

WISO

DIE BEDEUTUNG VON GESUNDHEITSZIELEN ZUR GESTALTUNG DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS

Markus Peböck

**Geschäftsführer
des Instituts für
Gesundheitsplanung**

- 1. Vergleich der Gesundheitsziele in Österreich... 170
- 2. Möglichkeiten und Chancen von
Gesundheitszielen 176
- 3. Zusammenfassung und Resümee 182

Auszug aus WISO 1/2009

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40
A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@akooe.at

Internet: www.isw-linz.at

169

„Gesundheitsziele sind ein international verbreitetes Verfahren, um Gesundheitspolitik zielgenauer und überprüfbarer zu machen.“¹ Auch in Österreich haben sich Gesundheitsziele in einigen Bundesländern bereits durchgesetzt, doch man steht noch immer am Beginn eines Prozesses, bei dem von anderen Ländern (wie Deutschland, Schweden oder Kanada) gelernt werden kann. In diesem Artikel soll zuerst die Situation in Österreich dargestellt werden, bevor ein idealtypischer Prozess der Gesundheitsziele besprochen wird, der auch die Möglichkeiten und Chancen dieses Instruments darlegt.

1. Vergleich der Gesundheitsziele in Österreich

Gesundheitsziele in den Bundesländern

Im Jahr 2007 veröffentlichte das Institut für Gesundheitsplanung einen Vergleich der Gesundheitsziele in Österreich (mit einem Nachtrag im Jahr 2008, als die Steiermark auch Gesundheitsziele absegnete), dessen Ergebnisse größtenteils noch gültig sind.² In den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Steiermark wurden eigene Gesundheitsziele formuliert. Das Land Niederösterreich hat 10 Gesundheitsziele und 10 allgemein strategische Ziele im Hinblick auf die Landesentwicklung im Versorgungsbereich (z. B. integrierte Gesundheitsplanung). In der Steiermark gibt es 3 Themengebiete, die wiederum Unterpunkte haben. Oberösterreich und Salzburg haben „klassische“ 10 Gesundheitsziele. Weiters hat die Österreichische Sozialversicherung im Zuge eines Gesundheitsberichtes ebenfalls 10 Gesundheitsziele erstellt. Auf Bundesebene gab es kurzfristig rund um die Nationalratswahl 2006 10 Gesundheitsziele mit dem Titel „Gesundheitsweltmeister 2010“, diese Strategie wurde aber nicht weiter verfolgt. Im neuen Regierungsübereinkommen ist nun vorgesehen, dass Gesundheitsziele zu den Themen Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Demenz, Diabetes, Übergewicht, Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit im Laufe der Legislaturperiode verfasst werden sollen.

Gesundheitsziele auf Bundesebene

Die Bundesländer Burgenland, Kärnten, Tirol, Vorarlberg und Wien haben keine eigens formulierten Gesundheitsziele. Vorarlberg orientiert sich an den WHO-21-Zielen und Tirol hat

im Rahmen einer Leitbildarbeit der Landessanitätsdirektion globale Ziele (z. B. „Die Landessanitätsdirektion will den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickeln“) formuliert. In Kärnten werden zwei Ziele der WHO Gesundheit 21 verfolgt und es gibt zwei Schwerpunktthemen, deren Forcierung ebenfalls als Ziele gelten. Wien und das Burgenland haben nichts Vergleichbares.

Aber auch bei jenen Bundesländern, die Gesundheitsziele verabschiedet haben, sind diese recht unterschiedlich bezüglich des Inhalts, der Herangehensweise, der Umsetzung und der Verbindlichkeit.

1.1. Inhaltlicher Vergleich

Inhaltlich kann man Gesundheitsziele grob in fünf Gruppen einteilen: Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug, Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen, Gesundheitsziele zu Settings, Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsziele zu Gesundheitsdeterminanten.³

Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug sind die häufigsten und haben das Ziel, eine Krankheit einzudämmen oder die Mortalität zu senken (z. B. „Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität der Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 20 Prozent zurückgehen“). Vorteile von derartigen Gesundheitszielen sind die klare Messbarkeit, aber auch die einfache Möglichkeit der Präsentation und die mediale Verwertbarkeit. Nachteile können sein, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen zu krankheitsbezogenen Gesundheitszielen oft schwer evaluierbar sind, da positive Ergebnisse oft auch andere Ursachen haben (z. B. eine verbesserte Erstversorgung).

