

**Beitrag der Logistik zur nachhaltigen Verankerung von
Gesundheitsförderung in Österreich – internationale Beispiele und
Ansatzpunkte in der österreichischen Gesetzgebung**

Inhalt und Projektleitung: Mag.^a Klara Doppler (LBI DHPS)

Supervision: Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker (LBI DHPS)

Auftraggeber: Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda
Gesundheitsförderung

Projektassistenz:

Mag.^a Verena Albrecht

Marcus Alexander Gabriel, BA

Helene Mayr, BA

Wien am, 31.01.2023

Inhaltsverzeichnis

1. Rahmenbedingungen der Studie	8
1.1 Methodik	8
1.2 Limitationen	9
2. Einleitung und Definitionen	10
2.1 Definition von Gesundheitsförderung in internationalen Dokumenten	10
2.2 Definition von Gesundheitsförderung im Sinne der österreichischen Rechtsordnung	11
2.3 Glossar weiterer wesentlicher Begrifflichkeiten	12
2.4 Entstehung und rechtshistorische Entwicklung des Forschungsfeldes „Public Health“	13
2.4.1 Internationale Ebene (WHO).....	14
2.4.2 EU-Ebene	17
2.4.2.1 <i>Erstmalige Erwähnung und rechtshistorische Entwicklung</i>	17
2.4.2.2 <i>Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung und Prävention</i>	17
2.4.2.3 <i>Einbettung von Gesundheitsförderung ins (Rechts-)System der EU</i>	18
2.4.2.4 <i>Recht auf Gesundheit (und Gesundheitsförderung) in der EU</i>	18
2.4.3 Österreich	19
2.4.3.1 <i>Finanzierung</i>	20
2.4.3.2 <i>Gesundheitsziele Österreich</i>	20
2.4.3.3 <i>Umsetzung der internationalen und europäischen Initiativen in der österreichischen Politik</i>	20
2.4.3.4 <i>Stand heute und Problemfelder</i>	21
3. Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich	22
3.1 Verfassungsrecht	22
3.1.1 Staatsstruktur und Kompetenzverteilung.....	22
3.1.2 Grundrechte	23
3.2 Bundesrecht	24
3.2.1 Gesundheitszielsteuerungsgesetz (G-ZG)	24
3.2.2 Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)	25
3.2.3 Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)	25
3.2.4 Gesundheitsförderung im Sozialversicherungsrecht	26
3.2.5 Entwurf Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz (GPG)	27
3.2.6 Exkurs: Gesundheitsförderung außerhalb der Grundlagengesetze.....	27
3.3 Landesrecht	28
3.3.1 Landesgesundheitsfonds.....	28
3.4 15a-Vereinbarungen	29

3.4.1	15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit.....	29
3.4.1.1	<i>Umsetzung in der Praxis</i>	29
3.4.2	15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens...	29
3.5	<i>Gesundheitsförderung in der Praxis – kommunale Gesundheitsförderung</i>	30
4	Gesundheitsförderung in den ausgewählten Nationen.....	32
4.1	<i>Deutschland</i>	32
4.1.1	Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen.....	32
4.1.1.1	<i>Staatsstruktur und verfassungsrechtliche Besonderheiten</i>	32
4.1.1.2	<i>Grundrechte</i>	32
4.1.2	Einfachgesetzliche Rahmenbedingungen	33
4.1.2.1	<i>Präventionsgesetz (PrävG)</i>	33
4.1.2.2	<i>Sozialversicherungssystem in Deutschland:</i>	34
4.1.3	Kommunale Gesundheitsförderung.....	34
4.1.3.1	<i>Daseinsvorsorge</i>	35
4.1.4	Finanzierung.....	35
4.1.5	Best-Practice-Beispiele.....	35
4.1.5.1	<i>IN FORM</i>	35
4.1.5.2	<i>Gesundheitsziele</i>	36
4.1.6	Conclusio und Eckpunkte.....	36
4.2	<i>Finnland</i>	36
4.2.1	Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen.....	37
4.2.2	Einfachgesetzliche Rahmenbedingungen	39
4.2.2.1	<i>Health Care Act</i>	40
4.2.2.2	<i>Local Government Act</i>	41
4.2.2.3	<i>Exkurs: Health Impact Assessment im Gesetz</i>	42
4.2.3	Financing.....	42
4.2.4	Stakeholder und Institutionen.....	43
4.2.5	Best-Practice-Beispiele.....	43
4.2.5.1	<i>North Karelia Project</i>	43
4.2.5.2	<i>The rise of HiAP during Finland’s EU Presidency in 2006</i>	43
4.2.5.3	<i>Gesundheitsförderung und Tabakentwöhnung in Finnland</i>	44
4.2.5.4	<i>Finnish Benchmarking System for Health Promotion Capacity Building (BSHPCB) – TEAviisari</i>	44
4.2.6	Conclusio und Eckpunkte.....	45
4.3	<i>Wales</i>	46
4.3.1	Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen.....	46
4.3.2	Einfachgesetzliche Rahmenbedingungen	46
4.3.2.1	<i>Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015</i>	47

4.3.2.2	<i>Public Health (Wales) Act (2017)</i>	50
4.3.3	Stakeholder und Institutionen.....	50
4.3.4	Best-Practice-Beispiele.....	51
4.3.4.1	<i>Public Health Wales Long Term Strategy 2018-30</i>	51
4.3.5	Conclusio und Eckpunkte.....	51
5	Handlungsempfehlungen	52
5.1	<i>Erarbeiten einheitlicher Begrifflichkeiten & Beschreibung einschlägiger (Legal-)Definitionen</i>	52
5.2	<i>Gesundheitsförderung als Querschnittsmaterie – Setting-spezifische Auseinandersetzung.</i>	53
5.3	<i>Analyse bestehender gesetzlicher „Verpflichtungen“ und Identifizierung von Lücken in der Praxis.</i>	54
5.4	<i>HiAP durch gezielte politikfeldübergreifende Zusammenarbeit</i>	55
5.5	<i>Gesundheitsförderung im kommunalen Setting</i>	56
5.6	<i>Erweiterung des gesetzlichen Rahmens</i>	56
6	Annex	58
6.1	<i>Annex 1: Ablauf der Interviews</i>	58
6.2	<i>Annex 2: Interviewpartner:innen</i>	59
7	Literaturverzeichnis	60

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Timeline Gesundheitsförderung 14
Tabelle 2: Liste der Interviewpartner:innen 59

Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz (DE)
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
EPSR	European Pillar of Social Rights
ErläutRV	Erläuterung der Regierungsvorlage
ESC	Europäische Sozialcharta
FAG	Finanzausgleichsgesetz
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
GP	Gesetzgebungsperiode
GPG	Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GRC	Grundrechtecharta
G-ZG	Gesundheitszielsteuerungsgesetz
HIA	Health Impact Assessment
HiAP	Health in All Policies
ICESCR	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
idF	in der Fassung
idgF	in der geltenden Fassung
leg. cit.	Legis citatae (der zitierten Vorschrift)
LGBI	Landesgesetzblatt
MSAH	Ministerium für Soziales und Gesundheit (FI)
NPK	Nationale Präventionskonferenz
OGH	Oberster Gerichtshof
ÖGK	Österreichische Gesundheitskassa
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
SDG	Sustainable Development Goal
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VfSlg	Sammlung der Erkenntnisse und wichtigsten Beschlüsse des Verfassungsgerichtshofes
WHO	World Health Organisation

1. Rahmenbedingungen der Studie

Ziel folgender vom **Ludwig Boltzmann Institut Digital Health and Patient Safety (LBI DHPS)** durchgeführter Studie ist es, anhand einer Recherche der (legistischen) Rahmenbedingungen der österreichischen Gesundheitsförderungslandschaft sowie eines Rechtsvergleichs mit drei ausgewählten Nationen Ideen zur nachhaltigen Verankerung von Gesundheitsförderung zu entwickeln. Die Studiendauer wurde von Oktober 2022 bis Jänner 2023 angesetzt.

1.1 Methodik

Für die Beantwortung der Forschungsfrage werden sowohl rechtswissenschaftliche Methoden (Rechtsrecherche, Rechtsvergleichung, Auslegungsmethoden nach §§ 6 f ABGB) als auch sozialwissenschaftliche Methoden (qualitative Expertinnen- und Experteninterviews) angewendet.

1. Sekundärforschung in Form einer Rechts- und Literaturrecherche sowie eines Rechtsvergleichs des Themas „Gesundheitsförderung“

- a. Analyse der rechtlichen Gegebenheiten in Österreich: Im ersten Schritt steht die Analyse der nationalen Gesetzgebung in Zusammenhang mit der Materie Gesundheitsförderung im Vordergrund, wobei auf die allgemein anerkannten juristischen Auslegungsmethoden der §§ 6 f ABGB zurückgegriffen wird (1). Eine umfassende Literaturrecherche in Fachzeitschriften, Datenbanken und Bibliotheken ergänzt die Analyse der einschlägigen Bestimmungen. Rechtspolitische Überlegungen zu den bisherigen Bemühungen des Gesetzgebers runden schließlich die Studie ab.
- b. Internationale Recherche und Rechtsvergleichung mit den Vergleichsnationen¹: Neben den nationalen Gegebenheiten gilt es, den Blick auf ausländische Best-Practice-Modelle zu richten. So werden einerseits internationale und europäische Bestimmungen, Leitlinien und Lösungsvorschläge sowie deren bisherige Umsetzung und Beachtung auf österreichischer Ebene analysiert, und andererseits Modelle anderer Nationen (= Vergleichsnationen) in Form eines Rechtsvergleichs (2) recherchiert sowie deren Übertragbarkeit auf österreichische Gegebenheiten untersucht.

In diesem Schritt findet eine Rechts- und Literaturrecherche in Bezug auf die Vergleichsnationen Deutschland, Finnland und Wales statt. Neben einer inhaltlichen Analyse wird insbesondere ein Augenmerk auf Differenzen und Ähnlichkeiten gelegt, um einen möglichen Handlungsbedarf in Österreich zu eruieren und Empfehlungen für konkrete Maßnahmen zu erarbeiten.

¹ Aspekte, die bei der Festlegung der Vergleichsnationen als Voraussetzungen herangezogen worden sind: (sprachliche) Zugänglichkeit zum Rechtssystem der Vergleichsnationen; Vergleichbarkeit mit den österreichischen Gegebenheiten (Staatsform, Gesetzgebungsverfahren, soziale, ökonomische und politische Gegebenheiten); Mehrwert des Rechtsvergleichs im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand „Gesundheitsförderung“.

2. Qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten

Es werden teilstrukturierte Interviews mit Expertinnen und Experten geführt (3). Dabei wird versucht, pro Vergleichsnation je eine/n Expertin/Experten zu befragen. Um deren spezifisches Wissen in die Studie aufnehmen zu können, wird jeweils ein eigener Fragebogen – angepasst auf die Expertise der bzw. des jeweiligen Interviewten – erstellt. Die ergänzende qualitative Datenerhebung dient dazu, neben den juristischen Gegebenheiten die konkrete Umsetzung des legislativen Handlungsrahmens beschreiben zu können.

1.2 Limitationen

Aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Studie² ist es nicht möglich, das breit gefächerte Thema der legislativen Verankerung von Gesundheitsförderung in vier Rechtssystemen (Österreich, Deutschland, Finnland, Wales) vollumfänglich zu analysieren. Im Hinblick auf das Studienziel – die Erweiterung des Forschungsstandes in Bezug auf die österreichischen (juristischen) Gegebenheiten sowie eine rechtsvergleichende Recherche internationaler Modelle und Zugänge zum Thema Gesundheitsförderung – wird vorrangig auf das Grundgerüst der Gesundheitsförderungs-Gesetzgebung eingegangen.

Darüber hinaus sollen auch Erkenntnisse für unterschiedliche Settings/Lebensbereiche wie etwa Schule und Kommune erarbeitet werden. Dieser Aspekt ist jedoch aufgrund der eingeschränkten zeitlichen Ressourcen nur explorativ zu behandeln. Die genaue Schwerpunktsetzung dieses Forschungsteils ergibt sich aus der vorgelagerten Rechts- und Literaturrecherche der Vergleichsnationen, auf deren Basis besonders interessante und fortschrittliche Best-Practice-Beispiele in diversen Settings/Lebensbereichen näher beschrieben und mit österreichischen (legistischen) Gegebenheiten verglichen werden.

