

# Optionen und Maßnahmen



UniNETZ –  
Universitäten und Nachhaltige  
Entwicklungsziele

Österreichs Handlungsoptionen  
zur Umsetzung  
der UN-Agenda 2030  
für eine lebenswerte Zukunft.



# Systematische und systemische Berücksichtigung von Gesundheitsauswirkungen bei allen Entscheidungen Zeit- und zukunfts-gemäße Präventionsprozesse und -strukturen

03\_04

Target 3.4

**Autor:**

Fuchsig, Heinz (*Österreichische Ärztekammer*); Mair, Katharina (*Medizinische Universität Wien, Studentin*)

## Inhalt

|    |  |
|----|--|
| 3  | Abbildungsverzeichnis  |
| 3  | Tabellenverzeichnis  |
| 4  | 03_04.1 Ziele der Option   |
| 4  | 03_04.2 Hintergrund der Option   |
| 6  | 03_04.3 Optionenbeschreibung   |
| 6  | 03_04.3.1 Beschreibung der Option bzw. der zugehörigen Maßnahmen bzw. Maßnahmenkombinationen |
| 7  | 03_04.3.2 Erwartete Wirkweise  |
| 8  | 03_04.3.3 Bisherige Erfahrungen mit dieser Option oder ähnlichen Optionen                    |
| 9  | 03_04.3.4 Zeithorizont der Wirksamkeit   |
| 9  | 03_04.3.5 Vergleich mit anderen Optionen, mit denen das Ziel erreicht werden kann            |
| 10 | 03_04.3.6 Interaktionen mit anderen Optionen   |
| 12 | 03_04.3.7 Offene Forschungsfragen  |
| 12 | Literatur  |

### Abbildungsverzeichnis

- 5 **Abb. 03\_04-01:** Problemwandel während der Arbeitsunfähigkeit - aus Sicht des Kranken (e.V.).  
//**Fig. 03\_04-01:** Problemflux during inability to work – from the viewpoint of the ill(e.V.).

### Tabellenverzeichnis

- 10 **Tab. 03\_04-01:** Interaktionen mit anderen Optionen  
//**Tab. 03\_04-01:** Interactions with other options

### 03\_04.1 Ziele der Option

Österreich braucht zur Erhöhung der Zahl gesunder Lebensjahre eine systematische Prävention und ein systemisches Verständnis in der Prävention. Ziel ist es, Beiträge zu beidem zu liefern und regionale, demografische, thematische und strukturelle Flecken auf der *Präventionslandkarte* kleiner zu machen. Doppelgleisigkeiten, Gießkannenprinzip und *anschlusslose* Prävention ohne Früherkennung und Nachbetreuung sollte die Ausnahme werden. Andererseits kann *Präzisionsprävention* gesundes Verhalten und das Schaffen gesunder Verhältnisse erleichtern, die Zielgruppen besser erreichen und damit gesundes Verhalten für jede\_n attraktiver werden.

Vorgeschlagenes Motto: **5 gesunde Jahre mehr**. Der Österreichschnitt im Vergleich zu Tirol ist fünf Jahre weniger; selbst in Tirol bewegen sich 2/3 unter dem Maß, das für die Gesundheit empfohlen wird. Besser als Tirol - wo die Bewohner\_innen mit rund 71 gesunden Lebensjahren rechnen dürfen – ist in der EU nur Schweden mit 72 gesunden Lebensjahren.