*Gesundheitsziele
mit
Krankheitsbezug*

Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen richten sich in Inhalt und Form nach der Gesundheit einer bestimmten Personengruppe (z. B. „Bis zum Jahr 2010 sollte sich die Gesundheit der SeniorInnen nachhaltig verbessert haben“). Sie sind zielgruppenspezifisch, können oft aber auch nicht exakt (mit messbaren Kriterien) formuliert werden. Als proble-

*Gesundheitsziele
zu Bevölkerungs-
und Alters-
gruppen*

	<p>matisch kann sich auch herausstellen, dass sich die Zielgruppe in weiteren Betrachtungen nicht als so homogen herausstellt wie zu Beginn erwartet.</p>
<i>Gesundheitsziele zu Settings</i>	<p>Gesundheitsziele zu Settings haben das Ziel, den Settingansatz (Schule, Gemeinde, Betrieb) zu verbessern und zu erweitern (z. B. „Bis zum Jahr 2005 sollten mindestens 20 Prozent der Betriebe mit über 100 MitarbeiterInnen gesundheitsfördernde Aktivitäten setzen“). Der Settingansatz hat sich in der Vergangenheit als der „goldene Weg der Gesundheitsförderung“ herauskristallisiert und es kann in Betrieben, Gemeinden oder Schulen viel zur Umsetzung anderer Gesundheitsziele beigetragen werden. Derartige Gesundheitsziele erhöhen aber auch den Koordinierungsbedarf, da diese Organisationen vorrangig andere Ziele verfolgen.</p>
<i>Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen</i>	<p>Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen bilden häufig eine Ergänzung zu oder eine Ausweitung von bereits bisher durchgeführten Maßnahmen in diesen Bereichen in einem Bundesland (z. B. „Die suchtpreventiven Aktivitäten sollen qualitätsgesichert bezogen auf das Basisjahr 2005 um 60 Prozent bis zum Jahr 2010 gesteigert werden“). Derartige Gesundheitsziele haben den großen Vorteil, dass deren Umsetzung meist sichergestellt, weil vorher mit politischen Akteuren vereinbart, ist. Die Kriterien sind aber häufig nur inputorientiert der Outcome wird oft nicht berücksichtigt.</p>
<i>Gesundheitsziele zu den Gesundheitsdeterminanten</i>	<p>Gesundheitsziele zu den Gesundheitsdeterminanten sind in Österreich noch nicht sehr verbreitet. Sie haben das Ziel, die Strukturen verschiedener Gesundheitsdeterminanten (sozio-ökonomische Faktoren, Verkehr ...) zu verändern (z. B. „Bis zum Jahr 2010 soll der Anteil der armutsgefährdeten Bevölkerung um 20 Prozent zurückgehen“). Mit der Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten sind langfristig große Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu erwarten (siehe dazu auch Abbildung 2). Derartige Gesundheitsziele und speziell ihre Auswirkung auf die Gesundheit sind aber der Öffentlichkeit schwer vermittelbar und können selten kurzfristige Erfolge nachweisen.</p>

In der folgenden Tabelle sind die Inhalte der Gesundheitsziele der Bundesländer Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Steiermark und der Österreichischen Sozialversicherung dargestellt.

Tabelle 1: Themenschwerpunkte der Gesundheitsziele der Bundesländer Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Steiermark sowie der Österreichischen Sozialversicherung

Themenschwerpunkte der Gesundheitsziele in Österreich

	Ktn	NÖ*	OÖ	Sbg	Stmk	SV
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		x	x	x		x
Krebs		x		x		
Psychische Erkrankungen / Suizid		x	x	x	x	x
Diabetes	x	x	x	x		x
Bewegungsapparat		x				x
Sucht/Alkohol		x	x		x	x
Rauchen			x	x	x	
Betriebliche Gesundheitsförderung		x	x		x	x
Gesunde Gesellschaft/Gemeinde		x	x		x	x
Gesunde Schule/Lernen			x		x	x
Impfen		x	x	x	x	
Zahngesundheitsförderung	x	x	x	x	x	x
Vorsorgeuntersuchung		x				x
Gesunde Bewegung/Ernährung				x	x	
Gesundes Leben in Familie, Partnerschaft und Sexualität					x	
Unfallverhütung				x	x	
Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem					x	
Frauengesundheit	x					
Mädchengesundheit	x					
Umweltbelastung				x		
Geriatrische Versorgung/Hospiz		x				