² Die Studiendauer betrug vier Monate (1. Oktober 2022 bis 31. Jänner 2023).

2. Einleitung und Definitionen

2.1 Definition von Gesundheitsförderung in internationalen Dokumenten

Die Ottawa-Charta wurde 1986 im Rahmen der ersten „Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung“ in Ottawa (Kanada) verabschiedet (4). Neben der Festlegung von Zielen als Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung wurde im Rahmen der Konferenz eine Definition des Begriffs „Gesundheitsförderung“ erarbeitet. Im Zuge dieser Auseinandersetzung wurde die Gesundheitsförderung als der Prozess beschrieben, *„allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“* Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, sei es notwendig, dass sowohl Einzelpersonen als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. *„In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin. (4)“*

Seit der Definition des Begriffs durch die WHO im Rahmen der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung fand das Konzept Eingang in eine Vielzahl internationaler Dokumente und unterliegt seither einer ständigen Weiterentwicklung. Die etwas mehr als zehn Jahre nach der Ottawa-Charta im Rahmen der nunmehr vierten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung veröffentlichte Jakarta-Erklärung „Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert“ beschreibt die Gesundheitsförderung als einen Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen. Dies soll insbesondere durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit erfolgen (5). In der Bangkok-Charta wurden zusätzliche, die Gesundheitsförderungskonzepte beeinflussende Faktoren berücksichtigt. So wurden etwa die Aspekte der zunehmenden Ungleichheiten zwischen den Nationen sowie Umweltfaktoren aufgenommen. Regelmäßig werden in aktualisierten „Health Promotion Glossaries“ relevante Begrifflichkeiten aus den jeweils aktuellen WHO-Dokumenten gesammelt, um die einheitliche Anwendung der aktuell gültigen Definitionen zu erleichtern (6).

2.2 Definition von Gesundheitsförderung im Sinne der österreichischen Rechtsordnung

Selbst wenn der Begriff der „Gesundheitsförderung“ bereits eine allgemeine, international anerkannte Definition erfahren hat, ist zu untersuchen, ob diese Begrifflichkeiten mit den Legaldefinitionen³ i. S. d. österreichischen Rechtsordnung übereinstimmen (7).

Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ taucht in der österreichischen Rechtsordnung erstmalig 1991 im Rahmen der 50. Novelle des **Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)**⁴ auf (8). In der einschlägigen Bestimmung (§ 154b ASVG) werden unter Gesundheitsförderung (sowie nunmehr auch der Prävention) jegliche Handlungen verstanden, die *„den Versicherten und deren Angehörigen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit [...] ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit [...] befähigen, indem sie insbesondere über Gesundheitsgefährdung, die Bewahrung der Gesundheit und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen – ausgenommen Arbeitsunfälle – aufklären, und darüber [...] beraten, wie Gefährdungen vermieden, Krankheiten und Unfälle – ausgenommen Arbeitsunfälle – verhütet werden können“*. Da sich diese Legaldefinition jedoch lediglich auf Leistungen des Versicherungsnehmers bzw. der Versicherungsnehmerin i. S. d. ASVG anwenden lässt, ist dadurch die Frage nach der Bedeutung von Gesundheitsförderung in der österreichischen Rechtsordnung bei weitem noch nicht als abschließend geklärt anzusehen.

Selbst das **Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)**⁵ beschreibt in dessen § 1 lediglich die Zielsetzung der dem Bundesgesetz gegenständlichen Maßnahmen, namentlich die Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens, die Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren, nicht jedoch die Begrifflichkeit selbst.

Lediglich der **Entwurf zum Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz** widmet sich der Beschreibung des Zwecks der Gesundheitsförderung und Prävention als Beitrag, die Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen in einem ganzheitlichen Sinn zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Die Ziele orientieren sich nach der Regierungsvorlage⁶ am umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO, der neben dem biomedizinischen Ansatz die Bedeutung der psychosozialen und gesellschaftlichen Aspekte von Gesundheit betont. Diese schließen an die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung an, die sich europaweit als fachliches Rahmenkonzept für Gesundheitsförderung bewährt hat.

³ Eine Legaldefinition ist die Erklärung eines Rechtsbegriffs in einem Gesetz. Durch diese Erklärung legt der Gesetzgeber selbst fest, was der betreffende Rechtsbegriff bedeutet. Damit werden bei der Anwendung von Gesetzen Unklarheiten vermieden.

⁴ BGBl 1991/676.

⁵ BGBl 51/1998.

⁶ 1043 der Beilagen XX. GP.

Im Rahmen des anlässlich der Gesundheitsreform geschaffenen **Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG)**⁷ wird erstmals eine allgemeine Definition von Gesundheitsförderung vom österreichischen Gesetzgeber formuliert. So zielt Gesundheitsförderung auf den Prozess ab, den Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (§ 2 Z 17 leg. cit.). Der Gesetzgeber orientiert sich, wie aus den Gesetzesmaterialien ersichtlich ist, ebenso wie bei der Festlegung der Ziele im Gesundheitsförderungsgesetz an der Definition der Ottawa-Charta.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Legaldefinitionen i. d. R. lediglich Anwendung im Rahmen desjenigen (Bundes-)Gesetzes finden, welches die Begriffserklärung vornimmt⁸. Nichtsdestotrotz geht die Bedeutung ebendieser gesetzlichen Definition über das GQG hinaus, da die entsprechenden Legaldefinitionen auch für andere Bestimmungen zu Qualitätsfragen im Gesundheitswesen als Orientierungshilfe herangezogen werden können (9).

Allerdings gilt es zu beachten, dass für das Ziel der Gesundheitsförderung in der österreichischen Rechtsordnung auch andere Begrifflichkeiten in Verwendung stehen. So hat der Rechnungshof bereits im Jahr 2014 die Anwendung unterschiedlicher Bezeichnungen für ein und dieselbe Zielsetzung kritisiert (10). Sowohl der Begriff der „Gesundheitsvorsorge“, der insbesondere im Sozialversicherungsrecht Niederschlag findet, als auch die in der Rechtsordnung in Erscheinung tretende Begrifflichkeit der „Salutogenese“⁹ wird oft synonym verwendet.

Abschließend kann festgestellt werden, dass nur durch aufwendige Analyse unterschiedlicher Gesetzesbestimmungen eine Begriffsdefinition in der österreichischen Rechtsordnung zu finden ist. Allerdings lässt sich sowohl im einschlägigen GfG¹⁰ als auch im GQG eine Orientierung an der Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung erkennen. Es kann sohin auf eine allgemeine Akzeptanz der dort festgehaltenen Definition geschlossen werden.

2.3 Glossar weiterer wesentlicher Begrifflichkeiten

Zum Zwecke des Verständnisses von Gesundheitsförderung bedarf es mehr als eine bloße Kenntnis der inhaltlichen Definition des Begriffs „Gesundheitsförderung“. Ein erfolgreiches Gesundheitsförderungssystem baut stets auf den (internationalen) Errungenschaften und Erkenntnissen der letzten Jahre auf. Die wichtigsten Begrifflichkeiten werden im Health Promotion Glossary der WHO

⁷ BGBl 179/2004.

⁸ Zumeist sind die Begriffsbestimmungen dabei unter dem Hinweis „im Sinne dieses Bundesgesetzes“ angeführt.

⁹ Vgl.: insbesondere ASVG und B-KUVG.

¹⁰ In den Erläuterungen zum GfG wird festgehalten, dass sich die Ziele des Gesetzes an die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung anschließen; vgl.: 1043 der Beilagen XX. GP.

angeführt und regelmäßig aktualisiert (6). Auch der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) bietet auf seiner Website ein umfangreiches Glossar (11). Insbesondere sind die folgenden Konzepte von Bedeutung:

- **Health in All Policies:** Health in All Policies (HiAP) ist ein sektorübergreifender Ansatz für die Entwicklung öffentlicher Politik, der die gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen auf die Gesundheit systematisch berücksichtigt und Synergien anstrebt, um die Gesundheit der Bevölkerung und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern (6). Mit § 3 Z 4 des Gesundheitszielsteuerungsgesetzes (G-ZG) widmet sich auch eine österreichische Bestimmung der Definition des Begriffs. Demnach soll *„durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren [...] die Gesundheit der Bevölkerung wirksam und nachhaltig gefördert werden.“*
- **Gesundheitsdeterminanten:** Mit dem Begriff wird das Spektrum der persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen und umweltbezogenen Faktoren beschrieben, welche die gesunde Lebenserwartung von Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen bestimmen (6).
- **Capacity Building:** In der Gesundheitsförderung ist Capacity Building die Entwicklung von Wissen, Fähigkeiten, Engagement, Partnerschaften, Strukturen und Systemen, um wirksame Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Der Aufbau von Kapazitäten soll die vorhandenen Fähigkeiten stärken und ergänzen (6).

2.4 Entstehung und rechtshistorische Entwicklung des Forschungsfeldes „Public Health“

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik gilt spätestens seit der Ottawa-Charta (4) als Schlüsselstrategie für ein aktives gesundheitsförderliches Handeln und wird seither, neben Erfolgen gegen Infektionskrankheiten und Maßnahmen zur Gesundheitsprävention durch Früherkennung und Verhaltensänderung, als eine der drei sog. „Public-Health-Revolutionen“ betrachtet (12). Jedoch hatte die WHO bereits weit vor der expliziten Definition des Konzepts der Gesundheitsförderung wesentliche Schritte in Richtung eines breiten Gesundheitsverständnisses gesetzt, das über die kurative Krankenbehandlung hinausgeht. In der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1946 wird Gesundheit als „ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ beschrieben (13). Des Weiteren herrschte auch nach den bemerkenswerten Errungenschaften durch die Ottawa-Charta kein Stillstand. So gibt es eine Vielzahl internationaler Erfolge, die es bei der Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung hervorzuheben gilt.

2.4.1 Internationale Ebene (WHO)

Die WHO setzte bereits in deren Verfassung einen wesentlichen Grundstein für die spätere Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung. Folgende Tabelle bietet einen chronologischen Überblick über die Errungenschaften der WHO¹¹.

Tabelle 1: Timeline Gesundheitsförderung

Jahr	Dokument/Konferenz	Relevanz für die Gesundheitsförderung
1946	Verfassung der WHO (13)	Die Verfassung setzte mit ihrer breiten Definition von Gesundheit einen wesentlichen Schritt in Richtung eines Abkehrens vom Verständnis, dass sich Gesundheitsmaßnahmen lediglich auf kurative Maßnahmen beschränken.
1974	“Lalonde Report”/ A New Perspective on the Health of Canadians (14)	Die Bedeutung des Lalonde Reports stammt aus dem Umstand, dass er als das erste moderne staatliche Dokument gilt, in dem angemerkt wird, dass die bisherige Fokussierung des Gesundheitssystems problematisch ist und es einer Perspektivenerweiterung bedarf (15).
1978	“Declaration of Alma-Ata”/ International Conference on Primary Health Care (16)	In Zuge der Deklaration von Alma-Ata wurde einerseits erneut betont, dass Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht darstellt sowie andererseits dargelegt, dass die primäre Grundversorgung (<i>engl. primary health care</i>) – die Gesundheitsförderungsangebote bereitzustellen hat – als essenzieller und aufrechtzuerhaltender Aspekt der Gesundheitsvorsorge zu verstehen ist.
1986	“Ottawa Charter for Health Promotion”/ 1st International Conference on Health Promotion (4)	Die Relevanz der Ottawa-Charta besteht in der gemeinsamen Verpflichtung der Teilnehmer zur Gesundheitsförderung. Es wurden diverse Aspekte von Gesundheitsförderung betont und hervorgehoben. Weiterhin liefert die Ottawa-Charta eine – mittlerweile auch in der österreichischen Rechtsordnung übernommene – Definition des Begriffs „Gesundheitsförderung“ (siehe Kap. 2.2)
1988	“Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy”/ 2nd International Conference on Health Promotion (17)	Es wurde innerhalb der Gesundheitspolitik die Notwendigkeit eines unterstützenden Umfeldes betont, das jeden Menschen zur Ausführung eines gesunden Lebens befähigen vermag. Zum einen liegt die Relevanz in der Hervorhebung und Priorisierung der Zusammenarbeit von staatlichen und privaten Sektoren. Zum anderen wurden vier Schlüsselbereiche identifiziert, die sofortige Maßnahmen verlangen (Unterstützung der Gesundheit von Frauen, Nahrungsmittel und Ernährung, Tabak und Alkohol, Schaffung unterstützender Umgebungen).
1989	A Call for Action: Promoting Health in Developing Countries (18)	Absicht dieser Resolution war es, jene Thematiken einer 1989 einberufenen Arbeitsgruppe zu präsentieren, welche sich einerseits mit der Umsetzbarkeit von Konzepten der Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern auseinandergesetzt sowie andererseits spezifische Handlungsschritte zur Umsetzung vorgeschlagen haben.
1991	“Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health”/ 3rd International Conference on Health Promotion (19)	Der Fokus der dritten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz richtet sich darauf, dass die den Menschen umgebenden Umfeldler dahingehend auszurichten seien, dass diese einen positiven Beitrag zur Gesundheit leisten. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden mehrere Vorschläge erarbeitet (z. B.

