

1.1 Ausgangslage, Ziele und Zielgruppen

Mit dem „Wiener Gesundheitsbericht 2016“ werden Aussagen zur gesundheitlichen Lage und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Wiener Bevölkerung sowie zur Gesundheitsversorgung in Wien getroffen. Zudem werden die Lebensverhältnisse der WienerInnen dargestellt und – im Sinne von Health in All Policies (HiAP) – gesundheitsrelevante Zusammenhänge mit anderen Politikbereichen aufgezeigt.

In der aktuellen 15 a-Vereinbarung „Zielsteuerung-Gesundheit“ ist in § 4 festgehalten, dass sich Bund, Länder und Sozialversicherung in ihren Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit an Public Health Grundsätzen orientieren, die auch eine systematische Gesundheitsberichterstattung einfordern (Zielsteuerung-Gesundheit 2013). Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 ist als periodische Fortschreibung der Wiener Gesundheitsberichte konzipiert (Stadt Wien 2004; Stadt Wien 2008; Stadt Wien 2010).

Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 bietet eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Interventionen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Er soll auch die Weiterentwicklung des Wiener Gesundheitssystems und die Verankerung von Gesundheit in allen Politikfeldern (HiAP) unterstützen. Das Ziel des Berichts ist, Steuerungsimpulse zu geben und Handlungsfelder aufzuzeigen.

Darüber hinaus schließt der Wiener Gesundheitsbericht 2016 sowohl inhaltlich als auch methodisch an die Monitoring-Routinen aktueller Gesundheitsstrategien an und schafft damit einen integrierten Gesamtüberblick. Der Bezug zu den österreichischen Gesundheitszielen, zur Zielsteuerung-Gesundheit, zu den Wiener Gesundheitszielen sowie zu wichtigen internationalen Strategien und Frameworks wird hergestellt.

1.2 Determinanten der Gesundheit

An der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde ein Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit, ihrer Determinanten und deren Wirkung entwickelt (Public Health Monitoring Framework, PHMF; s. Abbildung 1.1, folgende Seite).

Das Framework basiert auf internationalen gesundheitswissenschaftlichen Modellen, versucht deren Stärken zu kombinieren, und systematisiert relevante Determinanten der Gesundheit (s. Griebler/Winkler 2015). Es knüpft an internationale Entwicklungen an, in denen der Determinanten-Orientierung auf Verhältnisebene (zur Unterstützung des HiAP-Ansatzes) Rechnung getragen wird, und schafft einen Rahmen für Monitoring im Gesundheitsbereich.

Das Framework bildet ein Gesundheitsverständnis ab, das durch nachstehende Merkmale gekennzeichnet ist:

