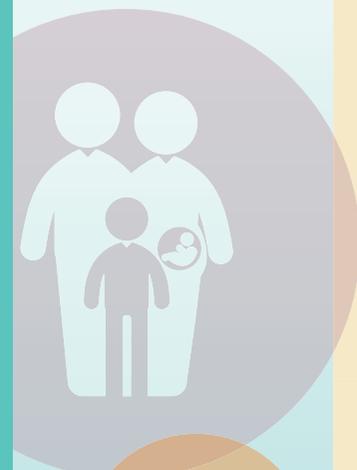


GESUNDHEITZIELE WIEN 2025

GESUNDHEITZIELE WIEN 2025





GESUNDHEITSZIELE WIEN
2025

inhalt

Vorwort	5
Präambel	6
1 Gesundheitsziele: Eine bewährte Public-Health-Strategie	8
1.1 Prinzipien der Erarbeitung von Gesundheitszielen	11
1.2 Auswahlkriterien von Gesundheitszielen	14
2 WHO Europe „Health 2020“	16
3 Österreichische Rahmen-Gesundheitsziele	20
4 Der Wiener Weg: Prozessbeschreibung	24
4.1 Leitfadeninterviews	27
4.2 Innovationsworkshop	28
4.3 Steuerungsgruppe	30
4.4 Umsetzungsgruppe	31
4.5 Gesundheitszielekonferenz	32
4.6 Task Forces	34
4.7 Indikatoren	35
4.8 Übersicht Organisation	44
5 Exkurs: Gesundheitsreform und Wiener Landeszielsteuerung	46

6	Wiener Gesundheitsziele 2025	52
6.1	<i>Gesundheitsziel 1:</i> Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen	55
6.2	<i>Gesundheitsziel 2:</i> Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken	62
6.3	<i>Gesundheitsziel 3:</i> Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten	71
6.4	<i>Gesundheitsziel 4:</i> Integrierte Versorgung etablieren	75
6.5	<i>Gesundheitsziel 5:</i> Gesundheitskompetenz der Wiener Bevölkerung stärken	79
6.6	<i>Gesundheitsziel 6:</i> Prävention, Früherkennung und Behandlungsabläufe bei epidemiologisch relevanten Krankheiten gezielt optimieren	83
6.7	<i>Gesundheitsziel 7:</i> Psychosoziale Gesundheit der Wiener Bevölkerung fördern	87
6.8	<i>Gesundheitsziel 8:</i> Lebensraum Stadt weiter attraktivieren, Umweltbelastungen gering halten und Bewegung fördern	89
6.9	<i>Gesundheitsziel 9:</i> Gesundheitsmonitoring aufbauen	95
7	Indikatoren und Zielwerte zur Messung der Wiener Gesundheitsziele 1 bis 3	98
8	Zusammenfassung Summary	108
Anhang		116
Impressum		124



Die Entwicklung und Planung in Bereichen des Gesundheitssystems unter den gegebenen und künftigen Rahmenbedingungen wie etwa der demographischen Entwicklung, der technischen Innovationen und Fortschritte bei Diagnostik und Behandlungsmethoden, aber auch die soziale und wirtschaftliche Situation sind wichtige Herausforderungen. Die Verständigung auf gemeinsame Gesundheitsziele kann hierfür eine wesentliche Unterstützung und Grundlage für eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik bieten.

Die Stadt Wien setzte daher einen Schwerpunkt zur Entwicklung von Gesundheitszielen für Wien und startete einen multidisziplinären, fächerübergreifenden Prozess gemeinsam mit wesentlichen Stakeholdern aus verschiedenen Wiener Institutionen im Sinne von „Health in all Policies“. Das zentrale Ziel der Wiener Gesundheitsziele ist es, die Gesundheit und die damit verbundene Lebensqualität der Wienerinnen und Wiener in allen Lebensphasen und Lebenswelten nachhaltig zu fördern und weiter zu verbessern.

In diesem Sinne verstehen sich Gesundheitsziele auch als Querschnittsmaterie, die mit Maßnahmen auch in Bereiche wie Schule, Ausbildung, Wohnen, Arbeit und Freizeit von Frauen und Männern, Kindern und Seniorinnen und Senioren hineinwirken.

Der Bereich Gesundheit, gesund zu sein oder gesund zu werden, geht jeden von uns an. Als ein gemeinsames und vielfältiges Thema verlangt es daher auch gemeinsamer Überlegungen, Entwicklungen und struktureller Lösungen, die mit den Wiener Gesundheitszielen 2025 als Richtungsweiser zum Fortschritt und gemeinsamen Weg führen sollen.

Ich möchte mich ganz besonders bei den 133 Expertinnen und Experten aus 62 Organisationen bedanken, die gemeinsam mit großem Engagement und ihrem Wissen an der Erstellung der Wiener Gesundheitszielen 2025 beteiligt waren – zum Wohle der Wienerinnen und Wiener.

Mag.ª Sonja Wehsely

Amtsführende Stadträtin für Gesundheit und Soziales

präambel



Die Gesundheitsziele der Stadt Wien dienen der zielorientierten Gesundheitsplanung und Koordination von Maßnahmen, um die Gesundheit der Wiener Bevölkerung, unabhängig von sozialer Herkunft und Geschlecht, zu stärken.

Durch den Fortschritt der modernen Medizin sind viele Erkrankungen gut behandelbar. Dennoch steht das Gesundheitssystem – unter anderem bedingt durch eine steigende Lebenserwartung sowie der Zunahme von lebensstilassoziierten chronischen Krankheitsbildern – vor großen Herausforderungen. Das Festsetzen von Gesundheitszielen gilt daher als international verbreitetes Instrument, welches darauf abzielt, Menschen darin zu unterstützen, ihre Gesundheit von Anfang an und so lange wie möglich zu fördern bzw. erhalten zu können.



Die Einflussfaktoren auf die individuelle Gesundheit resultieren unter anderem aus Lebens-, Arbeits- sowie Umweltbedingungen. Es ist daher eine internationale Strategie, alle Politikfelder (Health in All Policies) einzubinden, um die verschiedenen Dimensionen der Gesundheitsfaktoren effektiv mitgestalten zu können.

Aus der Erkenntnis, dass Menschen in prekären und sozial benachteiligten Lebensverhältnissen gesundheitlich besonders benachteiligt sind, zielen die Wiener Gesundheitsziele insbesondere darauf ab, gesundheitliche Chancengerechtigkeit herzustellen. Einen Schwerpunkt stellt die Förderung der Gesundheitskompetenz bei sozial benachteiligten Gruppen dar. Es gilt dabei, das Wissen um den Zugang zu Angeboten dieser Stadt – speziell für Personen mit geringer Bildung und niedrigem Einkommen – sicherzustellen.

Unerlässlich ist es, entsprechend der bisherigen Erkenntnisse, auf biologische und soziale geschlechtsspezifische Risiken und Bedingungen zu achten. Frauen und Männer haben unterschiedliche Bedürfnisse und Chancen, die sich auf ihren Gesundheitsstatus auswirken. Daher ist auch der Aspekt der Gendergerechtigkeit zu berücksichtigen.

Die Wiener Gesundheitsziele haben ferner den Anspruch, evidenzbasiert ausgerichtet zu sein. Es wurden daher in einem partizipativen Prozess Expertinnen und Experten aus dem wissenschaftlichen bzw. Public-Health-Bereich in die Erarbeitung eingebunden. Ein wichtiges Grundprinzip der Wiener Gesundheitsziele ist es, Wirkungsziele abzuleiten, die mit entsprechenden qualitativen oder quantitativen Indikatoren hinterlegt sind. Dies dient der Überprüfung der Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen und ist somit ein wichtiger Beitrag zum effizienten Mitteleinsatz.

Entsprechend den internationalen Vorbildern sind die Ziele als langfristige Strategie angelegt – Wiener Gesundheitsziele 2025. Sie dienen als Orientierungsrahmen bei zukünftigen Entscheidungen zur Ressourcenverteilung in gesundheitsrelevanten Fragestellungen.

Gesundheitsziele funktionieren in der Logik des Public Health Cycles und sind ein dynamischer Prozess. Demnach kann nach der Phase der Zielsetzung, Maßnahmenplanung bzw. -umsetzung und Evaluierung eine Neuorientierung und gegebenenfalls Anpassung der Zielsetzung stattfinden.

Grundsätze der Wiener Gesundheitsziele:

- „Der Weg ist das Ziel“ — Ein partizipativer, transparenter, umsetzungsorientierter Entwicklungsdialog bzw. -prozess.
- Es wird von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgegangen: Gesundheit umfasst mehr als Krankenversorgung.
- Health in All Policies (HiAP) gilt als grundlegende Maxime. Im Prozess sind alle wichtigen Politikfelder vertreten.
- Der Gesundheitszieleprozess ist multidisziplinär und ressortübergreifend.
- Die Ziele sind sex- und genderspezifisch.
- Die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit über alle Zielgruppen hinweg hat einen wesentlichen Stellenwert.
- Die Ziele sind wissenschafts- und evidenzbasiert.
- Die Ziele sind outcomeorientiert.
- Ein zielgruppen- und settingspezifischer Ansatz wird vertreten.

Dr.ⁱⁿ Karin Spacek
Landessanitätsdirektorin,
Gesundheitsdienst der Stadt Wien

a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger
Wiener Frauengesundheitsbeauftragte



Кap. 1



Gesundheitsziele: Eine bewährte Public-Health-Strategie

- 1.1 Prinzipien der Erarbeitung von Gesundheitszielen
- 1.2 Auswahlkriterien von Gesundheitszielen

Kap. 1



Gesundheitsziele: Eine bewährte Public-Health-Strategie

Gesundheitsziele sind ein ergänzendes Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik im Rahmen von Public-Health-Ansätzen, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Sie fokussieren auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen, aber auch auf Verbesserung von Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben. Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen. Die nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist als langfristiger Prozess angelegt. Zur Zielbestimmung gehört auch die Festlegung von Zeiträumen für die Umsetzung.¹

Gesundheitsziele sind ein international verbreitetes Instrument, um gesundheitspolitische Maßnahmen zielgenauer und überprüfbarer zu machen. Zudem sollen sie zu einem effizienteren Einsatz von materiellen wie personellen Ressourcen führen und die rasche und nachhaltige Bearbeitung von für dringend erachteten gesundheitlichen Problemen ermöglichen.²

Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument unterstützen planmäßiges Handeln und fördern sowohl Transparenz als auch die gemeinsame Wahrnehmung und Lösung von Herausforderungen, vor denen das Gesundheitswesen steht. Zielorientierung leistet weiters einen Beitrag zur Versorgungsqualität und zur Optimierung des wirtschaftlichen Einsatzes von Ressourcen.

Mit der Entwicklung von konsentierten Gesundheitszielen wird ein Arbeitsbündnis geschlossen, in dem die Beteiligten aktiv an der Umsetzung der Ziele mitwirken. Insbesondere ein pluralistisches und stark gegliedertes Gesundheitswesen bedarf einer starken gemeinsamen Zielorientierung, um neuen Herausforderungen und Gesundheitsgefahren mit abgestimmten Strategien begegnen zu können.

Durch Gesundheitsziele soll erreicht werden, dass

- » Gesundheitsprobleme wahrgenommen und spezifiziert werden,
- » das Qualitätsbewusstsein bezüglich der Entwicklung von Lösungsstrategien gestärkt wird,
- » Organisationsbarrieren unterschiedlicher gesundheitspolitischer Akteurinnen und Akteure (Sozialversicherungsträger, Behörden, Selbsthilfegruppen) in synergetischer Weise überwunden werden sowie
- » für das Gesundheitswesen im Ganzen gesellschaftliche Lernprozesse in Gang gesetzt werden.³

1 <http://www.gesundheitsziele.de>, (letzter Zugriff: 4. 9. 2014)

2 Hurrelmann, K.; Klotz T.; Haisch J. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. S. 350 (2., überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.

3 Vgl. Hurrelmann, K.; Klotz T.; Haisch J. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. S. 351 (2., überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.

1.1 Prinzipien der Erarbeitung von Gesundheitszielen

Mitte der 80er-Jahre begann eine Reihe von Ländern, Gesundheitsziele zu erstellen. Dies waren unter anderem Deutschland, Schweden, England, Kanada, Neuseeland und Australien. Diese Länder wiesen unterschiedliche Zielfindungsprozesse und kein einheitliches Vorgehen zur Zielformulierung auf. Ebenso finden sich verschiedene Zielhierarchie-Systeme. Gemeinsam war all diesen Initiativen jedoch, Gesundheitspolitik nicht mehr als Inputpolitik, sondern als Outcomepolitik zu verstehen. Die Frage nach dem Ergebnis des Gesamtsystems rückt in den Fokus. Weitere Hauptkennzeichen sind die Entwicklung von Gesundheitsindikatoren zur Überprüfung des Outcomes.

“Targets are viewed as a means of defining and setting priorities, creating high-level political and administrative commitment to particular outputs, and providing a basis for follow-up and evaluation. [...] Health targets are not a silver bullet that solves all health system challenges nor are they a simple tool since they realize their potential only if they are embedded into broader governance strategies. However, least as long as good governance is the aim, the use of some sort of health targets seems inevitable.”⁴

Bei der Erarbeitung von Gesundheitszielen werden im Wesentlichen folgende sieben Prinzipien berücksichtigt:

1.) Gesundheit in allen Politikfeldern („Health in All Policies“):

Für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik werden Gesundheitsüberlegungen in alle politischen Sektoren integriert.

2.) Determinantenorientierung:

Ausrichtung an den persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen oder umweltbedingten Einflussfaktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen beeinflussen.

Gesundheitsziele arbeiten mit einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff. Gemäß der Ottawa-Charta der WHO (1986)⁵ wird davon ausgegangen, dass Gesundheit von zahlreichen Gesundheitsfaktoren wie Lebensbedingungen, Arbeitsbedingungen, Ausbildung, sozialer Umgebung, gesamtwirtschaftlicher und gesellschaftlicher Situation bedingt wird. Die sozialen Determinanten von Gesundheit sind zum großen Teil für gesundheitliche Ungleichgewichte verantwortlich.⁶

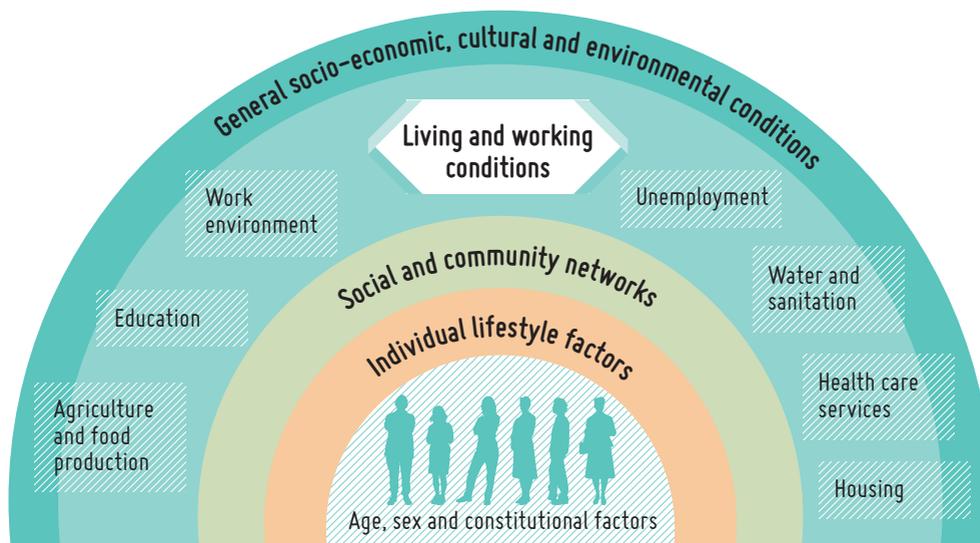
4 Wismar, Ernst, Srivastava & Busse (2006): Health targets and (good) governance. European Bulletin. The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies.

5 WHO Europa (1986): Ottawa Charta. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (letzter Zugriff am 17. 2. 2014)

6 Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).

Zu den sozialen Determinanten von Gesundheit zählt das Gesundheitssystem, wie in der folgenden Grafik⁷ dargestellt wird.

Abb. 1 **Soziale Determinanten der Gesundheit**



3.) Förderung von Chancengleichheit:

Reduktion von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten.

„Gesundheitliche Ungleichgewichte entstehen aufgrund von Unterschieden innerhalb von oder zwischen Gesellschaften und der ungleichen Verteilung von Ressourcen und Macht. Ungleichgewichte sind jene Unterschiede im Gesundheitsbereich, die sich nicht zufällig oder aufgrund der Entscheidungen von Einzelpersonen ergeben, sondern auf vermeidbare Unterschiede hinsichtlich der sozialen, ökonomischen und umweltbezogenen Einflussgrößen (beispielsweise Lebens- und Arbeitsbedingungen, Bildungsniveau, Beruf, Einkommen sowie Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zu entsprechenden Angeboten der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung) zurückzuführen sind, die weitgehend jenseits der Kontrolle der einzelnen Person liegen und durch staatliche Maßnahmen ins Visier genommen werden können“ (WHO, Health 2020).

In diesem Zusammenhang ergibt sich ein weiteres Grundprinzip von Gesundheitszielen, nämlich der Ausgleich von gesundheitlichen Benachteiligungen bezogen auf die Geschlechtszugehörigkeit.

⁷ Dahlgreen; Whitehead (2001): Policies and strategies to promote social equity in health.

4.) Förderung von Gendergerechtigkeit:

Die WHO definiert diesbezüglich Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern im Gesundheitsbereich (gender equity in health) wie folgt:

„Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern bedeutet eine ausgewogene und gerechte Verteilung von Leistungen, Macht, Ressourcen und Pflichten zwischen Frauen und Männern, die es ihnen erlaubt, ihr gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen. Folglich sollen diese Unterschiede systematisch bestimmt und in Angriff genommen werden, sodass das Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern korrigiert wird.“⁸

5.) Partizipative Erarbeitung:

Die Erarbeitung von Gesundheitszielen geschieht sinnvollerweise partizipativ, um einen gemeinsamen Handlungsrahmen zu schaffen. Dies bedeutet die Bündelung von Fachkompetenzen und Wissen. Eingebunden werden sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Personen aus der Praxis sowie Betroffene. Eine Erarbeitung im Konsens von Politik, Kostenträgerinnen und Kostenträgern, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Selbsthilfe-, Patientinnen- und Patientenorganisationen, Wissenschaft und Forschung wird angestrebt.

6.) Evidenzbasierung:

Beleg der Sinnhaftigkeit und Relevanz durch gut abgesicherte wissenschaftliche Evidenz.

7.) Messbarkeit/Evaluierbarkeit:

Definition von Indikatoren, die eine Überprüfung der Erreichung der Ziele ermöglichen.

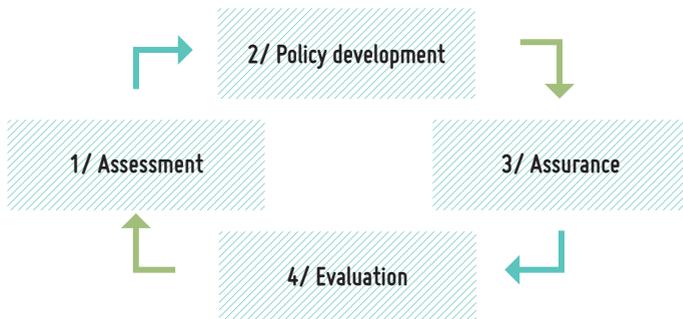
Auf Basis der Evaluationsergebnisse erfolgt eine erneute Zielformulierung, und der Public Health Cycle schließt sich. Dieser sich wiederholende Prozessablauf sichert, dass Investitionen in die Verbesserung der Gesundheit möglichst zielführend und somit letzten Endes effizient gestaltet werden. Gesundheitsziele sind somit ein wichtiger Beitrag zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit der WienerInnen.

Gesundheitsziele sind somit in der Logik des *Public Health Cycles*⁹ zu verstehen, welcher in folgende vier Prozessabschnitte gegliedert ist:

- » Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen (Assessment)
- » Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionsstrategien (Policy development)
- » Umsetzung dieser Strategien im Gesundheitssystem (Assurance)
- » Prüfen der Akzeptanz und der Wirksamkeit (Evaluation)

⁸ in Anlehnung an: Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward (Madrid Statement). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf).
⁹ http://www.henet.ch/ebph/04_konzepte/konz_042.php

Abb. 2 Public Health Cycle



1.2 Auswahlkriterien von Gesundheitszielen

Gesundheitsziele werden nach folgenden Auswahlkriterien formuliert:^{10,11}

- » Das zugrunde liegende Gesundheitsproblem verursacht hohe Mortalitäts- und Krankheitslasten.
- » Das Gesundheitsproblem oder die Krankheit ist weit verbreitet.
- » Das Problem verursacht hohe direkte und indirekte Kosten.
- » Es gibt Präventions-, Gesundheitsförderungs- oder Früherkennungsmaßnahmen, mit denen das Gesundheitsproblem oder die Krankheit vermieden werden.
- » Es gibt Akteurinnen und Akteure, mit denen das Ziel umgesetzt werden kann.
- » Das Gesundheitsproblem oder die Krankheit ist wichtig für die Bevölkerung und für die Politik.
- » Es bestehen gute Möglichkeiten zur Verbesserung gesundheitlicher Ungleichheit.
- » Fortschritte können gemessen werden.
- » Betroffene Bevölkerungsgruppen können aktiv zur Umsetzung des Ziels beitragen.
- » Es liegen keine ethischen Bedenken gegen das Ziel vor.
- » Die Erreichung des Ziels führt nicht zu negativen Effekten in anderen Bereichen.

10 Hill, S. (Hrsg.) (2009): Gesundheits- und Präventionsziele für die Schweiz. Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

11 Forum Gesundheitsziele Deutschland (2012): Überarbeiteter Kriterienkatalog zur Auswahl von Gesundheitszielen. http://gesundheitsziele.de/cms/medium/798/Kriterienkatalog_fina_121024.pdf (letzter Zugriff: 19. 3. 2015)



Кар. 2

A decorative graphic element consisting of three parallel, slanted lines that form a stylized arrow pointing to the right. The lines are in shades of teal and grey.

WHO Europe „Health 2020“

Kap. 2



WHO Europe „Health 2020“

Unter dem Titel *Health 2020* haben die 53 Mitgliedsstaaten der WHO in der Europäischen Region ein gemeinsames Rahmenkonzept und eine Strategie für ihre geplante Gesundheitspolitik des 21. Jahrhunderts erstellt.¹² Die Basis dieses Konzepts bildet das Verständnis von Gesundheit als Menschenrecht und die damit verbundene Notwendigkeit der Verbesserung und Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen.

Die Umsetzung der festgelegten Strategie basiert auf dem Konzept von *Health in All Policies* unter der Führung der jeweiligen Gesundheitsministerin bzw. des jeweiligen Gesundheitsministers sowie der jeweiligen Gesundheitsbehörde. Durch Stärkung dieser Steuerungskompetenz soll die Bedeutung von Gesundheit für alle Sektoren außerhalb des Gesundheitsbereichs erkannt und dementsprechende, gesundheitsförderliche Maßnahmen in allen Politikbereichen gesetzt werden. *Health 2020* hat neben diesem gesamtstaatlichen auch einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz. Dieser soll durch Einbeziehung weiterer Akteurinnen und Akteure privater und öffentlicher Natur, Einzelpersonen sowie Organisationen, die die staatliche Politik ergänzen und zum Empowerment und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung beitragen.

Die an *Health 2020* beteiligten Staaten haben verschiedene Ausgangspunkte und Ansätze, die im Konzept berücksichtigt werden. Alle Staaten arbeiten jedoch an der Erreichung derselben übergeordneten Ziele:

- » Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020.
- » Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region.
- » Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten in der Europäischen Region.
- » Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region.
- » Sicherung einer universellen Versorgung und des Rechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit.
- » Aufstellung nationaler Ziele und Vorgaben für die Gesundheit in den Mitgliedsstaaten.

¹² Weltgesundheitsorganisation (2013): *Gesundheit 2020 Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert*. WHO Regional Office for Europe: Kopenhagen.

Diese Ziele sollen durch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention vorrangig mit folgenden Ansatzpunkten erreicht werden:

- » Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufsansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen,
- » Bekämpfung der großen gesundheitlichen Herausforderungen durch nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region,
- » Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen,
- » Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder.

Ein Schwerpunkt von *Health 2020* liegt in der gesundheitsförderlichen Gestaltung der sozialen Determinanten der Gesundheit, damit gesundheitliche Chancengleichheit geschaffen wird. Denn wirtschaftliche, soziale Benachteiligung und gesundheitliche Chancenungleichheit stehen in engem Zusammenhang. Zusätzlich hat die WHO eine Initiative ins Leben gerufen, die bisher weniger beschriebene Determinanten beleuchtet und misst, insbesondere die **kulturellen Determinanten** von Gesundheit und Wohlergehen.

Weiters soll durch strategische Planung und gezielten Einsatz von Ressourcen die Effizienz der im Gesundheitswesen gesetzten Maßnahmen erhöht werden. Unterstützung bei der Umsetzung erhalten alle beteiligten Staaten durch das WHO-Regionalbüro für Europa, welches bereits mit über 20 Staaten direkt zusammenarbeitet, um eine nationale *Health 2020*-Strategie zu entwickeln.

Abb. 3 **WHO Europa: Gesundheit 2020**



Dem Vorbild der WHO Europa folgend haben eine Reihe von Ländern nationale Gesundheitsziele entwickelt. Hier seien Deutschland, Schweden und Großbritannien genannt. Außerhalb des europäischen Raumes finden sich auch Gesundheitszieleprozesse in Kanada, Neuseeland und Australien.

Кар. 3



Österreichische Rahmen-Gesundheitsziele



Österreichische Rahmen-Gesundheitsziele

Die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele sind als Richtungsweiser für die nächsten 20 Jahre zu verstehen. Dieser lange Zeitraum wurde gewählt, da davon ausgegangen wird, dass sich erst dann Effekte von getroffenen Maßnahmen in den Daten niederschlagen werden. Die Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich sind so formuliert, dass sich Bundesländer-Ziele in diesen Rahmen einfügen können.

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde festgelegt, dass Rahmen-Gesundheitsziele auf Bundesebene zu erarbeiten sind. Ebenso ist im gültigen Regierungsprogramm 2009 festgehalten, dass Gesundheitsziele zu entwickeln sind. Die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat haben 2011 die Erarbeitung von Rahmen-Gesundheitszielen beschlossen.

Die zehn österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele wurden in einem multidisziplinären Plenum erarbeitet. Dieses bestand aus 38 Mitgliedern verschiedener Institutionen.

Vertreten waren Expertinnen und Experten sowie VertreterInnen aus den Bereichen Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, relevante Politikbereiche, Bildung, Soziales und Finanzen. Berücksichtigt wurden Bundesebene, Länderebene, Sozialversicherung, Gemeindebund, unterschiedliche Anbieter und Verbände, Seniorinnen- und Seniorenvertreter sowie Interessengruppen der Sozialpartnerschaft und der Zivilbevölkerung.

Als grundlegendes Ziel gilt:

Die gesunde Lebenserwartung der ÖsterreicherInnen um zwei Jahre zu steigern.

Seit Anfang 2013 wird ein konkretes Strategie- und Maßnahmenkonzept mit operationalisierten Teilzielen, Maßnahmen und Indikatoren zur Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele erarbeitet. Alle in Hinblick auf die Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele relevanten Institutionen und Organisationen wurden eingeladen zu partizipieren, da die Umsetzungsimpulse aus den Organisationen entstehen müssen.