### 03\_04.2 Hintergrund der Option

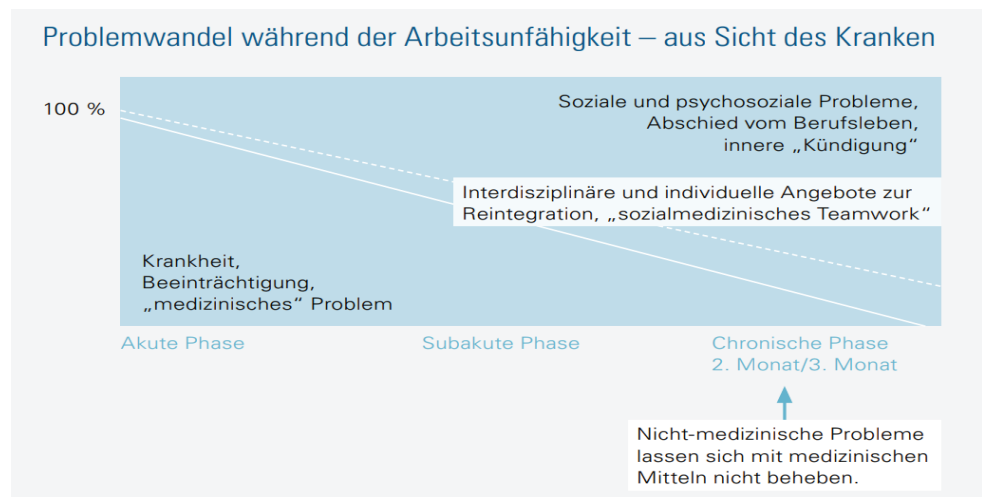
Österreich liegt bei der Bettendichte in Krankenhäusern auf Platz zwei in Europa nach Deutschland, aber im unteren Mittelfeld der EU bei den Präventionsausgaben (BMS 2012, Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich). Die Präventionsausgaben belaufen sich im Schnitt der letzten Jahre (Statistik Austria, 2020) auf 6 % der staatlichen und knapp 0,5 % der privaten Ausgaben für Gesundheit. Knapp 2/3 dieser Ausgaben fließen in Kuren und Rehabilitationen, also in Tertiärprävention (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), 2019).

Die Teilnahme an der Gesundenuntersuchung stieg seit 1990 von unter 5 % auf nunmehr knapp 12 % (Statistik Austria, 2020a). Spezifische Untersuchungen wie Mammographien oder Colonoskopien werden besser angenommen, aber 1/3 der über 60-Jährigen hat noch nie eine *Colo* machen lassen. Es ist zu befürchten, dass Personen mit gefährdendem Lebensstil unterrepräsentiert sind (spiegelbildlich zum *Matthäus-Effekt* in der Gesundheitsförderung: *wer hat, dem wird gegeben*). Eine Erhöhung der Anteilnahme von Risikogruppen an diesen Untersuchungen sowie eine Steigerung der didaktischen Wirksamkeit der Gesundenuntersuchung sind dringlich.

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) als größte Präventionseinrichtung mit der längsten Erfahrung wurde und wird eingeschränkt auf die Kernaufgaben der Verhütung von Arbeits- und Schulunfällen und Berufskrankheiten. Wie früher und auch heute noch durchgeführte Aufgaben (Verhütung berufsbedingter Erkrankungen wie Muskel-Skelett-Beschwerden oder Hautkrebs) und neue Aufgaben wie Wiedereingliederung, altersgerechtes Arbeiten mit ergonomischen Schwerpunkten (einzigartig in Österreich) gezeigt haben, ist Kompetenz für viel mehr vorhanden. Die schweizer Schwester *SUVA* berät sowohl in der Vermeidung berufsbezogener Beschwerden als auch im Rahmen der Verhütung von Freizeitunfällen und in der Wiedereingliederung (*Absenzenmanagement*). Das *KfV (Kuratorium für Verkehrssicherheit)* und Sicherheitsvereine der Bundesländer etc. bekommen zwar Subventionen von der *AUVA*, aber nur wenig *Know-how*, das in beide Richtungen befruchten könnte.

Arbeitsbedingte Erkrankungen fordern über 80 % der Folgekosten arbeitsbedingter Schäden – für 2015 mit 9,9 Mrd. € berechnet (Leoni, WIFO, Fehlzeitenreport, 2019). Währenddessen verursachen Arbeitsunfälle inzwischen weniger als 20 % dieser Kosten. Profitabler wäre es, die Prävention von arbeitsbedingten Schäden und Freizeitunfällen mit einem gesetzlichen Auftrag zu versehen und der AUVA auch bei der Wiedereingliederung erneut eine tragende Rolle zu geben.