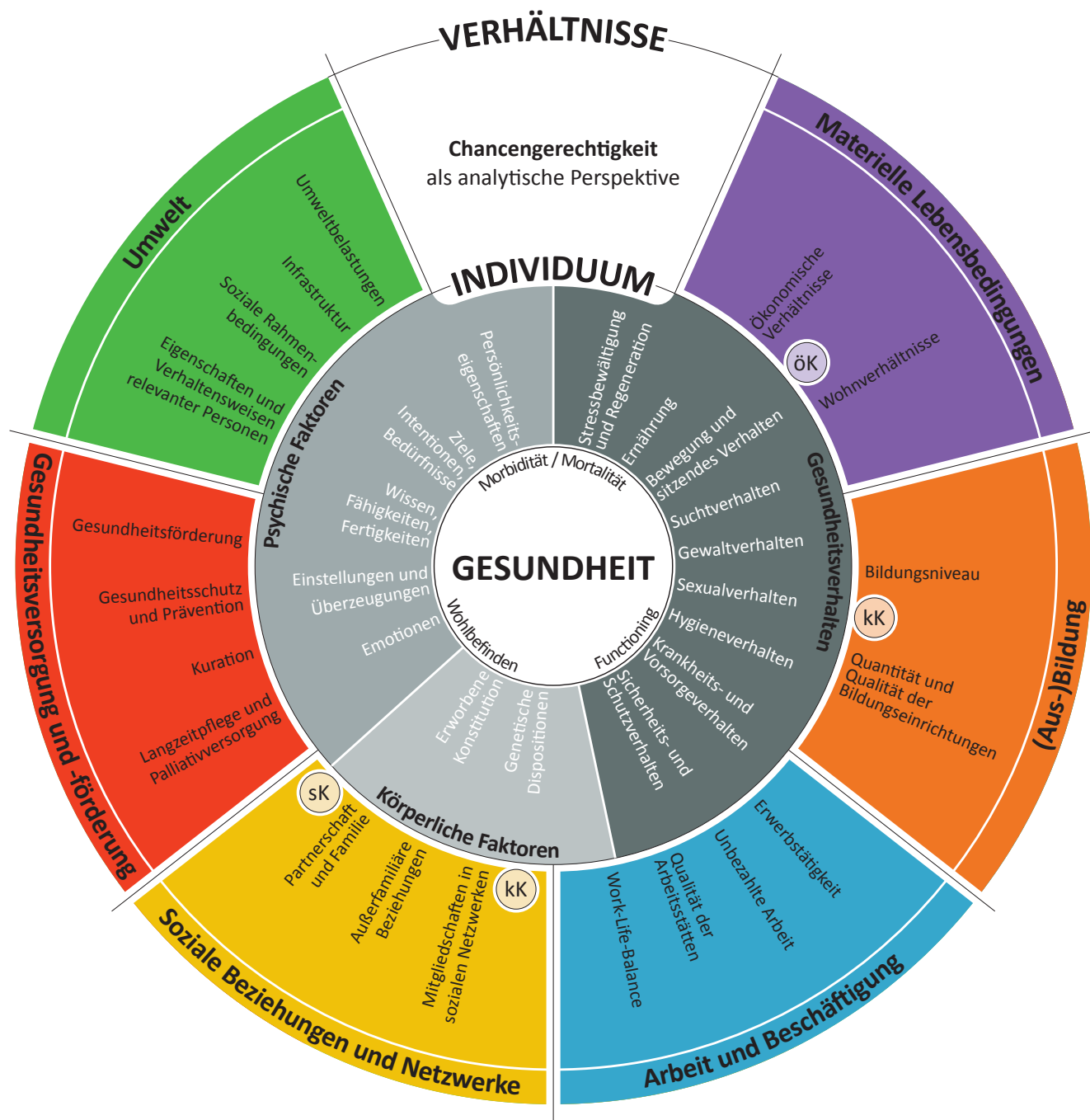
1. Gesundheit ist ein multidimensionales Konzept, das nicht anhand einzelner Variablen bestimmbar ist.

In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weiterführende Arbeiten (vgl. Becker 2006; WHO 1946) wird unter Gesundheit verstanden:

- ▶ Freisein von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und Beschwerden
- ▶ Uneingeschränkte Leistungs- und Handlungsfähigkeit (im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; s. WHO 2005)
- ▶ Umfassendes Wohlbefinden (körperlich, psychisch und sozial)

Der Gesundheitszustand einer Person ist demnach das Ergebnis des Zusammenspiels dieser Dimensionen und ihrer graduellen Ausprägungen. Krankheit wird nicht als Gegenpol zu Gesundheit verstanden, sondern ist Bestandteil eines umfassenden Gesundheitskonzepts. Dieses Konzept beruht also nicht auf einer Dichotomie von gesund oder krank (kein Entweder-oder),

Abbildung 1.1:
Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten



ök ... ökonomisches Kapital
kk ... kulturelles Kapital
sk ... soziales Kapital

Quelle: Griebler/Winkler 2015

sondern auf einem Entwicklungskontinuum der Dimensionen Krankheit, Wohlbefinden und Leistungs- und Handlungsfähigkeit.

2. Gesundheit geht aus dauerhaften und permanenten Entwicklungs- und Entfaltungsprozessen hervor (Antonovsky 1997; Pelikan 2007).
3. Damit ist Gesundheit das Ergebnis mehr oder weniger gelungener Adaptions- und Reproduktionsprozesse unter Maßgabe individueller und „gesellschaftlicher“ Bedingungen (Becker 2001; Dubos 1959; Parsons 1981; Pelikan 2007).