Pro Rahmen-Gesundheitsziel wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden in einer Gesamtstrategie zusammengeführt.

Für jedes Rahmen-Gesundheitsziel wurden Wirkungsziele definiert. Diese haben Qualitätskriterien zu erfüllen wie etwa *Determinantenorientierung*, *Health in All Policies-Ansatz*, *Förderung von Chancengleichheit*, *Ressourcenorientierung* und *Evidenzbasierung*.

Bereits bestehende Strategien des Bundes, wie der Nationale Aktionsplan Ernährung, die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie oder der Nationale Aktionsplan Bewegung wurden bei der Maßnahmenentwicklung und Wirkungszielformulierung strategisch berücksichtigt bzw. integriert.

Die zehn österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele sind wie folgt:¹³

ZIEL 1:

Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

ZIEL 2:

Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

ZIEL 3:

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

ZIEL 4:

Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

ZIEL 5:

Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

ZIEL 6:

Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen

ZIEL 7:

Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

ZIEL 8:

Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

ZIEL 9:

Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

ZIEL 10:

Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

¹³ Bundesministerium für Gesundheit (2012). Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/rahmen-gesundheitsziele_kurzfassung.pdf (letzter Zugriff: am 1. 3. 2015).

Кар. 4

A decorative graphic element consisting of three parallel, slanted lines that form a stylized arrow pointing to the right. The lines are colored in a gradient from light yellow to a darker yellow.

Der Wiener Weg: Prozessbeschreibung

- 4.1 Leitfadeninterviews
- 4.2 Innovationsworkshop
- 4.3 Steuerungsgruppe
- 4.4 Umsetzungsgruppe
- 4.5 Gesundheitszielekonferenz
- 4.6 Task Forces
- 4.7 Indikatoren
- 4.8 Übersicht Organisation

Kap.4



Der Wiener Weg: Prozessbeschreibung

Lokale Gesundheitsziele sind sinnvoll, um regionale unterschiedliche Ausgangslagen, Strukturen bzw. Ressourcen zu beachten.^{14, 15} Den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung kann durch Zusammenarbeit mit lokalen Stakeholdern, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern entsprochen werden. Lokale Gesundheitsziele sind somit eine Spezifizierung von nationalen Gesundheitszielen auf Landes- oder Regionsebene.

Im Jahr 2011 beauftragte die amtsführende Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Mag.^a Sonja Wehsely, die Magistratsabteilung 15 – Landessanitätsdirektion einen Gesundheitszieleprozess für die Stadt Wien zu erarbeiten. In der Folge wurde ein wissenschaftlich fundierter und transparenter Gesundheitszieleprozess gestartet, der an die Leitsätze der Ottawa-Charta (1986), die WHO/EURO *Health 2020*-Ziele sowie die Empfehlungen der OECD anschlussfähig ist.

Die Entwicklung von Gesundheitszielen für Wien war von Anbeginn an ein multidisziplinärer, fächerübergreifender Prozess gemeinsam mit wesentlichen Stakeholdern aus verschiedenen Wiener Institutionen im Sinne des *Health in All Policies*.

Der Vorteil dieses partizipativen Prozesses liegt darin, dass wichtige EntscheidungsträgerInnen bereits in der Entwicklung eingebunden sind und so die Ziele eine breite Akzeptanz erfahren. Die wissenschaftliche Erarbeitung der Gesundheitsziele wurde durch Vertretungen aus der Praxis der Wiener Gesundheitslandschaft ergänzt.

Mit der Entwicklung der Wiener Gesundheitsziele wurde das Ziel verfolgt, die Gesundheit und die damit verbundene Lebensqualität der WienerInnen in allen Lebensphasen und Lebenswelten nachhaltig zu fördern und weiter zu verbessern.

Der *Wiener Weg* zur Erarbeitung von Gesundheitszielen für die Stadt Wien wurde mit **Leitfadeninterviews** (siehe Kapitel 4.1) und einem darauf aufbauenden **Innovationsworkshop** (siehe Kapitel 4.2) gestartet. Darauffolgend wurde eine **Steuerungsgruppe** (siehe Kapitel 4.3) sowie eine **Umsetzungsgruppe** (siehe Kapitel 4.4) etabliert.

Die ersten Ergebnisse der Entwicklung der Wiener Gesundheitsziele wurden am 13. Dezember 2012 im Rahmen der **Wiener Gesundheitszielekonferenz** einem interessierten, ausgewählten Fachpublikum präsentiert (siehe Kapitel 4.5).

2013 wurde damit begonnen, themenspezifische **Task Forces** zur Entwicklung von möglichen Maßnahmen und Indikatoren einzuberufen.

14 Mair, Peböck & Soffried (2007): Mögliche Vorgehensweisen zur Entwicklung von nationalen bzw. länderspezifischen Gesundheitszielen in Österreich. Hrsg. *Behandlungsökonomie OÖGKK, Institut für Gesundheitsplanung*

15 NHS (2012): *Local Targets*. UK Government Weg Archive.

4.1 Leitfadeninterviews

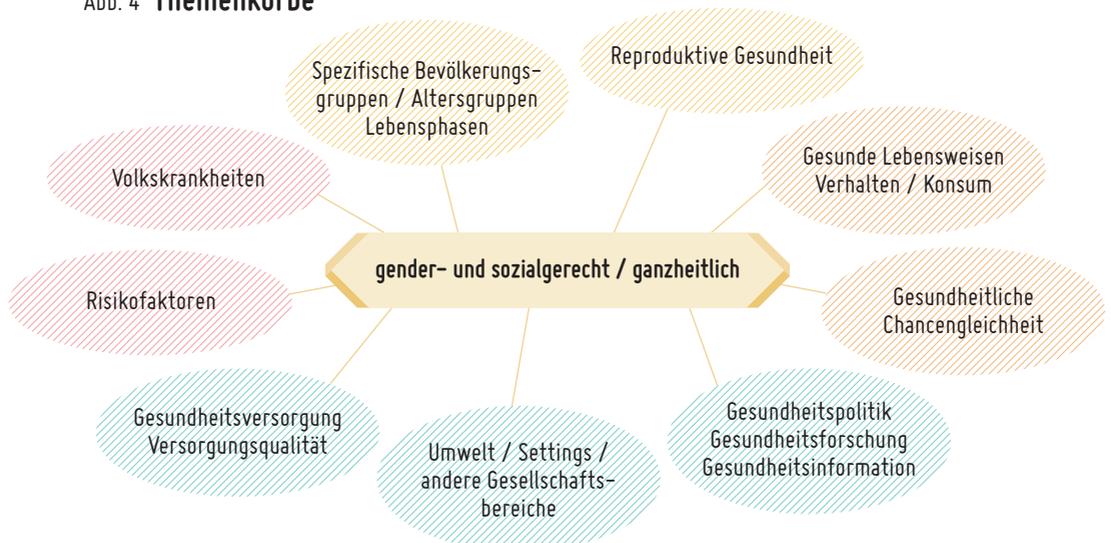
In einem der ersten Schritte wurde mit Leitfadeninterviews gestartet. Insgesamt wurden zwölf Interviews mit zentralen Stakeholdern aus den Bereichen Medizin, Gesundheitsförderung, Public Health, Soziales und Organisationsentwicklung geführt. Ziel war es, die Bereitschaft der Partizipation sowie relevante Themen bzw. Vorstellungen auszuloten. Erfragt wurden folgende Bereiche in Bezug zu möglichen Wiener Gesundheitszielen:

- » Gesundheitsverständnis
- » Sicht auf Gesundheitsziele
- » Prioritäten
- » Interessenlagen
- » Kernkompetenzen

Der Grundtenor der Gespräche ergab, dass die Entwicklung von Gesundheitszielen als ein wichtiges und innovatives Vorgehen in Wien gesehen wird. Insgesamt stießen die Befragungen auf hohes Interesse. Von allen Interviewpartnerinnen und -partnern wurde der Wunsch nach einer aktiven Mitarbeit der eigenen Organisation an dem Prozess bekundet. Auch wurde in der Entwicklung von Gesundheitszielen ein Nutzen für die jeweilige Organisation gesehen, wie zum Beispiel einer Steigerung der Zufriedenheit von Klientinnen und Klienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern in den verschiedenen Einrichtungen. Die Befragten sahen zudem einen potenziellen Nutzen darin, bereits bestehende oder avisierte Projekte in zukunftsrichtigen gesundheitsrelevanten Bereichen besser verankern zu können.

Das Ergebnis der Leitfadeninterviews waren sogenannte **Themenkörbe**, anhand derer im anschließenden Innovationsworkshop weitergearbeitet wurde.

Abb. 4 **Themenkörbe**



4.2 Innovationsworkshop

Diese ersten Erkenntnisse aus den Leitfadeninterviews und das komprimierte Know-how von 18 speziell ausgewählten Teilnehmerinnen und Teilnehmern bildeten die Basis für den Innovationsworkshop. Die Logik bestand darin, Personen aus dem breiten Feld des Gesundheitsbereiches, unabhängig von Funktion und Position, zum „innovativen und uneingeschränkten Denken“ einzuladen.

Zwecks Informations- und Erfahrungsaustausch wurden zusätzlich Personen mit Erfahrung in der Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen aus den Bundesländern Oberösterreich und Steiermark eingebunden.

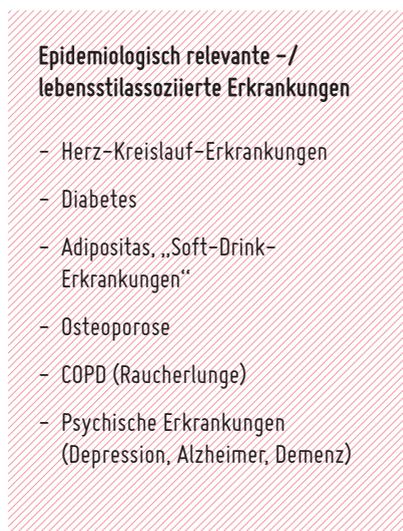
In den beiden Workshoptagen wurde unter fachkundiger Moderation von der Breite in die Tiefe gegangen. Als Ausgangspunkt stand die Frage *„Was sind besonders brennende Themenfelder für die Gesundheit der Menschen für die Zukunft?“*.

Schritt für Schritt wurden Themenlandschaften erarbeitet und erste Priorisierungen getroffen.

Abb. 5 **Von Themenfeldern zu Gesundheitszielen**



Der Innovationsworkshop ergab fünf Themen- bzw. Handlungsfelder sowie definierte Zielgruppen:



Folgende 5 Zielgruppen wurden definiert:

- >> werdende Eltern
- >> Kinder & Jugendliche
- >> Berufstätige (insbes. Altersgruppe 25 – 45 Jahre)
- >> Ältere/ganz alte Menschen
- >> Menschen mit besonderen Bedürfnissen

4.3 Steuerungsgruppe

Im Sinne des *Health in All Policies* – Ansatzes wurde eine Steuerungsgruppe etabliert, welche sich aus 31 Personen in Leitungsfunktionen aus insgesamt 27 Organisationen zusammensetzt. Die konstituierende Sitzung der Steuerungsgruppe *Gesundheitsziele für Wien* wurde Ende 2011 von der amtsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Mag.^a Sonja Wehsely, einberufen.¹⁶

Die Aufgabe der Steuerungsgruppe war und ist es, unter Vorsitz von Landessanitätsdirektorin OSR Dr.ⁱⁿ Karin Spacek und der Projektleitung von a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, den Prozess als Beratungsgremium kontinuierlich zu begleiten und partizipativ mitzugestalten.

In diesem Rahmen soll ein Commitment über die Gesundheitsziele in Wien getroffen werden, bis hin zur Auswahl und Priorisierung von Zielbereichen und Schwerpunkten. Eine wichtige Aufgabe dieses Gremiums ist der Transfer, das Feedback und schließlich die Umsetzung in der eigenen Organisation. Hierbei gilt es Rahmenbedingungen für die Zielumsetzung – politisch, zeitlich und finanziell – zu definieren. Die Steuerungsgruppe sieht sich auch für das begleitende Monitoring des Prozesses verantwortlich.

Abb. 6 „HiAP“ innerhalb der Steuerungsgruppe

HiAP bei den Wiener Gesundheitszielen

Steuerungsgruppe, Vorsitz: Landessanitätsdirektorin OSRⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Karin Spacek

Ärztchammer für Wien	Magistratsdirektion Organisation und Sicherheit,
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	Dezernat Gender-Mainstreaming
Apothekerkammer Wien	MA 3 – Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung
Dachverband Wiener Pflege- und Sozialeinrichtungen	MA 5 – Finanzwesen
Fonds Soziales Wien	MA 10 – Wiener Kindergärten
Institut für Sozialmedizin	MA 11 – Amt für Jugend und Familie
Interessenvertretung der Menschen mit Behinderung	MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien
Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	MA 17 – Integration und Diversität
Psychosoziale Dienste Wien	MA 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung
Stadtschulrat für Wien	MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung
Sucht- und Drogenkoordination Wien	MA 40 – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht
Wiener Gebietskrankenkasse	MA 57 – Frauenförderung und Koordinierung von Frauenangelegenheiten
Wiener Gesundheitsförderung GmbH	MA 70 – Wiener Berufsrettung
Wiener Krankenanstaltenverbund	
Wiener Pflege- und PatientInnenanwaltschaft	

4.4 Umsetzungsgruppe

Ein weiterer Schritt bestand in der Etablierung einer Umsetzungsgruppe. Diese hatte die wichtige Aufgabe, aus den Themenfeldern zur Ziele Landschaft zu gelangen bzw. eine Präzisierung der Ziele vorzunehmen. Die Umsetzungsgruppe umfasste 34 Expertinnen und Experten und VertreterInnen wichtiger Organisationen im Wiener Gesundheitswesen.

In diesem Gremium wurden die neun Wiener Gesundheitsziele erarbeitet und entlang der festgelegten Lektorientierungen, wie in der Präambel dargestellt, formuliert. Die Ergebnisse wurden regelmäßig der Steuerungsgruppe rückgemeldet und von dieser angenommen.

Abb. 7 Arbeitsprozess der Umsetzungsgruppe

step by step/März–September 2012



Es wurden neun Wiener Gesundheitsziele entwickelt.



The infographic consists of nine rows, each featuring a circular icon on the left and a text description of a goal on the right. The background is a light blue grid pattern.

-  **Ziel 1:** Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen
-  **Ziel 2:** Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken
-  **Ziel 3:** Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten
-  **Ziel 4:** Integrierte Versorgung etablieren
-  **Ziel 5:** Gesundheitskompetenz der Wiener Bevölkerung stärken
-  **Ziel 6:** Prävention, Früherkennung und Behandlungsabläufe bei epidemiologisch relevanten Krankheiten gezielt optimieren
-  **Ziel 7:** Psychosoziale Gesundheit der Wiener Bevölkerung fördern
-  **Ziel 8:** Lebensraum Stadt weiter attraktivieren, Umweltbelastungen gering halten und Bewegung fördern
-  **Ziel 9:** Integriertes Gesundheitsmonitoring aufbauen

4.5 Gesundheitszielekonferenz

Im Rahmen der 1. Wiener Gesundheitszielekonferenz im Wiener Rathaus (13. Dezember 2012) wurden die Ergebnisse des bisherigen Wiener Gesundheitszieleprozesses einem breiten Fachpublikum präsentiert.

Die Veranstaltung wurde durch den damaligen Gesundheitsminister Alois Stöger, die amtsführende Stadträtin Mag.^a Sonja Wehsely sowie der Wiener Landessanitätsdirektorin Dr.ⁱⁿ Karin Spacek eröffnet. Im Rahmen der Eröffnungsreden wurden die gesellschaftliche Bedeutung sowie die Herausforderungen in der Entwicklung von Gesundheitszielen skizziert.

Hochkarätige nationale und internationale Expertinnen und Experten referierten den Themenbereich *Gesundheitsziele* State-of-the-Art: *Dr.ⁱⁿ Claudia Stein*, als Entsandte der WHO-Europa-Direktorin *Dr.ⁱⁿ Szusanna Jakab*, präsentierte den Gesundheitszieleprozess der WHO Europe und beglückwünschte die Stadt Wien zu ihrer Initiative.

Die international renommierte Gesundheitswissenschaftlerin *Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ilona Kickbusch* berichtete über die Gesundheitsdeterminanten des 21. Jahrhunderts, wie etwa Kommerzialisierung, sozialer Zusammenhalt sowie soziale Ungleichheiten und Beschleunigung im Alltag.

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner MSc, Sektionsleiterin im Gesundheitsministerium, referierte über den österreichischen Rahmen-Gesundheitszieleprozess des Bundes.

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Pelikan, Ludwig Boltzman Institute Health Promotion Research, präsentierte die Ergebnisse einer EU-weiten Studie zur Gesundheitskompetenz und den Handlungsbedarf in Wien.

A.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien, stellte die Richtlinien und den Ablauf des Entwicklungsprozesses des Wiener Gesundheitszieleprojekts vor. Im Anschluss präsentierten VertreterInnen aus der Umsetzungsgruppe die bisherigen Ergebnisse. Der Nachmittag bot Gelegenheit zum angeregten fachlichen Austausch und zur Diskussion im Rahmen von themenspezifischen Gesprächsforen. Die dort gesammelten Inputs fanden in der weiteren Prozessarbeit Eingang.

4.6 Task Forces

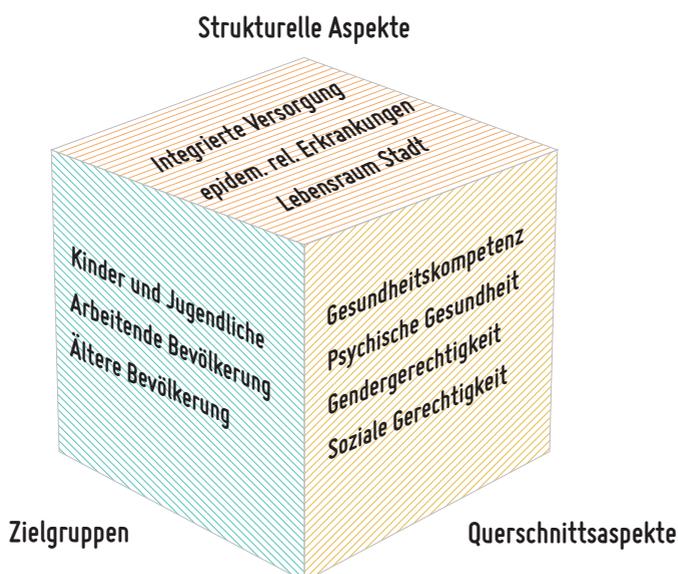
Im Anschluss an die Erarbeitung der neun Gesundheitsziele durch die Umsetzungsgruppe begann die **Phase 2** des Gesundheitszieleprozesses. Ziel war die zielgruppenspezifische Erarbeitung von Maßnahmenvorschlägen sowie Indikatoren.

Bei der Erarbeitung der Maßnahmenvorschläge wurde eine verschränkte Vorgangsweise gewählt. Diese trägt dem Umstand Rechnung, dass sich die Wiener Gesundheitsziele sowohl aus zielgruppenspezifischen Zielen als auch aus Zielen, welche relevante Strukturen für die Gesundheit der WienerInnen betreffen, zusammensetzen. Folgende Zielgruppen werden in den Wiener Gesundheitszielen angesprochen:

- » 1. Kinder und Jugendliche
- » 2. Bevölkerung im Alter der Erwerbstätigkeit
- » 3. Ältere Bevölkerung

Als weiteren Aspekt gibt es Zielformulierungen, welche sowohl für alle Zielgruppen als auch für die Strukturen relevant sind. Dies sind die Zielformulierungen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit als auch zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Auch aus den Richtlinien des Gesundheitszieleprozesses resultieren weitere Querschnittsziele, nämlich der Grundsatz zur Berücksichtigung der Gendergerechtigkeit sowie der Chancengerechtigkeit. Demnach ist eine starke inhaltliche Verschränkung der Zielformulierungen gegeben, wie in der untenstehenden Grafik illustriert wird:

Abb. 8 Inhaltliche Verschränkung der Gesundheitsziele



Die Formulierung der Maßnahmen- und Indikatorenvorschläge in der Phase 2 geschah in multidisziplinären Task Forces. Die Auswahl der Expertinnen und Experten der Task Forces orientierte sich an folgenden Gesichtspunkten: Um eine möglichst breite Expertise zu garantieren, wurden Personen eingebunden, welche entweder aus dem Bereich der Wissenschaft oder aus der praktischen Arbeit mit der Zielgruppe über Erfahrungswissen verfügen. Als dritte Gruppe wurden Personen eingebunden, welche in den relevanten Organisationen über Entscheidungskompetenz verfügen.

Die Auswahl und Bewertung der erarbeiteten Maßnahmen erfolgte nach folgenden Kriterien:

- » Support im Land vorhanden
- » Hohe Akzeptanz der Community der Expertinnen und Experten
- » Vorarbeiten liegen vor
- » Machbarkeit bewiesen, Lernerfahrungen vorhanden
- » Erfolge sind erwartbar

4.7 Indikatoren

Die Indikatoren wurden in Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion und der Gesundheit Österreich GmbH gemeinsam mit der MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung, der MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik sowie der Wiener Gebietskrankenkasse entwickelt.

Die Entwicklung der Indikatoren fand insgesamt von März 2014 bis April 2015 statt. In der Folge wird in einem kurzen methodischen Kapitel ein Arbeitsmodell vorgestellt, anhand dessen verschiedene Indikatortypen unterschieden und bewertet werden können.

4.7.1 Arbeitsmodell zur Indikatorenentwicklung

Univ.-Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür,
Ludwig Boltzmann Institut – Health Promotion Research



Was ist ein Indikator?

In der Literatur finden sich zahlreiche, oft recht widersprüchliche Definitionen darüber, was ein Indikator im wissenschaftlichen Kontext zu leisten hat. Grundsätzlich handelt es sich bei Indikatoren um Kenngrößen, die über das Eintreten eines *komplexen Sachverhaltes* Auskunft geben sollen.¹⁷ Die Gesundheitsziele für Wien formulieren solche Sachverhalte, deren Komplexität sich darin zeigt, dass sie mitunter nicht direkt beobachtbar oder messbar sind. Das Erreichen

¹⁷ Vgl. GTZ (2003): Die Begriffswelt der GTZ, Eschborn: GTZ. URL: <http://www.gtz.de/glossar/> (letzter Zugriff: 12. 12. 2014)

von mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, Lebensqualität oder Gesundheitskompetenz lässt sich demnach nicht unmittelbar beobachten, sondern nur mittels Indikatoren erheben. Um die Erreichung eines Ziels anhand eines Indikators bewerten zu können, benötigt man zudem Indikatorwerte, die definieren, ab welchem Wert ein Ziel als erreicht gelten soll. Die gewünschte Veränderung kann als Zielwert ausgedrückt werden. Indikatoren wie auch Indikatorwerte sind daher methodische Konstrukte, die auf theoretischen Annahmen beruhen. Theorien sind kein unmittelbares Abbild der Wirklichkeit, sondern eröffnen (nur) die Möglichkeit, die Wirklichkeit auf eine bestimmte Weise (*aspekthaft*) zu betrachten.

Die praktische Konsequenz dieses kurzen erkenntnistheoretischen Exkurses liegt darin, darauf aufmerksam zu machen, dass es zu jedem Indikator Alternativen gibt. Daher bedarf die Auswahl von bestimmten Indikatoren eines sozialen Aushandlungsprozesses (z. B. durch Expertinnen- und Expertengruppen und/oder WissenschaftlerInnen) und letztlich einer Entscheidung. Ziel der folgenden Ausführungen ist es, ein Arbeitsmodell offenzulegen, anhand dessen Indikatoren zur Überprüfung der Erreichung der Gesundheitsziele für Wien unterschieden und bewertet werden können, um eine theoretisch reflektierte Auswahl zu ermöglichen.

Kurz gefasst:

- » **Indikatoren** sind Kenngrößen, die festlegen, woran die Erreichung der Gesundheitsziele für Wien gemessen werden kann.
- » **Indikatorwerte** definieren die Erwartungshorizonte, bei deren Eintreten das jeweilige Ziel als erreicht gelten soll.
- » Zu jedem Indikator und Indikatorwert gibt es **Alternativen**, und die Auswahl muss daher entschieden und begründet werden.

Arbeitsmodell zur Unterscheidung verschiedener Indikatorentypen

Die Zielerreichung von Projekten oder Maßnahmen kann auf sehr unterschiedlichen Ebenen gemessen werden. Zur Planung und Evaluation von Projekten wurden daher *logic models*^{18, 19, 20} entwickelt, die diese Ebenen unterscheiden und zueinander in Beziehung setzen. Obwohl diese Modelle sich in vielen Aspekten unterscheiden, lassen sich einige Kernelemente identifizieren:

18 Meyer, W. (2000): Ratgeber Umweltberatungsprojekte, Saarbrücken: Universität des Saarlandes.

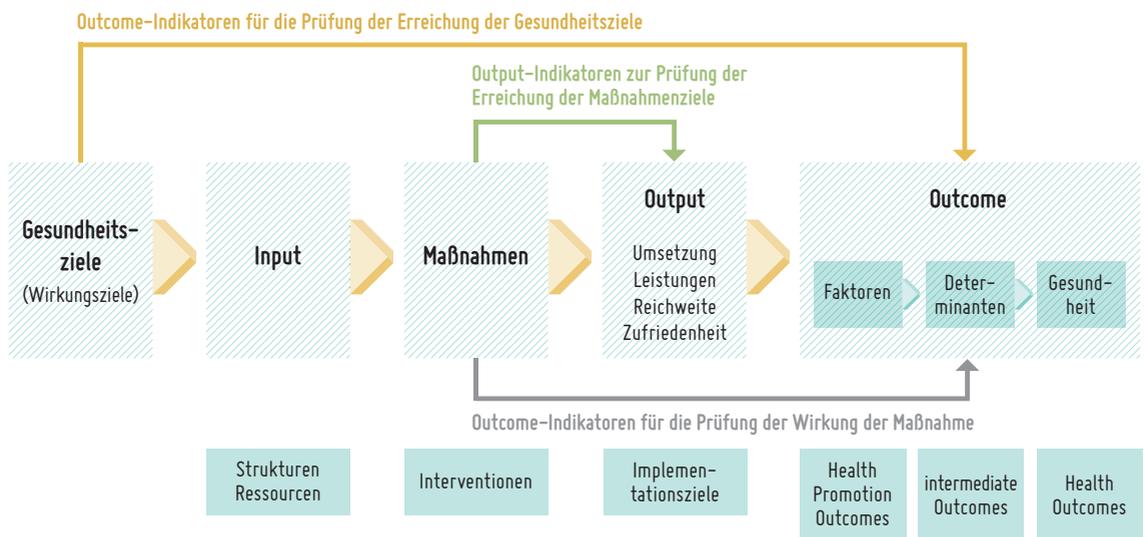
19 Meyer, W. (2004): Indikatorenentwicklung: eine praxisorientierte Einführung. Saarbrücken: CEval – Centrum für Evaluation (Arbeitspapier Nr. 10).