¹¹ Die Liste basiert auf einer Online-Recherche. Die Autorinnen und Autoren erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

		Hervorbringung von Kooperationen, um die Zusammenarbeit von Umwelt- und Gesundheitsstrategien zu stärken).
1997	„Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century“ / 4th International Conference on Health Promotion (5)	In Zuge der vierten internationalen Konferenz wurden – neben der erneuten Betonung der Relevanz von Gesundheitsförderung – insbes. die Prioritäten der Gesundheitsförderung für das kommende 21. Jh. festgehalten. Als Prioritätsbereiche wurden folgende fünf Bereiche erwähnt: <ol style="list-style-type: none"> 1) Die Förderung sozialer Verantwortlichkeit bzgl. Gesundheit 2) Erhöhung der Investments in die Gesundheitsentwicklung 3) Festigung und Erweiterung von Partnerschaften 4) Erhöhung der gemeinschaftlichen Kapazitäten und Stärkung des Individuums 5) Festigung von Infrastrukturen für die Gesundheitsförderung
1998	„ Gesundheit für alle “/ 51. Weltgesundheitsversammlung der WHO und „ Gesundheit 21 “ (20)	Das Rahmenkonzept „ <i>Gesundheit für alle</i> “ enthält globale Prioritäten und Ziele, die dazu dienen sollen, die Erreichung und Erhaltung des höchstmöglichen Gesundheitszustandes über das gesamte Leben hinweg zu ermöglichen. Für die Europäische Region wurden im Zuge des Konzeptes „ <i>Gesundheit21</i> “ zwei Hauptziele für bessere Gesundheit bestimmt: „Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens“ sowie „Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden.“
2000	“Health Promotion: Bridging the Equity Gap” / 5th Global Conference on Health Promotion (21)	Der Fokus der in Mexiko stattgefundenen fünften internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung lag auf dem Bereich der Gerechtigkeit. Ziel soll die Minderung der Kluft im Bereich der Gesundheit sowohl innerhalb als auch zwischen den Nationen sein.
2005	“Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World” / 6th Global Conference on Health Promotion (22)	Im Rahmen der in Bangkok beschlossenen Charta wurden vier Schlüsselfaktoren für die Erreichung von Gesundheitsförderung identifiziert: <ol style="list-style-type: none"> 1) Gesundheitsförderung als zentraler Bestandteil der globalen Entwicklungsagenda 2) Gesundheitsförderung als Kernverantwortung für Regierungen 3) Gesundheitsförderung als Schwerpunkt für die Zivilgesellschaft und die Communities 4) Gesundheitsförderung als Voraussetzung für gute Unternehmenspraxis <p>Darüber hinaus wurde festgehalten, dass zwar seit der Ottawa-Charta eine Vielzahl an Resolutionen bzgl. Gesundheitsförderung unterzeichnet wurden, diesen jedoch nicht immer Taten folgten. Aufgrund dessen forderten die Konferenzteilnehmer die Mitgliedstaaten zur Implementierung auf.</p>
2009	“Promoting health and development: closing the implementation gap” / 7th Global Conference on Health Promotion (23)	Die siebte Gesundheitsförderungskonferenz stellt ein Plädoyer zur Implementierung der Gesundheitsförderungsstrategie durch die Nationen dar und betont in einem “Call for Action” die Dringlichkeit der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.
2010	“Adelaide Statement on Health in All Policies” (24)	Das „Adelaide Statement on Health in All Policies“ hält politische Entscheidungsträger:innen auf allen Regierungsebenen dazu an, Gesundheit und Wohlbefinden als Schlüsselkomponenten in die politische Entscheidungsfindung einzubeziehen.
2011	“Rio Political Declaration on Social Determinants of Health” (25)	Die Erklärung ist Ausdruck des politischen Engagements für die Umsetzung eines Konzepts der sozialen Determinanten von

		Gesundheit und dient als Anregung zur Schaffung nationaler Aktionspläne und Strategien.
2013	“Helsinki Statement on Health in All Policies”/ 8th Global Conference on Health Promotion (26) and “Health in All Policies (HiAP) – Framework for Country Action” (27)	Resultat der “Helsinki-Konferenz” und deren Fokuslegung auf HiAP stellen das <i>“Helsinki Statement on Health in All Policies”</i> sowie das Dokument <i>“Health in All Policies (HiAP) – Framework for Country Action”</i> dar. Dieses Framework-Dokument stellt den Ländern ein praktisches Mittel zur Verfügung, um einen kohärenten Politikansatz für Gesundheit in allen Bereichen, insbesondere auf nationaler Ebene zu fördern.
2016	„Transformation unserer Welt: Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (Agenda 2030)“ (28)	Die Agenda 2030 der UN ist eine politische Zielsetzung innerhalb welcher “17 Ziele für nachhaltige Entwicklung” (<i>engl. Sustainable Development Goals</i> [SDG]) festgelegt wurden. Eines dieser Ziele umfasst dabei den Bereich „Gesundheit und Wohlergehen“, dessen Zielsetzung die Erreichung eines gesunden Lebens für alle Menschen jeden Alters und die Förderung ihres Wohlergehens ist.
2016	“Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development”/ 9th Global Conference on Health promotion (29)	Die neunte globale Gesundheitsförderungskonferenz stand im Licht der von der UN entwickelten „17 Ziele für nachhaltige Entwicklung“. Relevante Aspekte, die im Rahmen der Konferenz beschlossen wurden, thematisierten zum einen den Umstand, dass Leben in Gesundheit sowie eine Steigerung der Gesundheit nur möglich sei, wenn Gesundheit in allen „Sustainable Development Goals“ Beachtung findet. Zum anderen wird betont, dass eine gute Führung sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene entscheidend für die Gesundheit ist. Zusätzlich dazu wird unterstrichen, dass Städte und Communities kritische Lebensräume für die Gesundheit von Menschen darstellen. Als letzter Punkt wurde hervorgehoben, dass der Aspekt der Gesundheitskompetenz ein befähigendes Moment für die Chancengleichheit darstellt.
2021	“Geneva Charter for Well-Being”/ 10th Global Conference on Health Promotion) (30)	Der Fokus der während der COVID-19-Pandemie stattfindenden zehnten Gesundheitsförderungskonferenz lag auf der Thematik des Wohlergehens (<i>engl. well-being</i>) sowie deren Wichtigkeit in Gesellschaften. Um solche „Well-being-Societies“ generieren zu können, wurden fünf Bereiche identifiziert, die Maßnahmen bedürfen: <ol style="list-style-type: none"> 1) Achtung, Wertschätzung und Pflege der Erde sowie des Ökosystems 2) Errichtung gerechter Ökonomien, die der menschlichen Entwicklung dienen 3) Entwicklung „gesunder“ öffentlicher Politik für das Allgemeinwohl 4) Erreichung universaler Gesundheitsabdeckungen 5) Thematisierung der Auswirkungen digitaler Transformation

2.4.2 EU-Ebene

2.4.2.1 *Erstmalige Erwähnung und rechtshistorische Entwicklung*

Zeitgleich mit der internationalen Verbreitung der Idee der Gesundheitsförderung durch die WHO (in Kooperation mit weiteren Partnern) wurde das Konzept auch von der Europäischen Gemeinschaft aufgegriffen, kontinuierlich weiterentwickelt und implementiert. Insbesondere seit den 1990er Jahren zeigt sich die Europäische Union als ein wesentlicher Akteur und Finanzier der Gesundheitsförderung in Europa (31). Neben der Etablierung eines einheitlichen „Aktionsprogramms der Gemeinschaft für die öffentliche Gesundheit“ im Jahr 2002 und dessen Weiterentwicklung durch Folgeprogramme (siehe Kap. 2.4.2.2) finden sich diverse Aspekte der Gesundheitsförderung im Rechtssystem der EU wieder.

2.4.2.2 *Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung und Prävention*

Im Jahr 1993 veröffentlichte die Europäische Kommission eine „Mitteilung über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit“, in der sie acht Aktionsbereiche festlegte. Gesundheitsförderung stellt dabei einen wesentlichen Aspekt dar (32). Diese Mitteilung war der Vorläufer der später etablierten, mehrjährigen Programme im Bereich öffentliche Gesundheit (*engl. Health Programme*).

Bei diesen Gesundheitsprogrammen handelt es sich um Finanzierungsinstrumente zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den EU-Ländern und zur Unterstützung und Weiterentwicklung der EU-Gesundheitsaktivitäten. Die Rechtsgrundlage für das Gesundheitsprogramm wird mit dem Europäischen Parlament und dem Rat jeweils für einen Zeitraum von mehreren Jahren vereinbart. Dazu gehören Best-Practice-Beispiele sowie Instrumente und Methoden, die sowohl der Public-Health-Gemeinschaft als auch den Bürgerinnen und Bürgern direkt zugutekommen (z. B. Verbesserung von Diagnostiktests, Unterstützung der EU-Länder bei der Entwicklung nationaler Aktionspläne zur Krebsbekämpfung, Verbesserung der Patientenversorgung).

Das aktuelle Programm trägt den Namen „*EU4Health programme 2021-2027 – vision for a healthier European Union*“ und ist mit einem Budget von 5,1 Milliarden Euro, das bis dato monetär umfangreichste Aktionsprogramm. Getragen wird es insbesondere von Überlegungen und Erkenntnissen der aktuellen Covid-19-Pandemie. Bestandteile sind neben der Prävention von (ansteckenden) Krankheiten auch Aspekte der Gesundheitsförderung (33).

2.4.2.3 Einbettung von Gesundheitsförderung ins (Rechts-)System der EU

Die Gesundheitspolitik hat durch den Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV)¹² an Bedeutung gewonnen. Zwar liegt die Kompetenz für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung bei den Mitgliedstaaten (Art. 168 AEUV), gleichwohl verfügt die Europäische Union auch im Bereich des Gesundheitswesens über eigene Gestaltungsspielräume. So führt Art. 168 AEUV an, dass *„bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen [...] ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt [wird]. Die Tätigkeit der Union ergänzt dabei die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung (engl. Public Health), die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet. Sie umfasst die Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten, wobei die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert werden; außerdem umfasst sie die Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren.“* Der Gesetzeswortlaut lässt erkennen, dass die Gestaltungsspielräume in erster Linie den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention betreffen (34). Es kann abschließend festgestellt werden, dass es durch Art. 168 AEUV eine rechtliche Grundlage für Gesundheitsförderungsmaßnahmen seitens der EU gibt.