Gemäß Punkt 3 unterscheidet das Framework zwischen individuellen und verhältnisbezogenen (gesellschaftlichen) Gesundheitsdeterminanten. *Verhältnisdeterminanten* werden im Framework durch sechs Themenfelder abgebildet (s. Abbildung 1.1, äußerer Ring des Frameworks). Die darunter gefassten Faktoren wirken sich entweder direkt (im Sinne einer Exposition) oder indirekt (vermittelt über individuelle Faktoren) auf die Gesundheit aus und stehen untereinander in komplexen Wechselwirkungen:

- ▶ Materielle Lebensbedingungen (ökonomische Verhältnisse, Wohnverhältnisse)
- ▶ (Aus-)Bildung (Bildungsniveau, Quantität und Qualität der Bildungseinrichtungen)
- ▶ Arbeit und Beschäftigung (Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit, unbezahlte Arbeit (z. B. Pflege), Qualität der Arbeitsstätten, Work-Life-Balance)
- ▶ Soziale Beziehungen und Netzwerke (Partnerschaft und Familie, außerfamiliäre Beziehungen, Mitgliedschaften in sozialen Netzwerken)
- ▶ Gesundheitsversorgung und -förderung (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und Palliativversorgung)
- ▶ Umwelt (Umweltbelastungen, Infrastruktur, soziale Rahmenbedingungen)

Die Themenfelder können mit speziellen Settings hinterlegt werden (z. B. Kindergarten, Schule, Universität, Betrieb, Familie, Peers, Gesundheitseinrichtungen, Gemeinde, Stadt, Community) und sind – im Sinne von HiAP – durch verschiedene Politikbereiche adressierbar (Soziales, Bildung, Wirtschaft, Jugend, Familie, Gesundheit, Umwelt).

Auf der Ebene der *individuellen Determinanten* (s. Abbildung 1.1, grauer Ring des Frameworks) wird zwischen körperlichen und psychischen Faktoren sowie dem Gesundheitsverhalten unterschieden. Letzteres subsumiert alle gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, also auch das Risiko- und Vororgeverhalten sowie das Verhalten bei Krankheit (Waller 1996). Geclustert können diese Verhaltensweisen als unterschiedliche Lebensstile interpretiert werden (Siegrist 2003), die sowohl von individuellen Faktoren (z. B. Einstellungen und Überzeugungen) als auch von gesellschaftlichen Faktoren geprägt und beeinflusst sind (Blaxter 1990; Cockerham 2005). Wie bei den Verhältnisdeterminanten wird auch bei den individuellen Determinanten von komplexen Wechselwirkungen ausgegangen. Diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit mehrheitlich direkt (Griebler/Dür 2009).

Das Thema *Chancengerechtigkeit* gewinnt vor dem Hintergrund wachsender sozioökonomischer Unterschiede und der Erkenntnis, dass von den Erfolgen der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte sozioökonomisch Benachteiligte weniger oder kaum profitieren (Klein et al. 2015), gesundheitspolitisch zusehends an Bedeutung. Chancengerechtigkeit wird im Public Health Monitoring Framework der GÖG als eine analytische Kategorie geführt, die durch eine systematische Stratifizierung aller Indikatoren nach Haushaltseinkommen, Bildung, Geschlecht und Migrationshintergrund dargestellt werden kann. Im vorliegenden Gesundheitsbericht wird das Thema Chancengerechtigkeit in einem eigenen Kapitel behandelt (s. Kapitel 7).

Trotz seiner klaren Systematik lässt das Public Health Monitoring Framework Gestaltungsspielräume

1.1 Ausgangslage, Ziele und Zielgruppen

Mit dem „Wiener Gesundheitsbericht 2016“ werden Aussagen zur gesundheitlichen Lage und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Wiener Bevölkerung sowie zur Gesundheitsversorgung in Wien getroffen. Zudem werden die Lebensverhältnisse der WienerInnen dargestellt und – im Sinne von Health in All Policies (HiAP) – gesundheitsrelevante Zusammenhänge mit anderen Politikbereichen aufgezeigt.