20 University of Wisconsin (2003): Extension, Cooperative Extension, Program Development and Evaluation: <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html> (letzter Zugriff: 6. 5. 2014)

- » **Strategische Zielsetzung:** Was soll mit dem Programm erreicht werden?
- » **Input:** Welche Ressourcen werden zur Programmumsetzung benötigt?
- » **Prozesse (throughput):** Welche Maßnahmen werden gesetzt?
- » **Output:** Welche Ergebnisse werden mit den Maßnahmen erzielt?
- » **Outcome:** Zu welchen Wirkungen führen die Ergebnisse?
- » **Impact:** Welche langfristige Wirkung (Gesamtheit der Effekte) hat das Programm?

Um ein Arbeitsmodell für die Unterscheidung verschiedener Indikatortypen zu erstellen, bedienen wir uns dieser Kernelemente aus den *logic models*. Zudem greifen wir auf Evaluationsmodelle der Gesundheitsförderung zurück^{21, 22}, die auf der Outcome-Ebene Gesundheit, Gesundheitsdeterminanten und Einflussfaktoren auf Gesundheitsdeterminanten unterscheiden. Daraus ergibt sich folgendes Arbeitsmodell zur Unterscheidung verschiedener Indikatortypen:

Abb. 9 **Arbeitsmodell zur Unterscheidung von Indikatortypen**



21 Spencer, B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A., Cloetta, B. (2008): Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International* 23 (1): 86-97.

22 Nutbeam, D. (1998): Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International* 13 (1): 27-44.

Bei den Wiener Gesundheitszielen handelt es sich um Wirkungsziele. Sie beziehen sich auf den Outcome in Hinblick auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes bestimmter Bevölkerungsgruppen oder auf die Veränderung von Determinanten der Gesundheit, wie das Gesundheitsverhalten oder die Lebensumstände. Für die Prüfung der Erreichung der Gesundheitsziele sind daher Outcome-Indikatoren notwendig.

Zu jedem Gesundheitsziel wurden auch Unterziele formuliert. Diese Unterziele beziehen sich nicht immer auf Outcomes, sondern formulieren auch Maßnahmenziele (z. B. die Entwicklung neuer Gesundheitsangebote). Um den Erfolg von Maßnahmen zu evaluieren, können auch Output-Indikatoren herangezogen werden. Dies sind Indikatoren, anhand derer die Umsetzung, Reichweite und Zufriedenheit mit einer Maßnahme bewertet werden kann. Besonders wenn eine starke Evidenz für die Wirkung einer Maßnahme vorliegt, kann der Nachweis einer Steigerung des Outputs als indirekter Nachweis für die Steigerung des Gesundheit-Outcome herangezogen werden. In welchem Ausmaß aber dieser Gesundheits-Outcome verbessert wurde, lässt sich über einen Output-Indikator nicht bestimmen.

Bei den Indikatoren für die Wiener Gesundheitsziele, die von den Task Forces vorgeschlagen wurden, handelt es sich um Outcome-Indikatoren und Output-Indikatoren. Es war uns wichtig, herauszuarbeiten, dass es sich dabei um grundsätzlich verschiedene Indikatorentypen handelt, die es zu unterscheiden gilt.

Arbeitsmodell zur Bewertung von Indikatoren

Neben der Unterscheidung verschiedener Typen von Indikatoren stellt sich auch die Frage, welche Anforderung an Indikatoren gestellt werden bzw. anhand welcher Qualitätskriterien Indikatoren bewertet werden können. Die Vereinten Nationen²³ ziehen zur Bestimmung eines guten Indikators die SMART-Kriterien (S = Specific, M = Measurable, A = Attainable, R = Relevant, T = Trackable) heran.²⁴ Diese legen fest, dass ein Indikator den angestrebten theoretischen Sachverhalt eindeutig abbildet (specific), messbar (measurable) und für den gewünschten Arbeitskontext anwendbar (attainable) ist. Im Weiteren sollte der Indikator zur Lösung der anstehenden Probleme relevant und für die Beteiligten nachvollziehbar sein.²⁵ Die SMART-Kriterien sind international weit verbreitet und werden von vielen anderen Organisationen zur Bewertung von Indikatorsystemen herangezogen.²⁶ Aus den SMART-Kriterien können wir für unser Arbeitsmodell ableiten, dass ein guter Indikator theoretischen, methodischen, praktischen und politischen Anforderungen gleichermaßen entsprechen muss. Zur weiteren Spezifizierung dieser Anforderungen greifen wir außerdem auf Meyer (2004)²⁷ zurück und definieren folgende Kriterien für die Beurteilung der Indikatoren zu den Gesundheitszielen für Wien:

23 UNDP – Evaluation Office (2002): Guidelines for Outcome Evaluators. Monitoring and Evaluation Companion Series 1, New York: UNDP.

24 Doran, G. T. (1981): There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. Management Review 70(11): 35–36.

25 UNDP – Office of Evaluation and Strategic Planning (1997): Results-oriented Monitoring and Evaluation.

A Handbook For Programme Managers, New York: UNDP (online: <http://www.undp.org/ea/documents/mae-toc.htm>)

26 ZB.: CEFIC – European Chemical Industry Council (2000): ISO 9001: 2000. CEFIC Guidelines for use by the chemical industry, Brüssel: CEFIC, S. 17.

27 Meyer, W. (2004): Indikatorenentwicklung: eine praxisorientierte Einführung. Saarbrücken: CEval – Centrum für Evaluation (Arbeitspapier Nr. 10).

Theoretische Anforderung – EIGNUNG

Anhand dieses Kriteriums soll festgestellt werden, ob der Indikator die Erreichung bzw. die Veränderung des jeweiligen Wirkungsziels (Outcome) bzw. des Maßnahmenziels (Output) abbilden kann. Dabei geht es um die Frage, ob das Ziel und der Indikator in einem Zusammenhang stehen. Neben der grundsätzlichen Eignung des Indikators wird zusätzlich auch noch danach gefragt, ob noch weitere Indikatoren zur Ermittlung des Ziels inkludiert werden könnten (Empfehlungen).

Methodische Anforderung – MESSBARKEIT

Durch dieses Kriterium wird überprüft, ob Instrumente bzw. Indikatorwerte angegeben werden, anhand deren der Indikator gemessen werden kann. Falls es solche Instrumente gibt, wird zudem geprüft, ob diese den Gütekriterien für Messungen (Validität und Reliabilität) entsprechen. Außerdem soll danach gefragt werden, welche weiteren Instrumente bzw. Indikatorwerte in Erwägung gezogen werden könnten.

Praktische Anforderung – MACHBARKEIT

Anhand dieses Kriteriums wird die Machbarkeit der Datenerhebung und Messung bewertet. Dabei geht es vor allem um folgende Fragestellungen: Welche Ressourcen sind zur Datenerhebung notwendig? Inwieweit ist die Durchführung der Datenerhebung machbar? Außerdem geht es darum, festzustellen, ob Daten von regelmäßig durchgeführten Erhebungen verwendet werden können (z. B. Surveys wie HBSC, Gesundheitsdaten der Statistik Austria etc.).

Gesellschaftliche/politische Anforderung – AKZEPTANZ

Schließlich gilt es die Akzeptanz des Indikators von Seiten unterschiedlicher Stakeholdergruppen zu prüfen. Wir haben bereits eingangs festgehalten, dass es zu jedem Indikator Alternativen gibt und dass daher die Entscheidung für einen Indikator eines Aushandlungsprozesses bedarf. Das bedeutet, dass die Anerkennung bestimmter Indikatoren von Seiten unterschiedlicher Stakeholder nicht von vornherein gegeben sein muss. Außerdem ist auch zu prüfen, ob bei der Datenerhebung mit Widerstand oder Akzeptanz zu rechnen ist.

4.7.2 Bericht der Arbeitsgruppe „Indikatoren und Zielwerte der Wiener Gesundheitsziele“

Mag. Robert Griebler, Mag. Florian Bachner, Dr. Peter Nowak
Gesundheit Österreich GmbH

Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●

In weiterer Verfolgung der Bewertung sowie Festlegung von Indikatoren und Zielwerten für die Wiener Gesundheitsziele wurde eine Arbeitsgruppe formiert. Diese Arbeitsgruppe wurde von der Gesundheit Österreich GmbH geleitet. Im nachfolgenden Text findet sich die Expertise dieser Arbeitsgruppe.

Hintergrund

Die Stadt Wien hat in einem intersektoralen Prozess die Wiener Gesundheitsziele erarbeitet und dazu Wirkungsziele formuliert. Der Erreichungsgrad dieser Gesundheitsziele (und Wirkungsziele) soll mit einem Monitoring überprüft werden. Nun galt es, dafür geeignete Indikatoren und Zielwerte festzulegen.

Das Monitoring der Wiener Gesundheitsziele bezieht sich auf die Ziele 1 bis 3 sowie indirekt auch auf die Ziele 5 und 7. Alle anderen Gesundheitsziele sind anderen Monitoringprozessen vorbehalten. Der im Folgenden beschriebene Prozess beschränkte sich damit ausschließlich auf die Entwicklung von Indikatoren und Zielwerte zu folgenden Wiener Gesundheitszielen:

- » **Ziel 1:** Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen
- » **Ziel 2:** Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken
- » **Ziel 3:** Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten

Die Gesundheitsziele 5 („Gesundheitskompetenz der Wiener Bevölkerung stärken“) und 7 („Psychosoziale Gesundheit der Wiener Bevölkerung stärken“) sowie das Kriterium der sozialen und genderbezogenen Gerechtigkeit werden – innerhalb der Gesundheitsziele 1 bis 3 – als querliegende Zieldimensionen behandelt. Die Zielwertdefinition und das Monitoring zu Ziel 6 („Prävention, Früherkennung und Behandlungsabläufe bei epidemiologisch relevanten Krankheiten gezielt optimieren“) sowie Gesundheitsziel 4 („Integrierte Versorgung etablieren“) geschieht im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit.²⁸

28 http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_Monitoringberichte

Zur Messung der Zielerreichung wurden die Gesundheitsziele 1 bis 3 auf Basis sogenannter Wirkungsziele operationalisiert. Dafür wurden geeignete Indikatoren und Zielwerte erarbeitet, wobei sich die Zielwerte auf das Jahr 2025 beziehen.

Festlegung von Indikatoren und Zielwerten

Um eine fundierte Indikatoren- und Zielwertedefinition zu ermöglichen, wurde seitens der Stadt Wien (MA 15, Wiener Programm für Frauengesundheit) eine Arbeitsgruppe, die *AG Indikatoren und Zielwerte Wiener Gesundheitsziele*, eingesetzt. Diese setzte sich aus Expertinnen und Experten der Stadt Wien, der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) sowie der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) zusammen.²⁹

Die Indikatoren- und Zielwertedefinition erfolgte in nachstehenden Einzelschritten:

- » **Festlegung einer gemeinsamen Arbeitsweise** sowie **relevanter Auswahlkriterien** für Indikatoren
- » **Bewertung der Indikatoren** anhand der ausgewählten Qualitätskriterien (abhängig von der Expertise der Expertinnen/Experten)
- » **Aufbereitung relevanter Basisergebnisse** als Grundlage für weiterführende Zielwert-Entscheidungen
- » **Erarbeitung von Zielwerten**

Die Arbeitsgruppe tagte insgesamt drei Mal und bereitete alle Sitzungen gemeinsam vor und nach. Der Gesamtprozess wurde von der GÖG begleitet und fand – den zeitlichen Rahmenbedingungen entsprechend – in den Monaten März und April 2015 statt.

Auswahl der Indikatoren

Als Ausgangspunkt für die Indikatorenauswahl wurde eine erste Indikatorenliste erstellt, basierend auf Vorarbeiten des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Promotion Research und auf Vorarbeiten der GÖG zum Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele^{30, 31} sowie zur Outcome-Messung im bundesweiten Zielsteuerungsprozess (Projektgruppe Mess- und Vergleichskonzept Outcomes 2014). Die Indikatoren wurden den einzelnen Wirkungszielen zugeordnet und der AG im Rahmen der ersten AG-Sitzung vorgelegt. Diese Liste von Indikatoren konnte von den Expertinnen und Experten um weitere Indikatoren ergänzt werden. Grundsätzlich wurde der Fokus auf jene Indikatoren gelegt, die regelmäßig mit ausreichend repräsentativen Daten hinterlegt sind.

29 Mitglieder der Arbeitsgruppe: Florian Bachner (Gesundheit Österreich GmbH), Alexandra Beurle (Wiener Programm für Frauengesundheit/MA 15), Robert Griebler (Gesundheit Österreich GmbH), Gustav Lehart (MA 23), Peter Nowak (Gesundheit Österreich GmbH) Otto Rafetseder (Wiener Gesundheitsfonds – WGF), Peter Stanzl (MA 24), Daniela Thurner (Wiener Programm für Frauengesundheit/MA 15), Katharina Weber (Wiener Gebietskrankenkasse), Beate Wimmer-Puchinger (Wiener Programm für Frauengesundheit/MA 15)

30 Winkler, Petra; Anzenberger, Judith (2013): Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

31 Winkler, Petra; Griebler, Robert; Haas, Sabine; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Gruber, Gabriele; Knaller, Christine (2014, unveröffentlicht): Rahmen-Gesundheitsziele: Gesamtkonzept für ein begleitendes Monitoring. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

In einem zweiten Schritt wurden die Indikatoren einer systematischen Bewertung unterzogen. Die Beurteilungen durch MA 15 (Wiener Programm für Frauengesundheit), MA 23, MA 24, Wiener Gesundheitsfonds sowie Wiener Gebietskrankenkasse wurden dabei jeweils mit einer Stimme gewichtet.³²

Die Indikatoren wurden insgesamt entlang von sechs Kriterien (siehe untenstehende Tabelle) bewertet, wobei im ersten Bewertungsdurchgang die prinzipielle Eignung der Indikatoren eingeschätzt wurde.

In einem zweiten Bewertungsdurchgang kamen die weiteren Kriterien zur Anwendung, wobei der Fokus auf jenen Indikatoren lag, die eine sehr gute bis gute prinzipielle Eignung aufwiesen. Die Einschätzung jedes Kriteriums erfolgte auf Basis einer vierstufigen Skala (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = schlecht, 4 = sehr schlecht), wobei die Kriterien Datenverfügbarkeit, Validität und Stratifizierbarkeit – je nach Expertise – nur von einzelnen Expertinnen bzw. Experten beurteilt wurden.

Zur Bewertung der Kriterien *Interpretierbarkeit* und *Akzeptanz* wurden alle Expertinnen und Experten eingeladen, sie konnten sich aber ihrer Stimme enthalten.

Auf Basis der Bewertungen wurde pro Indikator ein Mittelwert gebildet. Die Indikatoren wurden entsprechend der resultierenden Eignungseinschätzung sortiert und alle Indikatoren mit einem Wert $\geq 2,0$ ausgeschieden (Cut-Off-Point $\leq 2,0$). Das reduzierte Indikatorenset wurde im Rahmen der zweiten AG-Sitzung diskutiert und weitgehend finalisiert.

Kriterien zur Indikatorenbewertung

Kriterium	Fragestellung/Spezifikation
1. Eignung/Aussagekraft	Ist der Indikator geeignet, die zentralen Aspekte des Gesundheits-/Wirkungsziels zu messen? Lässt er repräsentative Aussagen über das jeweilige Ziel zu?
2. Datenverfügbarkeit	Stehen Daten zur Verfügung, die eine Situationsanalyse (Baseline) und eine weiterführende Beobachtung ermöglichen (bis 2025)?
3. Gültigkeit/Validität	Wie valide (gültig und repräsentativ) sind die zur Verfügung stehenden Daten?
4. Differenzierte Analyse (Stratifizierbarkeit)	Kann der Indikator nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Kriterien (wie z. B. Einkommen und Bildung) differenziert werden?
5. Interpretierbarkeit	Lässt sich der Indikator sinnvoll und klar interpretieren? Können Steigerungen oder Reduktionen eindeutig bewertet werden?
6. Akzeptanz	Sind die Mitglieder der AG mit dem Indikator einverstanden? Können die Expertinnen und Experten den Indikator mittragen?

Quelle und Darstellung: GÖG

³² Die Experten der Gesundheit Österreich GmbH nahmen eine konsiliarische Funktion ein und waren von der Bewertung ausgeschlossen.

Als Ergebnis der Bewertung konnten den insgesamt 17 Wirkungszielen 33 Indikatoren zugeordnet werden (siehe Kapitel 7).

Konnten zu einem Wirkungsziel keine verfügbaren Daten eruiert werden, formulierte die Arbeitsgruppe Empfehlungen zur Schaffung weiterführender Indikatoren und Datenbestände (siehe Kapitel 7).

Formulierung von Zielwerten

Aufbauend auf der Auswahl der Indikatoren wurden erste Basis-Ergebnisse (im Idealfall Trend-Ergebnisse) aufbereitet. Sie fungierten als Grundlage für erste Zielwertvorschläge, die im Rahmen der dritten AG-Sitzung diskutiert und nach dem Konsensprinzip festgelegt wurden. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Indikatoren sowie der zur Verfügung stehenden Basis-Ergebnisse konnte keine einheitliche Herangehensweise angewendet werden. So wurden teils quantitative, teils qualitative Zielwerte/Zielvorgaben oder eine Kombination aus beiden Ansätzen formuliert (s. Anhang). Bei quantitativen Zielwerten wurde fallweise auch ein *Zielkorridor* im Sinne einer Bandbreite angegeben.

Die vorgeschlagenen Zielwerte beruhen primär auf Expertenmeinungen, auf Zielvorgaben aus anderen Monitorings (Rahmen-Gesundheitsziele, Zielsteuerung Gesundheit), Experteneinschätzungen durch hinzugezogene Institutionen sowie auf Trend-Fortschreibungen. Die eingebrachten Vorschläge für Zielwerte wurden durch die AG hinsichtlich des Kriteriums Machbarkeit diskutiert und gegebenenfalls entsprechend angepasst.

Zu Wirkungszielen, zu denen keine Daten zur Verfügung standen, konnten auch keine Zielwerte formuliert werden.

Einschränkungen

Die Festlegung von Ziel- bzw. Sollwerten entspricht im Rahmen von Public-Health-Themen (aufgrund der Komplexität von Gesundheits- und Krankheitsdeterminanten) immer der Erarbeitung von Näherungswerten. Eingedenk dieser Problematik gibt es daher auch in der internationalen Wissenschaftsgemeinschaft keine universell gültigen Methoden und Vorgehensweisen. Zudem gilt es einen Mittelweg zwischen hohen wissenschaftlichen Ansprüchen, Effizienz und Machbarkeit zu finden. Darüber hinaus stellt oftmals die Verfügbarkeit valider Daten eine Hürde dar. Die tabellarisch zusammengefassten Indikatoren und Zielwerte wurden in einem effizienten Prozess mit vielfältiger Unterstützung unterschiedlicher Stellen erarbeitet. Teilweise konnten aufgrund einer eingeschränkten Datenlage nur qualitative Zielvorgaben („steigern“, „senken“ etc.) formuliert werden. Damit liegt eine erste Annäherung an mögliche Zielwerte vor. Dennoch sind die vorliegenden Festlegungen von großer Bedeutung, da sie eine Einschätzung der Zielerreichung der Wiener Gesundheitsziele erlauben. Gleichzeitig ermöglichen sie den Aufbau eines lernenden Monitoringsystems, wie es im Gesundheitsziel 9 („Gesundheitsmonitoring aufbauen“) vorgesehen ist. An einzelnen Stellen wird die Schaffung neuer Instrumentarien und Datengrundlagen empfohlen, um vorhandene „Beobachtungslücken“ zukünftig schließen zu können.

4.8 Übersicht Organisation

Der Gesundheitsziele-Entwicklungsprozess startete mit Beauftragung durch die amtsführende Stadträtin Mag.^a Sonja Wehsely am 15. Dezember 2011 mit der konstituierenden Sitzung der Steuerungsgruppe und konnte mit Berichtslegung mit Mai 2015 abgeschlossen werden.

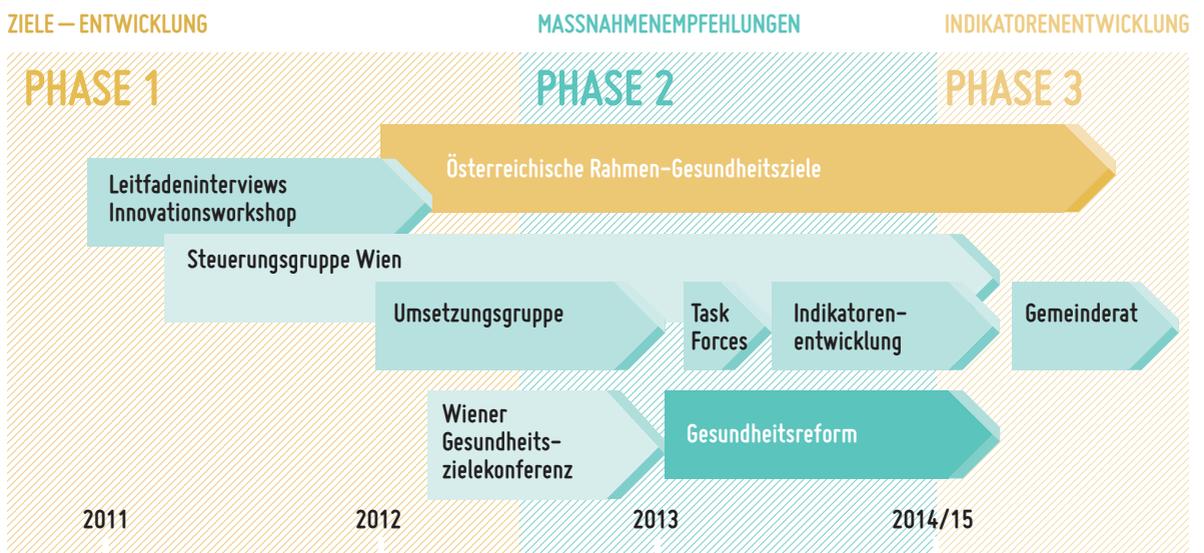
In Phase I (2012) lag der Schwerpunkt in der Zieledefinition in Umsetzungsgruppen, in Phase II (2013) bei der Erarbeitung von Schwerpunktzielen und Maßnahmen und in Phase III (2014) wurde zusätzlich die Entwicklung von Indikatoren durchgeführt.

In diesem Zeitraum

- gab es 7 Steuerungsgruppensitzungen, 13 ExpertInnensitzungen,
- nahmen insgesamt 133 Expertinnen und Experten sowie Führungskräfte aus 62 Organisationen teil,
- gab es eine Konferenz mit 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmern,
- gab es 15 teilnehmende Sitzungen beim Rahmengesundheitszieleprozess des Bundes.

Begleitet wurde der Prozess von dem in Organisationsentwicklung im Gesundheitsbereich erfahrenen Univ.-Doz. Dr. Hubert Lobnig von Lemon Consult.

Abb. 10 Wiener Gesundheitszieleprozess





Кар. 5

Exkurs:
Gesundheitsreform und
Wiener Landeszielsteuerung



Exkurs: Gesundheitsreform und Wiener Landeszielsteuerung

Dr. Otto Rafetseder, MPH

Wiener Gesundheitsfonds (WGF) – Koordinator Zielsteuerung Gesundheit

Die Gesundheitsreform dient dazu, die medizinische Versorgung in Zukunft effizienter zu gestalten, ihre Qualität zu erhöhen und gleichzeitig den Kostenanstieg im Gesundheitsbereich erfolgreich im Fokus zu behalten. Mit der Zielsteuerung Gesundheit soll erreicht werden, dass die Finanzierbarkeit des öffentlichen Gesundheitswesens durch einen vereinbarten und nachhaltigen Ausgabendämpfungspfad sichergestellt wird. Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben wird dafür bis 2016 an die prognostizierte Entwicklung des nominellen Wirtschaftswachstums (von derzeit 3,6%) herangeführt und in den weiteren Perioden daran gekoppelt.

Auf Basis von privatrechtlichen Zielsteuerungsverträgen auf Bundes- und Landesebene soll eine bessere Abstimmung zwischen dem Krankenanstaltenbereich und dem niedergelassenen Versorgungsbereich garantiert werden.

Im Juni 2013 haben sich Bund, Länder und Sozialversicherung auf den Inhalt des ersten Bundeszielsteuerungsvertrages für die Jahre 2013 bis 2016 geeinigt.

Zentrale Elemente des Bundeszielsteuerungsvertrages sind:

- » Kurative Versorgung am „best point of service“ und insbesondere Entlastung des stationären Bereichs in den Akutkrankenanstalten,
- » Forcierung von innovativen extramuralen Versorgungsformen sowie
- » die Förderung bestehender Möglichkeiten der extramuralen (interdisziplinären) Zusammenarbeit,
- » zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention,
- » österreichweite Qualitätsarbeit auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
- » Etablierung eines Monitoringsystems,
- » effektiver und effizienter Einsatz von Medikamenten.

Auf Basis der im Bundeszielsteuerungsvertrags vereinbarten strategischen Ziele wurden regionale operative Gesundheits- und Versorgungsziele zur Erreichung der bundesweiten Zielsetzungen festgelegt. Der Wiener Zielsteuerungskommission gehören VertreterInnen des Landes, der Sozialversicherung sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundes an.

Der Wiener Landeszielsteuerungsvertrag stellt somit den zentralen Beitrag zur Erreichung der Wiener Gesundheitsziele zur integrierten Versorgung sowie zur Früherkennung und Versorgung epidemiologisch relevanter Erkrankungen dar. Dies wird auch im Landeszielsteuerungsvertrag festgehalten:

„Eine maßgebliche Orientierung für diese Ziele und Maßnahmen ergibt sich aus den nationalen Rahmen-Gesundheitszielen sowie den Gesundheitszielen für Wien. Die Verfolgung der Ziele und die Umsetzung der Maßnahmen leisten im Zusammenhang mit der Zielsteuerung Gesundheit einen relevanten Beitrag zur Erreichung der Rahmen-Gesundheitsziele auf Bundesebene sowie der Gesundheitsziele für Wien.“

(Landeszielsteuerungsvertrag, Artikel 4, Absatz 2)

Die Landeszielsteuerungskommission regelt unter anderem die Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Landeszielsteuerungsvertrag inklusive Finanzrahmenvertrag resultierenden Aufgaben. Aufgrund des Landeszielsteuerungsvertrages werden Jahresarbeitsprogramme entwickelt.