Frühere Lösungen bei absehbar schwierigen Verläufen: *Fit2work*-Personenberatung ist zwar ein etabliertes Mittel in der Tertiärprävention bei schweren Erkrankungen, greift aber sehr spät (i. d. R. nach 40 Tagen Krankenstand, daher ist in beinahe 50 % der Fälle bereits die Arbeit verloren). Auch die Motivation auf allen Seiten, Kolleg\_innen auf ihrem herausfordernden, aber gangbaren Weg zurück zu helfen, ist dann oft stark getrübt. Nach ca. sechs Wochen überwiegen zudem psychosoziale Probleme gegenüber medizinischen Problemen durch schwere Erkrankungen und Unfälle. Eine Kampagne zu frühem Handeln bei absehbaren Problemen könnte Abhilfe schaffen.



**Abb. 03\_04-01:** Problemwandel während der Arbeitsunfähigkeit - aus Sicht des Kranken (e.V.).

**//Fig. 03\_04-01:** Problemflux during inability to work – from the viewpoint of the ill(e.V.).

*Public Health* ist thematisch in Österreichs Universitäten besser vertreten als noch vor 30 Jahren, insgesamt aber noch unzureichend. Präventive Fächer wie Arbeits- und Umweltmedizin gibt es nur in der Medizinischen Universität Wien und in zwei Universitäten als freiwillige Wahlfächer – als eigenständige Institute aber österreichweit nicht vorhanden. In Bereich der Privatuniversitäten gibt es an der *Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU)*, *Donau Universität Krems* und der *Sigmund Freud Privatuniversität (SFU)* eine Beschäftigung mit Teilbereichen der Prävention.

Wie Corona gezeigt hat, ist eine Einbindung der breiten volksgesundheitlichen Perspektive (z. B. Kommunikation, realistische Einschätzung der Wirksamkeit von Verhaltensmaßnahmen, Thematisierung und Handeln bzgl. Kollateralschäden und -nutzen) enorm wichtig.

### **03\_04.3 Optionenbeschreibung**

#### **03\_04.3.1 Beschreibung der Option bzw. der zugehörigen Maßnahmen bzw. Maßnahmenkombinationen**

1. *HIA* (Mainstreaming-Ansatz) – *ökosozial-VITALE-Marktwirtschaft*, Einberechnung gesundheitlicher Kosten / Nutzen in Gesetze etc. bedeuten auch eine Stärkung der *IMAG* (interministerielle Arbeitsgruppe); Beispiel *EAG*: Bei Ersatz von Verbrennungsöfen und -motoren durch strombetriebene Motoren und Wärmequellen wäre ein Gewinn von annähernd zwei gesunden Lebensjahren möglich (vorwiegend durch Feinstaubreduktion, aber auch durch die starke Reduktion des Generalstressors Lärm). Laut Entwurf gab es keine gesundheitlichen Auswirkungen!
2. Präventionslandkarte ohne weiße Flecken und Doppelförderungen, Definition der *best-points-of-service*, langfristige und zuverlässige Finanzierung aus Besteuerung von schädigendem Verhalten (Fett, Rauchen, Autofahren: *sitting kills - sitting in a car kills twice*<sup>1</sup>).
3. Aufbau einer Vernetzung, Vor- und Nachbetreuung: Kuren und Reha greifen oft spät und wirken zu wenig nach. Von Alkoholprogrammen wissen wir, dass eine Teilnahme in betreuten Selbsthilfegruppen für zwei Jahre die Rate dauerhafter Abstinenz deutlich erhöht (GÖG, Handbuch Alkohol, 2020). Also ist die Zusammenarbeit mit SHG's, mit weiter betreuenden Allgemein-, Fach- und Betriebsärzt\_innen (die mit schriftlicher Befreiung von der Schweigepflicht sehr viel für eine erfolgreiche Reintegration ins Unternehmen tun können) ebenso von Bedeutung, wie das PVA-Projekt Jobreha weiterzuführen und auszubauen. Generell wirken Maßnahmen, die an das Verhalten von ganzen Gruppen (social support & control) sowie Verhältnissen (gebauten und gelebten – z. B. Führung) ansetzen, deutlich besser (Barthelmes, Bödeker, Sörensen, Kleinlercher & Odoj, 2019).  
Frühere Inanspruchnahme von Beratungsstellen (<https://www.beratungsstellen.at>) durch klare Empfehlungen an Betriebe, auch bezüglich des WIEs (z. B. eine Neuauflage von *psychosoziale Krisen in Unternehmen*, einem Praxishandbuch für Führungskräfte (leider Stand 2006), welches in keinem Betrieb fehlen sollte. Eine Neuauflage und Überarbeitung durch das *Sozialministeriumsservice* mit externen Autor\_innen und breiter Versand an Betriebe, Arbeitsmediziner\_innen,