2.4.2.4 Recht auf Gesundheit (und Gesundheitsförderung) in der EU

Insbesondere in den letzten Jahren gab es sichtbare Bestrebungen der Europäischen Union, soziale Rechte, wie etwa das Recht auf Gesundheit, wieder vermehrt zu verankern. Einen wesentlichen Teil dazu trug die Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRC) mit deren Art. 35 bei. Dieser legt fest, dass *„jeder Mensch [...] das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten [hat]. Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“*

Die Charta der Grundrechte der Europäischen Union ist seit dem Vertrag von Lissabon im Jahre 2009 rechtsverbindlich und kodifiziert die Grund- und Menschenrechte innerhalb der Europäischen Union. Sie ist ein einheitlicher Grundrechtekatalog, der – im Vergleich zu den in Österreich geltenden Verfassungsbestimmungen – auch soziale Grundrechte enthält. Die Grundrechtecharta hat denselben Rang wie die Gründungsverträge der Union. Somit handelt es sich – ebenso wie bei der AEUV – um EU-Primärrecht. Dies hat zur Folge, dass sie von Unionsorganen und den EU-Mitgliedstaaten bei der Durchführung des Unionsrechts stets einzuhalten ist.

¹² Der Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union regelt die Arbeitsweise der Union und legt die Bereiche, die Abgrenzung und die Einzelheiten der Ausübung ihrer Zuständigkeiten fest (Art. 1 AEUV).

Seit der wegweisenden Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs im Jahr 2012¹³ sind die in der Charta der Grundrechte der EU verankerten Rechte grundsätzlich auch vor dem VfGH in Österreich durchsetzbar. Sie können in einem gewissen Rahmen als verfassungsgesetzlich gewährleistete Rechte als Prüfungsmaßstab in Verfahren vor dem VfGH dienen. Gesetze, die den Rechten der Grundrechtecharta widersprechen, können folglich vom Verfassungsgerichtshof aufgehoben werden (35, 36).

Die sozialen Bestrebungen äußern sich nicht nur in der GRC, sondern wurden 2017 durch den „European Pillar of Social Rights“ (EPSR) ergänzt. Der EPSR ist eine von der Europäischen Kommission ins Leben gerufene Initiative mit der Zielsetzung, die soziale Dimension der EU wieder in den Vordergrund zu rücken und wirtschaftspolitische Maßnahmen mit sozialen Erwägungen in Einklang zu bringen. Mit der Umsetzung der EPSR werden erhebliche Verbesserungen von Gesundheitsungleichheiten vorausgesagt (37).

Nennenswert ist in diesem Zusammenhang auch die Europäische Sozialcharta (ESC)¹⁴ des Europarates¹⁵. Artikel 11 der ESC normiert das Recht auf Schutz der Gesundheit. Um die wirksame Ausübung des Rechts auf Schutz der Gesundheit zu gewährleisten, verpflichten sich die Vertragsparteien entweder unmittelbar oder in Zusammenarbeit mit öffentlichen oder privaten Organisationen, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die unter anderem darauf abzielen, die Ursachen von Gesundheitsschäden so weit wie möglich zu beseitigen, Beratungs- und Schulungsmöglichkeiten zu schaffen, um eine Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung des persönlichen Verantwortungsbewusstseins in Gesundheitsfragen zu ermöglichen, und so weit wie möglich epidemischen, endemischen und anderen Krankheiten sowie Unfällen vorzubeugen. Sie ist der unmittelbaren Anwendung im innerstaatlichen Rechtsbereich nicht zugänglich, sodass die Erlassung von Gesetzen gem. Art. 50 Abs. 2 Z 3 B-VG erforderlich ist¹⁶.

2.4.3 Österreich

Seit Anfang der 90er Jahre wurden – in Anlehnung an die internationalen und europäischen Bestrebungen – maßgebliche Bemühungen gesetzt, die Gesundheitsförderung in Österreich zu forcieren. Unter anderem durch das GfG, der gesetzlichen Aufnahme der Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe der sozialen Krankenversicherung und darauf aufbauenden Gesetzen und politischen Bekenntnissen, wurde in Österreich schrittweise eine Gesundheitsförderungsstrategie etabliert (38).

¹³ VfSlg. 19.632/2012.

¹⁴ BGBl. III Nr. 112/2011.

¹⁵ Beim Europarat und der Europäischen Union handelt es sich um unterschiedliche Organisationen, die verschiedene Rollen wahrnehmen, sich dabei jedoch ergänzen.

¹⁶ 1068 der Beilagen XXIV. GP.

2.4.3.1 Finanzierung

Die öffentliche Hand¹⁷ gab bei der letzten Erhebung im Jahr 2016 2.441,3 Millionen Euro für Gesundheitsförderung und Prävention aus. Gemessen an den laufenden Gesundheitsausgaben entspricht dies einem Anteil von etwa 8,9 % bzw. 3,3 % (ohne Tertiärprävention) (39). Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Aufwendung öffentlicher Mittel zum Zwecke der Gesundheitsförderung (und Prävention) finden sich in § 4 GfG iVm Finanzausgleichsgesetz (FAG). Nach Maßgabe des Gesetzes werden für Zwecke der Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information ab dem Jahr 1998 jährlich Anteile am Aufkommen an der Umsatzsteuer nach Maßgabe des jeweiligen Finanzausgleichsgesetzes¹⁸ zur Verfügung gestellt (§ 4 GfG).

2.4.3.2 Gesundheitsziele Österreich

Einen Meilenstein in der österreichischen Public-Health-Landschaft stellen die nunmehr seit zehn Jahren bestehenden „Gesundheitsziele Österreich“ dar. Die zehn Gesundheitsziele orientieren sich an einem umfassenden Gesundheitsbegriff und stellen die vielfältigen Einflussfaktoren für Gesundheit (Determinanten der Gesundheit) in den Mittelpunkt. Der Prozess der Entwicklung und Etablierung der „Gesundheitsziele Österreich“ erfolgte in drei Phasen. Im ersten Schritt wurden die Gesundheitsziele im Auftrag der Bundesgesundheitskommission (BGK), des Ministerrats und des Nationalrats im Rahmen eines breiten, beteiligungsorientierten Prozesses im Jahr 2012 beschlossen. Die Gesundheitsziele stellen in ihrer Gesamtheit eine umfassende gesundheitspolitische Zielsetzung dar, die eine bundesweite Handlungsstrategie für die Umsetzung einer gesundheitsorientierten Politik vorgibt. Seither werden die einzelnen Gesundheitsziele schrittweise durch Arbeitsgruppen konkretisiert und darauf basierende Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung entwickelt. Die letzte Phase besteht aus einem begleitendem Monitoring auf unterschiedlichen Ebenen (40, 41).

Die Gesundheitsziele fanden mittlerweile auch Eingang in die Rechtsordnung. So werden etwa im Gesundheitszielsteuerungsgesetz die gesetzliche Krankenversicherung und der Bund angehalten, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an den „Rahmen-Gesundheitszielen“ [sic!] zu orientieren (§ 4 Abs. 1 G-ZG).

2.4.3.3 Umsetzung der internationalen und europäischen Initiativen in der österreichischen Politik

Sustainable Development Goals: Im Jahr 2015 wurde die "Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung" unter dem Titel "Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung"

¹⁷ Darunter fallen folgende Körperschaften: Bund (inkl. Fonds Gesundes Österreich), Bundesländer, Städte und Gemeinden sowie die Sozialversicherung.

¹⁸ Der Inhalt des FAG beruht auf dem Ergebnis von Verhandlungen zwischen den Finanzausgleichspartnern (= Bund, Länder, Österreichischer Gemeindebund und Österreichischer Städtebund). Das derzeit in Geltung stehende Finanzausgleichsgesetz (FAG 2017) regelt den Finanzausgleich für die Jahre 2017 bis 2023.

beschlossen. Alle 193 Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen – darunter auch Österreich – verpflichten sich zur Umsetzung der Agenda 2030 mit ihren 17 nachhaltigen Entwicklungszielen (*engl. Sustainable Development Goals, SDGs*) auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene bis zum Jahr 2030.

Dieses Engagement wurde in Österreich insbes. mittels des Ministerratsbeschlusses vom 12. Januar 2016 dargelegt, in welchem alle Bundesministerien zur kohärenten Umsetzung der "Agenda 2030" beauftragt wurden. Ein weiterer Schritt auf nationaler Ebene war die 2017 erfolgte Einrichtung der interministeriellen Arbeitsgruppe "Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung", in der alle Bundesministerien durch offizielle SDG-Verantwortliche vertreten sind (42). Zudem tragen die Gesundheitsziele zur Umsetzung der Agenda 2030 in Österreich bei und adressieren aufgrund ihres systematischen Prozesses alle SDGs (43).

2.4.3.4 Stand heute und Problemfelder

Die Materie Public Health stand in jüngeren Jahren vermehrt im Zentrum der Forschung unterschiedlicher Disziplinen. Trotz der stetig steigenden Beachtung der Thematik in der Wissenschaft ist der rechtswissenschaftliche Forschungsstand in Österreich bis dato dürftig. Allen voran gilt es hierbei zu beachten, dass die erfolgreiche legislative Implementierung von Gesundheitsförderung mit Maßnahmen einhergeht, die sich über diverse Rechtsbereiche erstrecken. Mit diesen breit gefächerten Möglichkeiten der Umsetzung geht auch eine sehr aufgesplitterte Forschungslandschaft einher. So gibt es zu einigen rechtlichen Aspekten der Gesundheitsförderung bereits (mittelbare) Literatur, wohingegen andere Bereiche bis dato unerforscht bleiben. Insbesondere ist eine holistische Auseinandersetzung mit der Thematik ausständig.

3. Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich

Zum Verständnis des rechtlichen Rahmens der Gesundheitsförderung in Österreich ist ein Aufarbeiten diverser Rechtsbereiche auf unterschiedlichen Ebenen des Stufenbaus der Rechtsordnung¹⁹ erforderlich. Im Rahmen dieses Kapitels soll eine ebensolche Aufarbeitung durch Auflistung und Beschreibung der relevanten Gesetze auf Bundes- und Landesebene unter Beachtung der verfassungsgesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgen.

3.1 Verfassungsrecht

3.1.1 Staatsstruktur und Kompetenzverteilung

Artikel 2 des österreichischen Bundesverfassungsgesetzes (B-VG) besagt, dass Österreich ein Bundesstaat ist. Das bundesstaatliche Prinzip äußert sich insbesondere in der Kompetenzverteilung (Art. 10 ff B-VG), also der Aufteilung der Aufgaben zwischen den neun österreichischen Bundesländern und der gesamtstaatlichen Regierung. Diese Aufgabenteilung umfasst die Gesetzgebung und Ausführung von Gesetzen sowie die Finanzwirtschaft.

Eine Eigenheit der Gesundheitsförderungsgesetzgebung liegt dabei in den vielfältigen Möglichkeiten des Gesetzgebers, Gesundheitsförderung in der österreichischen Rechtsordnung umzusetzen. Von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im medizinischen Setting, wie etwa Regelungen im Bereich der Primärversorgung (§ 3 Abs. 2 Z 2 PrimVG), bis hin zu gesundheitsförderlichen Interventionen in der Umweltgesetzgebung oder im Schul- oder Arbeitsrecht²⁰ gibt es ein breites Spektrum an geeigneten Herangehensweisen.

Aus kompetenzrechtlicher Sicht handelt es sich folglich um eine sog. „Querschnittsmaterie“ (44). Vielfältige Maßnahmen in diversen Kompetenzmaterien können einen Beitrag zur Steigerung der Gesundheitsförderung auf gesetzlicher Ebene leisten. Zwar liegt die Kernkompetenz der Angelegenheiten des Gesundheitswesens beim Bund gem. Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG, dessen Aufgabe es sohin ist, durch einschlägige Gesetze, Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu leisten (45), doch können nicht alle Gesundheitsförderungsnormen dieser bundesstaatlichen Kompetenz zugeordnet werden. Weitere Kompetenzmaterien, in denen Bezüge zur Gesundheitsförderung zu verorten sind, stellen etwa das „Arbeitsrecht“ sowie das „Sozial- und Vertragsversicherungswesen“ (vgl.: Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG) dar. Auch die Kompetenz des „Schulwesens“ (Art. 14 B-VG) weist einen Konnex zu Gesundheitsförderung auf. Es muss bei der

¹⁹ Der Stufenbau der Rechtsordnung besagt, dass Gesetze und Verordnungen stets den jeweils höherwertigen Normen entsprechen müssen. Die höchste Stufe nehmen die österreichische Bundesverfassung und einzelne Verfassungsgesetze sowie die EU-Beitrittsakte ein. Untergeordnet sind die Bundes- und Landesgesetze auf einfachgesetzlicher Ebene. Auf deren Basis können von befugten staatlichen Organen Verordnungen sowie Bescheide erlassen werden.