Ein weiterer zentraler Beitrag zur Erreichung der Wiener Gesundheitsziele ist die Gesundheitsförderungsstrategie. Schwerpunkte hierbei sind die Gesundheitsförderung in folgenden Bereichen:

- » **Zahngesundheit in den Settings Kindergarten und Schule**
- » **Ernährung und Bewegung in Hinblick auf Adipositasprävention für Kinder und Jugendliche**
- » **Betriebliche Gesundheitsförderung**
- » **Psychische Gesundheit**

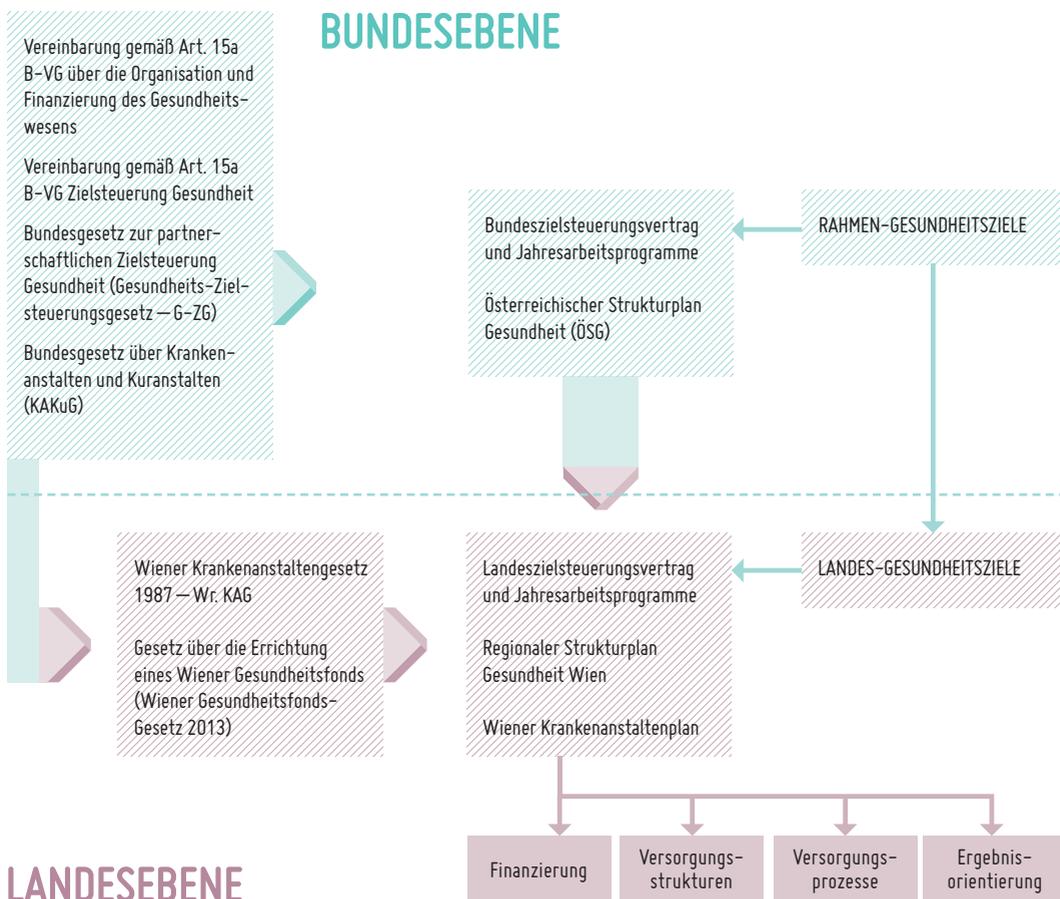
Gemäß dem Bundeszielsteuerungsvertrag wurde im März 2014 eine Vorgehensweise zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich beschlossen. Dafür werden in den kommenden zehn Jahren insgesamt 150 Millionen Euro im Rahmen der Landesgesundheitsfonds ausgeschüttet. Die Gesundheitsförderungsstrategie dient der Unterstützung der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele, der Landesgesundheitsziele sowie der Gesundheitsförderungsthemen in der Zielsteuerung Gesundheit. Sie definiert den Rahmen für die inhaltlichen Schwerpunkte, in denen Gesundheitsförderung in den nächsten 10 Jahren in Österreich umgesetzt werden soll und für die die Mittel des *Gesundheitsförderungsfonds* und *Vorsorgemittel* eingesetzt werden sollen. Für die Gültigkeitsperiode 2014–2016 wurden folgende Schwerpunkte priorisiert:

- » **Frühe Hilfen**
- » **Gesunde Kinderkrippen und Gesunde Kindergärten**
- » **Gesunde Schulen**
- » **Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter**
- » **Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen**
- » **Soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen**

Die Verschränkung der Strategien der Gesundheitszieleprozesse sowie der Prozesse aus der Gesundheitsreform, sowohl auf Bundes- als auch auf Wiener Ebene, sind in der untenstehenden Abbildung illustriert. In Wien ist diese Verschränkung durch die Steuerungsgruppe garantiert.

Abb. 11 **Verschränkung des Gesundheitszieleprozesses und der Gesundheitsreform auf Wiener Landesebene**

Stufenbau der Zielsteuerung Gesundheit





Кар. 6



Wiener Gesundheitsziele 2025

- Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen
- Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken
- Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten
- Integrierte Versorgung etablieren
- Gesundheitskompetenz der Wiener Bevölkerung stärken
- Prävention, Früherkennung und Behandlungsabläufe bei epidemiologisch relevanten Krankheiten gezielt optimieren
- Psychosoziale Gesundheit der Wiener Bevölkerung fördern
- Lebensraum Stadt weiter attraktivieren, Umweltbelastungen gering halten und Bewegung fördern
- Gesundheitsmonitoring aufbauen

Kap.6

Wiener Gesundheitsziele 2025

Im Wiener Gesundheitszieleprozess wurden insgesamt **neun Gesundheitsziele** definiert und für jedes der Ziele Wirkungsziele (siehe Kapitel 6.1 bis 6.9) formuliert.



Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen



Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken



Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten



Integrierte Versorgung etablieren



Gesundheitskompetenz der Wiener Bevölkerung stärken



Prävention, Früherkennung und Behandlungsabläufe bei epidemiologisch relevanten Krankheiten gezielt optimieren



Psychoziale Gesundheit der Wiener Bevölkerung fördern



Lebensraum Stadt weiter attraktivieren, Umweltbelastungen gering halten und Bewegung fördern



Gesundheitsmonitoring aufbauen

gendergerecht / sozial gerecht

6.1 Gesundheitsziel 1: Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen

6.1.1 Ausgangssituation



Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist nicht nur von gesundheitspolitischem, sondern von gesamtgesellschaftlichem Interesse. Umso wichtiger ist es, rechtzeitig möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken. Der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss in unserer Gesellschaft höchste Priorität eingeräumt werden.

2013 wurden in Wien 18.691 Kinder geboren. 19,23% der Wiener Gesamtbevölkerung sind jünger als 19 Jahre (Statistik Austria, Stand: 1. Jänner 2014). Die wichtigsten Weichenstellungen für die spätere gesundheitliche Entwicklung werden bereits in der frühen Kindheit gelegt. Früh erworbene Lebensgewohnheiten haben prägenden Einfluss auf die lebenslange Gesundheit. Gesundheitsförderung im Kindesalter ist daher die effizienteste Investition in die Gesundheit der Bevölkerung.

Ziel muss sein, möglichst früh Schwangere, Eltern und Kinder zu stärken, um gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken und besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen im Fokus zu haben. Dies betrifft besonders AlleinerzieherInnen und einkommensschwache bzw. bildungsferne Familien. In den folgenden Unterzielen werden bewusst jene Handlungsfelder aufgegriffen, welche die größte Virulenz und somit auch das größte Potenzial zur Stärkung der bio-psycho-sozialen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Wien bergen.

6.1.2 Handlungsfelder

Prä- und perinatale Gesundheit

Pränatale Bedingungen haben Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung der werdenden Mutter und ihr Kind. Der schädliche Einfluss von Rauchen, Stress, ungesunder Ernährung und psychischen Problemen vor und während der Schwangerschaft gilt als erwiesen.

Laut den Angaben im Geburtenregisterbericht der TILAK³³ wurde im Jahr 2012 bei rund 54% aller Schwangeren in Österreich mindestens ein Schwangerschaftsrisiko erfasst. Schätzungen zufolge sind 3,7% aller schwangeren Frauen in Österreich von Schwangerschaftsdiabetes betroffen. Vor allem sozial benachteiligte Frauen sind hier besonders gefährdet.³⁴ Unter Adipositas während der Schwangerschaft leiden in Österreich 10% der Schwangeren.

20 bis 25% der Frauen leiden vor oder nach der Geburt unter psychischen Problemen, wie Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, prä- und postpartale Depression, Essstörungen und Folgen von Gewalterfahrungen.³⁵

33 Heim, K.; Fachbeirat Geburtenregister Österreich; Arbeitsgemeinschaft der OEGG (Hrsg.) (2014): Geburtenregister Österreich. Bericht Geburtsjahr 2012. Kirchdorf an der Krems: Zieglermedien

34 Kautzky-Willer, A.; Weitgasser, R.; Lechleitner, M. (2009): Gravidität bei vorbestehendem Diabetes für die Leitlinien für die Praxis; In: Wien Klein. Wochenschr. (2009) 121 [Suppl 5]: S77–S79. Wien: Springer Verlag.

35 Wimmer-Puchinger, B.; Riecher-Rössler, A. (2006): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Wien: Springer Verlag.

Die aktuelle Kaiserschnitttrate für Wien beträgt 29,3%.³⁶ Im Jahr 2013 waren laut Statistik Austria 8,2 % aller Geburten in Wien vor der 38. Schwangerschaftswoche. Ein Teil ist auch auf die hohe Rate an Mehrlingsgeburten zurückzuführen (Statistik Austria, 2013: 670 Geburten, davon 640 Zwillings- und 30 Drillingsgeburten, das sind 3,6 %). Diese resultiert einerseits aus dem höheren Gebäralter, andererseits aber aus dem Einsatz von Methoden der künstlichen Befruchtung.

Lebenskompetenzen, Stressbewältigung und Gesundheitsverhalten, wie z. B. Ernährungsgewohnheiten, werden bereits bei sehr kleinen Kindern angelegt. Im Speziellen wird daher die Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern als wichtig angesehen. Eine positive frühe Eltern-Kind-Beziehung ist ein bedeutender Schutzfaktor für Gesundheit.

Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter

Kinder und Jugendliche brauchen für eine gesunde Entwicklung Lebenswelten, die ihnen jeweils altersgemäße Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen. Besonders relevant sind in diesem Zusammenhang die Settings Familie, Wohnumgebung, Kindergarten und Schule.

Wie der Wiener Kindergesundheitsbericht³⁷ darlegt, nehmen chronische Erkrankungen wie Allergien, Typ-1-Diabetes, Übergewicht und Adipositas zu. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas für Wien beträgt bei Mädchen 21,8% in der Altersgruppe 7–9 Jahre und 19,4% bei den 10 bis 12-Jährigen; 22,6% der 7 bis 9-Jährigen und 21,7% der 10–12 Jahre alten Buben haben eine Tendenz zu Übergewicht bzw. Adipositas.³⁸

Jedes zweite Kind isst nicht täglich Obst und Gemüse, ein Drittel konsumiert täglich Softdrinks. Lediglich ein Fünftel der befragten Kinder ist täglich eine Stunde körperlich aktiv.³⁹ Besonders ungünstig ist das Bewegungs- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen aus benachteiligten sozialen Schichten.

Ein weiteres Thema ist die Zahngesundheit. Hier gilt es, insbesondere Kinder mit Migrationshintergrund bzw. Kinder aus Familien mit geringem Einkommen und Bildungsniveau zu fördern. 48% der Sechsjährigen in Österreich weisen Karies auf (Kinder von Eltern mit Matura 40% und Kinder von Eltern ohne Matura 63%).⁴⁰ Die Kariesrate bei den 12-Jährigen betrug 2012 in Österreich 47,1%.⁴¹

Aktuelle Untersuchungen aus Deutschland⁴² belegen, dass etwa 20% aller Kinder und Jugendlichen Anzeichen psychischer Störungen wie Depression, Ängste, ADHS etc. aufweisen. Dies geht mit einem Anstieg von Psychopharmakaverschreibungen einher.⁴³

36 Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegungen. (Erstellt am 28. 5. 2014).

37 Stadt Wien (Hrsg.) (2011): Wiener Kindergesundheitsbericht.

38 Quelle: Wiener Kindergesundheitsbericht 2012 (vgl. Seite 16) – Auswertung der Daten aus dem österreichischen Adipositasbericht 2006.

39 Ramelow, D.; Felder-Puig, R. (2012): Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis bei österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse 2010 und Trends. Wien: HBSC Factsheet. Wien: BMG.

40 Zahnstaturerhebung 2011. Siehe: Zahnstatusberichte für Österreich unter: <http://www.goeg.at/de/Bereich/Zahnstaturerhebungen.html> (letzter Zugriff: 25. 9. 2014).

41 Länder-Zahnstaturerhebung 2012 Zwölfjährige in Österreich, durchgeführt vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammen mit der GÖG/ÖBIG in Kooperation mit den Bundesländern und dem Fonds Gesundes Österreich zwischen Oktober 2012 und März 2013, http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/laenderzahnstatus_2012_zwoelfjaehrige.pdf. Wien und Vorarlberg beteiligten sich nicht an der „Länder-Zahnstaturerhebung 2012 Zwölfjährige in Österreich“.

Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit von Jugendlichen sinkt zwischen 11 und 15 Jahren, während sie ab einem Alter von 17 Jahren nur bei Burschen wieder ansteigt, bei Mädchen bleibt sie in Wien auf niedrigerem Niveau als bundesweit beobachtbar (17-jährige Burschen: 7,7%; Mädchen: 6,89%).⁴⁴ Selbiges gilt für die körperliche und psychische Beschwerdelast.

Kinder und Jugendliche sind eine Zielgruppe, die aggressiver Werbung für nicht gesundheitsförderliche Lebensmittel besonders ausgesetzt ist. Auch die Ausbildung eines gesunden selbstbewussten Körperbildes wird durch Werbung und Medien erschwert. Der Steigerung der Media-Literacy in Bezug auf Gesundheitskompetenz kommt daher bei Kindern und Jugendlichen eine zunehmende Bedeutung zu.

21,1% der 15-jährigen Mädchen bzw. 17,6% der 15-jährigen Burschen rauchen täglich. 31,9% der 15-jährigen Burschen bzw. 26,9% der gleichaltrigen Mädchen konsumieren regelmäßig Alkohol.⁴⁵

Ausgehend von den oben beschriebenen Handlungsfeldern wurden folgende Wirkungsziele formuliert:

6.1.3 Wirkungsziele

Die Basis für einen guten Start legen: Chancengerechtigkeit bei Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft fördern

- Psychische und physische Gesundheit von Schwangeren verbessern
- Die Chance auf Spontangeburt erhöhen
- Elternkompetenz stärken

Gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere aus sozial benachteiligten Gruppen, in ihren Lebenswelten und Familien fördern

- Ernährung bei Kindern und Jugendlichen verbessern
- Zahngesundheit verbessern
- Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen, steigern
- Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen stärken (Depression und Angststörungen, Essstörungen, psychische und physische Gewalt, reproduktive Gesundheit, ADHS)
- Anteil der Jugendlichen ohne substanzgebundene und nicht substanzgebundene Süchte erhöhen
- Lebens- und Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen erhöhen und insbesondere bei vulnerablen Gruppen und bei besonderen Bedürfnissen verbessern

42 KIGGS Welle 1: Modulstudie BELLA. Mit einer Teilstichprobe des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, der BELLA-Studie, wurden während der Basiserhebung von 2003 bis 2006 erstmals bundesweit repräsentative Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhoben, zwei weitere Erhebungswellen folgten. Im Rahmen der KIGGS Welle 1 findet inzwischen die vierte Folgeerhebung statt. www.kiggs-studie.de (letzter Zugriff: 2. 10. 2014).

43 Stadt Wien (Hrsg.) (2011): Wiener Kindergesundheitsbericht.

44 HBSC, 2010

45 HBSC-Studie, 2010

6.1.4 Maßnahmenvorschläge

In Wien leben rund 126.000 Kinder und Jugendliche. Es handelt sich um eine sehr große und heterogene Zielgruppe, in die auch Schwangere miteinbezogen werden müssen. Um Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen, muss bereits bei der Gesundheitsförderung von Schwangeren angesetzt werden. Es wurden zwei Task Forces eingerichtet, die sich sowohl der Zielgruppe der werdenden Mütter als auch den Fragestellungen von Kindern und Jugendlichen widmeten. Die erarbeiteten Wirkungsziele und Maßnahmen sind im Folgenden angeführt.

Altersgruppe A : „Die Basis für einen guten Start legen: Chancengerechtigkeit bei Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft fördern“

Wirkungsziel	Mögliche Maßnahmenvorschläge
Psychische und physische Gesundheit von Schwangeren verbessern	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inanspruchnahme der Geburtsvorbereitung forcieren (niederschwellig, mehrsprachig, Vätergruppen) ➤ Integrierte Früherkennung und Unterstützung von psychosozial belasteten Müttern/Schwangeren > „Frühe Hilfen“ ➤ Schulung zu psychosozialen Belastungen für niedergelassene Geburtshelferinnen und geburtshilfliche Teams ➤ Homepage zur psychischen Gesundheit (Depression, prä- und postpartale Depressionen und Traumen) analog „Beyond Blue“ (http://www.beyondblue.org.au/) zur Steigerung der Gesundheitskompetenz ➤ Revan – Gesund Essen von Anfang an
Elternkompetenz stärken	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vernetzung der Elternschulen mit geburtshilflichen Abteilungen ➤ Info-Filme zur Förderung der Elternkompetenz für alle Eltern von in Wien geborenen Kinder
Die Chance auf Spontangeburt erhöhen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Niederschwellige, mehrsprachige Info-Broschüre über Geburtsmodi und deren kurz- sowie langfristigen Folgen (Erhöhung der Gesundheitskompetenz von Schwangeren und werdenden Eltern)

Altersgruppe B: „Gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere aus sozial benachteiligten Gruppen, in ihren Lebenswelten und Familien fördern“

Wirkungsziel	Mögliche Maßnahmenvorschläge
<p>Ernährung bei Kindern und Jugendlichen verbessern</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausbildung der Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen zur Ernährungskompetenz und Gesundheitsförderung erweitern ➤ Fortsetzung der Maßnahmen zur gesunden Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten und Schulen (Leitlinie Schulbuffet Trinkwasserbrunnen in Schulen) ➤ Aus-/Weiterbildung von Pädagoginnen und Pädagogen in Gesundheitsförderung und diesbezüglicher Elternarbeit
<p>Zahngesundheit bei Kindern besonders aus sozial benachteiligten Familien verbessern</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zahngesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen
<p>Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen, steigern</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Steigerung der Inanspruchnahme von Sport-/Bewegungsangeboten in Kindergarten und Schule unter Einbeziehung von Sportvereinen (niederschwelliger Zugang, gendersensibel) ➤ Öffentlichen Raum bewegungsfreundlich gestalten (gendersensibel)
<p>Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen stärken (Depression und Angststörungen, Essstörungen, psychische und physische Gewalt, ADHS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Früherkennung durch Zusammenarbeit von Schulen (Schulpsychologinnen und -psychologen) und Kindergärten mit psychiatrischer, psychotherapeutischer und sozialarbeiterischer Versorgung ➤ Gewalt: Aufbau eines Kompetenzzentrums zur Gewaltprävention sowie für gezielte Präventionsprogramme ➤ Essstörungen: Förderung eines gesunden Körperbewusstseins für Kinder und Jugendliche in Kindergarten und Schule ➤ ADHS: Verbesserung der Diagnosequalität (Oberster Sanitätsrat)
<p>Anteil der Jugendlichen ohne substanzgebundene und nicht substanzgebundene Süchte erhöhen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortsetzung der Präventionsmaßnahmen der Wiener Sucht- und Drogenkoordination (Wirkungsziele 2020)
<p>Lebens- und Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen erhöhen (insbesondere bei vulnerablen Gruppen und bei besonderen Bedürfnissen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gesundheitsförderliche Ausrichtung von Kinderkrippen und Kindergärten weiter ausbauen ➤ Stärkung der Elternkompetenz durch Elternbildung und -beratung ➤ Sexualpädagogische Workshops für Jugendliche in Wiener Schulen

6.1.5 Indikatoren

- » Der Anteil der Kaiserschnittgeburten soll bis 2025 auf 25% gesenkt werden.
- » Mehr als die Hälfte aller Sechsjährigen sind 2025 kariesfrei
- » Bis 2025 sind alle Wiener Jugendliche von 11 bis 15 Jahre fünfmal pro Woche mindestens eine Stunde körperlich aktiv. (Annäherung an die Empfehlung des Fonds Gesundes Österreich in Anlehnung an den Nationalen Aktionsplan Bewegung).

6.1.6 Beispiele bestehender Maßnahmen

Altersgruppe A

- » Gut begleitet von Anfang an – Modellprojekt im Rahmen der frühen Hilfen (Wiener Gebietskrankenkasse)
- » Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie (Stadt Wien – Krankenanstaltenverbund/Otto-Wagner-Spital)
- » Familienhebammen (Stadt Wien – MA 15)
- » Netzwerk perinatale Krisen (Stadt Wien – WPF6/MA 15)
- » Psychosozialer Dienst (Stadt Wien – MA 11)
- » FEM Elternambulanz (Stadt Wien – KAV/WILH)
- » etc.

Altersgruppe B

- » Wiener Netzwerk Kindergartenverpflegung (Stadt Wien – Wiener Gesundheitsförderung GmbH)
- » Tipptopp. Gesund im Mund und rundherum (Stadt Wien – Wiener Gesundheitsförderung GmbH)
- » rundum g'sund (MEN, FEM und FEM Süd in Kooperation mit der Wiener Gebietskrankenkasse)
- » Enorm in Form (Wiener Gebietskrankenkasse)
- » Talkbox – Rat und Hilfe per E-Mail, Psychologischer Dienst (Stadt Wien – MA 11)
- » Kinderschutzgruppen (Stadt Wien – Krankenanstaltenverbund)
- » etc.

Eine inhaltliche Beschreibung dieser sowie anderer Initiativen und Maßnahmen zu diesem Gesundheitsziel siehe „Wiener Gesundheitsziele 2025 – Initiativen der Gesundheitsförderung in Wien 2013/14“.



6.2 Gesundheitsziel 2: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken

6.2.1 Ausgangssituation



Die Arbeitswelt ist eines der wesentlichen Settings, in denen erwachsene Menschen ihre Zeit verbringen. Der Arbeitsplatz beeinflusst die Gesundheit auf verschiedene Weise. Einerseits ist eine erfüllende Arbeitssituation identitätsstiftend, zeitstrukturierend und eine wichtige Ressource für psychische Gesundheit. Andererseits können schlechte Arbeitsverhältnisse, nicht angemessene Entlohnung, mangelnde Aufstiegschancen inklusive schlechtes Arbeitsklima die Gesundheit, insbesondere die psychische Gesundheit, schädigen:

In Österreich klagen 24 % der unselbstständig Beschäftigten über arbeitsbedingte Rückenschmerzen, 20 % über arbeitsbedingte muskuläre Beschwerden, 22 % leiden unter arbeitsbedingtem Stress. Besonders häufig werden Zeitdruck und Überbeanspruchung als psychische Arbeitsbelastung angegeben: Ein Drittel der unselbstständig beschäftigten Männer und ein Viertel der unselbstständig beschäftigten Frauen ist dieser Belastung in einem Maß ausgesetzt, dass das psychische Wohlbefinden aus subjektiver Sicht beeinträchtigt ist.⁴⁶

Die Notwendigkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) – also Maßnahmen von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern und politischen/strukturellen Rahmenbedingungen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern am Arbeitsplatz – ist in verschiedenen Positionspapieren, wie z. B. der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (1997), der Lissabonner Erklärung zur Gesundheit am Arbeitsplatz in kleinen und mittleren Unternehmen (2001) etc. festgehalten. Auf europäischer Ebene wurde das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP), auf österreichischer Ebene das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) etabliert, inklusive Regionalstellen in den Bundesländern.

Bei der Umsetzung von ganzheitlicher Betrieblicher Gesundheitsförderung in Unternehmen sollten folgende Ansätze verknüpft und verfolgt werden:

- » Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- » Förderung einer aktiven MitarbeiterInnenbeteiligung
- » Stärkung persönlicher Kompetenzen



⁴⁶ Biffel, G. et al. (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. http://www.arbeiterkammer.at/service/studien/arbeitnehmerschutz/Psychische_Belastungen_der_Arbeit_und_ihre_Folgen.html (letzter Zugriff: 2. 10. 2014)

Betriebliche Gesundheitsförderung als moderne Unternehmensstrategie „zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern“.⁴⁷

6.2.2 Handlungsfelder

Klein- und Mittelbetriebe

Betriebliche Gesundheitsförderung bringt einen gesundheitlichen und ökonomischen Vorteil für MitarbeiterInnen und Unternehmen. Diese Potenziale werden allerdings erst ansatzweise genutzt. Dies gilt insbesondere für Klein- und Mittelbetriebe.⁴⁸ Die Wiener Wirtschaft ist kleinbetrieblich organisiert: Rund 96 % der Betriebe fallen in die Kategorie der Kleinst- und Kleinunternehmen mit weniger als 50 MitarbeiterInnen.⁴⁹ Derzeit findet betriebliche Gesundheitsförderung primär in Mittel- und Großbetrieben (50 bis 249 bzw. ab 250 MitarbeiterInnen) statt.

Um Betriebliche Gesundheitsförderung in Wien zu forcieren, ist eine Kooperation und eine tragfähige Vernetzung aller relevanten institutionellen Akteurinnen und Akteure erforderlich. Auf dieser Basis kann ein gemeinsames Verständnis von Betrieblicher Gesundheitsförderung entwickelt, eine transparente Förder- und Unterstützungslandschaft geschaffen und eine qualitätsvolle Weiterentwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Wien erreicht werden.

Die BGF-Charta (Stufe 1) und das BGF-Gütesiegel (Stufe 2) sind Angebote des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung. Darüber hinaus werden mit dem BGF-Preis herausragende Projekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung ausgezeichnet. In Wien ist die Regionalstelle des Netzwerkes, welche diese Aufgaben koordiniert und durchführt, bei der Wiener Gebietskrankenkasse verankert, laut deren Angaben (Stand: 5. Februar 2015) haben bisher 106 Betriebe in Wien die BGF-Charta unterzeichnet, 65 Betriebe in Wien erhielten das Gütesiegel.

Psychische Gesundheit im beruflichen Kontext

Im Jahr 2007 berichteten 38,1 % der weiblichen und 51,0 % der männlichen Erwerbstätigen in Wien über zumindest einen psychischen Belastungsfaktor am Arbeitsplatz. Am häufigsten leiden Erwerbstätige unter Zeitdruck oder Überbeanspruchung (Frauen: 25,8 %, Männer: 33,9 %). Belästigung oder Mobbing war für 4,3 % der Frauen und 4,4 % der Männer ein Problem.⁵⁰ Die Folgen sind Depressionen, Angstzustände, Auswirkungen von Stress sowie ein gehäuftes Auftreten unspezifischer Beschwerden, wie z. B. Kopfschmerzen, Übermüdung, Herz-Kreislauf- und

47 Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 1997: Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung. URL: <http://www.luxemburger-deklaration.de/> (letzter Zugriff: 15. 4. 2015).

48 Sockoll, I.; Kramer, I.; Bödecker, W. (2009): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. BKK BV, DGUV, AOK-BV, vdek.

49 https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/KMU/Klein-_und_Mittelbetriebe_in_Oesterreich.html (letzter Zugriff: 2. 10. 2014)

50 Biffel, G. et al. (2011). Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. http://www.arbeiterkammer.at/service/studien/arbeitnehmerschutz/Psychische_Belastungen_der_Arbeit_und_ihre_Folgen.html (letzter Zugriff: 2. 10. 2014).

Infektionskrankheiten. Mit steigendem Alter nimmt das Risiko, an einer psychischen Belastung am Arbeitsplatz zu leiden, zu, und zwar unabhängig von Qualifikation und beruflicher Stellung. Laut Angaben der Wiener Gebietskrankenkasse stellen psychische Erkrankungen bei Frauen mit 44% einen der häufigsten Gründe zur Frühpensionierung dar, bei Männern sind es 28%. Daher sind Modellprojekte, welche die psychosoziale Gesundheit systematisch berücksichtigen und sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Strategien verfolgen, besonders gefragt.