<sup>1</sup> Zusätzlich zu den bekannten Effekten des wenig bewegten Sitzens kommt hier noch Zwangshaltung und die höchste Schadstoffbelastung aller Messorte (Folge: 3,6-fach erhöhtes Herzinfarktisiko in der Stunde danach (Peters et al.), sowie ein zeitweiser Stresspegel wie im Kampfflieger).

- Betriebsrät\_innen etc.). 2/3 der über 50-Jährigen hatten in den letzten fünf Jahren eine schwere Krise sowie 1/3 der unter 30-Jährigen (Badura et al, Fehlzeiten-Report 2018). Ähnliches ist für den Schulbereich denkbar.
4. Die *SUVA (Schweizer Unfallversicherungsanstalt)* betreibt erfolgreich auch Prävention in den Bereichen arbeitsbedingter Krankenstände, Freizeitunfälle, Umgang mit Langzeitkrankenständen – mit hoher Zustimmung der Unternehmer\_innen; Konzepterstellung für die *AUVA*, Entlastung von wesensfremden Aufgaben wie *EFZ*.
  5. Integration der Salutogenese in die Bildung auf allen Ebenen; Schulen, Museen (als Beispiel gilt das *NHM Berlin – open knowledge*, Hauptbesuchergruppen sind inzwischen junge Erwachsene (!) – Wanderausstellung durch unseren Körper etc.); Achtung die Interaktion / Beziehungs-bedingtheit von Gesundheit ausreichend darstellen! *Planetary health ist ein Schlüsselbegriff!* Joh. Vogel, Dir. NHM Berlin); Beobachtung der eigenen Natur in ursprünglicher Natur und Kunst auch in den Tourismus einbauen etc.
  6. Ausrichtung der nötigen *großen Transformationen* (Steuern, *the green recovery, the great reset*) auch im Bereich Gesundheit.
  7. Frühe Hilfe durch Stufenpläne: Erstellung einer Strategie zur Kommunikation und konstruktivem Handeln bei absehbaren Gesundheitsproblemen am Arbeitsplatz und in der Schule.
  8. Strategie zur **Präzisionsprävention** auch unter Einbeziehung von *PHC's (Präventionsassistenten, siehe auch 2.)*; generell ist das Aufdecken von Risikofaktoren – auch durch Erkrankungen! - ein *best-point-of-service*. Wenn die Umstellung nicht unbedingt sofort, sondern zu einem geeigneten Zeitpunkt (erläutern!) geschieht: Beispiel: Raucher, Arzt rät, den nächsten starken Moment / Phase für den Ausstieg zu nutzen. Der Raucher spürt bald darauf: jetzt ist der Moment gekommen. Nebenwirkung: der Fokus wird auf starke Momente gelegt, statt auf Hinderungsgründe.
  9. Der steigenden Sehnsucht nach Natur, Ursprünglichkeit und Authentizität könnte mit PR für *Biophilie* entsprochen werden. Der Mensch (egal welcher Herkunft und Ausrichtung) hat physiologische, psychische und soziale Grundbedürfnisse. Ein Beispiel: dauerndes Verweilen in der Komfortzone macht krank. Menschen zahlen dafür, sich unerträglichen Temperaturen über 80°C in der Sauna auszusetzen. Einatmen kalter Luft stärkt die Durchblutung des Rachenringes, des primären Abwehrsystems für Luft und Speisewege. Wir haben einen Bewegungsgapparat und einen Stoffwechsel. Ohne psychosoziale Herausforderungen entwickeln wir uns nur langsam (*ist der Tag / Mitarbeiter nicht Dein Freund, so ist er dein Lehrer; never waste a good crisis*).
  10. Nutzung der Vermittlung von Kultur und Sport zur Vermittlung von Gesundheitsförderung. Ausschreibung eines Kulturwettbewerbes zum Thema Wohlbefinden und Lebensgenussfähigkeit. Voraussetzung dafür muss sein, dass die Angebote Ungleichheit verringern und nicht verstärken: vor allem keine finanziellen Barrieren.
  11. Fächerübergreifende Aus- und Fortbildung in planetarer und menschlicher Gesundheit überall integrieren, z. B. in Sportstudium, Umweltstudien, Ernährungsdiplomen etc.

