser wurde unter anderem auch thematisiert, dass Bewegung ein biologisches Grundbedürfnis des Menschen sei und maßgeblich die Lebensqualität beeinflusse.

**Die Ergebnisse der Diskussion fasste der Moderator des Workshops 5, Mag. Günter Schagerl, ASKÖ – Referat für Fitness und Gesundheitsförderung – als „Hinweise für die Richtung künftiger Förderpolitiken“ wie folgt zusammen:**

- Mäßige, aber regelmäßige Bewegung ist für alle Generationen „lebensnotwendig“. Politiker/innen, die Lebensverhältnisse gestalten, sind deshalb auf den Aspekt der „Bewegungsfreundlichkeit der verschiedenen Lebenswelten“ gezielt und kontinuierlich hinzuweisen.
- Das Image von „Sport und Bewegung“ ist gesellschaftlich aufzuwerten und vor allem in Richtung „notwendige körperliche Aktivität“ zu korrigieren.
- Multiplikator/innen, wie etwa Lehrer/innen und Kindergartenpädagog/innen, müssen motiviert werden, Bewegungsfreundlichkeit fächerübergreifend aufzunehmen.
- Verstärkte intersektorale Zusammenarbeit ist notwendig. Vertrauensbildende Maßnahmen sind dabei sehr bedeutsam.
- Bewegungsmöglichkeiten in der Nähe des Wohn- und Arbeitsortes, wie etwa Fahrradwege und offene Sportflächen, sind gezielt und flächendeckend zu schaffen.
- Partizipation, also aktive Beteiligung und Mitgestaltung durch die betroffenen Zielgruppen, wie etwa Jugendliche, ist als Prinzip der Gesundheitsförderung zu beachten.
- Die Zielgruppe der inaktiven Menschen ist sehr heterogen. Wie sie im Detail „in Bewegung gebracht werden“ können, muss noch genauer erforscht werden. Dabei sollte vor allem auch eine Rolle spielen, wie zu sozialer Chancengleichheit im Bezug auf Gesundheit beigetragen werden kann.
- Um den Entwicklungsstand einer gesundheitsorientierten Bewegungskultur kontinuierlich einschätzen zu können, sollten regelmäßig Bewegungsindikatoren in allen Bevölkerungsgruppen abgefragt werden.
- Vor allem die Finanzressourcen auf Gemeindeebene sollten noch mehr der Förderung gesundheitsorientierter Bewegung dienen.
- Bewegung ist von Kindesbeinen an ein wichtiger Lebensbegleiter. Der Aus- und Fortbildung von Kindergärtner/innen und Lehrer/innen für den Bereich „gesunde Bewegung“ sollte deshalb besonderes Augenmerk geschenkt werden.

#### Lebensläufe:

#### Die Autor/innen, Referent/innen bzw. Moderator/innen



**Mag. Bettina Brandtner**

**WS 2**

Studium der Ernährungswissenschaft Spezialisierung Wirtschaft u. Qualitätsmanagement bzw. Ernährungsverhalten u. Diätetik. Ab 1997 Auditor in verschiedenen Sparten der österreichischen Lebensmittelbranche hinsichtlich der Produktion von Bio- Nahrungsmitteln sowie Hygiene- und Qualitätsstandards. 1999 Geschäftsführung der IGEPA Interessensgemeinschaft der österreichischen Heilmittelhersteller und Depositeure. 2001 Geschäftsführung der Wiener Krebshilfe. Seit 2002 im BMLFUW Abteilung Ernährung und Qualitätssicherung verantwortlich für Lebensmittelqualität, Qualitätsmanagement und Labelling, Öffentlichkeitsarbeit. Lehraufträge an Universitäten, Fachhochschulen, Mitarbeit als Expertin in nationalen und internationalen Projekten wie z.B. EU Concerted Action Organic HACCP; Projektbegleitung im Weiterbildungssektor sowie im Gesundheits- und Sozialbereich.