Biffel fasst folgende drei Punkte der Studie „Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen“ zusammen:⁵¹

- » Beschäftigte ohne arbeitsbedingte Belastungen weisen nur 0,8 Tage krankheitsbedingter Arbeitsausfälle auf; 3,3 Ausfallstage bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen, knapp 6 Ausfallstage beim Zusammentreffen psychischer und physischer Belastungen.
- » 32 % aller Neuzugänge in die Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen erfolgt aus psychischen Gründen.
- » Krankenstände aufgrund arbeitsbedingter psychischer Belastungen dauern länger und die gesamtwirtschaftlichen Kosten belaufen sich auf rund 3,3 Milliarden Euro jährlich.

Ältere ArbeitnehmerInnen

Angesichts der demografischen und ökonomischen Entwicklung (steigender Anteil älterer, sinkender Anteil jüngerer Erwerbstätiger) muss eine weitere Steigerung der Beschäftigungsquote in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen die Zielsetzung sein. Die Beschäftigungsquote älterer Menschen ist in Wien in den letzten Jahren gestiegen, 2013 lag die Rate der Standardbeschäftigten bei 7,7 % in der Gruppe der 55- bis 60-Jährigen (Frauen: 8 %; Männer: 7,5 %).⁵² Ziel sollte auch die Steigerung des Pensionsantrittsalters sein, welches 2013 in Wien bei 59,6 Jahren bei Männern und 57,5 Jahren bei Frauen lag.⁵³

„Gute altersadäquate Arbeitsbedingungen verringern arbeitsbedingte Krankenstände und Frühpensionen und ermöglichen den längeren und produktiven Verbleib im Arbeitsleben. Die Verhinderung von arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen erfordert langfristige Präventionsstrategien. Ältere ArbeitnehmerInnen mit Erfahrung sind ein unverzichtbares Potenzial an Humanressourcen sowie Sozialkapital und tragen wesentlich zu Wirtschaftswachstum und Produktivitätsentwicklung bei. Daher ist eine altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung in den Unternehmen wichtig. Da der Prozess des Alterns bereits in der Jugend einsetzt, soll auch alternsgerechtes Arbeiten schon bei jungen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern beginnen.“⁵⁴

51 Biffel, G. et al. (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. http://www.arbeiterkammer.at/service/studien/arbeitnehmerschutz/Psychische_Belastungen_der_Arbeit_und_ihre_Folgen.html (letzter Zugriff: 02. 10. 2014).

52 Quelle: HV, Statistik Austria, MA 23

53 Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse

54 <http://www.aktivaltern2012.at> (letzter Zugriff: 14. 6. 2014).



In diesem Zusammenhang ist die NESTOR^{GOLD}-Initiative zu erwähnen. Ziel dieser Initiative ist es, in österreichischen Unternehmen und Organisationen das Bewusstsein für den besonderen Wert älterer MitarbeiterInnen zu stärken sowie die Umsetzung konkreter Maßnahmen für diese MitarbeiterInnen zu fördern. Denn: Arbeits- und Leistungsfähigkeit sind nicht eine Frage des Alters, sondern

- ... der individuellen Förderung und Führung von Frauen und Männern,
- ... der lebensphasenorientierten Gestaltung von Arbeitsprozessen,
- ... des Engagements für nachhaltige Strategien in allen Organisationsbereichen und
- ... der Wertschätzung der vielfältigen Potenziale von Frauen und Männern.⁵⁵

Work-Life-Balance

Bei der Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Verpflichtungen liegt die Hauptlast nach wie vor primär bei den Frauen. Es gibt nun Bestrebungen, die Vereinbarkeit von Elternschaft und beruflichen Anforderungen in verschiedenen Lebensphasen zu forcieren. Ein zentraler Zugang sind flexible Arbeitszeit- und Arbeitsorganisationsmodelle. Sie nehmen auf die unterschiedlichen – auch von Lebensphasen abhängigen – Erfordernisse von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Rücksicht.

Auf Basis dieser Handlungsfelder wurden folgende vier Wirkungsziele definiert:

6.2.3 Wirkungsziele

1. Gesundheit in Wiener Betrieben fördern, insbesondere in Kleinst- und Kleinbetrieben inklusive Ein-Personen-Unternehmen (EPU)
2. Alter(n)sgerechtes Arbeiten in Wiener Betrieben fördern (lebensphasengerecht: Schwerpunkte 50+, junge ArbeitnehmerInnen und Lehrlinge)
3. Psychosoziale Gesundheit von erwerbstätigen Personen stärken
4. Gesundheit von Bezieherinnen und Beziehern der Mindestsicherung und beschäftigungslosen Menschen stärken unter Berücksichtigung jugendlicher Arbeitsloser

⁵⁵ vgl. dazu <http://www.nestorgold.at/cms/neslor/liste.html?channel=CH2020> (letzter Zugriff: 2. 10. 2014).

6.2.4 Maßnahmenvorschläge

Wirkungsziel	Mögliche Maßnahmenvorschläge
<p>Gesundheit in Wiener Betrieben fördern</p> <ul style="list-style-type: none"> - insbesondere in Kleinbetrieben - inklusive Ein-Personen-Unternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entwicklung von überbetrieblichen setting-spezifischen Strukturen und Anreizsystemen zur <ul style="list-style-type: none"> - Förderung von Gesundheitsförderung in Betrieben - Förderung des Wissenstransfers von erfolgreichen Beispielen zwischen den Betrieben ➤ Gezielte Unterstützung zur Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung anbieten ➤ Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung von BGF-Aktivitäten verankern (BGF-Gütesiegel) <ul style="list-style-type: none"> - Information zu erfolgreichen BGF/BGM (Betriebliches Gesundheitsmanagement) Projekten der Gemeinde Wien für Betriebe zugänglich machen
<p>Alter(n)sgerechtes Arbeiten in Wiener Betrieben fördern (lebensphasengerecht)</p> <p>Schwerpunkte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50+ - junge ArbeitnehmerInnen und Lehrlinge 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maßnahmen zur Förderung von alter(n)sgerechtem Arbeiten in Betrieben in Wien umsetzen <ul style="list-style-type: none"> - Informationssteigerung zu unterschiedlichen Varianten der Altersteilzeit, um mehr ArbeitnehmerInnen länger, gesund und produktiv im Betrieb zu halten ➤ Aufklärung/Beratungsprogramme für Betriebe zu alter(n)sgerechten Arbeitsbedingungen in Kooperation mit Interessenvertretungen und Sozialversicherungen ➤ Innerbetriebliche (Fort-)Bildungsberatung für jüngere und ältere ArbeitnehmerInnen anbieten ➤ Akzeptanz der Männerkarenz fördern ➤ BGF-Maßnahmen in Betrieben für Lehrlinge/im Speziellen in überbetrieblichen Lehrlingswerkstätten forcieren

Wirkungsziel	Mögliche Maßnahmenvorschläge
Psychosoziale Gesundheit von erwerbstätigen Personen stärken	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aspekte der psychischen Gesundheit in die betriebliche Gesundheitsförderung integrieren (Berücksichtigung von Kleinbetrieben) ➤ Förderung der Gesundheitskompetenz zur psychischen Gesundheit für ArbeitnehmerInnen <ul style="list-style-type: none"> - Vernetzung von Arbeitsplatzevaluierung und BGF im Hinblick auf psychische Belastungen im Sinne der ASchG-Novelle 2013 stärken - Gezieltes betriebliches Eingliederungsmanagement als Teil von Betrieblichem Gesundheitsmanagement etablieren ➤ Förderung eines wertschätzenden, gesundheitsfördernden Führungsstils (psychosoziale Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe)
Gesundheit von Bezieherinnen und Beziehern der Mindestsicherung und beschäftigungslosen Menschen stärken (Berücksichtigung jugendlicher Arbeitsloser)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Step2Job weiterführen (Zielgruppe: VollmindestsicherungsbezieherInnen und arbeitsmarktferne Personen, Casemanagement für Gesundheit) ➤ „Tu was Pass“ (Wiener Gesundheitsförderung) ausbauen und Inanspruchnahme steigern ➤ Frauenassistenz erweitern (FEM Süd) (Unterstützung arbeitsloser Frauen mit Behinderungen) ➤ Fit2work weiterführen

6.2.5 Indikatoren

- Bis 2025 sind ein Viertel der Wiener Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in einem Unternehmen tätig, das qualitätsgesicherte Betriebliche Gesundheitsförderung durchführt.
- Die Lebensqualität erwerbstätiger Frauen und Männer steigt um 5 Punkte (von insgesamt 100 möglichen) in Wien bis 2025.



6.2.6 Beispiele bestehender Maßnahmen

- » Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung: Preis, Gütesiegel, Charta (Wiener Gebietskrankenkasse)
- » Mobiles Gesundheitsservice (Stadt Wien – MA 15)
- » „Fit zu mehr Erfolg“ (Sozialversicherungsanstalt für gewerbliche Wirtschaft)
- » Vielfältig & gesund: Frauen im Wiener Krankenanstaltenverbund (FEM Süd, Stadt Wien, Krankenanstaltenverbund, Wiener Gesundheitsförderung und Fonds Gesundes Österreich)
- » Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung (Stadt Wien – MA 3)
- » Beratungsstellen „fit2work“ (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Arbeitsmarktservice, Sozialministeriumservice, Pensionsversicherungsanstalt, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Wiener Gebietskrankenkasse u. a.)

Eine inhaltliche Beschreibung dieser sowie anderer Initiativen und Maßnahmen zu diesem Gesundheitsziel siehe „Wiener Gesundheitsziele 2025 – Initiativen der Gesundheitsförderung in Wien 2013/14“.



6.3 Gesundheitsziel 3: Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten

6.3.1 Ausgangssituation



Im Zuge der demografischen Entwicklung nimmt der Anteil an alten Menschen in der Bevölkerung zu. Es ist daher von volkswirtschaftlicher Relevanz, Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein langes, selbstbestimmtes Leben in guter Gesundheit ermöglichen.

Wienweit liegt 2013 der Anteil der über 64-Jährigen bei 17% (Männer: 15,3%, Frauen: 20,5%). Es wird angenommen, dass die Lebenserwartung der WienerInnen weiter steigen wird. Bis 2030 wird der Anteil der über 64-Jährigen auf 24% prognostiziert. In Wien betrug die Lebenserwartung 2013 bei der Geburt für Männer 77,3 Jahre und für Frauen 82,4 Jahre.

Im Jahr 2010 wurde die Zahl der gesunden Lebensjahre bei der Geburt in der EU-27 auf 61,7 Jahre für Männer und 62,6 Jahre für Frauen geschätzt; diese Werte entsprachen rund 80% der gesamten Lebenserwartung bei der Geburt für Männer und 75% für Frauen.⁵⁶

Insbesondere im höheren Alter spielt der Genderaspekt eine wichtige Rolle. Bei der Bevölkerung über 60 Jahre überwiegt der Anteil der Frauen mit 56,5%. Bei Personen über 75 Jahren liegt der Anteil bei 63,3%. 32 Frauen sind mit zunehmendem Alter häufiger alleinstehend und im höheren Alter die am stärksten von Armut gefährdete Gruppe.

2013 ist der Anteil an Menschen über 60 Jahre mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) vergleichsweise gering bei 17,5%. Bei insgesamt älter werdender Bevölkerungsstruktur ist jedoch davon auszugehen, dass dieser bis 2025 auf 20,5% steigen wird.⁵⁷

6.3.2 Handlungsfelder

Wohnformen

Die Zahl der älteren Menschen in Wien wird in den kommenden Jahren steigen. Damit werden mehr pflege- und betreuungsbedürftige Seniorinnen und Senioren in Wien leben. Da die Betreuung innerhalb der Familien zurückgeht, ist ein Ausbau von bedarfsgerechten Wohnformen mit angepassten Betreuungsleistungen notwendig. Bereits bei der Umsetzung des Geriatriekonzepts aus dem Jahr 2004 wurde diesem Bedarf Rechnung getragen und eine große Zahl an neuen Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen errichtet (z. B. Generationenwohnen, die neuen Angebote im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser oder die Schaffung von SeniorInnen-Wohngemeinschaften).⁵⁸ Das neue **Strategiepapier Pflege und Betreuung in Wien 2030** setzt verstärkt auf den möglichst langen Verbleib in den eigenen vier Wänden. Dies erfordert

56 Eurostat, Statistik über Gesunde Lebensjahre. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics/de (letzter Zugriff: 2. 10. 2014).

57 MA 23 (2014): Wien wächst... Bevölkerungsentwicklung in Wien und den 23 Gemeinden und 250 Zählbezirken. STATISTIK JOURNAL WIEN.

58 Wiener Geriatriekonzept: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/pflege-betreuung/geriatriekonzept.html> (letzter Zugriff: 3. 10. 2014).

nicht nur entsprechende präventive Beratung und Information (z. B. bei der Vorbereitung auf das Alter, Wohnungsadaptierung), sondern auch flexiblere mobile Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Nachtbetreuung), eine stärkere rehabilitative Ausrichtung der Pflege- und Betreuungsleistungen (z. B. mobile Rehabilitation) sowie eine größere Durchlässigkeit des bestehenden Angebots (z. B. temporäre kurzfristige stationäre Unterbringung zur Stabilisierung). Eine wesentliche Säule des neuen Strategiepapiers stellt auch die Angehörigenarbeit dar (z. B. Entlastungsangebote).

Durch die intendierte Reduzierung der Dauer bzw. des Grads der Pflegebedürftigkeit und die Anpassung der bestehenden stationären Angebote wird möglicherweise der Bedarf nach weiteren Angeboten nicht gegeben sein.

Teilhabe an der Lebenswelt

Mit steigender Lebenserwartung und steigender Anzahl von gesunden Lebensjahren der WienerInnen steigt das Potenzial, auch im höheren Lebensalter wichtige Beiträge zur Gesellschaft zu leisten. Ältere Menschen sind oft von Ausgrenzung, mangelnder Wertschätzung und einem geringen Stellenwert in der Gesellschaft betroffen. Damit wird die Teilhabe an der Gesellschaft erschwert. Dieses Ziel trägt daher zu einer besseren Lebensqualität für ältere Menschen und einem stärkeren sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft bei. Eine Möglichkeit besteht darin, die ehrenamtliche Tätigkeit von älteren Personen zu fördern. In Österreich leisten im Alter von 65 bis 79 Jahren 20 % formelle und 23 % informelle Freiwilligenarbeit.⁵⁹

Geriatrische Akutversorgung und Remobilisation

Neben der medizinischen Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten sind auch die funktionellen Fähigkeiten, die zur Bewältigung des täglichen Lebens nötig sind, zu erhalten bzw. zu reaktivieren, um eine bleibende Pflegebedürftigkeit so gut wie möglich zu vermeiden.

50 bis 60 % der Hochaltrigen haben zumindest einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus pro Jahr. Ältere und hochaltrige Menschen benötigen einen längeren Zeitraum für eine erfolgreiche, nachhaltige Rehabilitation und Remobilisation.

Auf Basis dieser Handlungsfelder wurden folgende vier Wirkungsziele definiert:

6.3.3 Wirkungsziele

1. Differenzierte, bedarfsgerechte Wohnformen im Hinblick auf selbstbestimmtes, leistbares Wohnen fördern.
2. Eine sinnhafte soziale, politische, ökonomische, kulturelle Teilhabe an der Lebenswelt für alte Menschen ermöglichen.
3. Physische und psychische Gesundheit bis ins hohe Alter fördern.
4. Chancengleichheit im Zugang zu sektorenübergreifender geriatrischer Rehabilitation und Remobilisation schaffen, um bleibende Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern.

⁵⁹ Freiwilliges Engagement in Österreich. 1. Freiwilligenbericht S. 125. <https://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/3/3/4/0/CH0016/CMS1245323761951/freiwilligenbericht.pdf> (letzter Zugriff: 3. 10. 2014).

6.3.4 Maßnahmenvorschläge

Wirkungsziel	Mögliche Maßnahmenvorschläge
Differenzierte, bedarfsgerechte Wohnformen im Hinblick auf selbstbestimmtes, leistbares Wohnen fördern	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Selbstbestimmtes und leistbares Wohnen ermöglichen (Strategiepapier Pflege und Betreuung in Wien 2030) ➤ (Proaktive) Beratungsstelle für Wohnen und Leben im Alter ➤ Wechsel von einer größeren zu einer kleineren Gemeindeförderung vereinfachen
Eine sinnhafte soziale, politische, ökonomische, kulturelle Teilhabe an der Lebenswelt für alte Menschen ermöglichen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen und Männer ab 50 Jahre ➤ Einbindung „migrantischer Communities“ bei Gesundheitsförderungsprojekten ➤ Freiwilligenarbeit von älteren Frauen und Männern fördern ➤ Anreize zur geistigen und körperlichen Bewegung im Alltag schaffen
Psychische und physische Gesundheit bis ins hohe Alter fördern	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gesundheitsförderung für Frauen und Männer ab 60, bereits erkrankte Seniorinnen und Senioren und hochbetagte Frauen und Männer ➤ Spezifisch die Gesundheitskompetenz für ältere Frauen und Männer fördern ➤ Unterstützung/Schulung für pflegende Angehörige von demenzkranken Menschen <p>(Wiener Zielsteuerungsvertrag)</p>
Chancengleichheit im Zugang zu sektorenübergreifender geriatrischer Rehabilitation und Remobilisation schaffen, um bleibende Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Remobilisationspotenzial innerhalb einer Woche nach Aufnahme erheben sowie schnelle Remobilisierung bzw. rasches geriatrisches Assessment ➤ Mobile extramurale, therapeutische Dienste zur Förderung der Remobilisation ➤ Bessere Versorgung von Demenzkranken <p>(Wiener Zielsteuerungsvertrag)</p>

6.3.5 Indikatoren

- » Frauen und Männer in Wien sollen 2025 um 1,5 Jahre länger in guter Gesundheit leben.
- » Die körperliche, psychische und soziale Lebensqualität der älteren Wiener Bevölkerung steigt um 5 Punkte (von insgesamt 100 möglichen).

6.3.6 Beispiele bestehender Maßnahmen

- » Gesunder Klub (Kuratorium Wiener Pensionistinnen- und Pensionistenheime, Wiener Gesundheitsförderung)
- » Bewegtes Altern in Wien (Wiener Gesundheitsförderung)
- » „Demenzfreundliche Apotheke“ (Institut für Palliative Care und Organisationsethik, Wiener Gesundheitsförderung, Fonds Gesundes Österreich, Österreichische Apothekerkammer)
- » Seniorinnen- und Seniorenbüro der Stadt Wien
- » Senior-Guides in der Leopoldstadt (Wiener Gesundheitsförderung, Fonds Gesundes Österreich, Bundesministerium für Arbeit und Soziales)
- » Projekt LesepatInnen (Fonds Soziales Wien, Stadt Wien)
- » Seniorenrunden (Wiener Rotes Kreuz)

Eine inhaltliche Beschreibung dieser sowie anderer Initiativen und Maßnahmen zu diesem Gesundheitsziel siehe „Wiener Gesundheitsziele 2025 – Initiativen der Gesundheitsförderung in Wien 2013/14“.

6.4 Gesundheitsziel 4: Integrierte Versorgung etablieren

Dr. Otto Rafetseder, MPH

Wiener Gesundheitsfonds (WGF) – Koordinator Zielsteuerung Gesundheit

6.4.1 Ausgangssituation



Angesichts der heute im Gesundheitswesen zu bewältigenden Herausforderungen – veränderte Altersstruktur, die Zunahme chronischer Erkrankungen sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung, immer knapper werdende finanzielle Ressourcen – müssen Abschottung und Abgrenzung zwischen den einzelnen Sektoren überwunden werden.

6.4.2 Handlungsfelder

Integrierte Versorgung

Durch eine integrierte Versorgung ergibt sich eine Vielzahl an Vorteilen für Patientinnen und Patienten, für die LeistungserbringerInnen und die KostenträgerInnen⁶⁰: Versorgungspfade stellen einen wesentlichen Bestandteil bzw. die Basis der integrierten Versorgung dar und sollen somit der Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten dienen. Zu diesem Zweck sollen Versorgungspfade im Bereich der chronischen Erkrankungen erprobt werden. Versorgungspfade sind interdisziplinär entwickelte Versorgungspläne, welche die optimale Abfolge der wichtigsten Interventionen bei der Versorgung einer Patientin bzw. eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder einer Behandlung festlegen. Diese Versorgungspfade sollen der Metaleitlinie der GÖG/Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien⁶¹ (BQLL) entsprechen.

Entlassungsmanagement

Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung stehen Patientinnen und Patienten sowie Angehörige oftmals vor vielen organisatorischen Problemen. Diese betreffen vor allem die weitere Behandlung und Betreuung der entlassenen Person. Aufgrund oftmals vorhandener Überforderung und einem Informationsdefizit über die vorhandenen Angebote bzw. nicht organisierter Betreuung im niedergelassenen Bereich kann es zur Wiederaufnahme nach kurzer Zeit kommen. Das Aufnahme- und Entlassungsmanagement richtet sich vor allem an Patientinnen und Patienten,

⁶⁰ Eger, K. (2011): Laut gedacht. Integrierte Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen – Status quo und Ausblick. NÖ PPA.

⁶¹ Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen (BQLL PRÄOP) (2011). Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich BIQG. http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaets sicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie_zur_integrierten_Versorgung_von_erwachsenen_Patientinnen_und_Patienten_fuer_die_praeoperative_Diagnostik_bei_elektiven_Eingriffen_BQLL_PRAeOP (letzter Zugriff: 23. 3. 2014).

welche einen weiteren Betreuungsbedarf nach der Entlassung aus der stationären Behandlung haben. Im Jahr 2012 wurde dazu auch eine Bundesqualitätsleitlinie durch die Bundesgesundheitskommission beschlossen und zur Umsetzung empfohlen.

6.4.3 Maßnahmen im Rahmen der Wiener Landeszielsteuerung Gesundheit⁶²

- » Wien-spezifische Ausgestaltung des Primärversorgungskonzepts
- » Forcierung der tagesklinischen Erbringung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen (z. B. in Tagesklinikzentren)
- » Umsetzung der Präoperativen Befundung (PROP) in allen Fondskrankenanstalten bis 2016
- » Wien-spezifische Ausgestaltung der bundeseitigen Empfehlungen im Zusammenwirken des akutstationären Bereiches mit dem ambulanten Bereich und der Hauskrankenpflege nach Vorliegen der Empfehlungen samt anschließender Umsetzung

Das Monitoring sowie die Evaluierung der Maßnahmen erfolgt im Rahmen der Landeszielsteuerung.

62 <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/pdf/landes-zielsteuerungsvertrag.pdf>





6.5 Gesundheitsziel 5: Gesundheitskompetenz der Wiener Bevölkerung stärken

6.5.1 Ausgangssituation



„Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen“ (Kickbusch, 2006).⁶³

Gesundheitskompetenz (health literacy) bezeichnet demnach die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die die Bereitschaft und Fähigkeit, Gesundheitsinformation so zu nutzen, dass dies ihrer Gesundheit und deren Erhaltung zugutekommt.⁶⁴

Dies beinhaltet Fähigkeit, Fertigkeiten, Wissen und Motivation, um im Alltag relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen zu treffen und zu handeln, mit dem Ziel, gute Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs zu erhalten und zu verbessern.⁶⁵ Gesundheitskompetenz ist eine der zentralen Lebenskompetenzen, durch die Individuen in Stand gesetzt werden, für sich selbst und andere Sorge zu tragen und ein selbstbestimmtes Leben zu führen.⁶⁶ Gesundheitskompetenz ist überall dort wichtig, wo nicht primär materielle und soziale Strukturen, sondern individuelle Verhaltensentscheidungen über Gesundheit oder Krankheit entscheiden.

6.5.2 Handlungsfelder

Individuelle Gesundheitskompetenz

Laut der ersten europaweiten Studie zur Gesundheitskompetenz weisen nur 10% der ÖsterreicherInnen eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz auf. 62% der WienerInnen verfügen lediglich über eine problematische oder unzureichende Gesundheitskompetenz.⁶⁷ Gesundheitskompetenz ist im höchsten Maße bildungsabhängig. Sozial benachteiligte Personengruppen

63 Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

64 Health promotion glossary (1998). Genf: Weltgesundheitsorganisation. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf (letzter Zugriff: 20. 6. 2014).

65 Pelikan, J.; Röthlin, F.; Ganahl, K. (2012): Gesundheitskompetenz in Österreich im internationalen Vergleich. Wien: Ludwig Boltzmann Institut.

66 Vgl. WHO Europa (1986). Ottawa Charta. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_6.pdf (letzter Zugriff: 17. 2. 2014).

67 Pelikan, J.; Röthlin, F.; Ganahl, K. (2012): Gesundheitskompetenz in Österreich im internationalen Vergleich. Wien: Ludwig Boltzmann Institut.

haben einen schlechteren Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationsquellen und zeigen gezwungenermaßen signifikant häufiger ein ungünstiges Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Auch konnte gezeigt werden, dass junge und alte Menschen in der Gesundheitskompetenz Defizite aufweisen.⁶⁸

Frauen aus kulturell patriarchalisch geprägten Kulturen, die über geringe Sprachkenntnisse verfügen, sind diesbezüglich benachteiligt. Entsprechend ist die Rate an funktionellem Analphabetismus in dieser Gruppe besonders hoch.

Eine nicht oder wenig vorhandene Gesundheitskompetenz führt zum Beispiel zur geringen Compliance bei der Einnahme von verordneten Medikamenten, weniger Wissen über Krankheit und Selbstversorgung. Für diese Menschen ist es schwieriger, sich an die richtigen Stellen im Gesundheitssystem zu wenden.

Von zentraler Bedeutung ist genauso, die Gesundheits- bzw. Krankheitskompetenz auch bei chronisch und akut erkrankten Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Je besser Patientinnen und Patienten informiert sind, desto eher sind sie befähigt, bei der Behandlung zu kooperieren und weiteren Komplikationen vorzubeugen. Eine Stärkung der Selbsthilfekompetenz, der Compliance und der Lebensqualität soll erreicht werden.

Kommunikation und Orientierung im Gesundheitssystem

Ein ausreichender, wechselseitiger Informationsaustausch zwischen Ärztin bzw. Arzt und PatientIn ist eine notwendige Voraussetzung für erfolgreiche Krankheitsprävention, -diagnose und Therapie. 22% der ÖsterreicherInnen geben an, dass es ihnen schwerfällt, Informationen ihrer Ärztin bzw. ihres Arztes zu verstehen (Pelikan, 2011). Im Sinne des Empowerments der Patientin bzw. des Patienten ist es wichtig, die Informationsvermittlung im Gesundheitssystem so zu gestalten, dass ein Verstehen gewährleistet ist. Dies entspricht auch der gesetzlichen Informationspflicht.

Eine besondere Herausforderung betrifft einerseits die Forderung nach einer mündigen Patientin bzw. eines mündigen Patienten, also des „informed consent“ und der Vermeidung einer möglichen Überforderung, wenn Entscheidungen der bzw. dem Betroffenen „zugeschoben“ werden. Dies bedarf zweierlei Herangehensweisen: einerseits die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken und andererseits das Gesundheitssystem darin zu unterstützen, entsprechend informieren und kommunizieren zu können.