In der aktuellen 15 a-Vereinbarung „Zielsteuerung-Gesundheit“ ist in § 4 festgehalten, dass sich Bund, Länder und Sozialversicherung in ihren Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit an Public Health Grundsätzen orientieren, die auch eine systematische Gesundheitsberichterstattung einfordern (Zielsteuerung-Gesundheit 2013). Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 ist als periodische Fortschreibung der Wiener Gesundheitsberichte konzipiert (Stadt Wien 2004; Stadt Wien 2008; Stadt Wien 2010).

Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 bietet eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Interventionen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Er soll auch die Weiterentwicklung des Wiener Gesundheitssystems und die Verankerung von Gesundheit in allen Politikfeldern (HiAP) unterstützen. Das Ziel des Berichts ist, Steuerungsimpulse zu geben und Handlungsfelder aufzuzeigen.

Darüber hinaus schließt der Wiener Gesundheitsbericht 2016 sowohl inhaltlich als auch methodisch an die Monitoring-Routinen aktueller Gesundheitsstrategien an und schafft damit einen integrierten Gesamtüberblick. Der Bezug zu den österreichischen Gesundheitszielen, zur Zielsteuerung-Gesundheit, zu den Wiener Gesundheitszielen sowie zu wichtigen internationalen Strategien und Frameworks wird hergestellt.

1.2 Determinanten der Gesundheit

An der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde ein Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit, ihrer Determinanten und deren Wirkung entwickelt (Public Health Monitoring Framework, PHMF; s. Abbildung 1.1, folgende Seite).

Das Framework basiert auf internationalen gesundheitswissenschaftlichen Modellen, versucht deren Stärken zu kombinieren, und systematisiert relevante Determinanten der Gesundheit (s. Griebler/Winkler 2015). Es knüpft an internationale Entwicklungen an, in denen der Determinanten-Orientierung auf Verhältnisebene (zur Unterstützung des HiAP-Ansatzes) Rechnung getragen wird, und schafft einen Rahmen für Monitoring im Gesundheitsbereich.

Das Framework bildet ein Gesundheitsverständnis ab, das durch nachstehende Merkmale gekennzeichnet ist:

1. Gesundheit ist ein multidimensionales Konzept, das nicht anhand einzelner Variablen bestimmbar ist.

In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weiterführende Arbeiten (vgl. Becker 2006; WHO 1946) wird unter Gesundheit verstanden:

- ▶ Freisein von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und Beschwerden
- ▶ Uneingeschränkte Leistungs- und Handlungsfähigkeit (im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; s. WHO 2005)
- ▶ Umfassendes Wohlbefinden (körperlich, psychisch und sozial)

Der Gesundheitszustand einer Person ist demnach das Ergebnis des Zusammenspiels dieser Dimensionen und ihrer graduellen Ausprägungen. Krankheit wird nicht als Gegenpol zu Gesundheit verstanden, sondern ist Bestandteil eines umfassenden Gesundheitskonzepts. Dieses Konzept beruht also nicht auf einer Dichotomie von gesund oder krank (kein Entweder-oder),

offen – vor allem da zwischen einzelnen Themenfeldern inhaltliche Überschneidungen bestehen. Nach dem Setting-Ansatz etwa können außerfamiliäre Beziehungen nicht nur unter dem Themenfeld „Soziale Beziehungen und Netzwerke“, sondern auch unter „(Aus-)Bildung“, „Arbeit und Beschäftigung“ oder „Gesundheitsversorgung und -förderung“ thematisiert werden, sofern es sich um Beziehungen in der Schule, am Arbeitsplatz oder in der Gesundheitsversorgung handelt. Individuelle Faktoren wie z. B. Lesekompetenz (Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten) oder Arbeitsüberforderung (Emotionen) können nicht nur auf der individuellen Ebene, sondern – im Sinne von Systemoutcomes – auch auf der Verhältnisebene angesprochen werden. Ihre Verortung ist deshalb eine Frage der Akzentuierung und Fokussierung.