**Die niederösterreichischen Ziele, im Hinblick auf die Landesentwicklung bis 2010, weichen aufgrund ihres Schwerpunkts stark von allen anderen Gesundheitszielen ab und sind nicht in Tabelle 1 enthalten. Das Ziel 8 der epidemiologischen Ziele des Landes Niederösterreich besteht aus drei Unterzielen, die einzeln in die Tabelle eingefügt wurden, somit ergeben sich hier 12 Schwerpunkte.*

Wie in der Tabelle ersichtlich, sind in den betrachteten Bundesländern und der Sozialversicherung Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug am häufigsten vertreten. Die Themen Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen/Suizid, Sucht/Alkohol und Rauchen sind die häufigsten Themen. Weiters sehr häufig anzutreffen sind Gesundheitsziele zu Settings, speziell Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesunde Gemeinde. Bei den Gesundheitszielen zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sind die Zahngesundheitsförderung und das Thema Impfen hervorzuheben. Zu beiden Themen existieren in allen Bundesländern entsprechende Programme.

1.2. Vergleich nach weiteren Kriterien

Weitere Kriterien, nach denen Gesundheitsziele verglichen werden können, sind die Evaluierbarkeit/Messbarkeit der Gesundheitsziele, die Frage nach den Verantwortlichkeiten und der Verbindlichkeit und – was besonders wichtig ist – die Frage nach der Handlungsstrategie bzw. den Maßnahmen zur Zielerreichung.

SMART-Regel Gesundheitsziele sollten, wie alle Ziele, die sich Organisationen stecken, nach der SMART-Regel formuliert werden, also **s**pezifisch, **m**essbar, **a**kzeptiert/aktionsorientiert, **r**ealisierbar und **t**erminisierbar sein. Die Messbarkeit ist, das wurde beim Vergleich nach inhaltlichen Kriterien schon erwähnt, häufig eines der größten Probleme, denn in der Vergangenheit hat sich teilweise gezeigt, dass, auch wenn ein Gesundheitsziel prinzipiell messbare Kriterien beinhaltet, diese praktisch nicht erhebbar waren. So zum Beispiel geschehen in Oberösterreich, als das alte Gesundheitsziel Nr. 6 so lautete, dass die Inzidenz von Mumps kleiner als 1 je 100.000 EinwohnerInnen sein sollte. Das Gesundheitsziel war klar messbar, nicht klar war allerdings die Erhebungsmethode, da Mumps in Österreich keine meldepflichtige Erkrankung darstellt. Ein Vergleich der Gesundheitsziele in Österreich zeigt, dass die Ziele von Niederösterreich, Oberösterreich und diejenigen der So-

zialversicherung spezifisch definiert sind, in Salzburg und der Steiermark nur generell formulierte Gesundheitsziele bestehen, wobei zum Teil in den Erläuterungen sehr ausführlich beschrieben wird, wie man diese erreichen möchte.

Um die Erreichung der Gesundheitsziele und deren Koordination zu gewährleisten, wurden in Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark Institutionen beauftragt, in Niederösterreich der NÖGUS, in Oberösterreich das Institut für Gesundheitsplanung und in der Steiermark der Gesundheitsfonds. Auffallend ist, dass einzig das Institut für Gesundheitsplanung (als Verein mit den Fördergebern Land OÖ, der OÖGKK und den Städten Linz und Wels) als Hauptaufgabe die Verfolgung der Gesundheitsziele hat.

*organisatorische
Verantwortung*

In Niederösterreich und Oberösterreich sind die formulierten Gesundheitsziele insofern verbindlich, als ein Beschluss der jeweiligen Landesregierung vorliegt, in Oberösterreich auch durch den Vorstand der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Bei den anderen Bundesländern gibt es keine Hinweise auf eine Verbindlichkeit. Für die Gesundheitsziele der gesetzlichen Sozialversicherung ist das Thema Verbindlichkeit noch ungeklärt, die Ziele sollen eher zur Orientierung der Krankenversicherungsträger dienen.