Die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, ist ein wichtiger Aspekt der Gesundheitskompetenz. Dies ist im hohen Maße von der Gestaltung der Informationsstrukturen, welche der Bevölkerung angeboten werden, abhängig. Dies bedeutet, dass Systeme so konzipiert werden sollten, dass sich sowohl gesunde Menschen als auch Erkrankte im Gesundheitssystem

68 Pelikan, J.; Röthlin, F.; Ganahl, K. (2012): Gesundheitskompetenz in Österreich im internationalen Vergleich. Wien: Ludwig Boltzmann Institut.

orientieren können. Die Vorteile einer Optimierung der Orientierungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem liegen in einer rascheren Zuweisung der Patientinnen und Patienten zur richtigen Stelle, Vermeidung von Doppeldiagnosen und Mehrfachbehandlungen. Auf Patientinnen- und Patientenseite würden verbesserte Leitsysteme zu einer gestärkten subjektiven Gesundheitskompetenz und somit zu weniger Frustrationserlebnissen sowie Insuffizienz führen.

Die Umsetzung und Indikatorenentwicklung zu diesem Querschnittsziel erfolgt im Rahmen der Zielgruppenziele.



6.6 Gesundheitsziel 6: Prävention, Früherkennung und Behandlungsabläufe bei epidemiologisch relevanten Krankheiten gezielt optimieren

Dr. Otto Rafetseder, MPH
Wiener Gesundheitsfonds (WGF) – Koordinator Zielsteuerung Gesundheit

6.6.1 Ausgangssituation



Nicht übertragbare, chronische Erkrankungen werden in den nächsten Jahren weiterhin zunehmen. Laut WHO stellen in Ländern mit höheren durchschnittlichem Einkommen Depressionen, ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten, neurodegenerative Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (COPD, Lungenkrebs, Asthma), Alkoholismus, Hörverlust und

Diabetes den größten Anteil an Krankheitslast in der Gesellschaft dar.⁶⁹

39% der WienerInnen über 15 Jahren leiden laut eigener Aussage an einer oder mehreren chronischen Krankheiten, wobei Frauen insgesamt stärker betroffen sind.⁷⁰

6.6.2 Handlungsfelder

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Obwohl die Mortalitätsraten an koronarer Herzerkrankung (KHK) in den vergangenen vier Jahrzehnten in den entwickelten Industrieländern der westlichen Welt zurückgegangen sind, ist diese Erkrankung für ungefähr ein Drittel aller Todesfälle bei Menschen über 35 Jahre verantwortlich. Im Jahr 2012 waren in Wien 44% der Todesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zuzuschreiben.⁷¹

Einige kardiovaskuläre Risikofaktoren, wie z. B. Bluthochdruck (oft auch unerkannt), Fettstoffwechselstörungen, körperliche Inaktivität, Übergewicht sowie Rauchen und Alkoholkonsum, können durch Lebensstilmodifikationen beeinflusst werden. Diese positive Beeinflussung von Risikofaktoren wird gegenteilig durch eine allgemeine Zunahme des Body-Mass-Index und Zunahme der Prävalenz von Diabetes mellitus beeinflusst.

Schlaganfall

Schlaganfall ist nach Herzinfarkt und Krebserkrankungen die dritthäufigste Todesursache, die häufigste Ursache für eine schwere Behinderung im Erwachsenenalter und eine oftmalige Ursache von Depression, Demenz und Epilepsie. Die jährliche Anzahl von Neuerkrankungen

69 WHO (2008): Global Burden of Disease 2004 Update. Schweiz: WHO.

70 Stadt Wien, MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien (2010): Gesundheitsbericht Wien 2010. Wien: AV+Astoria.

71 Stadt Wien, MA 23 – Wirtschaft, Arbeit, Statistik (2013): Statistisches Jahrbuch 2013. Wien: AV+Astoria.

(Inzidenz) liegt in Europa bei 250 bis 280 pro 100.000 EinwohnerInnen, hochgerechnet für Wien bedeutet das ca. 5.000 Schlaganfälle pro Jahr. Betroffen sind meist ältere Menschen: Ab dem 55. Lebensjahr verdoppelt sich die Inzidenz mit jeder Lebensdekade. Dennoch sind auch junge Menschen betroffen, ca. 6% der Betroffenen sind zwischen 18 und 45 Jahre sowie 8,5% zwischen 46 und 55 Jahre alt. Epidemiologische Studien zeigen, dass die Inzidenzrate für Schlaganfälle bei jüngeren Menschen aufgrund vaskulärer Risikofaktoren (Adipositas, Rauchen u. a.) zunimmt.

Neurodegenerative Erkrankungen

Die geschätzte Prävalenzrate für Demenz in der Bevölkerungsgruppe der über 60-Jährigen in Westeuropa liegt bei 5,4%.⁷² Seit 1960 hat sich die Demenzrate verdoppelt. Mit zunehmendem Alter steigt die Inzidenz stark an. Aufgrund der demografischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung wird die Zahl der Demenzerkrankungen in Österreich weiter ansteigen. Schätzungen für das Jahr 2012 – basierend auf Alzheimer Europe⁷³ – geben eine Demenz-Prävalenz in Wien von rund 27.000 Betroffenen (ca. 1,6% der Bevölkerung) an. Österreichweit werden rund 138.000 Betroffene genannt; davon sind 70% Frauen und 30% Männer! Die Demenz-Entwicklung bis zum Jahr 2050 wird mit einer Verdoppelung der Betroffenen prognostiziert. Das Risiko, ab dem 65. Lebensjahr an einer Form von Demenz zu erkranken, ist für Frauen höher als für Männer. Das Lebenszeitrisko der Frauen liegt mit 32% deutlich über dem der Männer mit 18%, was auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen ist. Vor dem 65. Lebensjahr sind Männer häufiger betroffen als Frauen.

Metabolisches Syndrom

Das *metabolische Syndrom* ist Ende des 20. Jahrhunderts in den Industriestaaten zu einer Massenerkrankung geworden. Als typische Risikofaktoren werden ein *ungesunder* Lebensstil mit Bewegungsmangel, fett- und kohlenhydratreicher Ernährung, sowie Effekte der *Wohlstands- und Überflusgesellschaft*, aber auch genetische Faktoren diskutiert.

Die Förderung der (Verhältnis-)Prävention bei Ernährung und Bewegung sollte in Bezug auf das metabolische Syndrom im Vordergrund stehen. Dazu gehört auch das komplexe Gesundheitsrisiko von fructosehaltigen und kohlenhydrathaltigen Süßgetränken.

Ebenso wichtig ist ein gezieltes Ansprechen von bildungsfernen, sozioökonomisch und sprachkenntnisbedingt benachteiligten Gruppen, welche hinsichtlich des metabolischen Syndroms besonders gefährdet sind.

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

COPD (Chronic obstructive pulmonary disease) wird für 2020 als weltweit dritthäufigste Todesursache propagiert.⁷⁴

72 Wiener Gebietskrankenkasse (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. Wien: WGKK

73 Alzheimer Europe: EuroCoDe: Prevalence of dementia (2009). <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-an-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe> (letzter Zugriff: 8. 5. 2013) und Bevölkerungszahlen für Österreich per 1. 1. 2012, Statistik Austria

74 Buist, A. S., McBurnie, M. A., Vollmer, W. M., Gillespie, S., Burney, P., Mannino, D. M., Menezes, A. M., Sullivan, S. D., Lee, T. A., Weiss, K. B., Jensen, R. L., Marks, G. B., Gulsvik, A., Nizankowska-Mogilnicka, E. & BOLD Collaborative Research Group (2007): International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet*, 370 (9589), 741–750.



11% der Frauen und 10% der Männer sind in Österreich von COPD betroffen – Tendenz steigend. Nur 50% der erkrankten Personen sind diagnostiziert. Rauchen (aktiv und passiv) sowie Feinstaubbelastung gelten als die Hauptauslöser von COPD. 50% der RaucherInnen haben eine schlechte Lungenfunktion. 90% der an COPD erkrankten Personen rauchen.

6.6.3 Maßnahmen im Rahmen der Wiener Landeszielsteuerung Gesundheit⁷⁵

- » Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsam ergreifen
- » Weiterentwicklung des Entlassungsmanagements in quantitativer und qualitativer Hinsicht
- » Umsetzung des Inhaltes der BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement mit Schwerpunkt Aufnahmemanagement

Geplante Maßnahmen im Rahmen des Wiener Landeszielsteuerungsvertrags

„Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und /oder chronische Erkrankungen entwickeln, festlegen und umsetzen

- » Feasibility zu Demenz abschließen bis 1. Quartal 2014 und gegebenenfalls in der Folge auf der Basis besserer Vernetzung und Zusammenarbeit bestehender Strukturen umsetzen
- » Diabetes – „Therapie aktiv“: Erstellung eines Vorschlages zur Überführung in die Regelfinanzierung; nach Vorliegen eines gemeinsamen Konzepts Überführung in die gemeinsame Regelfinanzierung
- » Konzept für das Projekt „Alkohol 2020“ wird entwickelt und in Folge schrittweise umgesetzt
- » Projekt Herzinsuffizienz wird mit Fonds Soziales Wien umgesetzt, dabei den Einsatz telemedizinischer Applikationen prüfen
- » Konzeptive Mitarbeit an Initiativen auf Bundesebene, z. B. zur Optimierung der Versorgung multimorbider, chronisch kranker Menschen
- » Multimodales Schmerzmanagement sektorenübergreifend gegebenenfalls optimieren
- » Versorgung von Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sektorenübergreifend optimieren
- » Integrierte Versorgung suchtfährdeter und suchtkranker Menschen optimieren und am Best Point of Service orientieren.

Das Monitoring sowie die Evaluierung der Maßnahmen erfolgt im Rahmen der Landeszielsteuerung.

⁷⁵ <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/pdf/landes-zielsteuerungsvertrag.pdf>



6.7 Gesundheitsziel 7: Psychosoziale Gesundheit der Wiener Bevölkerung fördern

6.7.1 Ausgangssituation



Psychische und physische Gesundheit sind eng verwandt. Dr. Brock Chisholm (erster Generaldirektor der WHO) fasste dies in folgendem Satz zusammen: “without mental health there can be no true physical health”.⁷⁶

Psychische Erkrankungen bedeuten sowohl für die Betroffenen als auch für die soziale Umgebung Leid und Belastung. Werden sie zu spät erkannt oder nicht behandelt, verursachen sie zusätzlich hohe volkswirtschaftliche Kosten. Die Förderung der psychischen Gesundheit, einerseits präventiv, um die Entstehung einer psychischen Erkrankung zu verhindern, und andererseits durch eine frühe Behandlung eine Chronifizierung zu vermeiden, ist von höchster gesellschaftlicher Relevanz.

Im Jahr 2013 wurden in den Wiener Akutkrankenanstalten insgesamt 21.721 Entlassungen nach stationären Aufenthalten aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen verzeichnet.⁷⁷ Die Diagnose *Psychiatrische Krankheiten* ist für 6,5% (19.214 absolut) der Krankenstandstage im Jahr 2013 in Wien verantwortlich und steht somit an fünfter Stelle der Krankheitsgruppen. Dabei ist der Anteil der Frauen mit 12.773 Fällen doppelt so hoch wie jener der Männer mit 6.441 Fällen.⁷⁸

Genderaspekte

Frauen leiden signifikant häufiger an Angststörungen, Phobien und Depressionen. Männer sind im substanzgebundenen Suchtverhalten sowie bei Psychosen überrepräsentiert. Generell gilt, dass nach wie vor psychische Erkrankungen sehr tabuisiert sind und mit Ausgrenzungen und Schamgefühl einhergehen. Beides ist sicher auch Folge von zu geringem Wissen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung.

⁷⁶ Kolappe, K.; Henderson, D. C.; Kishore, S. P. (2013): No physical Health without mental health: lessons learned? Bulletin of the WHO, 91:3–3A.

⁷⁷ Statistik Austria (2014): Spitalsentlassungen nach ausgewählten Diagnosen. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehnten_diagnosen/index.html (letzter Zugriff: 19. 3. 2015).

⁷⁸ Zahlen laut Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

6.7.2 Handlungsfelder

Gewalterfahrungen

Gewalterfahrungen stellen einen besonders gravierenden Stressor dar. Jede fünfte Frau hat Erfahrungen erlebter körperlicher und/oder sexueller Gewalt gemacht.⁷⁹ Laut dem österreichischen Institut für Familienforschung ist hingegen nur jeder zwanzigste Mann von körperlicher oder sexueller Gewalt betroffen.⁸⁰

Die WHO fasst in einer Metastudie die gesundheitlichen Auswirkungen von Partnergewalt bzw. sexueller Gewalt zusammen. Diese reichen von Abortus über sexuell übertragbare Krankheiten, posttraumatisches Stresssyndrom, Alkoholsucht, Depression, Tod durch Mord oder Selbstmord bis hin zu geringem Geburtsgewicht und neonatalen Gesundheitsproblemen bei den Kindern der betroffenen Frauen.⁸¹ Der FRA-Studie zufolge geben etwa 35% der Frauen in der EU an, nach erlebter sexueller Gewalt durch den Partner unter einer Depression gelitten zu haben.

Wissen und Prävention

Psychische Erkrankungen sind deutlich häufiger als allgemein angenommen.⁸² Studien belegen zudem ein Missverhältnis zum allgemeinen Wissensstand über die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen. Auch werden die Häufigkeit und die nachhaltigen Folgen von zu später bzw. unzureichender Behandlung unterschätzt. Ebenso verhält es sich mit dem Wissen über psychische Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und bei Schwangeren bzw. jungen Müttern. Auch sind soziokulturelle und genderspezifische Unterschiede der psychischen Erkrankungen im professionellen medizinischen und sozialen Betreuungssystem noch zu wenig bekannt.

Je später psychische Erkrankungen diagnostiziert werden, je mehr diese chronifizieren, desto ungünstiger ist die Prognose und desto länger dauert deren Behandlung. Werden psychische Erkrankungen später oder gar nicht diagnostiziert, verursacht dies erhöhte Kosten aufgrund von Krankenständen und Frühpensionierungen. So entfielen 2013 34% der Neuzuerkennungen der Invaliditäts-, Erwerbsunfähigkeitspensionen auf die Krankheitsgruppe „Psychiatrische Erkrankungen“. Für Frauen liegt der Prozentsatz bei 43%, für Männer bei 27%.⁸³

Die Umsetzung und Indikatorenentwicklung zu diesem Querschnittsziel erfolgt im Rahmen der Zielgruppenziele.

- 79 FRA (2014): Violence against women. An EU-wide survey, 2014. Face-to-face-Interviews durch weibliche Interviewerinnen, pro Haushalt wurde nur eine Frau interviewt. Studienergebnisse abrufbar unter: <http://fra.europa.eu/DVS/DVT/vaw.php> (letzter Zugriff: 18. 3. 2014).
- 80 Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien (Hrsg.) (2011): Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männer. Wien: WOGRANDL Druck GmbH.
- 81 WHO (2013): Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, Genf.
- 82 Jacobi, F.; Wittchen, H.-U. (2011): Die Größenordnung psychischer Störungen in Europa. Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- 83 Angaben laut Hauptverband (2013).

6.8 Gesundheitsziel 8: Lebensraum Stadt weiter attraktivieren, Umweltbelastungen gering halten und Bewegung fördern

6.8.1 Ausgangssituation



Bewegung im Alltag fördert die Gesundheit der Bevölkerung. Dazu zählt zu Fuß gehen, mit dem Fahrrad fahren sowie Sport und Bewegung. Eine stärkere Verschränkung der Bereiche Stadtplanung und Gesundheitsplanung ist aufgrund der aktuellen Entwicklungen notwendig. Autozentrierte Stadtstrukturen sind aus Sicht der Gesundheitsförderung kontraproduktiv. Im Sinne der Gesundheitsförderung ist es zweckmäßig, auf allen Ebenen zur Bewegungsförderung durch kompakte Stadtstrukturen sowie umweltfreundliche Mobilitätsformen bei Alltags- und Freizeitwegen beizutragen.

Der Modal Split, also der Anteil der Wege, welche mit den jeweiligen Verkehrsmitteln gemacht werden, zeigte 1993, dass 40% der Wege mit dem Auto zurückgelegt wurden. 2014 lag der Wert bei 27% (Quelle: omnitrend, Mobilitätsverhalten, Marktforschung für die Wiener Linien und MA 18, 2014).

Wenn zukünftig die WienerInnen die gleichen Verkehrsmittel nutzen wie heute, dann wird es unter Berücksichtigung der wachsenden Bevölkerung (2029: 2 Millionen) im Jahr 2025 12% mehr Autoverkehr geben. Wird jedoch der Anteil der Autos auf 20% reduziert, dann bleibt der Autoverkehr auf dem heutigen Ausmaß. Diese Berechnungen verdeutlichen, dass allein aufgrund des Bevölkerungswachstums der Stadt und aus Platzgründen Aktivitäten gesetzt werden müssen.

6.8.2 Handlungsfelder

Fuß- und Radverkehr

Aktive Bewegungsformen, also der Fuß- und Radverkehr, emittieren keine Schadstoffe, sind gesund und tragen zur Urbanität bei. Wien ist im Fußverkehr führend, was etwa die Nutzung von taktilen Leitsystemen oder Barrierefreiheit betrifft. Dennoch bedarf das Zufußgehen einer Imagestärkung. Auch unter dem Aspekt der bevorstehenden Alterung der Gesellschaft ist die Stärkung des Fußverkehrs und Radverkehrs wesentlich, denn dies sichert die Mobilität bis ins hohe Alter. Die „Stadt der kurzen Wege“ ist immer auch eine Stadt, die das Zufußgehen und das Radfahren attraktiv macht. 2014 liegt der Anteil des Fußverkehrs stabil bei 26%, der Radverkehr liegt bei 7% – also auf eher niedrigem Niveau.⁸⁴ Sichere und dichte Fußverkehrs- sowie Radverkehrsnetze

⁸⁴ Stadtentwicklung Wien. Magistratsabteilung 18 (2014): STEP 2025. Stadtentwicklungsplan. <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/studien/b008379.html> (letzter Zugriff: 17. 3. 2015).

sollen dafür sorgen, dass nicht-motorisierte Mobilitätsoptionen erweitert werden können. Es gilt das Motto *Angebot schafft Nachfrage!* Angebote, die den FußgängerInnen- und Radverkehr fördern, wie z. B. direktere Gehverbindungen und Durchgänge oder neue Radwegeverbindungen (z. B. Wientalradweg), tragen wesentlich zu einer Änderung des Verkehrsverhaltens bei.

Öffentlicher Raum

Raum ist in der Stadt ein knappes Gut: Unterschiedlichste Interessen und Ansprüche treffen in einer Stadt aufeinander. Die Bedürfnisse und Anforderungen unterschiedlicher sozialer Gruppen, Geschlechter und Altersgruppen sind wichtige Faktoren, die für eine vorausschauende und zielgruppenadäquate Planung von Plätzen, Straßen, Parkanlagen und Erholungsgebieten zu beachten sind. Besonders Kinder, Jugendliche und Menschen über 75 Jahre sind unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsvorsorge auf eine alltagsgerechte Gestaltung der öffentlichen Räume wie auf eine wohnortnahe Versorgung mit qualitätsvollen Grünräumen angewiesen. Durch die gendergerechte und zielgruppensensible Gestaltung des Lebensraumes gibt es zahlreiche Möglichkeiten, positive Auswirkungen auf das Bewegungsverhalten der Menschen zu bewirken. Als Beispiel sei hier etwa genannt die Erhöhung der Qualität und Sicherheit von Schulvorplätzen durch verkehrsberuhigte Zonen vor Schulen. Auch gilt es Eltern dazu zu animieren, ihre Kinder nicht täglich mit dem Auto zur Schule zu fahren, sodass Kinder auch früh lernen, sich im öffentlichen Verkehr oder etwa mit Rad oder Roller zu bewegen. Mehr als 87% der 6- bis 14-Jährigen sind heute bereits auf dem Schulweg zu Fuß, mit dem Rad oder den Öffis unterwegs.

Insbesondere unter dem Aspekt, dass der Anteil der älteren Menschen – wie im europäischen Trend – auch in Wien ansteigen wird (2025: 50.000 mehr Menschen über 75 Jahre), sind die Bedürfnisse älterer Menschen hinsichtlich Mobilität, Erledigungen im Alltag und Freizeit bei Planungsprozessen entsprechend zu berücksichtigen. Seitens der Stadtplanung müssen daher, unter Berücksichtigung der verschiedenen Lebenslagen dieser Bevölkerungsgruppe, geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden, um ein gutes und selbstbestimmtes Älterwerden im öffentlichen Raum zu ermöglichen. Die Stadtplanung kann u. a. durch ein bewegungsfreundliches Umfeld, durch Parkanlagen mit eigenen Geräteparcours speziell für ältere Menschen einen wichtigen Beitrag leisten. In der Planung ist bekannt, dass für mobilitätseingeschränkte Personen eine ausreichende Anzahl an Sitzplätzen wichtig ist. Um auch bis ins hohe Alter mobil sein zu können, sind darüber hinaus Trinkbrunnen und öffentliche WC-Anlagen wichtige Infrastrukturen.

Es gilt daher den Straßenraum fair auf unterschiedliche NutzerInnen zu verteilen und nachhaltige Mobilität leistbar zu ermöglichen. Der Anteil des öffentlichen Verkehrs am Modal Split beträgt 2014 39%.⁸⁵ Von 1993 bis 2012 sind die Fahrgastzahlen von 687,5 auf 906,6 Millionen gestiegen.

Wien hat über 50% Grünfläche, diesen Anteil gilt es zu erhalten. Landschaftsprägende Freiraumachsen, wie raumgliedernde Grünzüge bzw. Korridore, haben nicht nur eine wichtige Freizeit- und Erholungsfunktion, sondern erfüllen auch Naturschutzfunktionen.

⁸⁵ Stadtentwicklung Wien. Magistratsabteilung 18 (2014): STEP 2025. Stadtentwicklungsplan. <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/studien/b008379.html> (letzter Zugriff: 17. 3. 2015).



Emissionen

Betrachtet man die Luftqualität im internationalen Vergleich, so präsentiert sich Wien als hervorragender Ort zum Wohnen und zum Arbeiten. Aus Sicht der Luftreinhaltung liegt die Schattenseite der Attraktivität von Wien als Großstadt in einer verstärkten gesellschaftlichen Aktivität und den damit verbundenen höheren Emissionen. Dadurch werden in Wien die Luftgütegrenzwerte für Feinstaub (PM10) und Stickstoffdioxid (NO₂) immer wieder überschritten. Im Rahmen des KLiP II konnte bereits eine Reduktion von 3,1 Millionen Tonnen Treibhausgasen erreicht werden.⁸⁶ Weiters ist die Lärmbelastung an Orten aufgrund von hohem Verkehrsaufkommen besonders hoch. Lärm beeinträchtigt nachweislich die Lebensqualität und Gesundheit.

6.8.3 Wirkungsziele

1. FußgängerInnen- und Radverkehr fördern
2. Kindergerechten öffentlichen Raum ausbauen
3. Parks gendergerecht gestalten
4. Ältere Menschen im öffentlichen Raum integrieren und Generationenparks fördern
5. Bei Planung und Gestaltung des Wohnumfelds zielgruppenorientiert und partizipativ vorgehen
6. Spiel- und Bewegungsräume in Wien erweitern
7. Luftreinhalte-Maßnahmenprogramme insbesondere gegen Feinstaub (PM10) und Stickstoffdioxid (NO₂) sowie Lärmreduktion/-schutz weiter fördern

6.8.4 Indikatoren

(im Rahmen des Stadtentwicklungsplanes 2025⁸⁷ und KLiP II⁸⁸)

- Der Modal Split der WienerInnen ändert sich, ausgehend vom Verhältnis 72:28 im Jahr 2013, bis 2025 auf 80% im Umweltverbund und 20% im motorisierten Individualverkehr. Der Modal Split des Verkehrs verschiebt sich in Richtung Umweltverbund.
- Der Anteil an Grünräumen in Wien von über 50% bleibt erhalten.
- Anteil der Wiener Bevölkerung, der täglich 30 Minuten aktiv Bewegung in der Alltagsmobilität macht, steigt von 23% 2013 auf 30% im Jahr 2025.
- Der Anteil der Versorgungs-, Begleit- und Freizeitwege, die zu Fuß oder mit dem Rad erledigt werden, steigt von 38,8% im Jahr 2013 auf 45% im Jahr 2025.

86 <http://www.wien.gv.at/umwelt/klimaschutz/programm/klip2/>

87 Magistratsabteilung 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung (2014): STEP 2025. Stadtentwicklungsplan Wien. <https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/studien/pdf/b008379a.pdf>

88 <http://www.wien.gv.at/umwelt/klimaschutz/programm/klip2/>

- » Bis 2025 soll in jedem Bezirk eine temporäre Öffnung von Straßen für FußgängerInnen und für mehr Aufenthaltsqualität erprobt und bei Erfolg umgesetzt werden.
- » Bis 2025 soll der Anteil der Wiener Bevölkerung, der durch Verkehrslärm in der engeren Wohnumgebung (Noten 3–5), ausgehend vom Basiswert von 29 % im Jahr 2013, gesenkt werden.
- » Die CO₂-Emissionen des Verkehrs im Wiener Straßennetz (gemäß EMIKAT-Definition) sinken um ca. 20 % von rund 2,1 Millionen Tonnen/Jahr (2010) bis 2025 auf rund 1,7 Millionen Tonnen/Jahr.

6.8.5 Beispiele bestehender und geplanter Maßnahmen (im Rahmen des Stadtentwicklungsplanes 2025⁸⁹ und KLiP II⁹⁰)

- » Smart-City-Strategie
- » Stadtentwicklungsplan STEP 2025
- » Fachkonzept Mobilität⁹¹
- » Fachkonzept Grün- und Freiraum
- » <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/strategien/step/step2025/fachkonzepte/gruen-freiraum/publikationen.html>
- » Klimaschutzprogramm KLiP II
- » Feinstaubpaket der MA 22
- » Maßnahmen der Mobilitätsagentur Wien GmbH⁹²
- » Wiener Hitzeratgeber

89 Magistratsabteilung 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung (2014): STEP 2025. Stadtentwicklungsplan Wien. <https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/studien/pdf/b008379a.pdf>

90 <http://www.wien.gv.at/umwelt/klimaschutz/programm/klip2/>

91 Fachkonzept Mobilität, <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/studien/pdf/b008390b.pdf> (letzter Zugriff: 17. 4. 2015)

92 <http://www.mobilitaetsagentur.at/>



6.9 Gesundheitsziel 9: Gesundheitsmonitoring aufbauen

Dr. Gustav Lebhart

Leiter Landesstatistik Wien, Magistratsabteilung 23



6.9.1 Ausgangssituation

Bedeutung und Nutzen



Eine umfassende Datenbasis im Gesundheitssektor und eine darauf aufbauende Gesundheitsberichterstattung sind die Voraussetzung für eine wirkungsorientierte Gesundheitspolitik. Ein Gesundheitsmonitoring skizziert im Wesentlichen die soziodemografischen Rahmenbedingungen, die gesundheitsrelevanten Entwicklungen der Bevölkerung und soll über vorhandene Defizite oder Handlungsbedarf im Gesundheitssektor informieren und damit auch die Feststellung und die Bewertung der Wirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen ermöglichen.

Das Gesundheitswesen steht vor der Herausforderung, dass auch in Zukunft eine systematische Weiterentwicklung der Datenbasis unumgänglich sein wird. Die Gewinnung und Nutzung entscheidungsrelevanter Erkenntnisse aus quantitativ als auch qualitativ vielfältigen und unterschiedlich strukturierten Informationen bedingt zudem neue methodische Konzepte und IT-Tools bei der Datenerfassung, um die steigenden Volumina gesundheits- und krankheitsrelevanter Informationen in besser fundierte und zeitnahe Gesundheitsmanagement-Entscheidungen umzusetzen sowie gesundheitspolitische Maßnahmen relativ rasch evaluieren zu können.