### 03\_04.3.2 Erwartete Wirkungsweise

Wie im Bericht *Prioritizing health* (Remes et al., 2020) berechnet, ist ein enormer wirtschaftlicher Fortschritt mit Fokus auf Gesundheit, vor allem auf Prävention (über 70 % der erzielbaren 14.000 Mrd. \$ GDP pro Jahr



2040) möglich. Herausgegriffen sei Diabetes, der jährlich 4 Mrd. € in Österreich kostet und aufgrund der Demographie, Bewegungsarmut und Fehlernährung breiter Kreise deutlich im Steigen begriffen ist.

Alltagsbewegung kann die Diabetesrate halbieren; gesunde Ernährung und gelegentliches Fasten (schon nächtliche Kaloriendefizite) würden vermutlich eine weitere Halbierung bringen. Damit diese Verhaltensvorschläge angenommen werden, ist ein die Gesamtheit betreffendes Vorgehen nötig und eine Bearbeitung der Settings – wie in der *Ottawa-Charta* gefordert.

Eine Fokussierung auf salutogene – gesundheitsfördernde – Maßnahmen und Potentiale kann begeistern statt bedrücken, man spricht auch von Froh-Medizin statt Droh-Medizin. Das ist insbesondere nach einer bedrückenden Pandemie mit allen ihren Folgen wichtig.

Ein guter Umgang mit Gesundheitsproblemen führt zu hoher Loyalität der „Problemfälle“ in Betrieben - vermutlich auch Schulen - und öffnet Türen für Primärprävention. Ein Beispiel: Porsche führte 1992 ein Alkoholprogramm ein. Bis 2002 wurden von 10.000 Mitarbeiter\_innen in Stuttgart 303 in das Programm gebracht (d. h. zur Annahme von Beratung durch steigenden Druck gezwungen). 292 der Betroffenen konnten anschließend weiter beschäftigt werden. Autos von Porsche haben langfristig am wenigsten Pannen. Bereits 1999 hatten alle 250 größten deutschen Betriebe ein Alkoholprogramm, allerdings nur rund die Hälfte davon ein aktives.

### **03\_04.3.3 Bisherige Erfahrungen mit dieser Option oder ähnlichen Optionen**

Konzertiertes Handeln in der Prävention hat sich bereits in der Karelien-Studie (1972 – 2012, lt. Dachverband der SV Österreichs 2021) als höchst wirksam erwiesen: Die Sterblichkeit an Herzerkrankungen konnte in 40 Jahren um 82 % (m) bzw. 84 % (f) reduziert werden, die Lebenserwartung stieg um sieben Jahre. Erfolgsrezept war Handeln auf vielen Ebenen (*settings*), sowie in den Worten der Leiterin: „*Das Projekt beherzigt zwei Maximen: Das direkte Gespräch suchen und gemeinsame Interessen finden.*“ Von der Pflanzung von geeignetem Raps im hohen Norden, Drittelung des Fettgehalts in der beliebtesten Wurst, Verbot von Werbung für Tabak und Alkohol sowie Wettbewerben zur Senkung von Cholesterin wurde vieles unternommen.

Die Schwerpunktbetriebsbetreuung der AUVA, die Betriebe mit besonders hoher Unfallrate gezielt berät (statt allen Beratungswünschen der ohnehin sehr sicher handelnden Elite nachzugeben) wurde mit einem *ROI* von 2,34 bewertet (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), 2020).