Verbindlichkeit

Gesundheitsziele zu definieren, ist noch relativ einfach. Größere Schwierigkeiten erwachsen den Organisationen dann, wenn Maßnahmen zur Umsetzung getroffen werden müssen.⁴ In Österreich haben die Bundesländer Niederösterreich, Oberösterreich und die Steiermark Handlungsstrategien bzw. Maßnahmen zur Erreichung der Ziele definiert.

*Sicherung der
Umsetzung*

1.3. Zusammenfassung des Vergleichs der Gesundheitsziele

Das Thema Gesundheitsziele steckt derzeit in Österreich vergleichsweise noch in den Kinderschuhen. Die klaren Vorteile, die sich mit einer Planung anhand von Gesundheitszielen

ergeben (wie z. B. die Möglichkeit der Evaluierung), werden zum Teil nicht ausgenützt. Auch werden häufig zwar Gesundheitsziele gesetzt, die dafür nötigen Maßnahmen aber nicht durchgeführt, auch weil teilweise die nötigen Ressourcen nicht zur Verfügung gestellt werden. Damit werden Gesundheitsziele saft- und kraftlos. Einige Initiativen wie zum Beispiel in der Steiermark können hier als positive Beispiele angeführt werden. Es ist auch durchaus positiv zu erwähnen, dass sich die bestehenden Initiativen schön langsam vernetzen und voneinander lernen.

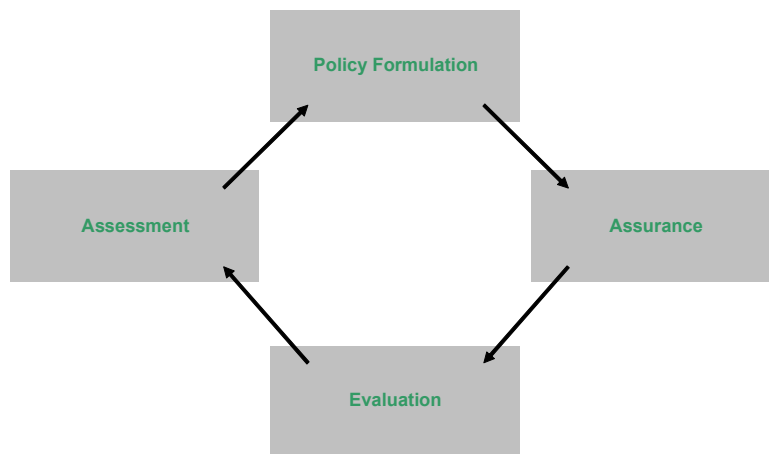
Ein Blick über die Grenzen Österreichs hinweg zeigt, welche Erfolgsfaktoren für die Entwicklung von Gesundheitszielen wichtig sind und welche Möglichkeiten und Chancen ein Bundesland mit diesen Gesundheitszielen hat.

2. Möglichkeiten und Chancen von Gesundheitszielen

Aufbauend auf einer empirischen Untersuchung über die Motivation für Gesundheitsziele und die Erfolgsfaktoren der Zielfindungsprozesse in Kanada und Schweden,⁵ wurden von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse gemeinsam mit dem Institut für Gesundheitsplanung 10 To-Dos entwickelt, die eine mögliche Vorgehensweise zur Entwicklung von Gesundheitszielen in Österreich darstellen.⁶ Idealtypisch wird für die Herangehensweise der Public Health Action Cycle verwendet:

*Public Health
Action Cycle*

Abbildung 1: Der Public Health Action Cycle



Quelle: Rosenbrock, R., Gerlinger, T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2004, S. 26

Dieser Public Health Action Cycle beschreibt eine sich beständig weiterentwickelnde Lernspirale, die Anwendung in der Gesundheitspolitik finden sollte. Die Lernspirale wird in vier Arbeitsschritten beschrieben:

1. Problemdefinition/Assessment: Definition des Problemstandes
2. Politik-Strategieformulierung/policy Formulation: Ziele definieren und Instrumente bestimmen
3. Umsetzung /assurance: diese Ziele anhand von Maßnahmen umsetzen und die Interventionsinstrumente sicherstellen
4. Bewertung/evaluation: die gesetzten Maßnahmen evaluieren.⁷

Die Problemdefinition wird größtenteils aus den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung abgeleitet. Die Kriterien für die Formulierung von Gesundheitszielen werden in weiterer Folge

beschrieben. Sehr wichtig ist in diesem Kreislauf auch die Umsetzung von Maßnahmen. Dieser Bereich muss bereits in der Zieldefinition mitbedacht werden und ist auch mit den verantwortlichen Organisationen zu akkordieren. Bei der Evaluierung ist zu unterscheiden zwischen Bewertung der durchgeführten Maßnahmen (Projektauvaluierung, Prozessevaluierung) und Evaluierung des Gesundheitszieles (Ergebnisevaluierung).

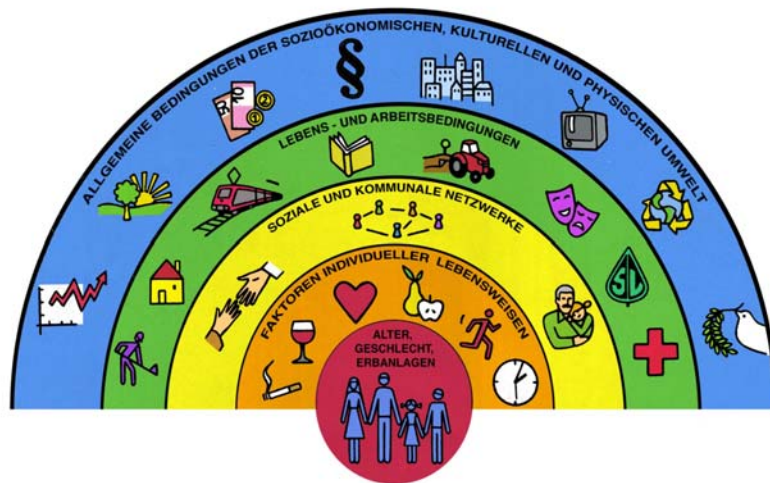
*10 Grundsätze
für Gesundheits-
ziele*

Hier nun 10 Grundsätze, die sich bei der Entwicklung von Gesundheitszielen als Erfolgsfaktoren herausgestellt haben:

- Motivation
- Commitment und Leadership
- Partizipatives Vorgehen
- Netzwerkartiges Arbeiten
- Orientierung an den sozialen Determinanten von Gesundheit
- Intersektoraler Ansatz
- Sicherung der Umsetzung
- Auf Evidenzlage stützen
- Know-how aufbauen
- Innerhalb der nationalen Ziele regional adaptierte Ziele entwickeln

Es ist wichtig, dass es eine Motivation gibt, den Prozess für Gesundheitsziele zu starten. Es würde zu kurz greifen, wenn es ein Bundesland tut, weil es gerade „in Mode“ ist oder das Nachbarbundesland auch mit einem derartigen Prozess begonnen hat. Motivation kann zum Beispiel die Erkenntnis sein, dass Gesundheitspolitik mehr ist als nur Krankenversorgung.

Abbildung 2: Gesundheitsdeterminanten



Quelle: www.fgoe.org

Die Grafik veranschaulicht die Determinanten von Gesundheit. Schätzungen gehen davon aus, dass der Anteil des Krankenversorgungssystems an der Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung in den reichen Ländern nur zwischen 10 und 30 Prozent beträgt. Der Großteil ist auf andere Gesundheitsdeterminanten zurückzuführen. Das Konzept „Health In All Policies“ (HIAP) verfolgt das Ziel, das Thema Gesundheit stärker mit anderen Politiken (Verkehr, Raumplanung, Steuern ...) zu vernetzen. Gesundheitspolitik ist eine Querschnittsmaterie und HIAP versucht, diesem Umstand Rechnung zu tragen.

Health In All Policies

Weitere Motivationen für die Erstellung von Gesundheitszielen können auch sein, die Koordination der Public-Health-PartnerInnen zu verbessern, die soziale Ungleichheit gesundheitlicher Chancen zu verringern oder einfach nur die Vorgaben des WHO-Konzeptes „Gesundheit 21“ zu erfüllen.