Für eine umfassende Darstellung des Gesundheits- und Krankheitszustandes der Bevölkerung braucht die Gesundheitsberichterstattung Zugang zu Datenquellen, die es ermöglichen, auf Basis von (anonymisierten) Individualdaten einen Überblick anhand von evidenzbasierten Statistiken zu verschiedenen Gesundheitsaspekten zu gewinnen. Dadurch kann u. a. eine bessere quer- und längsschnittorientierte Grundlage für Präventionsprogramme, Bedarfsplanungen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie zur Versorgungsoptimierung geschaffen werden.

Es gibt verfügbare Gesundheitsdaten, die derzeit noch nicht in die Gesundheitsberichterstattung der Stadt Wien Eingang finden. Hier wären etwa zu nennen: Gesundheitsdaten der Wiener Gebietskrankenkasse, des Krankenanstaltenverbundes sowie Daten von Schularztinnen und Schularzten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Für eine Gesundheitsberichterstattung besteht daher noch ein großer Nachholbedarf, die gesundheitsrelevanten Datenquellen für die

Evaluierung der Gesundheitsziele zu erschließen. Faktum ist, dass durch das weitgehende Fehlen genuiner epidemiologischer Daten und mangelnde Standardisierung und Strukturierung der vorhandenen Daten z. B. aus dem niedergelassenen ärztlichen Bereich (Fehlen der Diagnose-dokumentation in <machine-readable> Form) das Interpretationsspektrum der zur Verfügung stehenden Daten noch eingeschränkt ist.

Informationssicherheit und Datenschutz

Die Informationssicherheit und der Datenschutz unterliegen insbesondere im Gesundheitsbereich besonderen Anforderungen, die nicht nur den Aufbau einer *Data Governance* betreffen, sondern auch Prozesse und Verantwortlichkeiten festlegt sowie Compliance-Richtlinien definiert. Die konzeptionelle Umsetzung eines Gesundheitsdatenmanagements erfordert klare Verantwortlichkeiten und Prozesse, damit eine systematische Aufbereitung von Health Data gesichert werden kann.

Gezielte Fragestellungen für gesundheitspolitische Programme benötigen gesundheitsrelevante Informationen. Einfach verknüpfbar sind Daten aus verschiedenen Quellen letztlich nur dann, wenn eine eindeutige Identifikation von Personen möglich ist. In verschiedenen Ländern existieren bereits Modelle, wie anonymisierte Identifikationsnummern verwaltet und die Daten für eine wirkungsorientierte Gesundheitspolitik gezielt verknüpft und genutzt werden können. Dies hat unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu geschehen, wobei eine Rückführung auf den personenbezogenen Datensatz selbstverständlich auszuschließen ist.

Mit einer sachlich fundierten Verknüpfung bereits bestehender Gesundheits- bzw. Krankheitsdaten lassen sich viele wichtige Fragen untersuchen, sei dies das Auftreten und der Verlauf von Krankheiten oder die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie der zeitliche Verlauf der Versorgungsqualität. Das erfordert auch ein Zusammenwirken mit allen Beteiligten des Gesundheitswesens, die zum Teil auch als Datenhalter wesentliche Funktionen haben. Die hierfür zuständigen Stellen sollen im Rahmen der *Public-Health-Policy* einen entsprechenden Stellenwert bei der Gesundheitsberichterstattung haben.

6.9.2 Wirkungsziele

1. Bevölkerung nach soziodemografischer Struktur und Gesundheitszustand darstellen
2. Gesundheitsrelevante Daten, insbesondere Inzidenzdaten, verfügbar machen

6.9.3 Indikatoren und Metadaten

Indikatoren stellen vergleichbare Datentableaus dar, die an wissenschaftliche Kriterien gebunden sind. Die Erstellung von Indikatoren basieren auf statistischen Verfahren und Methoden, die eine Vergleichbarkeit auf nationaler und internationaler Ebene sicherstellen. Maßzahlen und Kennziffern nehmen daher einen hohen Stellenwert im Rahmen einer indikatorgestützten Gesundheitsberichterstattung ein. Die **Kernindikatoren** sind in Bezug auf die nationale und internationale Vergleichbarkeit mit WHO-, OECD- und dem EU-Indikatorenkatalog zu prüfen und sollen weitestgehend übereinstimmen. Es ist zudem anzudenken, dass zusätzlich weitere **Wien-spezifische Indikatoren** erstellt werden, die für gesundheitspolitische Prioritäten eine hohe Relevanz haben.

Indikatoren sind Maßzahlen zur Formulierung und Umsetzung von Gesundheitszielen. Dies setzt zum einen eine Vereinheitlichung (Standardisierung) der Datenerfassung voraus, zum anderen die Verfügbarkeit von qualitätsgesicherten Gesundheitsdaten. Reliabilität, Validität und Objektivität sind hierbei entscheidende Aspekte für repräsentative Aussagen, da sie die Basis für zuverlässige, verwertbare und eindeutige Auswertungen sind. Indikatoren können somit nicht nur die Kommunikation und Koordinierung verbessern, sondern auch weiterführende Hinweise über gesundheitspolitische Prioritäten geben.

Datenstandardisierung und Nutzung von Informationen setzen Funktionen zur Verwaltung von Metadaten voraus. Metadatenmanagement ergänzt die Bemühungen der Datenarchitektur um Datenstandards. Durch eine systematische Darstellung und Beschreibung der Metadaten können Weiterentwicklungen und Adaptierungen zeitgerecht, effizient und qualitätsgesichert umgesetzt werden.

6.9.4 Ausblick

Eine nachhaltige Nutzung eines Gesundheitsmonitorings setzt gegebenenfalls *Public-Private-Partnerships* im Gesundheitsbereich voraus, um die Früherkennung, Prävention und Gesundheitsversorgung von Krankheiten in Wien zu erforschen. Es ist daher mit allen Gesundheitsorganisationen auf Bundesebene sowie in der Gebietskörperschaft Wien ein Indikatorenset und Metadatenbeschreibungen gemeinsam zu erarbeiten bzw. die Datenverfügbarkeit sicherzustellen.

Der Aufbau eines Gesundheitsmonitorings setzt eine nachhaltige Harmonisierung der Datenerfassung voraus, damit die Vergleichbarkeit innerhalb Österreichs und mit internationalen Gesundheitsdaten sichergestellt ist. Im Rahmen der Entwicklung von Indikatoren zu den Wiener Gesundheitszielen wurden im ersten Schritt Empfehlungen zur Bereitstellung einer besseren Datenbasis in Bezug auf die in den Wiener Gesundheitszielen repräsentierten Bereichen formuliert.

Кар.7



Indikatoren und Zielwerte
zur Messung der
Wiener Gesundheitsziele 1 bis 3

Kap. 7



Indikatoren und Zielwerte zur Messung der Wiener Gesundheitsziele 1 bis 3

Um den Erreichungsgrad der Wiener Gesundheitsziele und deren Wirkungszielen mittels Monitoring überprüfen zu können, wurden dafür geeignete Indikatoren und Zielwerte entwickelt (siehe Kapitel 4.7.2). Im Zuge des Auswahlverfahrens wurden insgesamt **33 Indikatoren** zur Messung der Wirkungsziele empfohlen:

- **16 Indikatoren zu Ziel 1** (Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen)
- **9 Indikatoren zu Ziel 2** (Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken)
- **8 Indikatoren zu Ziel 3** (Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern)

Darüber hinaus wurde die **Schaffung neuer Instrumentarien und Datengrundlagen** empfohlen, um vorhandene Datenlücken zu schließen.

INDIKATOR	DATENQUELLE	ZIELWERT/ZIELVORGABE
Wiener Gesundheitsziel 1: Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen		
Altersgruppe A: Die Basis für einen guten Start legen: Chancengerechtigkeit bei Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft fördern		
Frühgeburtenrate	MA 23/Statistik Austria-Geburten- statistik	Stabilisierung der Frühgeburtenrate bei 8 %
Wirkungsziel 1 zu Altersgruppe A: Psychische und physische Gesundheit von Schwangeren verbessern		
Häufigkeit stationärer Aufenthalte während der Schwangerschaft (exkl. Geburtsfälle)	Diagnosen- und Leistungsdokumentation österr. Krankenanstalten; SV	Empfehlung: Indikator wäre mittelfristig zu erstellen, zu validieren und dann in das Indikatorset aufzunehmen.
Anteil adipöser Schwangerer	Tilak	Trendumkehr und Reduktion des Anteils adipöser Schwangerer um 5 % auf einen Wert von 9,9 %
Anteil rauchender Schwangerer	Tilak	Reduktion des Anteils rauchender Schwangerer auf 0 bis maximal 10 %; Rauchen > = 1 Zigarette/Tag

INDIKATOR	DATENQUELLE	ZIELWERT / ZIELVORGABE
Wirkungsziel 2 zu Altersgruppe A: Die Chance auf Spontangeburt erhöhen		
Lebendgeburten nach Entbindungsart (in %)	MA 23/Statistik Austria-Geburtenstatistik	Steigerung der Spontangeburtensrate auf 70 % und Senkung der Kaiserschnitttrate auf 25 %; sonstige assistierte Geburten 5 %
Wirkungsziel 3 zu Altersgruppe A: Elternkompetenz stärken		
Empfehlung: Schaffung eines Instrumentariums zur Messung der „Elternkompetenz“ und Etablierung einer routinemäßigen Datenerhebung		
Altersgruppe B: Gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – insbesondere aus sozial benachteiligten Gruppen – in ihren Lebenswelten und Familien fördern		
Empfehlung: Schaffung eines Instrumentariums zur routinemäßigen Erfassung/Messung der Impfprävalenz und Immunschutzrate (z. B. elektronischer Impfpass)		
Wirkungsziel 1 zu Altersgruppe B: Ernährung bei Kindern und Jugendlichen verbessern		
Anteil der 11-, 13-, 15-jährigen Mädchen und Burschen, die (laut BMI) übergewichtig oder adipös sind (Grenzwerte nach Cole)	HBSC	Stabilisierung des Anteils übergewichtiger oder adipöser Jugendlicher auf die Werte aus 2010 mit dem Ziel einer rückläufigen Tendenz HBSC-Wien 2010: 11-Jährige: Burschen 14 %, Mädchen 17 % 13-Jährige: Burschen 24 %, Mädchen 13 % 15-Jährige: Burschen 25 %, Mädchen 14 %
Anteil der 11-, 13-, 15-jährigen Mädchen und Burschen, die täglich Süßigkeiten und/oder zuckerhaltige Limonaden konsumieren (in %)	HBSC	Stabilisierung des Süßigkeitenkonsums auf den Wert des Jahres 2010 mit dem Ziel einer rückläufigen Tendenz HBSC-Wien 2010: 11-Jährige: Burschen 49 %, Mädchen 45 % 13-Jährige: Burschen 46 %, Mädchen 45 % 15-Jährige: Burschen 55 %, Mädchen 48 %
Anteil der 11-, 13-, 15-jährigen Mädchen und Burschen, die täglich Obst und/oder Gemüse konsumieren (in %)	HBSC	Fortschreibung bzw. Steigerung des positiven Trends: Steigerung des täglichen Obst- und/oder Gemüsekonsums in allen Altersgruppen um 10 % gegenüber den Werten von 2010 HBSC-Wien 2010: 11-Jährige: Burschen 48 %, Mädchen 61 % 13-Jährige: Burschen 44 %, Mädchen 51 % 15-Jährige: Burschen 27 %, Mädchen 45 %

INDIKATOR	DATENQUELLE	ZIELWERT/ZIELVORGABE
Wirkungsziel 2 zu Altersgruppe B: Zahngesundheit besonders bei sozial benachteiligten Familien verbessern		
Kariesfreiheit bei 6-jährigen Mädchen und Burschen (in %)	GÖG-Zahnstatus-erhebung	Mehr als 50 % der Sechsjährigen sind kariesfrei.
Wirkungsziel 3 zu Altersgruppe B: Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen stärken, unter besonderer Berücksichtigung von genderspezifischen Faktoren		
Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen und Burschen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind	HBSC	Als erste Annäherung an die Bewegungsempfehlung des FGÖ (an 7 Tage pro Woche mind. 60 Min. körperlich aktiv) wird in allen Altersgruppen ein Zielwert von mindestens 5 Tage pro Woche bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds angestrebt.
Wirkungsziel 4 zu Altersgruppe B: Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen stärken, unter besonderer Berücksichtigung von genderspezifischen Faktoren		
Anteil der 11-, 13-, 15-jährigen unter- und normalgewichtigen Mädchen und Burschen, die ihren Körper als ein bisschen bis viel zu dick einstufen (in %)	HBSC	Senkung des Gefühls, zu dick zu sein, in allen Altersgruppen um mindestens 10 % gegenüber den Werten von 2010 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds. HBSC-Wien 2010: 11-Jährige: Burschen 20 %, Mädchen 28 % 13-Jährige: Burschen 22 %, Mädchen 40 % 15-Jährige: Burschen 17 %, Mädchen 44 %
Durchschnittliche Einschätzung der Lebenszufriedenheit durch 11-, 13-, 15-jährige Mädchen und Burschen	HBSC	Steigerung der Lebenszufriedenheit in allen Altersgruppen um einen Punkt gegenüber den Werten von 2010 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds. HBSC-Wien 2010 (auf einer Skala von 0 bis 10): 11-Jährige: Burschen 8,0, Mädchen 7,4 13-Jährige: Burschen 7,7, Mädchen 7,3 15-Jährige: Burschen 7,5, Mädchen 6,9
Wirkungsziel 5 zu Altersgruppe B: Lebens- und Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen erhöhen – insbesondere bei vulnerablen Gruppen – und bei besonderen Bedürfnissen verbessern		
Durchschnittliche Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung bei 11-, 13-, 15-jährigen Mädchen und Burschen	HBSC	Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung in allen Altersgruppen um mindestens 10 % gegenüber den Werten von 2010 auf einen Wert von rund 3,3



INDIKATOR	DATENQUELLE	ZIELWERT/ZIELVORGABE
Anteil der Geburten durch unter 20-Jährige an allen Lebendgeburten (in %)	MA 23/Statistik Austria-Geburtenstatistik	Fortführung des positiven rückläufigen Trends bis hin zu einem Wert von 1,4 %
Anteil frühzeitiger Schul- und AusbildungsabbrecherInnen (in %)	AKE	Reduktion auf einen Anteil von 8,1 % (Zielwert aus dem Qualifikationsplan Wien; bis 2020)
Empfehlung: Sicherstellung eines repräsentativen Samples Wiener Jugendlicher bei der nächsten Gesundheitskompetenzerhebung		
Wirkungsziel 6 zu Altersgruppe B: Anteil der Jugendlichen ohne substanzgebundene und nicht-substanzgebundene Süchte erhöhen		
Anteil der 15-jährigen Mädchen und Burschen, die täglich rauchen (in %)	HBSC	Reduktion auf maximal 15 % bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds
Anteil der 15-jährigen Mädchen und Burschen, die täglich Alkohol trinken (in %)	HBSC	Reduktion auf 0 % bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds
Empfehlung: Schaffung eines Instrumentariums zur Messung suchtartigen Spielverhaltens bei Kindern und Jugendlichen sowie Etablierung einer routinemäßigen Datenerhebung		

Wiener Gesundheitsziel 2: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken		
Wirkungsziel 1: Gesundheit in Wiener Betrieben fördern, insbesondere in Kleinbetrieben inklusive Ein-Personen-Unternehmen		
Anzahl der Personen, die in einem Wiener Unternehmen arbeiten, das ein gültiges BGF-Gütesiegel hat – gemessen an allen Wiener Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern	WGKK; Datenbank ÖÖGKK	25% der Wiener ArbeitnehmerInnen sind in einem Unternehmen tätig, das qualitätsgesicherte Betriebliche Gesundheitsförderung durchführt.
Arbeitsunfälle (bzw. Schadensfälle in der AUVA) pro 1.000 Erwerbstätige	AUVA	Reduktion der Anzahl der Arbeitsunfälle in gleichbleibendem Maße. 2013: 25,0 Arbeitsunfälle/1.000 Wiener Erwerbstätige
Empfehlung: Schaffung eines Instrumentariums zur Messung arbeitsplatzbezogener psychischer Fehlbelastungen und Etablierung einer routinemäßigen Datenerhebung		

INDIKATOR	DATENQUELLE	ZIELWERT/ZIELVORGABE
Wirkungsziel 2: Alter(n)sgerechte Arbeit in Wiener Betrieben fördern (lebensphasengerecht: Schwerpunkte 50+ und junge ArbeitnehmerInnen)		
Erwerbstätigenquoten der über 50-jährigen Frauen und Männer (in %) nach dem Wohnortprinzip und nach der Berechnungsmethode der MA 23 (Erwerbsquote exkl. Arbeitslose)	MA 23/Statistik Austria (aEst)	Steigerung um mindestens 10 Prozentpunkte gegenüber den Werten von 2013 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds 2013: Männer: 64,4 % Frauen: 68,8 %
Jugendarbeitslosigkeit 15- bis 24-Jährige (in %)	Sozialministerium, Berechnung MA 23	Senkung der Arbeitslosenquote um 2 Prozentpunkte
Empfehlung: Schaffung eines Instrumentariums zur Messung von altersgerechter Arbeit		
Wirkungsziel 3: Psychosoziale Gesundheit bei Erwerbstätigen stärken		
Frühpensionierungen der 50- bis 65-jährigen Frauen und Männer in Form von Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspensionen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen pro 100.000 Erwerbstätige dieser Altersgruppe	SV/WGKK	2014: Männer: 400,0/100.000 Wiener Erwerbstätige Frauen: 394,5/100.000 Wiener Erwerbstätige
Krankenstandsfälle aufgrund von psychischen und/oder Verhaltensstörungen pro 1.000 WGKK-Versicherte	SV/WGKK	Der Anstieg soll — insbesondere bei Frauen — eingebremst werden. 2013: Männer: 19,1/1.000 WGKK-Versicherte Frauen: 40,4/1.000 WGKK-Versicherte
Durchschnittliche Einschätzung der psychischen und sozialen Lebensqualität von 20- bis 64-jährigen erwerbstätigen Frauen und Männern in Wien	ATHIS	Steigerung der psychischen und sozialen Lebensqualität um 5 Skalenpunkte (von 100 möglichen) gegenüber den Werten von 2006/2007 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds. ATHIS 2006/2007: psychische Lebensqualität: Männer 79,6, Frauen 78,1 soziale Lebensqualität: Männer 78,6, Frauen 77,1
Empfehlung: Sicherstellung eines repräsentativen Wiener Samples bei der nächsten Gesundheitskompetenz-erhebung für „erwerbstätige WienerInnen“		



INDIKATOR	DATENQUELLE	ZIELWERT/ZIELVORGABE
Wirkungsziel 4: Gesundheit von Bezieherinnen bzw. Beziehern der Mindestsicherung und beschäftigungslosen Menschen stärken – unter Berücksichtigung jugendlicher Arbeitsloser		
Anteil von Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (exkl. Behinderung)	AMS	Senken 2014: Männer: 14,2 % Frauen: 12,7 %
KV-Ausgaben für medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung, Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung für Mindestsicherungsbezieherinnen und -bezieher (in Euro pro Kopf) in Relation zur Gruppe der erwerbstätigen Normalversicherten	WGKK/BMG	Die KV-Ausgaben sollen im Vergleich zur Gruppe der erwerbstätigen Normalversicherten gleich oder höher sein (Quotient > = 1) In einem ersten Schritt wäre eine Verifizierung der Benachteiligung von Mindestsicherungsbeziehern notwendig!

Wiener Gesundheitsziel 3: Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern		
Wirkungsziel 1: Differenzierte, bedarfsgerechte Wohnformen im Hinblick auf selbstbestimmtes, leistbares Wohnen fördern		
Anteil der pflegebedürftigen Menschen (Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher), die nicht stationär versorgt werden	Pflegegeldstatistik; Wiener Sozialbericht 2015 (MA 24)	Erhöhen; Zielwert-Anpassung an Projekt „Strategiepapier Pflege“ 2012: 73,8 %
Anteil an Personen, die in alternativen Wohnformen (= mobil versorgte Senioren-WG) untergebracht sind, an allen auf Wohn- und Pflegeplätzen untergebrachten Menschen in Wien	Tätigkeitsbericht des FSW	Erhöhen; Zielwert-Anpassung an Projekt „Strategiepapier Pflege“ 2013: 1,1 %

INDIKATOR	DATENQUELLE	ZIELWERT/ZIELVORGABE
Wirkungsziel 2: Eine sinnhafte soziale, politische, ökonomische, kulturelle Teilhabe an der Lebenswelt für ältere und alte Menschen ermöglichen		
Erwerbstätigenquoten der über 50-jährigen Frauen und Männer (in %) nach dem Wohnortprinzip und nach der Berechnungsmethode der MA 23 (Erwerbsquote exkl. Arbeitslose)	MA 23/Statistik Austria (aEst)	Steigerung um mindestens 10 Prozentpunkte gegenüber den Werten von 2013 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds 2013: Männer: 64,4 % Frauen: 68,8 %
Empfehlung: Schaffung eines Instrumentariums zur Messung sozialer, politischer und kultureller Teilhabe sowie Etablierung einer routinemäßigen Datenerhebung		
Wirkungsziel 3: Physische und psychische Gesundheit bis ins hohe Alter fördern		
Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit bei über 64-jährigen Frauen und Männern (berechnet auf Basis des ATHIS)	Sterbetafeln + ATHIS 2006/2007	Steigerung der gesunden Lebensjahre um 1,5 Jahre gegenüber dem Wert von 2006/2007 ATHIS 2006/2007: Männer: 8,5 Jahre Frauen: 8,9 Jahre
Anteil der 60- bis 74-jährigen und über 74-jährigen Frauen und Männer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut beschreiben (in %)	ATHIS	Steigerung der Werte in beiden Altersgruppen und Geschlechtern um zumindest 10 Prozentpunkte gegenüber den Werten von 2006/2007 ATHIS 2006/2007: 60- bis 74-Jährige: Männer 52 %, Frauen: 60 % 75 Jahre und älter: Männer: 46 %, Frauen: 31 %
Anteil der 60- bis 84-jährigen Frauen und Männer mit weniger als drei funktionalen Einschränkungen (in %)	ATHIS	Steigerung der Werte um zumindest 10 Prozentpunkte je Geschlecht gegenüber den Werten von 2006/2007 ATHIS 2006/2007: Männer: 84 % Frauen: 68 %



INDIKATOR	DATENQUELLE	ZIELWERT/ZIELVORGABE
Durchschnittliche Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität von 60- bis 84-jährigen Frauen und Männern	ATHIS	Steigerung der psychischen und sozialen Lebensqualität um 5 Skaleneinheiten (von insgesamt 100 möglichen) gegenüber den Werten von 2006/2007 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds. ATHIS 2006/2007: körperliche Lebensqualität: Männer 66,8, Frauen 63,4 psychische Lebensqualität: Männer 69,8, Frauen 67,0 soziale Lebensqualität: Männer 67,8, Frauen 67,4
Empfehlung: Sicherstellung eines repräsentativen Wiener Samples bei der nächsten Gesundheitskompetenz-erhebung für „ältere WienerInnen“		
Wirkungsziel 4: Chancengleichheit im Zugang zu sektorenübergreifender geriatrischer Rehabilitation und Remobilisation schaffen, um bleibende Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern		
Empfehlung: Schaffung eines Instrumentariums zur Messung der Chancengleichheit im Zugang zu einer sektorenübergreifenden geriatrischen Rehabilitation und Remobilisation sowie Etablierung einer routinemäßigen Datenerhebung		

Quelle und Darstellung: AG Indikatoren und Zielwerte Wiener Gesundheitsziele 2015

Abkürzungen

aEST	Abgestimmte Erwerbsstatistik
AG	Arbeitsgruppe
AKE	Arbeitskräfteerhebung
AMS	Arbeitsmarktservice
ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
FSW	Fonds Soziales Wien
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
KV	Krankenversicherung
MA	Magistratsabteilung
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
WGF	Wiener Gesundheitsfonds
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WGZ	Wiener Gesundheitsziele
WPFG	Wiener Programm für Frauengesundheit

Кар. 8



Zusammenfassung | Summary



Der Schwerpunkt von Gesundheitszielen

Gesundheitsziele sind ein international verbreitetes Instrument, das Grundlage für eine zielgenauere Steuerung sowie die gemeinsame Wahrnehmung von wichtigen Handlungsfeldern möglich macht. Sie tragen somit zur Lösung von Herausforderungen bei, vor denen das Gesundheitswesen steht. Insbesondere ein pluralistisches und stark gegliedertes Gesundheitswesen bedarf einer starken gemeinsamen Zielorientierung, um neuen Herausforderungen und Gesundheitsgefahren mit abgestimmten Strategien begegnen zu können.

Mit Dezember 2011 beauftragte die amtsführende Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Mag.^a Sonja Wehsely, die Magistratsabteilung 15 – Landessanitätsdirektion, einen Gesundheitszieleprozess für die Stadt Wien zu erarbeiten. In der Folge wurde ein wissenschaftlich fundierter und transparenter Gesundheitszieleprozess gestartet, der an die Leitsätze der Ottawa-Charta (1986), die WHO/EURO „Health 2020“-Ziele sowie die Empfehlungen der OECD anschlussfähig ist.

Das zentrale Ziel bei der Entwicklung Wiener Gesundheitsziele ist, die Gesundheit und die damit verbundene Lebensqualität der WienerInnen in allen Lebensphasen und Lebenswelten nachhaltig zu fördern und weiter zu verbessern.

Diese Ziele beziehen sich auf die Veränderung bzw. Verbesserung von Strukturen, Prozessen sowie Ergebnissen in der Gesundheitsversorgung. Gesundheitsziele tragen dazu bei, Policies und Prioritäten festzulegen und einen Konsensus unter Stakeholdern zu erreichen. Sie bilden eine Sammlung von wissenschaftlicher Expertise sowie operativem Know-how und sind eine Grundlage zur Evaluation der Effektivität des bestehenden Systems (Menabde, WHO, 2008).

Der inhaltliche Fokus liegt auf der Gesundheitsförderung und Prävention, dem Ausgleich gesundheitlicher Unterschiede innerhalb der Gesellschaft, Gendergerechtigkeit sowie der Befähigung der Bevölkerung, ihr gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen, mit der Zielsetzung, eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik („Health in All Policies“) zu erreichen. Wissenschaftliche Evidenz, Outcome-Orientierung, Möglichkeit der Quantifizierbarkeit sowie Evaluation sind weitere Qualitätskriterien von Gesundheitszielen, die selbstverständlich auf den Wiener Gesundheitszieleprozess anzuwenden sind.

Die Entwicklung der Wiener Gesundheitsziele

Die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Stadt Wien folgte von Anbeginn an dem Leitprinzip „Health in All Policies“ und fand daher partizipativ, multidisziplinär und fächerübergreifend gemeinsam mit wesentlichen Stakeholdern aus verschiedenen Wiener Institutionen statt. Das Projekt wurde von der Landessanitätsdirektion Wien (MA 15) und unter Projektleitung von a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger durchgeführt.