²⁰ Vgl.: §§ 66 ff. SchuG; ASchG; Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz; Umweltschutzgesetze der Länder.

Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung folglich stets beachtet werden, dass nicht ein einzelner Gesetzgeber für die Erlassung jeglicher einschlägiger Normen zuständig ist.

Die Kompetenzaufteilung und die Eigenschaft als „Querschnittsmaterie“ äußern sich in der Praxis deutlich. So sind sogenannte Gliedstaatsverträge (siehe Kap. 3.4) eine gängige Herangehensweise zur Regelung von Materien, die nicht ausschließlich in die Kompetenz eines einzelnen Gesetzgebers fallen.

3.1.2 Grundrechte

Österreich kennt im Vergleich zu anderen Ländern kein explizites Grundrecht auf Gesundheit (46-48) oder gar auf Gesundheitsförderung und Prävention. Auch sonst gibt es keine ausdrücklichen verfassungsgesetzlichen Bestimmungen über das Gesundheitsrecht (49). Dies liegt insbesondere daran, dass die österreichische Verfassung keine systematische Verankerung sogenannter sozialer Grundrechte vornimmt (50). Zwar wurde die Idee, den österreichischen Grundrechtskatalog, um ein Grundrecht auf Gesundheit zu ergänzen, etwa in einem Initiativantrag (144/A XX. GP) bereits aufgegriffen, jedoch nie umgesetzt.

Im Zuge einer Entscheidung des VfGH wurde jedoch festgestellt, dass die GRC (inkl. des in deren Art. 35 verorteten Rechts auf Gesundheit) auch in Österreich durchsetzbar sind (siehe Kap. 2.4.2.4.).

Zu erwähnen ist weiterhin Art. 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR)²¹. In diesem ist das Recht eines:iner jeden auf das für ihn:sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit durch die Umsetzung von vorgegebenen Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen festgehalten. Zur Erreichung sind insbesondere auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung von den Vertragsparteien zu ergreifen; so etwa Mittel zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes, Maßnahmen zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene als auch Handlungen zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten sowie zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

Im Rahmen der Vereinten Nationen ist Österreich zwar Vertragspartei des seit 1978 bestehenden Menschenrechtsübereinkommens, jedoch ist der Pakt nicht unmittelbar anwendbar. Aus der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage kann jedoch entnommen werden, dass die darin gewährten Rechte in Österreich bereits weitgehend gesetzlich umgesetzt sind. Gerichte und Verwaltungsbehörden haben in ihren Zuständigkeitsbereichen deshalb für die Durchsetzung der im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte verankerten Rechte zu sorgen (51).

²¹ BGBl. Nr. 590/1978.

3.1.2.1 Intersektoralität und interministerielle Zusammenarbeit

Bereits die „Alma Ata Declaration on Primary Health Care“ (1978) sowie die Ottawa-Charta (1986) identifizierten die intersektorale Zusammenarbeit als ein zentrales Element der Gesundheitsförderung (52). In Österreich gibt es mehrere Ansätze, das Zusammenspiel der unterschiedlichen Einflussfaktoren im Sinne des Prinzips von Health in All Policies in den politischen Arbeitsprozess einfließen zu lassen.

Dies wird jedoch nur zum Teil umgesetzt. Positiv zu erwähnen ist hier insbesondere das Plenum „Gesundheitsziele Österreich“. Es besteht aus etwa 40 Vertreterinnen und Vertretern verschiedener politischer und gesellschaftlicher Bereiche (53). Des Weiteren ist die Bundesgesundheitskommission (BGK), das Organ der Bundesgesundheitsagentur (BGA) anzuführen. Ihr gehören Beauftragte des Bundes, der Sozialversicherung, aller Länder, der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen und der Österreichischen Ärztekammer sowie weitere, nicht stimmberechtigte Mitglieder an (54).

3.2 Bundesrecht

3.2.1 Gesundheitszielsteuerungsgesetz (G-ZG)

Beim Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheitszielsteuerungsgesetz, G-ZG) handelt es sich um die Umsetzung der Vereinbarung „Zielsteuerung-Gesundheit“ (siehe Kap. 3.4.1) ins österreichische Bundesrecht.

So legt § 4 Abs. 1 G-ZG fest, dass sich der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an den vom Ministerrat und der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen „Rahmen-Gesundheitszielen“ zu orientieren haben. Dies soll gewährleisten, dass Voraussetzungen geschaffen werden, welche die Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen in allen Politikfeldern erhalten, fördern und wiederherstellen. Gemäß § 9 G-ZG hat sich auch die Verwendung der finanziellen Mittel an den von der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen „Rahmen-Gesundheitszielen“ zu orientieren. § 4 Abs. 2 leg. cit. besagt, dass bei der Durchführung der Maßnahmen stets die Public-Health-Grundsätze der WHO zu beachten sind und es ebenso gilt, die Multiprofessionalität in der Versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung sowie in der Forschung und Lehre zu stärken. Als Gegenstück zum einschlägigen Bundesgesetz kommen auch in der „Art. 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit“ die Vertragsparteien (der Bund vertreten durch die Bundesregierung und die neun Länder vertreten durch den Landeshauptmann) überein, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an den vom Ministerrat und der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen Gesundheitszielen zu orientieren.

3.2.2 Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)

Zur Intensivierung der Qualitätsarbeit sowie Implementierung eines bundesländer- und sektorenübergreifenden Qualitätssystems wurde 2013 das Gesundheitsqualitätsgesetz²² erlassen. In den ErläutRV werden die Motive zur Erlassung des Gesetzes beschrieben. Ziel ist es, das bisherige System der Setzung qualitätsbezogener Maßnahmen im Gesundheitswesen, das maßgeblich durch unterschiedliche sektoren- und bundesländerbezogene Inventionen geprägt war, einheitlicher zu gestalten (55).

Bei dem vom Gesetz angestrebten bundesländer- und sektorenübergreifenden Qualitätssystem spielen neben den maßgeblichen Qualitätsmerkmalen der Patientinnen- bzw. Patientenorientierung und -sicherheit auch die „Grundprinzipien der Gesundheitsförderung“ eine wichtige Rolle bei der Umsetzung der Maßnahmen i. S. d. Gesetzes²³. So müssen gem. § 4 Abs. 2 Gesundheitsleistungen stets in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden. Zudem obliegt es dem zuständigen Bundesminister bzw. der zuständigen Bundesministerin bei der Erlassung von Bundesqualitätsleitlinien die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung einfließen zu lassen.

Folglich liefert das GQG neben der erstmaligen Bereitstellung einer Legaldefinition des Begriffs „Gesundheitsförderung“ (siehe Kap. 2.2) diverse Verpflichtungen der relevanten beteiligten Personen, Gesundheitsförderungsprinzipien in die Planung und Umsetzung von Maßnahmen i. S. d. Gesetzes einzubeziehen. Dennoch ist im Hinblick auf die Bedeutung des Gesetzes zu beachten, dass in der Praxis oftmals andere Vereinbarungen (insbesondere in Form von Empfehlungen der Bundes-Zielsteuerungskommission) faktisch an die Stelle eines Rückgriffs auf das GQG treten (55).

3.2.3 Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)

Neben der erstmaligen Verortung von Bemühungen innerhalb des Sozialversicherungsrechts in den 90er Jahren (siehe Kap. 2.2) äußerte sich das immer größer werdende Interesse, Public-Health-Maßnahmen auch in Österreich gesetzlich zu verankern, insbesondere in der Schaffung des „Bundesgesetzes über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information“ (Gesundheitsförderungsgesetz)²⁴. Aufbauend auf internationalen Erfahrungen auf diesem Gebiet, die aufzeigen konnten, dass nur langfristige Programme, welche auch die Lebens- und Arbeitssituation der Menschen berücksichtigen, die gewünschte Wirksamkeit erzielen, wurde in Österreich das Gesundheitsförderungsgesetz geschaffen²⁵.

²² 693 der Beilagen XXII. GP - Regierungsvorlage – Materialien, 27.

²³ Siehe Legaldefinition des § 2 Z 17 GQG.

²⁴ BGBl. Nr. 51/1998.

²⁵ 1043 der Beilagen XX. GP, 4.

Seither existiert in Österreich eine gesetzliche Grundlage für eine stärkere Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention, allerdings finden sich in dem Gesetz, das fünf Paragraphen umfasst, lediglich verallgemeinerte Zielsetzungen. Mit dem Bundesgesetz erfolgen eine Zieldefinition sowie die Definition von Strategien für die Verwendung zweckgebundener Finanzmittel, die aus dem Aufkommen der Umsatzsteuer zur Verfügung gestellt und budgetiert werden.

§ 1 leg. cit. definiert Maßnahmen und Initiativen, die zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens dienen. In seiner Zielsetzung widmet sich das Gesetz der Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren.

Die Ziele orientieren sich an dem umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO, der neben dem biomedizinischen Ansatz die Bedeutung der psychosozialen und gesellschaftlichen Aspekte von Gesundheit betont. Sie schließen an die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung an.

Das Vorblatt²⁶ zum GfG beschreibt die Motivation hinter dem neuen Gesetz. Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen machen es über die zwischenzeitlich eingeleiteten strukturellen Veränderungen hinaus notwendig, verstärkt Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu setzen. Es ist daher ein gesundheitspolitisches Ziel, den Wissensstand der Bevölkerung über Gesundheitsgefahren und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erweitern, Informationen über gesunde Lebensgestaltung zu vermitteln und sowohl die Entwicklung positiver Verhaltensweisen als auch gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu unterstützen.

3.2.4 Gesundheitsförderung im Sozialversicherungsrecht

Die gesetzliche Sozialversicherung stellt ein System mit zentraler gesellschaftlicher Bedeutung dar. Seit Januar 2020 ist die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) die Rechtsnachfolge der neun Gebietskrankenkassen und der vier Betriebskrankenkassen angetreten und übernimmt somit die zentrale Verantwortung für die Gesundheitsförderung und Prävention im Sozialversicherungswesen (56).

Die ÖGK folgt dem im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz verankerten gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung (vgl.: § 116 ff., § 154b, § 156 ASVG). Erstmals fand die Gesundheitsförderung im Jahr 1991 Eingang ins ASVG. Seitdem gibt es eine breite Vielfalt an Normen, die sich der Gesundheitsförderung (und Prävention) im Rahmen der Sozialversicherung widmen.

Es fällt gem. § 1116 ASVG in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung, für die *"zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention"* zu sorgen (zu den unterschiedlichen Begrifflichkeiten (siehe Kap. 2.2). Zudem ist in § 254b ASVG festgelegt, dass über Krankheitsverhütung aufzuklären ist und auf die Lebenswelten abgestimmte Gesundheitsförderungs-

²⁶ 1043 der Beilagen XX. GP.

und Präventionsprogramme anzubieten sind. Zur Krankheitsverhütung können zudem gem. § 156 Abs. 1 Z 3 ASVG Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Versicherten und ihrer Angehörigen aufgestellt werden (57).

Aufgaben der Krankenversicherung sind zum einen die Behandlung von Krankheiten und zum anderen die Früherkennung und Vorsorge²⁷. Gesetzlich verankert ist die Vorsorgeuntersuchung in § 132b ASVG. Auch die Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes²⁸ sind im Zusammenhang mit der Gesundheitsvorsorge anzuführen.

3.2.5 Entwurf Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz (GPG)

Der Entwurf zum Bundesgesetz zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention (Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz – GPG) wurde im Jahr 2008 zum allgemeinen Begutachtungsverfahren vorgelegt (GZ 96170/0001-I/B/9/2008). Geplantes Ziel des Legislativvorhabens war die gesetzlich verankerte Unterstützung von Maßnahmen und Initiativen der Träger von Gesundheitsförderung und Prävention durch den Einsatz struktureller und finanzieller Mittel. Das Gesetz kam jedoch nicht zustande.