**Dagmar Costantini**

**WS 4**

Ausbildung Studium der Alten Geschichte, Geschichte des Mittelalters und der Klassischen Archäologie an der Universität Basel Arbeitserfahrung 1998 – 2002 politisches Sekretariat der studentischen Körperschaft der Universität Basel, 2003 Praktikum im Ressort Lehre des Rektorats der Universität Basel, 2004 – 2005 Wissenschaftliche Beraterin des Ressorts Universitäre Hochschulen des Staatssekretariats für Bildung und Forschung, 2006 Assistenz am Zentrum Gender Studies der Universität Basel. Seit 2007 Programmleiterin bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz am Bundesamt für Gesundheit.



**Mag. Christina Dietscher**

**WS 3**

ist Soziologin und seit 1994 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen (Koordination des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser); Gesundheitsförderung in Schulen (evaluatorische Begleitung des Österreichischen und des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen), Psychische Gesundheitsförderung (Mitarbeit in den EU-Projekten „IMHPA“ und „EMIP“), Publikationen und Präsentationen in den genannten Bereichen.



**Mag. Dr. Wolfgang Dür**

**Plenum**

Soziologe, Leiter der Forschungsbereiche „Gesundheitsförderung in Schulen und Betrieben“, „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ sowie „Gesundheit und sexuelle Beziehungen“; Lehrbeauftragter am Institut für Soziologie der Universität Wien, Lehraufträge an den Universitäten Graz und Innsbruck, Fachhochschule Krems.



**Ing. Franz Floss**

**WS 2**

Ausbildung als Lebensmittelchemiker  
Geschäftsführer des Vereins für Konsumenteninformation



### Mag. Dr. Martina Gerhartl

WS 4

Beruflicher Werdegang: Mag. phil Sportwissenschaften und Geschichte; Dr. phil Sportwissenschaften/Sportmanagement; Personal Fitness Coach; MBA Master of Business Administration; Stv. Leitung der Abteilung V/5b im Bundesministerium für Unterricht, Kunst, und Kultur. Aufgabenbereiche: Lehrerfortbildung, Sicherheitserziehung und Gesundheitsförderung. Forschungs- und Interessenschwerpunkte: Curriculumforschung, Recht und Sport. Diverse Publikationen.



### Taru Koivisto

Plenum

Health Department; Ministry of Social Affairs and Health, Finland - M. Sc., Health care administration, University of Helsinki - Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health, main area of responsibility: implementation of the National Public Health Programme, Health 2015 - also Secretary General of the Public Health Committee - in the Ministry since 1998, before that in the National Research and Development Centre for Welfare and Health, and National Board of Health since 1989 - areas of expertise: health policy, health promotion and disease prevention, public health, ethical issues and equity in health, quality development in health care, health care administration.



### Mag. Karin Reis-Klingspiegl

WS 2

Studium der Deutschen Philologie und Europäischen Ethnologie, seit 1988 bei Styria vitalis, Geschäftsführung ab 2006, seit 1993 am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement tätig, Lehraufträge und Erwachsenenbildung. Arbeitsschwerpunkte: Settingorientierte Gesundheitsförderung in Gemeinden und Schulen, Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung, Zielgruppen Jugendliche und ältere Menschen, pflegende Angehörige: Unterrichtstätigkeit in Universitätslehrgängen und Fachhochschulen sowie in der Erwachsenenbildung.



### Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock

Plenum

Ist Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u. a. an der Technischen Universität Berlin. Seine wichtigsten Themen sind die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik, Krankenkassenpolitik sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist u. a. Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) sowie Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied des Nationalen Aids-Beirates (NAB), des Vorstandes im Berliner Zentrum Public Health (BZPH) etc.



### Mag. Hanni Rützler

WS 2

Ernährungswissenschaftlerin, Foodexpertin und Gesundheitspsychologin, Gründerin und Leiterin des future-foodstudio, Trendforscherin auf den Gebiet der Ernährung und Referentin des Zukunftsinstituts von Matthias Horx seit 2004; Autorin von Fachbüchern, Lehrbeauftragte an der Medizinischen Universität Graz, Universitätslehrgang Public Health 2005, Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) 1999 - 2005. Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Verbandes der Ernährungswissenschaftler Österreichs (VEÖ) seit 2001.