Commitment bedeutet, dass sich alle mit den Gesundheitszielen befassten Organisationen mit dem Prozess und den

Commitment und Leadership

Zielen identifizieren können. Von höchster politischer Stelle sollte der Auftrag zur Erstellung und Umsetzung von Gesundheitszielen erteilt werden.

Leadership heißt in diesem Zusammenhang, dass eine bekannte Persönlichkeit für diesen Prozess in der Öffentlichkeit Pate stehen sollte. In Österreich könnte das auf Bundesebene der Bundeskanzler oder ein Regierungsmitglied, auf Landesebene der/die Landeshauptmann/-frau oder ein Mitglied der Landesregierung sein, aber auch eine prominente Persönlichkeit aus der Wissenschaft, die von höchster politischer Seite beauftragt und gestützt wird. „Diese Führungspersönlichkeit sollte Begeisterung und ausreichende Kenntnis der Materie mitbringen sowie möglichst bekannt und von allen Beteiligten respektiert sein.“⁸

*Partizipation und
Projektmanagement*

Partizipatives Vorgehen sollte eine Grundhaltung bei einem derartigen Prozess darstellen: Möglichst viele Stakeholder, z. T. auch die gesamte Öffentlichkeit, sollten die Möglichkeit haben, ihre Meinung bzw. Expertise in den Entwicklungsprozess einzubringen. Partizipation schafft Transparenz im Prozess und Legitimation im Ergebnis.

Wenn das Kriterium der Partizipation berücksichtigt wird, ist über einen langen Zeitraum hinweg eine klare Struktur der Netzwerke notwendig. Idealerweise wird ein Projektteam, bestehend aus ExpertInnen verschiedener Professionen, die Entscheidungen vorbereiten. Eine Steuerungsgruppe (bestehend aus politischen EntscheidungsträgerInnen, Stakeholdern ...) sollte bezüglich Umsetzbarkeit regelmäßige Rückmeldungen geben.

*soziale
Determinanten
von Gesundheit*

Wie in Abbildung 2 gezeigt, sind die sozialen Determinanten wesentliche Einflussgrößen auf die Gesundheit. Gesundheitsziele, die das Wort „Gesundheit“ zu Recht tragen und nicht Krankenversorgungsziele sein wollen, werden die sozialen Determinanten von Gesundheit so zu beeinflussen trachten, dass der Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung dadurch verbessert wird.⁹ Um derartige Gesundheitsziele aber auch erstellen zu können, muss sich auch die vorhandene Datenlage verändern. Damit wird deutlich, dass sich die Gesundheitsberichterstattung nicht mehr nur mit der Epide-

miologie und der Krankenversorgung, sondern vor allem auch mit diesen sozialen Determinanten von Gesundheit befassen und die nötigen Daten liefern muss.

Werden diese sozialen Determinanten mehr berücksichtigt, so wird deutlich, dass nicht mehr nur der Gesundheitssektor für die Gesundheit der Bevölkerung ausschlaggebend ist, sondern dass ein intersektoraler Ansatz gefragt ist.

„Es ist vergleichsweise einfach, sich auf Ziele zu einigen, viel schwieriger ist es, die Wege festzulegen, um diese Ziele zu erreichen.“¹⁰ Im Public Health Action Cycle von Rosenbrock wird von „Assurance“ gesprochen, hier wird deutlich, dass die Sicherung der Umsetzung vor allem auch mit der Bereitstellung der notwendigen Ressourcen zu tun hat. Es benötigt Anstrengungen von allen Beteiligten, die sich Gesundheitsziele setzen, diese auch erreichen zu können.

Damit die Maßnahmen der Umsetzung auch die erwünschten Effekte erzielen, müssen sie sich auf die Evidenzlage stützen. Es stellt sich aber das Problem, dass komplexe Interventionen, die in Settings bzw. Lebenswelten ansetzen, oft schwierig zu evaluieren sind, während einfache Interventionen zwar häufig gut evaluiert sind, dafür aber keine langfristigen Effekte erzielen. In Österreich befinden sich leider die Datenbanken für Models of Good (oder sogar Best) Practice erst im Aufbau, ein Blick über die Grenzen hinweg (z. B. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) ist hier oft hilfreich.