3.2.6 Exkurs: Gesundheitsförderung außerhalb der Grundlagengesetze

Wie schon das Prinzip Gesundheit in allen Politikfeldern (HiAP) besagt, gilt es durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren, die Gesundheit der Bevölkerung wirksam und nachhaltig zu fördern (vgl.: § 3 Z 4 G-ZG). Die legislative Umsetzung dieses Ansatzes geht folglich mit der Verankerung von Gesundheitsförderungsnormen in diversen Rechtsbereichen einher. Im Folgenden werden einige Gesundheitsförderungsnormen angeführt, die über das bloße Festlegen von Grundsätzen für die Gesundheitsförderung hinausgehen und sich der praktischen Anwendung und Umsetzung des Konzepts widmen.

- **Gesundheitsförderung in der Primärversorgung** (§§ 3 Abs. 2 Z 2, 5 Abs. 1 Z 6 PrimVG²⁹): Die Errichtung und der Betrieb von Primärversorgungseinheiten zur Erbringung von multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsdienstleistungen der Primärversorgung erfüllen im Sinne der strukturierten und verbindlichen Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten ein wichtiges öffentliches Interesse. Diese erfolgen insbesondere auch durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Überdies ist durch die Primärversorgungseinheit i. S. d. § 2 Abs. 1 bis 3 eine breite diagnostische, therapeutische und

²⁷ Vgl.: § 116 ASVG.

²⁸ Der Mutter-Kind-Pass wurde bereits 1974 eingeführt. Das Programm wird seither kontinuierlich weiterentwickelt und dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung angepasst (MuKiPassV).

²⁹ BGBl. I Nr. 131/2017.

pflegerische Kompetenz mit (Zusatz-)Kompetenzen insbesondere auch für die Gesundheitsförderung abzudecken.

- **Gesundheitsförderung in den Berufsgesetzen** (vgl.: § 10 Abs. 2 Z 3 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015; § 14 Abs. 1 GuKG³⁰): Mittlerweile wird die Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Berufsgesetzen als zu erlernende Kenntnis angeführt. So ist es etwa Ziel der allgemeinärztlichen Ausbildung i. S. d. § 10 Abs. 2 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung, notwendige Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten auch im Fachgebiet der Gesundheitsförderung zu vermitteln. Ähnliche Regelungen werden hinsichtlich der notwendigen Kernkompetenzen von Angehörigen der Pflegeberufe im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (§ 14 Abs. 1 GuKG) getroffen.
- **Gesundheitsförderung im Arbeitsrecht** (vgl.: §§ 81f, 88 AschG³¹): Arbeitsmediziner:innen haben die Aufgabe, die Arbeitgeber:innen, die Arbeitnehmer:innen, die Sicherheitsvertrauenspersonen und die Belegschaftsorgane auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes, der auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderung und der menschengerechten Arbeitsgestaltung zu beraten und die Arbeitgeber:innen bei der Erfüllung ihrer Pflichten auf diesen Gebieten zu unterstützen.

3.3 Landesrecht

3.3.1 Landesgesundheitsfonds

Die Landesgesundheitsfonds sind öffentlich-rechtliche Fonds zur Finanzierung öffentlicher gemeinnütziger Krankenanstalten nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Des Weiteren nehmen sie jene Anforderungen wahr, die sich aufgrund der „partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit“ auf der jeweiligen Landesebene ergeben (58). Der Aspekt der Gesundheitsförderung spielt eine besondere Rolle. Nähere Regelungen sind im jeweiligen Landesrecht zu verorten. Jedes der Bundesländer hat ein eigenes Gesundheitsfondsgesetz³². Die Gesundheitsplattform (Landesgesundheitsplattform) ist das Organ der jeweiligen Landesgesundheitsfonds (vgl.: Art. 25 der Vereinbarung gemäß Art. 15a BV-G über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

³⁰ BGBl. I Nr. 108/1997.

³¹ BGBl. Nr. 450/1994 idF BGBl. Nr. 457/1995.

³² Burgenländisches Gesundheitswesengesetz 2017, Kärntner Gesundheitsfondsgesetz – K-GFG, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS-G 2006), Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, Salzburger Gesundheitsfondsgesetz - SAGES-Gesetz 2016, Steiermärkisches Gesundheitsfondsgesetz 2017, Tiroler Gesundheitsfondsgesetz (TGFG), Gesetz über die Errichtung eines Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg, Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017.

3.4 15a-Vereinbarungen

Aufgrund der Kompetenzverteilung in Österreich werden regelmäßig sog. Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern oder den Ländern untereinander getroffen.

Mittels 15a-Vereinbarungen bzw. Gliedstaatsverträgen wird versucht, der aufgesplitterten Kompetenzverteilung im österreichischen (Gesundheits-)Recht entgegenzuwirken (siehe Kap. 3.1.1). Subjektive Rechte Einzelner können hingegen - dem Charakter einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG entsprechend - durch eine solche Vereinbarung nicht begründet werden³³.

3.4.1 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit

Die Umsetzung der Vereinbarung „Zielsteuerung Gesundheit“ erfolgte auf Bundesebene durch das „Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit“³⁴ (siehe Kap. 3.2.1). Der Inhalt des Gliedstaatsvertrags steht folglich im Einklang mit dem Gehalt des G-ZG.

3.4.1.1 *Umsetzung in der Praxis*

Auf operativer Ebene wird die 15a-Vereinbarung durch einen Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (analog auf Landesebene: Landes-Zielsteuerungsübereinkommen) ergänzt. Diese „Konkretisierungsabkommen“ beinhalten detailliertere Maßnahmen für die jeweilige Zielsteuerungsperiode. Im aktuellen Bundeszielsteuerungsvertrag 2022 – 2023 (59) wird die Forcierung einer zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention durch eine abgestimmte Gesundheitsförderungsstrategie festgelegt. Die Gesundheitsförderungsstrategie dient als Grundlage für die Verwendung von Gesundheitsförderungsfonds sowie Vorsorgemitteln. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung orientiert sich an den Gesundheitszielen Österreich und an den im Einklang mit den Gesundheitszielen Österreich stehenden Landesgesundheitszielen.

Die selbsternannte Zielsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie ist es, einen Beitrag für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich zu leisten. Zur Erreichung dieser zentralen Zielsetzung formuliert die Gesundheitsförderungsstrategie konkrete Ziele und definiert priorisierte Schwerpunkte für die jeweilige Vertragsperiode (60).

3.4.2 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Auch die 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens³⁵ beinhaltet wesentliche Aspekte der Gesundheitsförderung. Artikel 1 Abs. 2 der Vereinbarung widmet sich den inhaltlichen Schwerpunkten – in wechselseitiger Übereinstimmung mit der Vereinbarung gemäß Art.

³³ Vgl.: 1268 der Beilagen XXII. GP - Vereinbarung Art. 15a B-VG – Materialien, 3.

³⁴ Im Rahmen dessen kam es zur Anpassung weiterer Bundesgesetze.

³⁵ LGBl. Nr. 49/2017.

15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und unter besonderer Berücksichtigung der Patientenorientierung. Eines der Hauptaugenmerke liegt dabei auf der Berücksichtigung von Public-Health-Grundsätzen, insbesondere mit Hinblick auf Prävention und Versorgung von chronischen Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes Mellitus Typ II oder Demenz sowie der Forcierung einer wirkungsorientierten Gesundheitsförderung (Art. 1 Abs. 2 Z 9 leg. cit.). Im Folgenden widmet sich der komplette dritte Abschnitt des Gliedstaatsvertrages dem Thema der „Qualität und Gesundheitsförderung“. Insbesondere Art. 10 der Vereinbarung enthält unter dem Namen „Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung“ wesentliche Regelungen zur Gesundheitsförderung. Insbesondere der Gesundheitsförderungsfonds erfährt ebendort Behandlung.

***Exkurs: Gesundheitsförderungsfonds (Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens):** Zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention wurden in allen Landesgesundheitsfonds „Gesundheitsförderungsfonds“ (ohne Rechtspersönlichkeit mit eigenem Verrechnungskreis) eingerichtet. Mittels des Fonds werden jährlich Maßnahmen gefördert, die in Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie die Gesundheit der Bevölkerung positiv beeinflussen sollen.*

3.4.3 Exkurs Patient:innenrechte als Beispiel für erfolgreiche legistische Verankerung einer „Querschnittsmaterie“:

Die Rechte der Patient:innen sind durch eine Vielzahl an Gesetzen geschützt. Mit der seit 1999 gem. Art 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen „Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte“ (sog. Patientencharta) sollte zusätzlich zu den subjektiven Rechten³⁶ in den geltenden Bestimmungen eine vollständige systematisch gegliederte und komprimierte Zusammenfassung aller Patient:innen-Rechte erfolgen. Diese sind als „Querschnittsmaterie“ verstreut über zahlreiche Rechtsgebiete des Bundes und der Länder zu finden und mussten zuvor aus einer Zusammenschau unterschiedlicher Gesetze und Rechtsgebiete mühsam zusammengetragen werden (61). Die Patientencharta schafft als Gliedstaatsvertrag zwar kein unmittelbar anwendbares Recht, aber weißt – neben der umfassenden Zusammenfassung – eine politische Signalwirkung auf (62). Eine ähnliche Vorgehensweise könnte im Bereich der Gesundheitsförderung angedacht werden.

3.5 Gesundheitsförderung in der Praxis – kommunale Gesundheitsförderung

Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben. Es bietet sich daher an, bei der Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene anzusetzen – in Gemeinden, Städten und Regionen. So kann auf die spezifischen regionalen Bedürfnisse eingegangen werden. Insbesondere ist es Ziel der kommunalen Gesundheitsförderung – entsprechend der Setting-Orientierung i. S. d. WHO – einen umfassenden

³⁶ Als subjektives Recht bezeichnet man konkreten rechtliche Befugnisse oder Ansprüche, die einem Rechtssubjekt (Person) selbst zustehen.

Ansatz zu verfolgen. Es soll nicht nur das Verhalten der einzelnen Personen, sondern vor allem auch die Lebenswelt der Menschen – das kommunale Setting – miteinbezogen werden (63).

Zu beachten ist allerdings auch hier der Rahmen, der sich aus der Rechtsordnung ergibt. Gemeinden sind gem. Art. 116 Abs. 1 B-VG sog. „Gebietskörperschaften“³⁷. Artikel 118 B-VG widmet sich den Wirkungsbereichen der Gemeinden. Dieser bezeichnet den Aufgabenbestand der Gemeinden. Das Verfassungsrecht unterscheidet zwischen Angelegenheiten, die per Verfassung in den Selbstverwaltungsbereich fallen (eigener Wirkungsbereich) und solchen, die vom Bund oder von den Bundesländern in Auftrag gegeben werden (übertragener Wirkungsbereich). Gesundheitsagenden liegen – bis auf einige Ausnahmen³⁸ – grundsätzlich nicht im direkten Aufgabenbereich der Gemeinde. Jedoch kann durch die Umsetzungsweise innerhalb der Wirkungsbereiche die Gesundheit der Bürger:innen beeinflusst werden (64). So obliegt es den Gemeinden i. S. v. HiAP, die eigenen oder übertragenen Aufgaben stets unter Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten umzusetzen, um so Gesundheitsförderung umfassend und nachhaltig im kommunalen Setting zu implementieren.

Wird über kommunale Gesundheitsförderung gesprochen, ist stets zu beachten, dass es sich hierbei nicht um einen homogenen Prozess handelt, denn die Voraussetzungen in den jeweiligen Gemeinden können mitunter stark differieren.

Um die Chancen, die eine umfassende Gesundheitsförderungsstrategie auf kommunaler Ebene eröffnet, bestmöglich zu nutzen und den Prozess für Gemeinden zu erleichtern, wurde vom FGÖ ein Leitfaden erstellt: Das 2014 veröffentlichte Werk „Gesundheitsförderung in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung“ dient als Unterstützungshilfe, um den Einstieg in die kommunale Gesundheitsförderung zu erleichtern. So soll der Leitfaden dabei unterstützen, die Gesundheitskompetenz in Gemeinden, Städten und Regionen zu verbessern, qualitätsgesicherte Projekte zu initiieren sowie Hilfestellungen in der Planung und Umsetzung zu geben (65).