Zahlreiche Studien führen den Erfolg gut gemachter Prävention vom Kindergarten bis bei über 90-Jährigen vor Augen. Entscheidend ist die Art der Einbindung der Individuen; ebenso entscheidend für mehr Gesundheit wird aber auch eine Reduktion der Ungleichheit sein, die bekanntermaßen krankmacht. Zahlreiche Risikofaktoren verschlechtern sich bei fehlender Anerkennung (Siegrist & Li, 2017). Berühmtheit diesbezüglich erhielt u.a. die *Whitehall*-Studie.

### **03\_04.3.4 Zeithorizont der Wirksamkeit**

#### **Kurzfristig**

Prävention, die spürbar wird, wirkt sofort. Ob das ein gesundes Essen ist oder ein Spaziergang im Wald, ein klärendes Gespräch unter Partner\_innen oder Firmenangehörigen. Es gibt eine Menge *quick wins*, die auch die Motivation zum Durchhalten erst langfristig wirksamer werdender Maßnahmen bringen können.

Umso wichtiger ist es, dass Prävention frühzeitig beginnt. Der Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements kann z. B. kurzfristig dazu beitragen, dass es zu weniger Krankenständen kommt und langfristig, dass die Zahl der gesunden Lebensjahre erhöht wird.

Der Wirksamkeitsnachweis von präventiven Maßnahmen ist – abgesehen von Fragebogenerhebungen - meist nur langfristig und populationsbezogen möglich. Je länger die Latenzzeit einer Erkrankung ist, je länger Schadstoffe in der Nahrungskette verbleiben, je träger ein System auf Störungen reagiert (wie z. B. Klimawandel), umso langfristiger müssen die Bemühungen sein und umso schwieriger ist die Zurückführung eines Erfolges auf einzelne Maßnahmen.

### **03\_04.3.5 Vergleich mit anderen Optionen, mit denen das Ziel erreicht werden kann**

Die in 3.4. Option 1., 2. und 3. genannten Optionen und deren Maßnahmen sind einzeln nur begrenzt wirksam. Kombinierte Aktionen haben sich als günstiger erwiesen und erlauben das Wachsen einer insgesamt präventiven Kultur, die sich durch alle Dinge zieht, wie das wohl berühmteste Beispiel der Nord-Karelien-Studie zeigt (Puska, 2004).

Theoretisch wäre das Ziel dieser Option daher durch die Optionen 3.4\_01 und 3.4\_02 zu erreichen; in der Praxis ist der Effekt viel größer, wenn nicht nur 1., 2. und 4. kombiniert werden, sondern durch die Option 3 (*psychosoziale Gesundheit fördern*) auch die Motivation und Fähigkeit jener, die nicht durch Begeisterungsfähigkeit und umfassende Resilienz glänzen, gehoben werden kann.

### 03\_04.3.6 Interaktionen mit anderen Optionen



„Armut macht krank“ ist nicht nur ein Schlagwort. Praktisch alle Diagnosen sind unter Arbeitslosen doppelt so häufig vertreten – ob als Folge oder Ursache der Arbeitslosigkeit.



Fehlernährung stellt mit Bewegungsarmut die höchste *burden of disease* in Österreich.



Bildung ist nicht nur mit *health literacy* verbunden, bei der Österreich schlecht abschneidet (3-5 % höhere Behandlungskosten, schlechterer *Output* bei schlechter *hl*). Gesundheit und Bildung bewegen sich nahezu parallel – in Wien mit 13 bzw. 16 Jahren mehr Lebenserwartung bei Uniabsolvent\_innen.



Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ist immer noch unterschiedlich. Frauen leiden unter Krankheiten wie mentalen Problemen, Arthrose oder Schlaganfall häufiger als Männer, Prävention muss also divers agieren, Präzisionsprävention nicht nur bei Frauen- und Männerkrankheiten.



Sauberes Wasser und sanitäre Versorgung ist in Österreich fast selbstverständlich. Der Klimawandel wird das allerdings erschweren.