Dies bringt uns auch zum nächsten Punkt: In Österreich wird es in den nächsten Jahren von entscheidender Bedeutung sein, dass parallel zur Entwicklung von Gesundheitszielen Know-how aufgebaut wird, und das zum gesamten Public Health Action Cycle. Dabei geht es konkret um das Wissen über die Entwicklung von komplexen Interventionsstrategien sowie um Kenntnisse zu Monitoring und Evaluierung der Maßnahmen und Programme.¹¹

Im Vergleich der Gesundheitsziele in Österreich wurde bereits erwähnt, dass im neuen Regierungsprogramm die Formulierung von Gesundheitszielen zu den Themen Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Demenz, Diabetes, Übergewicht, Bewe-

*evidenzbasierte
Umsetzung von
Gesundheitszielen*

Capacity Building

*„Hierarchie“ von
Gesundheitszielen*

gung, Ernährung und psychische Gesundheit vorgesehen ist. Dabei wird man darauf Rücksicht nehmen müssen, dass regional unterschiedliche Ausgangslagen, Strukturen und Ressourcen bestehen. Die deutsche Initiative Gesundheitsziele.de sollte hierfür als Vorbild dienen. Es ist langfristig sinnvoll, dass es so etwas wie eine Zielehierarchie gibt, d. h., „dass sich nationale Gesundheitsziele an den WHO-21-Zielen anlehnen. In der weiteren Folge sollten sich regionale Gesundheitsziele wieder an den nationalen orientieren ... Als Kriterien für die Aufteilung in nationale oder regionale Ziele können dabei die legislative Zuständigkeit, aber auch bisherige Aktivitäten herangezogen werden. Wichtig ist auf jeden Fall, dass die Ebene, die ein Gesundheitsziel formuliert und verantwortet, auch die Kompetenz für die Umsetzung hat.“¹²

3. Zusammenfassung und Resümee

In Österreich gibt es derzeit in fünf Bundesländern und der gesetzlichen Sozialversicherung eigens formulierte Gesundheitsziele. Das neue Regierungsprogramm sieht vor, dass zu den Themen Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Demenz, Diabetes, Übergewicht, Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit die Formulierung von Gesundheitszielen umgesetzt werden soll. Ein Vergleich der bereits bestehenden Gesundheitsziele zeigt, dass es sich inhaltlich eher um Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug, zu Settings oder um Gesundheitsziele zu bereits bestehenden Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen handelt. Der Vergleich nach anderen Kriterien (Evaluierbarkeit/Messbarkeit der Gesundheitsziele; die Frage nach den Verantwortlichkeiten und der Verbindlichkeit und die Frage nach der Handlungsstrategie bzw. den Maßnahmen zur Zielerreichung) zeigt ein eher heterogenes Bild. In den meisten Fällen sind die Gesundheitsziele evaluierbar, in drei Bundesländern wurde eine Organisation mit der Erreichung der Gesundheitsziele betraut, in diesen drei Bundesländern (Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark) wurden auch Handlungsstrategien bzw. Maßnahmen zur Erreichung der

Ziele definiert. Ein Beschluss der Landesregierung liegt nur in Niederösterreich und Oberösterreich vor.

Diese Analyse zeigt, dass Gesundheitsziele in Österreich noch nicht so etabliert sind, wie es wünschenswert wäre. In der Folge einer Analyse der Erfolgsfaktoren für Gesundheitsziele in den Ländern Kanada und Schweden wurden „10 To-Dos“ für Österreich entwickelt, welche lauten: (1) Motivation, (2) Commitment und Leadership, (3) partizipatives Vorgehen, (4) netzwerkartiges Arbeiten, (5) Orientierung an den sozialen Determinanten von Gesundheit, (6) intersektoraler Ansatz, (7) Sicherung der Umsetzung, (8) auf Evidenzlage stützen, (9) Know-how aufbauen und (10) innerhalb der nationalen Ziele regional adaptierte Ziele entwickeln. Grundlage für den Prozess der Gesundheitsziele (von der Problemdefinition bis hin zur Evaluierung der Maßnahmen) sollte der Public Health Action Cycle von Rosenbrock sein.