### Mag. Günter Schagerl

WS 5

Der erste Absolvent des Studienzweiges Sportwissenschaften/Prävention-Rekreation in Wien leitet seit 1985 die Abteilung für Fitness und Gesundheitsförderung der ASKÖ-Bundesorganisation. Als Initiator zahlreicher gesundheitssportlicher Aktionen und Modelle wie z.B. Langsam-Lauf-Treff, Herz-Training, Rücken-Fit, u.a.m. ist er für die praktische Umsetzung sport- und gesundheitswissenschaftlicher Konzepte verantwortlich. 2002 wurde er dafür auch mit der „World Sport Trophy - Sport für alle“ ausgezeichnet. Im Fonds Gesundes Österreich ist Mag. Schagerl als Mitglied des Projektbeirates aktiv.



### Dr. Christian Scharinger

WS 1

Dr. Christian Scharinger ist Gesundheitssoziologe, Organisationsberater, Coach und Supervisor/ÖVS, selbstständiger Berater im Profit- und Non-Profit-Bereich mit den Schwerpunkten Betriebliches Gesundheitsmanagement, Projektcoaching, Begleitung von Veränderungsprozessen in Organisationen, Führungskräfteentwicklung.



### Dr. Robert Schlögel

WS 1

Medizinstudium und Studienassistent am Institut für Physiologie in Innsbruck. FA für Chirurgie und Plast. Chirurgie an der Universität Innsbruck. 1985 - 97 Kdt. und ärztl. Leiter des Militärszitals 2, 1997 - 2002 Heeresanitätschef des ÖBH, seit 2000 Honorarprofessor an der Universität Innsbruck mit Lehrbefugnis für Katastrophenmedizin, seit 2003 als Hon.-Prof. an der UMIT in Innsbruck kooptiert. Leiter der Sektion IV Verbrauchergesundheit und Gesundheitsprävention im Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie, Vertreter des Ressorts im Sozial- und Gesundheitsforum Österreich des Hauptverbandes der österr. Sozialversicherungsträger, Vertreter des Ressorts im Vorstand der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin, Vertreter Österreichs in der High Level Group on Health Services and Medical Care der EC, Mitglied des Aufsichtsrates der AGES.



### Mag. Dr. Maria Schmidt-Leitner MPH, MSc

WS 3

Sozialepidemiologin (Harvard University, Boston, USA) und Psychoanalytikerin (Wiener Psychoanalytische Vereinigung). Derzeit tätig als Prozessberaterin für die Konzipierung, Implementierung und Evaluierung von Gesundheitswissenschaftlichen Projekten (Harvard Consulting). Langjährige Mitarbeiterin des Fonds Gesundes Österreich, zuständig für die Bereiche Evaluation und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung sowie für die Zielgruppen Frauen und ältere Menschen. Internationale Erfahrung mit der Evaluation und Konzipierung von Public Health Projekten (WHO, Weltbank, SIDA, Care Austria).



### Univ. Doz. Prim. Dr. Werner Schöny

WS 3

Studium der Medizin in Innsbruck und Wien, Ausbildung in Nervenambulanz Wagner-Jauregg Linz, Max-Planck-Institut München, Universitätsklinik Innsbruck, Habilitation 1987 in Wien, seit 1992 ärztlicher Direktor Landesnervenambulanz Wagner-Jauregg, Obmann von pro mente Austria und pro mente Oberösterreich. Mitgliedschaften: Österr. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (langjähriger Präsident) medizinische Gesellschaft für Oberösterreich, Donauländischer Verein für Psychiatrie (Präsident) pro mente Oberösterreich und pro mente Austria. Publikationen: Habilitation zum Thema Stigmatisierung psychisch Kranker, und weitere zahlreiche Publikationen zu diesem Thema psychiatrische Versorgungsforschung.



### Dr. Harald Seiss

WS 1

Studium an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät in Salzburg, Gerichtspraxis am Bezirks- und Landesgericht Salzburg, Studien- und Vertragsassistent an der Universität Salzburg, anschließend Berufstätigkeit im Bankbereich / Kreditwesen, bei der Salzburger Gebietskrankenkasse 1986, leitender Angestellter der Salzburger Gebietskrankenkasse. Ressortzuständig u.a. für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.