Reduktion des Energieverbrauchs und damit leichtere Umsetzung der Energiewende bei Reduktion von fossiler Energie. Erhöhtes Komfortempfinden bei Hitze bei Ausdauertrainierten.



Erhöhte Selbstakzeptanz und besseres Körperschema bei weniger Übergewicht und mehr Sport. Sauberere Luft und weniger Lärm in Arbeitsstätten durch Umstellung auf elektrische Öfen, Maschinen etc.



Weniger politische und finanzielle Abhängigkeit von Lieferant\_innen fossiler Energien (arabischer Raum, Russland), sowie von Futtermittelimporten. Förderung des Kleinhandwerks durch regionale Reparaturzentren sowie Besteuerung des Ressourcenverbrauchs und Entlastung des Faktors Arbeit. Etablierung Österreichs als sicheres und gesundes Tourismusland durch nachhaltigen Tourismus.



Verringerte Energieimporte schützen den globalen Süden vor hohen Ölpreisen. Technologietransfer in der Umwelttechnik reduzieren die Schadstoffbelastung und erlauben vielerorts *Leapfrogging* (überspringen schmutziger Technologien). Ungleichheit ist ein starker Risikofaktor für Freiheit und Gesundheit aller (!) Gruppen (*gated communities* sind zumindest für Kinder ein Gefängnis).



Bewegungsräume schaffen und Verkehrsflächen für den MIV zu reduzieren, erlaubt mehr Rad- und Fußverkehr, soziale Interaktion und Begrünung der Städte, was wiederum Kriminalität senkt. Das ist eine Spirale nach oben, in Wien sind die Radunfälle pro Mio. km auf 20 % seit 2002 zurückgegangen. Orte sind gebaute Prävention oder gebaute Gesundheitsschäden.



Bei der ersten Nutzung ist die Abgabe von Chemikalien am höchsten (Kleidung, Plastik etc). Wir haben es beispielsweise in der Hand, bei Elektroautos auf Qualität und Langlebigkeit (>1 Mio. km, > 20 Jahre Nutzung) zu achten, das Potential ist bereits 2021 verfügbar. Ein achtsamer Gebrauch ist vermutlich auch mit insgesamt mehr Achtsamkeit verbunden. Die erfolgreichste Stressbewältigungsmethode ist *MBSR* – mindful based stress reduction.



Gesundheitsschutz und Klimaschutz gehen Hand in Hand. Wird im Globalen Süden klar, dass die Gesundheit der Kinder nur durch Auswanderung erhalten werden kann, wird es enorme Fluchtbewegungen geben. 2070 werden 1,5 – 3 Milliarden Menschen in Gegenden leben, in denen die Kühlgrenztemperatur zeitweise überschritten sein wird. Ein Aufenthalt im Freien über 6 Stunden ist dann nicht mit dem Leben vereinbar. Die Schwelle für schwereres Arbeiten oder angestrenzte Bewegung liegt um 7°C tiefer. Maß halten in Ernährung, Bewegung und Konsum ist vermutlich die goldene Regel für unsere eigene Natur und die Erhaltung des Planeten.



Mikroplastik geht auch über Österreichs Flüsse in die Meere, sowie unser Ruß zur Abschmelzung der Eisdecken und damit Reduktion der Albedo führt. Nachhaltiger Fischkonsum in Österreich bedeutet mehr Konsum von heimischem Karpfen und Co. Und wäre gesundheitlich wertvoll. Mehr Windkraft bedeutet mehr Eigenstromversorgung im Winter und damit weniger Import von Kohlestrom – der Hauptursache für Quecksilberemissionen in Europa. Fisch ist die größte Quelle der Aufnahme von Quecksilber für den Menschen.



Biodiverse Wälder bieten einen besseren Erholungseffekt. Alltagsbewegung im Grünen und per Rad oder ÖV erreichbare Naherholungsgebiete mit Wald sind ein Baustein persönlicher und gesellschaftlicher Resilienz. Wald bindet Feinstaub und Wasser – kühlt also auch im Sommer.