Zum bisherigen Zeitpunkt wird Gesundheitsförderung in der österreichischen Praxis bereits durch diverse Projekte und Maßnahmen umgesetzt (66). Insbesondere ist hier das „Netzwerk Gesunde Städte“ sowie die „Gesunde Gemeinde“ zu nennen³⁹. Trotz diverser Errungenschaften im Setting der Kommunen ist jedoch festzuhalten, dass ein umfassender Überblick über sämtliche Aktivitäten und Initiativen ausständig ist.

³⁷ Der Bund, die neun Bundesländer sowie die Gemeinden sind sog. Gebietskörperschaften, d.h. sie sind jeweils für einen bestimmten Bereich des Staates und für die dort lebenden Menschen zuständig.

³⁸ Im eigenen Wirkungsbereich obliegt den Gemeinden die Verantwortung über die örtliche Gesundheitspolizei, insbesondere auch auf dem Gebiet des Hilfs- und Rettungswesens sowie des Leichen- und Bestattungswesens (vgl.: Art. 118 Abs. 3 Z 7 B-VG).

³⁹ Eine umfassendere Recherche ist der Studie „Überblick zu Initiativen bzw. Audits im kommunalen Setting“ zu entnehmen (vgl.: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-07/Initiativen%20bzw%20Audits%20im%20kommunalen%20Setting_final.pdf).

4 Gesundheitsförderung in den ausgewählten Nationen

4.1 Deutschland

Die Gesundheitsförderungslandschaft ist in Deutschland durch Trägerpluralität gekennzeichnet: Gesundheitsförderungsagenden werden von einem Zusammenspiel aus staatlichen Institutionen, öffentlich-rechtlichen Körperschaften, freien Trägern und privaten Organisationen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene getragen (67).

4.1.1 Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen

Werden Deutschland und Österreich im Vergleich zueinander betrachtet, finden sich diverse Überschneidungen in den Rechtsordnungen. Trotz diverser Gemeinsamkeiten gibt es jedoch einige nennenswerte Differenzen. So sind beinahe alle Bestimmungen im Verfassungsrang – anders als in Österreich – in einem einzigen Gesetz, dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) normiert. Ergänzt wird das GG durch die jeweiligen Landesverfassungen (68).

4.1.1.1 *Staatsstruktur und verfassungsrechtliche Besonderheiten*

Die Ausübung der Staatsgewalt ist ebenso wie in Österreich durch das deutsche Grundgesetz zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Ähnlich wie in Österreich (Art. 10 ff. B-VG) legen die Bestimmungen den Grundsatz fest, dass nur ausdrücklich zugewiesene Kompetenzen dem Bund obliegen und gehen somit von einer grundsätzlichen Zuständigkeit der Länder aus⁴⁰. Gesundheitsförderung ist folglich grundsätzlich Länderangelegenheit, mit Ausnahme der dem Bund ausdrücklich zugewiesenen Aufgaben.

4.1.1.2 *Grundrechte*

Während Österreich keinen einheitlichen Katalog für sämtliche Grund- und Menschenrechte kennt, verfügt das Grundgesetz in Deutschland über einen kompakten Grundrechtskatalog⁴¹. Wenngleich gravierende Differenzen zwischen den österreichischen Verfassungsgesetzen und der deutschen Verfassung bestehen, ist ihnen die charakteristische Zurückhaltung in Bezug auf soziale Grundrechte gemein. Ebenso wie in der österreichischen Verfassung ist auch im deutschen Grundgesetz kein explizites Recht auf Gesundheit enthalten. Verfassungsrechtliche Bestimmungen in Bezug auf die Gesundheitsförderung kennt das deutsche Grundgesetz ebenso wenig (69). Es sind zwar Bestimmungen enthalten, die soziale Rechte gewährleisten – wie z. B. Art. 3 GG (mit besonderem Akzent auf der Gleichberechtigung von Männern und Frauen) – jedoch bleibt der klare Fokus auf den Freiheitsrechten (70).

⁴⁰ Vgl.: Art. 30, 70, 83 GG.

⁴¹ Vgl.: Art 1 bis Art 19 GG.

4.1.2 Einfachgesetzliche Rahmenbedingungen

Auf einfachgesetzlicher Ebene herrschte in Deutschland insbesondere in den letzten Jahren ein hohes Maß an Tatendrang des Gesetzgebers hinsichtlich der legislativen Verankerung von Gesundheitsförderung. Insbesondere das sog. Präventionsgesetz, welches die Debatte rund um das Thema Gesundheitsförderung- und Prävention beherrscht, sorgt auch knapp sechs Jahre nach In-Kraft-Treten noch für Diskussionsbedarf.

4.1.2.1 *Präventionsgesetz (PrävG)*

Entstehung des PrävG: Obwohl das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“, wie es heute in Kraft steht, erst 2015 verabschiedet wurde, formulierte bereits der Koalitionsvertrag 2002 erstmals ein vorläufiges Präventionsgesetz (71, 72). Die Diskussion bis zur finalen Gesetzeserlassung erstreckte sich folglich über einen Zeitraum von beinahe 15 Jahren. Der vorgelegte Gesetzesentwurf scheiterte trotz mehrmaligen Überarbeitens insgesamt drei Mal (73). Schlussendlich ist das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“ 2016 in Kraft getreten. Es stellt zwar einen Fortschritt dar, orientiert sich jedoch stark an der Sozialversicherung und entspricht damit weder der Anforderungen Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrzunehmen noch der HiAP-Strategie der WHO.

Inhalt des Präventionsgesetzes: Wesentlicher Inhalt des Gesetzes ist die Stärkung der Zusammenarbeit der Akteure durch Einbindung von gesetzlicher Krankenversicherung, gesetzlicher Rentenversicherung, gesetzlicher Unfallversicherung sowie sozialer Pflegeversicherung und Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Dabei legt das PrävG drei Leistungsbereiche der Akteure fest: 1) Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, 2) Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie 3) Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die Maßnahmen sollen kassenartenübergreifend und in Zusammenarbeit aller Sozialversicherungsträger erfolgen. Eingeführt wurden beispielsweise ärztliche Präventionsempfehlungen bei Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen und die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung wurden insgesamt verdoppelt. Zudem wurde die Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene durch das Präventionsgesetz weiterentwickelt. Dies soll dem Erhalt und der Verbesserung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten dienen (74).

Nationale Präventionskonferenz: Mit dem PrävG wurde eine neue Kooperations- und Koordinationsstruktur geschaffen. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) wird von den Leistungsträgern – den Sozialversicherungen sowie der privaten Krankenversicherung – getragen und von beratenden Mitgliedern begleitet.

Aufgaben der NPK sind das Verfassen eines periodischen Präventionsberichts sowie die (Weiter-)Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie⁴². Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sind bundeseinheitlich und trägerübergreifend festzulegen (72).

4.1.2.2 Sozialversicherungssystem in Deutschland:

Zum Verständnis des Präventionsgesetzes ist eine Aufschlüsselung des in Deutschland bestehenden Sozialversicherungssystems vonnöten. Folgender Exkurs soll einen Überblick über die diesbezüglich geltenden Rahmenbedingungen bieten. Das Sozialversicherungssystem in Deutschland gliedert sich in fünf Zweige auf. Diese umfassen die gesetzliche Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit sowie die soziale Pflegeversicherung (75). Dabei ist in Deutschland – im Gegensatz zum österreichischen System – eine gesetzlich verankerte wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenversicherungssystems zu finden. Dies bedeutet in der Praxis, dass Versicherungsnehmer:innen ihre Krankenversicherung frei wählen können. Die Intention des Gesetzgebers ist es, durch die Wettbewerbs- und Marktorientierungsdynamiken Innovationen und Serviceorientierung gegenüber den Versicherten zu fördern (76). In der Praxis gehen mit der Wettbewerbsdynamik jedoch auch Bedenken insbesondere hinsichtlich der Chancengleichheit einher.

„Diese wettbewerbliche Verankerung der Krankenkassen führt zwangsläufig zu einem Spannungsverhältnis zwischen dem öffentlich-rechtlichen Verwaltungsauftrag zur Herstellung von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit und kassenindividuellen Wettbewerbsstrategien um neue Mitglieder. Wenn man sich Versicherte aussuchen kann, werden junge, gutverdienende, hochgebildete Fachkräfte und junge Familien gewählt. Das führt zu einem Anwerben in Bildungs-Settings, wie Kindergärten und Grundschulen. Demnach finden rund 80% aller Kassen-Aktivitäten in diesen „früh-kindlichen“ Bereichen statt (77).“ – Dipl.-Psych.

Thomas Altgeld

4.1.3 Kommunale Gesundheitsförderung

Das Selbstverwaltungsrecht (Art. 28 Abs. 2 GG) macht die Kommunen als einen Teil der Länder zu den kleinsten räumlichen Verwaltungseinheiten. Die Gesundheitsförderung stellt – ebenso wie in Österreich – keine explizite Pflichtaufgabe der Kommunen dar, was die Kommunen in ihren Handlungsmöglichkeiten in diesen Bereichen einschränkt. Kommunen gestalten jedoch im Rahmen ihres Selbstverwaltungsrechtes⁴³ zentrale Lebensbedingungen der Menschen und sind somit trotz eingeschränkter Kompetenzen befähigt, gesundheitsfördernde Entwicklungsprozesse anzuregen und zu koordinieren (78).

⁴² Die Struktur der nationalen Präventionsstrategie geht auf das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz zurück und umfasst Bundesrahmenempfehlungen und den Präventionsbericht.

⁴³ Vgl.: Art. 28 Abs. 2 Satz 1 und 2 GG.

Die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Kommunen wurde durch die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherungen, einen höheren Anteil der Einnahmen aus den Versicherungsbeiträgen für lebensweltbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auszugeben, gestärkt. Eine zentrale Rolle nehmen nunmehr insbesondere die Koordinations- und Kooperationsgremien der lokalen Gesundheitsförderung ein (79). Damit wird der Überlegung Rechnung getragen, dass innerhalb der Kommunen wichtige Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Lebenswelten realisiert werden können und so Lebensbedingungen entsprechend mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen unterstützt werden.

4.1.3.1 Daseinsvorsorge

Unter öffentlicher Daseinsvorsorge versteht man die Gesamtheit der Leistungen der Verwaltung zur Befriedigung der Bedürfnisse der Bürger:innen für eine normale, dem jeweiligen Lebensstandard entsprechende Lebensführung. Es ist somit staatliche Aufgabe, Leistungen bereitzustellen, die für die Bevölkerung notwendig sind. Leistungen der Daseinsvorsorge werden insbesondere von den Kommunen als Angelegenheiten der örtlichen und überörtlichen Gemeinschaft erbracht (80).

„Die Daseinsvorsorge ist eine typische, kommunale Aufgabe. Dabei spielt jedoch die Gesundheit keine nennenswerte Rolle. [...] die Kommunen nehmen die Daseinsvorsorge wieder vermehrt auf, jedoch eher als Standort-Faktor, was mitunter zu Hausarzt-Gewinnungs-Programmen bei dem derzeitigen Fachkräfte-Mangel im Gesundheitswesen führt. Damit Kommunale Gesundheitsförderung langfristig und nachhaltig wirken kann, ist eine zentrale Koordination notwendig (77).“ – Dipl.-Psych. Thomas Altgeld

4.1.4 Finanzierung

Informationen über die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes entnehmen. Demnach wurden im Jahr 2020 rund 4,6 Millionen Euro für die Gesundheitsförderung ausgegeben (81). Hierzu zählt das Statistische Bundesamt Leistungen, die darauf abzielen, das Verhalten eines Einzelnen oder einer Gruppe in einer ganz bestimmten Weise zu beeinflussen oder zu fördern, um dadurch den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern oder zu erhalten (82).

4.1.5 Best-Practice-Beispiele

4.1.5.1 IN FORM

Bei „IN FORM“ handelt es sich um eine Initiative Deutschlands für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom damaligen Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) initiiert.

Mittlerweile ist die Initiative bundesweit mit Projektpartnern in verschiedenen Lebenswelten aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern (83).