Die Darstellung des Frameworks impliziert – was Größe und Positionierung der bunt- und graugefärbten Segmente anbelangt – weder eine Gewichtung (im Sinne der Größenverhältnisse) noch eine explizite Zusammengehörigkeit (im Sinne der aneinandergrenzenden Bereiche).

1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts

Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 orientiert sich in Inhalt und Aufbau an dem an der GÖG entwickelten Public Health Monitoring Framework (PHMF; s. Abbildung 1.1). Da es jedoch teilweise (generell oder auf Landesebene) an Daten mangelt, können im Gesundheitsbericht nicht alle Bereiche entsprechend ihrer Bedeutung für Gesundheit abgebildet werden.

Der Bericht ist in sechs große Kapitel gegliedert:

- ▶ Demografie
- ▶ Gesundheitszustand
- ▶ Individuelle Gesundheitsdeterminanten
- ▶ Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten
- ▶ Gesundheitsversorgung und -förderung
- ▶ Chancengerechtigkeit

Im Kapitel *Demografie* (Kapitel 2) wird die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung beschrieben. Der *Gesundheitszustand der Bevölkerung* (Kapitel 3) wird über die Lebenserwartung und Sterblichkeit, die selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebensqualität, über Krankheiten und Beschwerden sowie über die Leistungs- und Handlungsfähigkeit abgebildet.

Für die *individuellen Gesundheitsdeterminanten* (Kapitel 4) bestehen vor allem bei den psychischen Faktoren große Defizite, sodass sich der Inhalt des Kapitels – abgesehen von einigen körperlichen Faktoren – auf zentrale Indikatoren in puncto Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) beschränkt.

Die *verhältnisbezogenen Determinanten* (Kapitel 5) werden auf Basis des PHMF in materielle Lebensbedingungen, (Aus-)Bildung, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen/Netzwerke und Umwelt gegliedert. Auch der Bereich *Gesundheitsversorgung und -förderung* (Kapitel 6) ist (gemäß PHMF) als Verhältnisdeterminante zu sehen. Er liegt jedoch überwiegend im Wirkungsbereich des Gesundheitsressorts und wird deshalb in einem eigenen Kapitel dargestellt. Hier geht es um Gesundheitsförderung und Prävention, um ambulante und stationäre Versorgung, um Rehabilitation und um die Situation in der Langzeitpflege, Hospiz- und Palliativversorgung. Zudem werden ausgewählte Outcome-Indikatoren der Versorgungsqualität thematisiert (Abschnitt 6.7) sowie drei spezifische Versorgungsthemen aufgegriffen (Abschnitt 6.8).

In Kapitel 7 werden Ergebnisse bezüglich der *Chancengerechtigkeit* (Unterschiede nach Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund und Geschlecht) zusammengefasst. Je nach Datenverfügbarkeit

werden Ergebnisse in Sachen *Chancengerechtigkeit* auch in den Kapiteln 2 bis 6 angesprochen und grafisch illustriert. Die *Schlussbetrachtung* am Ende des Berichts fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen und stellt den Bezug zu laufenden Strategien für mehr Gesundheit her.

Der Bericht ist überwiegend indikatoren- bzw. datenorientiert aufgebaut. Bei relevanten Determinanten wird einleitend der Bezug zur Gesundheit dargestellt. Die Datenanalysen werden großteils grafisch aufbereitet und textlich kurz beschrieben. Zentrale Informationen über Definitionen und Datenquellen sowie deren Limitationen finden sich am Ende jedes Kapitels.

Von Befragungen bzw. Stichproben werden nur signifikante Ergebnisse genannt. Altersstandardisierte Ergebnisse beziehen sich – sofern nicht anders erwähnt – auf die Europa-Bevölkerung 2013.