Insbesondere mentale Gesundheit ist für ein stressfreies, gedeihliches Zusammenleben wichtig. Vertrauen in den Staat und die Gerichte kann den Unterschied zwischen schlechtem und erholsamem Schlaf bedeuten. Für die Arbeitswelt beweisen zahlreiche Studien, wie hoch der Wert an Vertrauen, Sicherheit des Arbeitsplatzes und berechenbaren Rahmenbedingungen ist.



Gesundheit ist unumstritten ein hoher Wert. Über gemeinsames Tun für Gesundheit können Konflikte behoben oder zumindest vorübergehend beiseitegeschoben werden, man denke nur an Nachbarschaftshilfe in Notzeiten oder die Befolgung im ersten Lockdown bei Corona. Gesundheitseffekte des Klimawandels werden überwiegend noch massiv unterschätzt.

**Tab. 03\_04-01:** Interaktionen mit anderen Optionen

**//Tab. 03\_04-01:** Interactions with other options

### 03\_04.3.7 Offene Forschungsfragen

- Resilienz im Zusammenhang mit Gruppen-, Einzel- und Ausdauersport im Freien vs. Indoors.
- *Ein Volk ohne Visionen wird krank* – welche Antworten können heute die Volksgesundheit heben?
- Evaluierung der Effizienz und Effektivität von Präventionsprogrammen geschieht nur vereinzelt (FGÖ – Förderungsbedingung). Gibt es einen Unterschied zu nicht evaluierten Programmen?
- Nutzung von *eHealth* und *social media für Prävention*.
- Digitalisierung als Chance für Präzisionsprävention – von der maßgeschneiderten Gesundenuntersuchung bis zu individuell bevorzugten Trainingsprogrammen.

#### Literatur

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA). (2020). *Jahresbericht 2020*. <https://www.auva.at/cdscontent/load?contentid=10008.643204&version=1611148096> [23.4.2021].

Barthelmes, I., Bödeker, W., Sörensen, J., Kleinlercher K.-M. & Odoy, J. (2019). *iga.Report40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018*. Dresden: iga.

Barthelmes, I. Bödeker, W., Sörensen, J., Kleinlercher, K.-M. & Odoy, J. (2019). e.V., V.-V. d. B.-u. W. Wiedereingliederungsbeschäftigungsfähigkeit nachhaltig sichern. Mit der Wiedereingliederung alle Möglichkeiten nutzen. - Ein

Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (2018). *Fehlzeitenreport 2018: Sinn erleben- Arbeit und Gesundheit*

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (Hrsg.). (2012). *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=552> [30.3.2021].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (Hrsg.). (2019). Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016. <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:c2580eac->

[a0fb-4a4d-9e53-c2caf71e57b8/ausgaben\\_gf\\_und\\_praev.pdf](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Alkohol/Handbuch-Alkohol-Oesterreich.html) [23.4.2021].

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (Hrsg.). (2020). *Handbuch Alkohol*. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Alkohol/Handbuch-Alkohol-Oesterreich.html> [13.4.2021].

Leoni, T. (2019). *Fehlzeitenreport 2019. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Die Flexible Arbeitswelt: Arbeitszeit und Gesundheit*. <https://news.wko.at/news/oesterreich/FZR-Fehlzeitenreport-2019.pdf> [30.3.2021].

Remes, J, Linzer, K., Singhal, S., Dewhurst, M., Dash, P., Wetzels, J. et al. (2020). *Prioritizing health: A prescription for prosperity*. New York: McKinsey Global Institute.

Siegrist, J. & Li, J. (2017). Work Stress and Altered Biomarkers: A Synthesis of Findings Based on the Effort-Reward Imbalance Model. *International journal of environmental research and public health*, 14(11), 1373. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111373> [13.4.2021].

Statistik Austria (2020). *Gesundheitsausgaben laut System of Health Accounts (SHA) 1990 – 2019*. [http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?ldcService=GET\\_PDF\\_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=051445](http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?ldcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=051445) [30.3.2021].

Puska, P., Keller, I. (2004) *Primärprävention von nicht übertragbaren Krankheiten. Zeitschrift für Kardiologie* 93. doi: <https://doi.org/10.1007/s00392-004-1207-5>