### Mag. Fritz Smoly

WS 5

Legte 1981 die Lehramtsprüfung in Leibeserziehung, Germanistik und Pädagogik an der Universität Wien ab, war Professor am BG und BRG Perchtoldsdorf, ist seit 1983 Lehrbeauftragter am Institut für Sportwissenschaften der Universität Wien und war bis zur Berufung im Jänner 2007 zum Kabinettschef im Staatssekretariat für Sport viele Jahre auch als Generalsekretär der SPORTUNION Österreich tätig.



### Univ. Prof. Dr. Sylvia Titze

WS 5

Studierte Biologie und Leibeserziehung an der Universität Graz. Während eines 2jährigen Forschungsaufenthalts am Sportwissenschaftlichen Institut in Magglingen (Schweiz) begann sie die Ausbildung zum Master of Public Health (MPH), die sie 2002 abschloss. Die Habilitationsschrift hatte den Titel: Promotion of Health-Enhancing Physical Activity. An Individual, Social and Environmental Approach. Derzeitiger Forschungsschwerpunkt ist die Erfassung des Einflusses der baulichen Rahmenbedingungen auf die körperliche Aktivität mit Fokus auf das Radfahren als Verkehrsmittel. Im Jahr 2005 absolvierte sie einen 6-monatigen Forschungsaufenthalt an der Freien Universität Amsterdam. Sie ist im Vorstand der Österreichischen Sportwissenschaftlichen Gesellschaft (ÖSG) und Mitglied des Arbeitskreises für Gleichbehandlungsfragen an der Universität Graz.



### Mag. Markus Wallner

WS 1

absolvierte das Studium der Politikwissenschaften und Geschichte an der Universität Innsbruck. Nachdem er ab 1995 in der ÖVP-Landesorganisation in Bregenz tätig war, fungierte er ab 1997 als Referent von Landeshauptmann Dr. Herbert Sausgruber. 1999 wurde er schließlich zum Landesgeschäftsführer der ÖVP Vorarlberg berufen. Im Jahr 2000 wurde er zum Abgeordneten des Vorarlberger Landtags und 2003 zum Klubobmann der ÖVP-Landtagsfraktion gewählt. Seit Dezember 2006 hält er das Amt des Landesstatthalters inne und ist unter anderem für die Aufgabenbereiche Gesundheitsrecht und Sozialversicherung, Kultur, Weiterbildung und Behindertenhilfe verantwortlich.



### Mag. Alexandra Wucher

WS 4

Studium der Psychologie mit Wahlfach Betriebswirtschaft an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck und Studium der Studienrichtung Betriebswirtschaft, Hochschullehrgang für das Psychotherapeutische Propädeutikum, Innsbruck, Trainerin und Projektleiterin beim Institut für berufsbezogene Information und Schulung, ibis acam GmbH Vorarlberg, 1996 – 2000. Mit Übernahme der Unternehmensgruppe Wucher, Ludesch. Seit 2000 Leiterin Prävention und Gesundheitsförderung bei der aks Gesundheitsvorsorge GmbH, Bregenz; Zusatzausbildung Systemische Supervision, Coaching, Teamberatung und Ausbildung zur Klinischen- und Gesundheitspsychologin, Universitätslehrgang Public Health Ausbildung, Uni Graz über Schlosshofen, Lochau.



### Barbara Zumstein

WS 4

Ausbildung lic.phil. Universität Zürich, Germanistik mit Schwerpunkt Linguistik, Pädagogische Psychologie, Publizistik. Seit 1984 Projektleiterin Radix Gesundheitsförderung, seit 1997 Nationale Programmleitung des Schweizerischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen. Seit 2002 Aufbau Kantonaler Netzwerke Gesundheitsfördernder Schulen, seit 2003 Mitarbeit im Kompetenzzentrum in bildung + gesundheit (BAG/EDK), 2004/05 Ausbildung in Externe Schulevaluation, Universität Bern. Ehem. Mitglied des Grossen Rates des Kantons Luzern, seit 1998 Mitglied der Schulpflege Kriens.