Überregionale Vergleiche werden auf Bundeslandebene angestellt. Diesbezüglich werden die Maximal- und Minimalwerte der neun Bundesländer angeführt (BL-Bandbreite). Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Wien als einziges Bundesland fast zu Gänze aus urbanem, dichtbebautem Gebiet besteht und Österreichs einzige Metropole ist.

Soweit möglich, rekurrieren die Daten auf das Jahr 2014. *Zeitliche Entwicklungen* werden meist auf Basis der letzten zehn Jahre dargestellt (2005–2014). Je nach Datenquelle ist es aber teilweise notwendig, davon abzuweichen. In manchen Fällen ist es außerdem sinnvoll, eine längerfristige Entwicklung aufzuzeigen, etwa für die Kaiserschnitt- oder die Frühgeburtenrate.

Chancengerechtigkeit wird – neben der Differenzierung nach Geschlecht – über die Stratifizierung aller Indikatoren nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund abgebildet (je nach Datenverfügbarkeit). Dies ist vor allem auf Basis der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 möglich.

In Bezug auf *Bildung* werden drei Bildungskategorien (hinsichtlich des jeweils höchsten Bildungsabschlusses einer Person) unterschieden:

- ▶ Pflichtschulabschluss oder gar kein Schulabschluss (maximal Pflichtschulabschluss)
- ▶ Abschluss einer Lehre oder berufsbildenden mittleren Schule
- ▶ Abschluss einer höheren Schule (mit Matura), Fachhochschule oder universitären Ausbildung

Die ATHIS-Auswertungen nach Bildung beziehen sich auf die Bevölkerung ab 30 Jahren.

Die Stratifizierung nach dem *Einkommen* erfolgt anhand der von Statistik Austria bereitgestellten Einkommensquintile. Die entsprechenden Einkommensdaten stammen aus der Einkommensstatistik. Es handelt sich dabei um das Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen, das in fünf Gruppen unterteilt ist. Das äquivalisierte Nettohaushaltseinkommen ist das verfügbare Haushaltseinkommen, dividiert durch die Summe der Konsumäquivalente eines Haushalts. Dabei wird unterstellt, dass mit zunehmender Haushaltsgröße und abhängig vom Alter der Kinder eine Kostenersparnis erzielt wird. Demzufolge wird das Haushaltseinkommen mit der sogenannten EU-Skala (modifizierte OECD-Skala) gewichtet: Für jeden Haushalt wird ein Grundbedarf angenommen, die erste erwachsene Person eines Haushalts erhält daher ein Gewicht von 1. Für jede weitere erwachsene Person wird ein Gewicht von 0,5 und für Kinder unter 14 Jahren ein Gewicht von 0,3 angenommen. Auch die ATHIS-Auswertungen nach Einkommen beziehen sich auf die Bevölkerung ab 30 Jahren.

Als Kriterium für den *Migrationshintergrund* gilt im vorliegenden Bericht der Geburtsort der Eltern. Ein Migrationshintergrund liegt dann vor, wenn beide Elternteile im Ausland geboren sind (= beidseitiger Migrationshintergrund); kein Migrationshintergrund liegt vor, wenn nur ein Elternteil im Ausland geboren ist. Dies ist also ein recht grober Indikator, der die Heterogenität der betreffenden Personen (z. B. hinsichtlich ihrer Geburtsländer oder jener ihrer Eltern) unberücksichtigt lässt. Die ATHIS-Auswertungen nach Migrationshintergrund beziehen sich auf die ab 15-jährige Bevölkerung und stützen sich auf zusätzliche Daten von Statistik Austria. Dem ATHIS zufolge ist die Wiener Be-

völkerung mit Migrationshintergrund häufiger weiblich, deutlich jünger, häufiger arbeitslos, hat ein geringes Haushaltseinkommen und weist häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss bzw. seltener einen Lehr- oder BMS-Abschluss auf.

Der Anhang enthält schließlich einen Überblick über Strategien und Frameworks, in denen die im Gesundheitsbericht verwendeten Indikatoren eine Rolle spielen. Dies soll veranschaulichen, inwiefern diese Indikatoren über den Gesundheitsbericht hinaus von politischer Bedeutung sind.

Kapitel 2