In der ersten Phase (2012) lag der Schwerpunkt in der Zieledefinition in Umsetzungsgruppen, in der zweiten Phase (2013) bei der Erarbeitung von Schwerpunktzielen und Maßnahmen und in Phase 3 (2014) wurden zusätzlich in 3 Task-Force-Arbeitsgruppen die Entwicklung von Indikatoren durchgeführt.

Dem Steuerungsgremium gehören leitende VertreterInnen von rund 30 öffentlichen und privaten Organisationen und Interessenvertretungen an wie der Ärztekammer Wien, der Apothekerkammer Wien, der Behindertenvertretung ÖGB, dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, dem Fond Soziales Wien, dem Institut für Sozialmedizin, dem Kuratorium Wiener Pensionistenheime, dem Psychosozialen Dienst, dem Stadtschulrat für Wien, der Wiener Gesundheitsförderung GmbH, der Wiener Gebietskrankenkasse, der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft, der Sucht und Drogenkoordination Wien, dem Wiener Krankenanstaltenverbund, der Wiener SeniorInnenbeauftragten sowie der Magistratsdirektion Gender-Mainstreaming und Magistratsabteilung aus Bereichen Kinder und Jugend, Frauenförderung, Gesundheit, Integration, Soziales, Stadtplanung und Wirtschaft.

In Umsetzungsgruppen und in Task-Force-Gruppen wurden von 34 Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertretern wichtiger Organisationen aus verschiedenen Sektoren zu den einzelnen Themenfeldern Schwerpunktziele und Indikatoren erarbeitet.

Die ersten Ergebnisse der Entwicklung der Wiener Gesundheitsziele wurden im Rahmen der Wiener Gesundheitszielekonferenz am 13. Dezember 2012 und mit führender Teilnahme der Berichterstatteerin des europäischen Regionalbüros der WHO einem interessierten, ausgewählten Fachpublikum präsentiert.

Mit Mai 2015 konnte das Projekt mit Vorlage des abschließenden Berichtes über die Wiener Gesundheitsziele 2025 abgeschlossen werden.

Die Wiener Gesundheitsziele 2025

Bei der Entwicklung von Wiener Gesundheitszielen wurden insgesamt neun Schwerpunktziele definiert und für jedes der Ziele Wirkungsziele formuliert. Die Kategorien Gendergerechtigkeit und soziale Gerechtigkeit wurden im Sinne einer Querschnittsmaterie als integrierter Bestandteil aller neun Gesundheitsziele festgelegt.

1. Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen
2. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken
3. Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern
4. Integrierte Versorgung etablieren
5. Gesundheitskompetenz der Wiener Bevölkerung stärken
6. Prävention, Früherkennung und Behandlungsabläufe bei epidemiologisch relevanten Krankheiten gezielt optimieren
7. Psychosoziale Gesundheit der Wiener Bevölkerung fördern
8. Lebensraum Stadt weiter attraktivieren, Umweltbelastungen gering halten und Bewegung fördern
9. Integriertes Gesundheitsmonitoring aufbauen

Gleichzeitig mit der Entwicklung der Wiener Gesundheitsziele fand sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene der Prozess der Zielsteuerung Gesundheit im Rahmen der Gesundheitsreform statt. Im Juni 2013 haben sich Bund, Länder und Sozialversicherung auf den Inhalt des ersten Bundeszielsteuerungsvertrages für die Jahre 2013 bis 2016 geeinigt.

Dabei wurden regionale operative Gesundheits- und Versorgungsziele zur Erreichung der bundesweiten Zielsetzungen festgelegt, welche über den jeweiligen Landeszielsteuerungsvertrag abgebildet werden. Grundsätzlich stehen Zielsteuerung Gesundheit sowie die Rahmen-Gesundheitsziele und damit auch die Wiener Gesundheitsziele in einer wechselseitigen Beziehung, was einerseits die maßgebliche Orientierung für die Ziele und Maßnahmen und andererseits deren Umsetzung und Finanzierung betrifft.

Summary

Focus on health targets

Health targets are an international instrument that form the basis for a more targeted control and joint perception of important fields of action. They contribute to finding solutions for the challenges of public health care. A pluralistic and heavily structured health care system, in particular, needs a strong result-oriented approach to meet new challenges and health risks with a coordinated strategy.

In December 2011, Sonja Wehsely, the Executive City Councillor for Public Health and Social Affairs, commissioned Municipal Department 15, the Vienna Health Board, to develop a health target process for the City of Vienna. The Department started a scientifically-based and transparent health target process that follows the guidelines of the Ottawa Charter for Health Promotion (1986), the WHO Europe Health 2020 Targets, and the recommendations of the OECD. The central aim in the development of the Vienna Health Targets is to promote the sustainability and generally improve the health and quality of life of all Viennese citizens in all spheres and walks of life.

The targets refer to the changes and improvements of structures, processes, and results in the provision of health care. Health targets help to define policies and priorities and to find a consensus among stakeholders. They are a collection of scientific expertise and operative know-how and form the basis to evaluate the effectiveness of the existing system (Menabde, WHO, 2008).

The focus is on health promotion and prevention, on the compensation of health differences in society, on gender equality, and on the ability of the population to fully exploit their health potential with the aim to achieve a 'health in all policies' approach. Scientific evidence, outcome orientation, quantifiability, and evaluation are further quality criteria of health targets that form an integral part of the Vienna health target process.

The development of the Vienna Health Targets

The development of the health targets for the City of Vienna followed the guiding principles of the ‘health in all policies’ approach from the very beginning and took place in a participative, multidisciplinary and interdisciplinary way together with important stakeholders from various Viennese institutions. The project was carried out by the Vienna Health Board (Municipal Department 15) and was headed by University Professor Dr Beate Wimmer-Puchinger.

In the first phase (2012), the focus was on defining targets in implementation groups, in the second phase (2013), it was on developing priorities and measures, and in the third phase (2014), three task force working groups additionally developed indicators.

The steering group consisted of senior representatives of about 30 public and private organisations and interest groups such as the Medical Association of Vienna, the Pharmacists’ Association of Vienna, the interest group of persons with disabilities in the Austrian Trade Union Federation, the federation of social institutions in Vienna, the Vienna Social Welfare Fund, the Institute for Social Medicine, the Trust of the Vienna Homes for the Elderly, the Vienna Board for Psycho-Social Care, the Vienna School Board, the Vienna Health Promotion, the Vienna Regional Health Insurance, the office of the Health Care Commissioner of Vienna, the office of the Drug Commissioner of Vienna, the Vienna Hospital Association, the Senior Citizens’ Officer of Vienna, the Chief Executive Office for Gender Mainstreaming, and the municipal departments working in the areas of children and young people, advancement of women, health care, integration, social affairs, urban planning, and economic affairs.

In implementation groups and task force groups, 34 experts and representatives of important organisations from various sectors developed priorities and indicators on the individual topics. The first results of the development of the Vienna Health Targets were presented to an interested selected audience of experts on occasion of the Vienna Health Target Conference on 13 December 2012 with the participation of leading rapporteurs of the WHO Regional Office for Europe. The project was concluded in May 2015 with the presentation of the final report on the Vienna Health Targets 2025.

The Vienna Health Targets 2025

Nine priorities have been defined in the course of the development of the Vienna Health Targets, and specific objectives have been defined for each of the targets. The categories gender equality, social justice, health competence, and mental health have deliberately not been defined as separate health targets but form an integral part of all nine health targets as cross-cutting topics.

The nine health targets are:

1. From the very first increasing health equality for children and young people
2. Strengthening health promotion in the workplace
3. Promoting independence and quality of life till old age
4. Establishing integrated health care
5. Strengthening the health competence of the Viennese population
6. Optimising the prevention, early diagnosis, and treatment processes of epidemiologically relevant diseases
7. Strengthening the psychosocial health of the Viennese population
8. Making the city even more attractive as a living environment, keeping environmental impacts at a minimum, and promoting exercise
9. Developing integrated health monitoring

While the City of Vienna developed the Vienna Health Targets, a process took place at the federal and provincial levels in the framework of the health care reform to achieve management by objectives in the health care sector. In June 2013, the federal government, the provinces, and the social insurance authority agreed on the contents of the first federal management by objectives agreement for the period from 2013 to 2016.

Regional operative health care targets have been defined to reach the national targets, which are displayed in the individual management by objectives agreements of each province. All frameworks and targets at federal and provincial level, and therefore also the Vienna Health Targets, are interdependent with regard to the relevant orientation of the targets and measures, and with regard to their implementation and funding.



anhang

Die Magistratsabteilung 15 – Landessanitätsdirektion bedankt sich herzlichst für die engagierte Mitwirkung aller angeführten Expertinnen und Experten sowie bei den Leiterinnen und Leitern und Führungskräften der Organisationen in Wien.

Dr. ⁱⁿ Hanna Aumair	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft; Ärztin für Allgemeinmedizin
Mag. Florian Bachner	Gesundheit Österreich GmbH; wissenschaftlicher Mitarbeiter
Mag. ^a Ursula Bauer	Dezernat für Gender-Mainstreaming; Dezernatsleiterin
Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Christina Bässler	MA 15 – Wiener Programm für Frauengesundheit; Gesundheitsreferentin
Dennis Beck	Wiener Gesundheitsförderungs GmbH; Geschäftsführer
Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ MBA Angelika Berger	MedUni Wien; stv. Klinikleitung
Mag. ^a Alexandra Beurle	MA 15 – Wiener Programm für Frauengesundheit; Gesundheitsreferentin
Mag. Romeo Bissuti	MEN – Männergesundheitszentrum; Geschäftsführer
Dr. Georg Braune	Facharztvertreter der Ärztekammer Österreich und Wien; Gynäkologe
Dr. ⁱⁿ Ingrid Brown	Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser; Ärztin für Allgemeinmedizin
Mag. ^a Renate Christ	MA 40 – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht; ehem. Abteilungsleiterin
SR ⁱⁿ Mag. ^a Daniela Cochlar	MA 10 – Wiener Kindergärten, Dienststellenleitung; Abteilungsleiterin
Mag. ^a Renate Czeskleba	fit2work, Expertin für betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit
Mag. ^a Irmgard Dachtler-Freiler	Stadtschulrat für Wien; Fachinspektorin
Ass.-Prof. ⁱⁿ Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Rosa Diketmüller	Institut für Sportwissenschaft der Universität Wien; wissenschaftliche Mitarbeiterin
Prim. MR Dr. Walter Dorner	Ärzttekammer Österreich; Präsident der Ärztekammer für Wien im Ruhestand
Dr. ⁱⁿ Susanne Drapalik	ehem. Leiterin Geschäftsbereich Medizinmanagement und Sofortmaßnahmen in der Generaldirektion des Krankenanstaltenverbunds
Mag. ^a Petra Draxl	Arbeitsmarktservice Landesgeschäftsstelle Wien; Geschäftsführerin
MA Michael Dressel	Sucht- und Drogenkoordination; Geschäftsführer
Univ.-Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür	Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research; ehem. Institutsleiter, Dozent am Institut für Soziologie der Universität Wien
Mag. ^a Karin Eger	Wiener Gebietskrankenkasse; ehem. Leiterin Gesundheitspolitik und Prävention
OAR Reinhard Faber	Generaldirektion der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund; Abteilungsleiter
SR Dr. Wolfgang Fichtner	MA 3 – Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung; Dienststellenleiter
Dr. Karl Fink	MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien; Leiter MA 15 – Gesundheitseinrichtungen und Arzneimittelwesen, stv. Leiter MA 15 – Fachbereich Aufsicht und Qualitätssicherung
DDr. ⁱⁿ Andrea Fleischmann	Wiener Gebietskrankenkasse; Abteilung Vertragspartnerverrechnung und Verhandlung
Univ.-Doz. Dr. Gerald Gatterer	Institut für Altersforschung; interim. Leiter Geriatriezentrum am Wienerwald, Institutsleitung
SR Mag. Richard Gauss	Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales der Stadt Wien; Bereichsleiter für Finanzmanagement
SR ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Marion Gebhart	MA 57 – Frauenförderung und Koordinierung von Frauenangelegenheiten; Dienststellenleiterin

Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Jasminka Godnic-Cvar	Institut für Arbeitsmedizin der Medizinischen Universität Wien; Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen
Prim. Dr. Ralf Göbler	Wiener Krankenanstaltenverbund, Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Neuropsych. Abt. f. Kinder u. Jugendl. m. Behindertenz.; Abteilungsvorstand
SR Mag. Dr. MBA Rainer Gottwald	MA 70 – Berufsrettung Wien; Abteilungsleiter
Mag. ^a Gabriele Graumann	Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser; Geschäftsführerin
Mag. Robert Griebler	Gesundheit Österreich GmbH; wissenschaftlicher Mitarbeiter
Renate Großbichler-Ulrich	Krankenanstaltenverbund; Stationshebamme
Bakk. ^a Hannah Grumiller	Wiener Gesundheitsförderungs GmbH; Gesundheitsreferentin
OAR ⁱⁿ Sonja-Maria Gründsteidl	Wiener Pflege- und Patientenanwaltschaft; Fachreferentin
OMR Mag. Burkhard Grundtner	MA 40 – Gesundheit und Soziales; Fachbereichsleiter
Mag. ^a MBA Susanne Guld	MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung; Gruppenleiterin
OAR Peter Hacker	Fonds Soziales Wien; Geschäftsführer
OMR Mag. ^a , MSc Ursula Haider	MA 3 – Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung; Dezernatsleiterin
Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Ulrike Hallwirth	MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien; Leiterin MA 15 – schulärztlicher Dienst, stv. Leiterin MA 15 – Gesundheitsvorsorge Kinder und Jugendliche
Mag. ^a Kristina Hametner	Wiener Gesundheitsförderungs GmbH; Referentin für Strategie und Koordination, inhaltl. Stellvertreterin des Geschäftsführers
MSc Christa Hauser	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien; Leitende Hebamme
Mag. ^a Marianne Hengstberger	Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH; Geschäftsführerin
Dr. Peter Hoffmann	Arbeiterkammer Wien; Klinischer und Gesundheitspsychologe
Mag. ^a , MBA Sabine Hofireck	MA 15 – Wiener Programm für Frauengesundheit; Gesundheitsreferentin
Mag. ^a Ursula Hübel	Wiener Gesundheitsförderungs GmbH; Gesundheitsreferentin
BA Matthias Hümmelink	Wiener Gesundheitsförderungs GmbH; Gesundheitsreferent
HOL Dipl.-Päd. ⁱⁿ Claudia Ischep	Stadtschulrat für Wien; Fachinspektorin
Prof. Dr. Udo Janßen	Krankenanstaltenverbund; Generaldirektor
OSR ⁱⁿ Dipl.-Ing. ⁱⁿ Eva Kail	MD-Stadtbaudirektion; Sachbearbeiterin
Dr. ⁱⁿ Ingrid Kaindl	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter – Landesstelle für Wien, Niederösterreich und Burgenland; Leitung
Dr. ⁱⁿ Karin Kalteis	Berufsverband österreichischer PsychologInnen; Leitung der Landesgruppe Wien
Dr. ⁱⁿ Karin Kienzl-Plochberger	Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH; Leiterin Kontaktbesuchsdienst
Mag. ^a Stephanie Kiessling	MA 57 – Frauenförderung und Koordinierung von Frauenangelegenheiten; Referentin
Marianne Klicka	Präsidentin Wiener Sozialdienste
Dr. ⁱⁿ , MBA Irene Kloimüller	Wertarbeit, fit2work; Ärztin, Psychotherapeutin
OSR Mag. Johannes Köhler	MA 11 – Amt für Jugend und Familie; Dienststellenleiter
Mag. Wolfgang Kostenwein	Österreichisches Institut für Sexualpädagogik; Institutsleiter
Univ.-Prof. Dr. Ludwig Kramer	Wiener Krankenanstaltenverbund, Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, 1. Medizinische Abteilung; Vorstand, Internist

Univ.-Prof. Dr. Reinhard Krepler	Wiener Krankenanstaltenverbund, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien; ehem. Ärztlicher Direktor
Prim. Dr. Herbert Kurz	Wiener Krankenanstaltenverbund, Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital, Abteilung für Kinder u. Jugendheilkunde, Landessanitätsdirektion; Abteilungsvorstand
Mag. ^a Friederike Lackenbauer	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt; Direktorin
Mag. ^a Michaela Langer	MA 15 – Wiener Programm für Frauengesundheit; ehem. stv. Leiterin des Wiener Programms für Frauengesundheit
OSR ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Margarete Lässig	MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien; Leiterin MA 15 – Gesundheitsvorsorge Kinder und Jugendliche
Mag. Dr. Gustav Lebhart	MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik; Stabsstellenleiter
Dr. Bernd Leinich	Wiener Gebietskrankenkasse; Koordinator Zielsteuerung Gesundheit
Eva Lenz	MA 40 – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht; Referentin
Dr. ⁱⁿ Doris Linsberger	Mitglied im Referat für Gender- und Familienangelegenheiten und Sexualmedizin der NÖ ÄK, Gynäkologin
Priv. Doz. Dr. Hubert Lobnig	Lemon Consulting
OMR Mag. ^a Ulrike Löschl	MA 40 – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht; Abteilungsleitung
Mag. ^a Eva-Maria Luger	Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen; Geschäftsführerin
Dipl.-Ing. Thomas Madreiter	MD Geschäftsbereich Bauten und Technik; Gruppenleiter MD-BD Planung, stv. Leiter MD-BD Tiefbau
Prim. Prof. Mag. DDr. Reinhard Marek	Wiener Gebietskrankenkasse; Ärztlicher Leiter
GD Dr. Wilhelm Marhold	Krankenanstaltenverbund; ehem. Generaldirektor
Dr. ⁱⁿ Brigitte Mauthner	Ärzttekammer für Wien, Ärztekammer für NÖ; Leiterin des Referats für Gender-Mainstreaming und Diversity
Mag. Fritz Meißl	Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds; Geschäftsführer
Dr. ⁱⁿ SR ⁱⁿ Belinda Mikosz	MA 11 – Amt für Jugend und Familie, Dezernat 4 psychologischer Dienst; Leiterin des psychol. Dienstes
Prim. ^a Dr. ⁱⁿ Eleonore Miller-Reiter	Sozialpsychologisches Ambulatorium Donaustadt, Psychosoziale Dienste Wien; Leiterin
Mag. ^a Martina Molnar	humanware GmbH; Arbeitspsychologin
Dr. ⁱⁿ Karin Mosser	Direktion der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien; Ärztliche Leiterin
Mag. Dr. Michael Müller	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft; Abteilungsleiter
Mag. Sascha Müller	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Dipl.-Ing. ⁱⁿ Kirsten Müller	MA 18 – Landschaft und öffentlicher Raum; Referentin
Mag. ^a Sandra Neundlinger	WGKK/Wiener Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung; Abteilung Gesundheitsservice und Prävention
Mag. Alexander Noga	Wirtschaftskammer Wien; Mitarbeiter Abteilung Sozialpolitik
Mag. Dr. Peter Nowak	Gesundheit Österreich GmbH; Abteilungsleiter Gesundheit und Gesellschaft
OMR ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Michaela Ossenig	MA 40 – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht; Referentin

Dr. Roland Paukner	Direktion der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien; ehem. Direktor
Monika Peitsch	AMS Landesgeschäftsstelle Wien, Frauenreferat; Frauenreferentin der Landesgeschäftsstelle
Robert Pettlicek	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft; Landesstellenleiter Wien
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Barbara Pichler	Ausbildungszentrum und Akademie Wiener Rotes Kreuz; Lehrgangsleiterin für Gerontologie
Herbert Pichler	Österreichischer Gewerkschaftsbund; Leiter ÖGB Chancen Nutzen Büro, Vorsitzender der Interessenvertretung der Menschen mit Behinderung
Prim.^a Dr.ⁱⁿ Katharina Pils	Wiener Krankenanstaltenverbund, Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital, Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation; Institutsvorstand, stv. Ärztliche Direktorin
Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz	Wiener Pflege- und PatientInnenanwaltschaft; PatientInnenanwältin
Prim.^a Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea Podczek-Schweighofer	Wiener Krankenanstaltenverbund, Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital; Abteilungsvorstand, 5. Medizinische Abteilung mit Kardiologie lobby4kids – Kinderlobby; Ehrenamtlicher Vorstand
Mag.^a pharm. Dr.ⁱⁿ Irene Promussas	Kuratorium für Psychosoziale Dienste; Chefarzt, Leiter
Dr. Georg Psota	MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung; Koordinator Zielsteuerung Gesundheit
Dr. Otto Rafetseder	Krankenanstaltenverbund, SMZ Ost, Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie; Oberärztin
ÖÄ.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Claudia Reiner-Lawugger	Wiener Gebietskrankenkasse; Obfrau
Mag.^a Ingrid Reischl	MA 10 – Wiener Kindergärten, Dienststellenleitung; Fachbereichsleiterin, stv. Abteilungsleiterin
OMR.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Eva Reznicek	Medizinische Universität Wien, Institut für Sozialmedizin; Institutsleiterin
Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Anita Rieder	Fonds Soziales Wien, SeniorInnenbüro & Medizinische Angelegenheiten; Leiterin
Dr.ⁱⁿ Angelika Rosenberger-Spitz	Universität Wien; Studienprogrammleiterin Ernährungswissenschaften
Ass.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Petra Rust	Wiener Gebietskrankenkasse, Abteilung Gesundheitsservice und Prävention; Mitarbeiterin
Dr.ⁱⁿ Klaudia Sandholzer	
Mag. Günther Schagerl	Dachverband Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur, Nationaler Aktionsplan Bewegung; Leiter des Referats für Fitness und Gesundheitsförderung, wissenschaftl. Beirat Fonds Gesundes Österreich
Dr.ⁱⁿ Eva Schantl-Wurz	Stadtschulrat für Wien; Stadtschulratsdirektorin
Gabriele Schillhab	MA 10 – Wiener Kindergärten; Regionale Betriebsleiterin
Dr.ⁱⁿ Hermine Schmidhofer	Sucht- und Drogenkoordination; Stv. Geschäftsführerin
Dr.ⁱⁿ Andrea Schmon	Bundessozialamt; Landesstellenleiterin Wien
Prim.^a Dr.ⁱⁿ, MSc Bobik Seebacher	Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche, Ambulatorium Liesing; Ärztliche Leiterin

Prim. Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda	Wiener Krankenanstaltenverbund, Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung, Fachkommission Gynäkologie des Krankenanstaltenverbunds; Abteilungsvorstand
OSR ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Karin Spacek	MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien; Landessanitätsdirektorin, Abteilungsleiterin
MAS Peter Stanzl	MA 24 – Berichterstattung und Sozialplanung; Gruppenleiter
OA Dr. Karl Steinberger	Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik, Psychosoziale Dienste Wien; Leiter Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik
Dr. Günther Steinlechner	Wirtschaftskammer Wien; Abteilungsleiter Sozialpolitik
Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Ursula Struppe	MA 17 – Integration und Diversität; Dienststellenleiterin MA 17 – Integration und Diversität, Leiterin MA 17 – Diversitätsmanagement
OMR ⁱⁿ Mag. ^a Monika Stumpf-Fekete	MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung; Gruppenleiterin Gesundheitsdaten und strategische Krankenanstaltenfinanzierung
ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres	Ärztelkammer für Wien; Präsident
Dr. Karl Tanzmeister	Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser; Ärztlicher Leiter
MSc. MSc. MBA Heidemarie Täuber	Gesundheits- und Vorsorgezentrum der Krankenfürsorgeanstalt für Bedienstete der Stadt Wien; Leitung Gesundheits- und Wissensmanagement
Mag. ^a Daniela Thurner	MA 15 – Wiener Programm für Frauengesundheit; Gesundheitsreferentin
Dir. Dr., MSc Johannes Trauner	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter; Hauptstelle, zentrale Ombudsstelle – Leiter
Dr. ⁱⁿ Doris Tschabitscher	MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt; stv. Abteilungsleiterin Gesundheitsdienst der Stadt Wien, Leiterin MA 15 – Fachbereich Aufsicht und Qualitätssicherung
Mag. ^a pharm. Andrea Vlasek	Österreichische Apothekerkammer Landesgeschäftsstelle für Wien; Präsidentin
Mag. ^a Manuela Vollmann	abz*austria, Verein zur Förderung von Arbeit, Bildung und Zukunft von Frauen; Geschäftsführerin
Ingrid Wallner	Plattform Elterngesundheit; Koordinatorin
MA Katharina Weber	Wiener Gebietskrankenkasse; Gesundheitsreferentin
Mag. ^a Alexandra Weilhartner	Netzwerk zu Gesundheit und Arbeitslosigkeit; Arbeits-, Klinische und Gesundheitspsychologin
Mag. ^a Margit Wiederschwinger	Generaldirektion der Unternehmung Wiener Krankenanstalten; Stabsstellenleiterin Organisations- und Projektmanagement
a.o. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ	
Beate Wimmer-Puchinger	MA 15 – Wiener Programm für Frauengesundheit; Frauengesundheitsbeauftragte
Dipl.-Ing. ⁱⁿ Angelika Winkler	MA 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung; Dienststellenleiter-Stellvertreterin
Mag. ^a Hilde Wolf	FEM Süd Frauengesundheitszentrum; Leitung
Gabriele Ziering	MA 11 – Amt für Jugend und Familie; leitende Sozialarbeiterin
SR ⁱⁿ Brigitte Zinner	MA 11 – Amt für Jugend und Familie; Leiterin Dezernat 2 – soziale Arbeit mit Familien

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Soziale Determinanten der Gesundheit	12
Abbildung 2: Public Health Cycle	14
Abbildung 3: WHO Europa: Gesundheit 2020	19
Abbildung 4: Themenkörbe	27
Abbildung 5: Von Themenfeldern zu Gesundheitszielen	29
Abbildung 6: „HiAP“ innerhalb der Steuerungsgruppe	30
Abbildung 7: Arbeitsprozess der Umsetzungsgruppe	31
Abbildung 8: Inhaltliche Verschränkung der Gesundheitsziele	34
Abbildung 9: Arbeitsmodell zur Unterscheidung von Indikatorentypen	37
Abbildung 10: Wiener Gesundheitszieleprozess	44
Abbildung 11: Verschränkung des Gesundheitszieleprozesses und der Gesundheitsreform auf Wiener Landesebene	50

Fotohinweise

Cover: Foto: Mag. Christian Chinna.

Seite 5: Stadträtin Mag.^a Sonja Wehsely. Foto: Peter Rigaud.

Seite 6: Dr.ⁱⁿ Karin Spacek. Foto: privat.

a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger. Foto: Inge Prader.

Seite 15, 61, 68, 70, 77, 78, 82, 86, 94, 115, 123: Fotos: iStockphoto.

Seite 45: Foto: Christian Fürthner, MA 28.

Seite 51: Foto: Wiener Programm für Frauengesundheit.

Seite 91: Foto: Wolfgang Simlinger.



Impressum

Eigentümerin und Herausgeberin

Landessanitätsdirektion der Stadt Wien, MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Projektleitung

a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien, Landessanitätsdirektorin OSRⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Karin Spacek

Inhalt und Redaktion

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Christina Bässler, Mag.^a Alexandra Beurle, Mag.^a Daniela Thurner,
a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger

Lektorat

Mag.^a Monika Frank

Grafik und Layout

Unterkircher & Jankoschek GmbH

Druck

Paul Gerin GmbH & Co KG

Gedruckt auf ökologischem Druckpapier aus der Mustermappe „ÖkoKauf Wien“

Copyright

Landessanitätsdirektion der Stadt Wien, Wien 2015