Mithilfe von Gesundheitszielen möchte man die Gesundheit der Bevölkerung verbessern, und dies zielgenau und messbar und unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen. Wenn wir davon ausgehen, dass der Anteil des Krankenversorgungssystems an der Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung in den reichen Ländern nur zwischen 10 und 30 Prozent beträgt, so kann die Verbesserung der Gesundheit nur durch eine Orientierung an den (sozialen) Determinanten von Gesundheit erfolgen. Damit ist aber auch verbunden, dass wir Gesundheitspolitik nicht mehr nur explizit im Gesundheitssektor betrachten dürfen, sondern auch implizit in allen anderen Politikbereichen (Wohnungspolitik, Transport, Erziehung/Bildung, Finanz- und Steuerpolitik, Sozialpolitik ...) mitbedenken müssen. Dadurch können Gesundheitsziele wirklich zur Verbesserung der Gesundheit beitragen, denn schließlich wollen wir mehr Gesundheit und nicht mehr Krankenversorgung.

Mag. Markus Peböck ist Geschäftsführer des Instituts für Gesundheitsplanung. Das Institut für Gesundheitsplanung ist ein Verein, der aus Mitteln des Landes Oberösterreich, der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Städte

Linz und Wels finanziert wird und für die Gesundheitsberichterstattung und die Koordinierung der Gesundheitsziele in Oberösterreich und den Mitgliedsstädten zuständig ist.

Anmerkungen:

- 1 Mosebach, K., Schwartz, F. W., Walter, U.: Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung, S. 348 in: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern 2004
- 2 Spitzbart, C., Peböck, M.: Vergleich der Gesundheitsziele in Österreich. Zusammenfassung der Gesundheitsziele der österreichischen Bundesländer sowie des BMGF, der Institution Styriavitalis und der Sozialversicherung, Linz 2008
- 3 erweitert nach Gesundheitsziele.de, Forum Gesundheitsziele Deutschland: Gesundheitsziele für Deutschland. Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte; Reihennummer 37 Schriftenreihe der GVG, Heidelberg 2002
- 4 vgl. Mair, A.: Institutionelle und prozessuale Handlungsfelder zur Erreichung der definierten Gesundheitsziele in Oberösterreich, Master's Arbeit, Graz 2007, S. 9
- 5 Soffried, J.: Die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele in Kanada und Schweden. Empirische Untersuchung der Motivation, nationale Gesundheitsziele zu entwickeln, sowie der Erfolgsfaktoren der Zielfindungsprozesse in Kanada und Schweden. Master's Arbeit, Graz 2006
- 6 Mair, A.; Peböck, M.; Soffried, J.: 10 „To Do's“. Mögliche Vorgehensweise zur Entwicklung von nationalen bzw. länderspezifischen Gesundheitszielen in Österreich, Linz 2007
- 7 Rosenbrock, R., Gerlinger, T.: Gesundheitspolitik, S. 25
- 8 Soffried, J.: Entwicklung nationaler Gesundheitsziele, S. 79
- 9 Mair et al.: 10 To Do's, S. 12
- 10 Mair et al.: 10 To Do's, S. 13
- 11 Mair et al.: 10 To Do's, S. 14
- 12 Mair et al.: 10 To Do's, S. 4

Literatur:

- Meggeneder, O.: Die Bedeutung einer regionalen Gesundheitsberichterstattung für die gesetzlichen Krankenversicherungsträger, in: Meggeneder, O. (Hg.): Trends im Gesundheitswesen. Neue Modelle der ambulanten Versorgung und Gesundheitsberichterstattung (Nr. 13 der Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften), Linz 2000
- Naidoo, J., Wills, J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Gamburg 2003
- Nutbeam, D., Harris, E.: Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung, Gamburg 2005
- Spitzbart, C.: Kriterien zur Entwicklung von Gesundheitszielen auf regionaler Ebene am Beispiel des Bundeslandes Oberösterreich, Diplomarbeit, Bad Gleichenberg 2007
- Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. (ed.): Health in All Policies. Prospects and potentials, Helsinki 2006

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



Oberösterreich

BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@akoee.at
Internet: www.isw-linz.at