4.1.5.2 *Gesundheitsziele*

In Deutschland gibt es auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und den Ländern bereits seit 2000 Bestrebungen zur Festlegung und Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen. Bei den deutschen nationalen Gesundheitszielen handelt es sich um Vereinbarungen der zentralen Akteure des Gesundheitswesens, die sich auf freiwilliger Basis zum Zwecke der gemeinsamen und zielorientierten Verbesserung der Gesundheit der deutschen Bevölkerung zusammengeschlossen haben (84). Seit 2007 ist „gesundheitsziele.de“ ein langfristig angelegter Kooperationsverbund, in dem sich über 140 Organisationen dem Ziel der Weiterentwicklung und Implementierung der Gesundheitsziele widmen (85). Die nationalen Gesundheitsziele werden stetig weiterentwickelt.

4.1.6 Conclusio und Eckpunkte

In Deutschland gibt es seit geraumer Zeit Überlegungen und Bemühungen zur Verbesserung und Förderung der Gesundheit der deutschen Bevölkerung. Ähnlich wie Österreich kann auch Deutschland noch keine flächendeckenden Gesundheitsförderungsstrukturen aufweisen. Nichtsdestotrotz sind deutliche Bestrebungen erkennbar.

Folgende Eckpunkte tragen das deutsche Gesundheitsförderungssystem maßgeblich:

- In Deutschland gibt es kein Grundrecht auf Gesundheit oder Gesundheitsförderung.
- Mit dem PräVG trat in Deutschland 2016 ein wesentlicher Gesetzesakt zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kraft.
- Das Gesundheitsförderungssystem ist in Deutschland stets in Verbindung mit dem Sozialversicherungssystem – das gravierende Differenzen zu den österreichischen Gegebenheiten aufweist – zu sehen.
- Das PräVG hat zu wesentlich höheren Ausgaben im Bereich der Gesundheitsförderung geführt.
- Auch in Deutschland gibt es nationale Gesundheitsziele.

4.2 *Finnland*

Gesundheitsförderung und ein HiAP-Ansatz hat in Finnland ebenso wie in anderen nordischen Ländern (86) eine lange Tradition. Insbesondere gilt dies für den Bereich der Ernährung, aber auch im Verkehr und in der Umwelt werden gesundheitsbezogene Überlegungen bereits seit mehreren Jahrzehnten in Politik und Gesetzgebung miteinbezogen. Bereits in den 1970er Jahren wurden Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen gesetzt (87, 88). So hat der finnische Wirtschaftsrat (engl. Economic

council of Finland)⁴⁴ bereits 1972 den entscheidenden Schritt zur Etablierung von HiAP und Gesundheitsförderung mittels dessen „Report of the working group exploring the goals of health policy“⁴⁵ gesetzt (89). Die Beachtung der internationalen Gemeinschaft für diesen – im Vergleich zu anderen Nationen zeitlich deutlich vorgelagerten Schritt – blieb jedoch zum Zeitpunkt des Berichts aufgrund der ausschließlichen Veröffentlichung in finnischer Sprache weitestgehend aus (90). Diese Vorreiterrolle Finnlands spiegelt sich zum heutigen Zeitpunkt sowohl in ausdrücklichen rechtlichen Verpflichtungen auf allen Ebenen des Stufenbaus der Rechtsordnung als auch in den langfristigen institutionellen Praktiken wieder (91).

Dabei ist zu beachten, dass Finnlands Gesundheitspolitik, insbesondere in Public-Health-Angelegenheiten, stark durch die enge Zusammenarbeit mit der WHO geprägt ist (92). Unter anderem deshalb nimmt das Public-Health-System dieses EU-Staats eine internationale Spitzenposition ein. In einem *Review* der nationalen Gesundheitsförderungs politik durch die WHO im Jahre 2002 wurde die starke Verankerung und Inkludierung von Gesundheitsförderungsgedanken in die finnische Verwaltung positiv hervorgehoben (92).

Die langjährigen Bemühungen spiegeln sich nicht nur in einer kohärenten Gesundheitsförderungs politik, sondern auch in der Gesundheitsstatistik wider. So ist im Vergleich zu Österreich, wo rund 40 % aller Todesfälle auf verhaltensbedingte Risikofaktoren⁴⁶ zurückzuführen sind (93), in Finnland diese Zahl um etwa fünf Prozentpunkte niedriger (94). Es gibt diverse Best-Practice-Beispiele, die an dieser Stelle ausgeführt werden können (siehe Kap. 4.2.5.)

4.2.1 Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen

Die als finnisches Grundgesetz (*suomen perustuslaki*) bekannte finnische Verfassung soll laut deren Gesetzestext die Unantastbarkeit der Menschenwürde, der Freiheit und der Rechte des Einzelnen sichern und die Gerechtigkeit in der Gesellschaft fördern (95). Dabei bedient sich das erst am 01.03.2000 in Kraft getretene Verfassungsgesetz aufgrund seiner jungen Bestehensdauer moderner und fortschrittlicher Elemente. In Kapitel 2 sind die Grundrechte (*basic rights and liberties*) aufgeteilt auf die §§ 6 bis 23 geregelt. Dabei fanden über die eigentlichen Grundrechte hinaus auch sog.

⁴⁴ Der finnische Wirtschaftsrat unter dem Vorsitz des Premierministers bzw. der Premierministerin ist ein Gremium, das die Zusammenarbeit zwischen der Regierung, der finnischen Zentralbank und wichtigen Interessengruppen erleichtern soll. Der Wirtschaftsrat zielt darauf ab, eine breit angelegte, analytische Diskussion im Vorfeld wirtschaftspolitischer Entscheidungen über das Wachstum, das Gleichgewicht und die Struktur der Wirtschaft zu stärken und zu vertiefen.

⁴⁵ Aus dem finnischen Übersetzt durch Timo Stähl, MSc, PhD, Adjunct professor.

⁴⁶ Verhaltensbedingte Risikofaktoren umfassen etwa Tabakrauchen, ernährungsbedingte Risiken, Alkoholkonsum und geringe körperliche Aktivität.

Staatszielbestimmungen⁴⁷ Eingang in das Dokument (96). Die Verankerung sozialer Rechte in der Verfassung als Teil des Wohlfahrtsstaates wird in den nordischen Ländern, im Gegensatz zu Österreich, als grundlegend angesehen. Finnland hat mit dessen § 19 die umfassendste Sozialbestimmung der nordischen Länder (97).

Der Paragraph normiert dabei das Recht auf soziale Sicherheit. Neben der verpflichteten Gewährleistung eines gesicherten Grundeinkommens in allen Lebenssituationen wird der Verwaltung vorgeschrieben, Maßnahmen für die Fürsorge von Kindern zu treffen. Des Weiteren ist auch die Sicherstellung von Gesundheitsdiensten sowie die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung durch die öffentliche Gewalt im Verfassungsgesetz normiert. Somit hat der Verfassungsgesetzgeber die Gesundheitsförderung explizit als verfassungsgesetzlich gewährleistetes Recht der Bevölkerung festgehalten. Damit wurde ein wegweisender Schritt gesetzt, der in der Gesundheitsförderungslandschaft vielfach hervorgehoben wird (98).

Paragraf 19 des finnischen Grundgesetzes soll dabei jene Verpflichtungen verfassungsrechtlich abdecken, denen sich Finnland mit Unterzeichnung des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR), der Europäischen Sozialcharta (ESC) sowie des dazugehörigen Zusatzprotokolls unterworfen hat (97).

Auch die Verantwortung für die Umwelt wurde in der Verfassung normiert. So hat die öffentliche Gewalt danach zu streben, das Recht eines jeden auf eine gesunde Umwelt zu sichern (siehe § 20 leg. cit.).

Für die Analyse der einfachgesetzlichen gesundheitsförderungsrelevanten Bestimmungen ist neben den Grundrechten (insbes. § 19) auch ein Verständnis über die verfassungsgesetzlich vorgeschriebene „Staatsform“ essentiell. Anders als in Österreich, dessen Bundesverfassungsgesetz die Staatsform eines Bundesstaates normiert (Art. 2 B-VG), gibt es in Finnland ein zentralistisches System. Die gesetzgebende Gewalt wird vom Parlament ausgeübt. Eine Kompetenzverteilung wie in Art. 10 ff. B-VG, ist in Finnland folglich nicht vorgesehen.

Die Gemeinden (Kommunen) spielen in der finnischen Staatsstruktur eine tragende Rolle. Kapitel 11 des finnischen Grundgesetzes beschreibt die Organisation der Verwaltung und Selbstverwaltung des Landes. Finnland ist gem. § 121 leg. cit. in Gemeinden unterteilt, deren Verwaltung auf der Selbstverwaltung durch ihre Einwohner zu beruhen hat. Das zentrale Gesundheitssystem wird

⁴⁷ Staatszielbestimmung verpflichten die Staatsorgane zu einem bestimmten Handeln und beim Erlass neuer Gesetze und bei der Auslegung bestehender Gesetze durch Gerichte und Verwaltungsbehörden zu beachten. Sie umfassen aber keine subjektiven Rechte, die von Einzelpersonen geltend gemacht werden können. Vgl.: <https://www.parlament.gv.at/fachinfos/rlw/Welche-Staatsziele-gibt-es-in-Oesterreich-und-was-koennen-sie-bewirken>.

organisiert von den Gemeinden (d. h. den lokalen Behörden), die für die Finanzierung der Primär- und Spezialversorgung zuständig sind (91).

Auf nationaler Ebene ist das Ministerium für Soziales und Gesundheit für die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsreformen und -politiken zuständig und wird dabei von einem großen Netz von Experten- und Beratungsgremien unterstützt. Die lokalen Behörden (über 300 Gemeinden) spielen eine Schlüsselrolle bei der Beschaffung und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten. Sie finanzieren und organisieren (oft gemeinsam) die Grundversorgung und bilden 20 Krankenhausbezirke, welche die Krankenhausversorgung finanzieren und sicherstellen (99).

4.2.2 Einfachgesetzliche Rahmenbedingungen

Der verfassungsrechtliche Anspruch, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, wird auf einfachgesetzlicher Ebene von einer Vielzahl an Gesetzen gestützt. Schon früh wurde in Finnland der Fokus von einer rein individuellen kurativen Versorgung von Kranken hin zu einem breiten Gesundheitsverständnis gelegt. So zeigte sich bereits in den 1990er Jahren ein politisches Verständnis für die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung. Jegliche nationale Gesundheitsvorschriften werden in Finnland vom Ministerium für Soziales und Gesundheit (MSAH) entworfen. Der zuständige Minister bzw. die zuständige Ministerin ist in sämtliche Entscheidungen mit Gesundheitsaspekten involviert (100).

Dies gilt – im Sinne von HiAP – auch für jene gesundheitsrelevanten Aspekte, die außerhalb des klassischen Gesundheitswesens liegen. Dies ist nur aufgrund der intersektoralen Zusammenarbeit der Ministerien möglich (92, 100-102), die in Finnland vom Gedanken getragen wird, dass die Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen der Gesellschaft nicht allein durch den Gesundheitssektor erfolgen kann, da die Gesundheit hauptsächlich durch Faktoren außerhalb des Gesundheitssektors bestimmt wird. Auch die Struktur und das Funktionieren der Gesundheitssysteme sind weitgehend das Ergebnis von Entscheidungen, die auf politischer Ebene und in verschiedenen anderen Bereichen außerhalb des Gesundheitssektors getroffen werden (103).

In diesem Zusammenhang ist das „Advisory Board for Public Health“ zu erwähnen, welches seit Anfang der 90er Jahre in § 4 des finnischen Primary Health Care Acts (66/1972)⁴⁸ verankert wurde. Der Beirat unterstützt die Durchführung von Maßnahmen zur Entwicklung von Wohlbefinden, Gesundheit und Sicherheit in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft, auch außerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens. Die Mitglieder des Beirats vertreten eine Vielzahl von Verwaltungsbereichen, darunter Ministerien, regionale staatliche Verwaltungsbehörden, Gemeinden und Städte, Organisationen, Universitäten sowie Forschungs- und Entwicklungsinstitute. Zu den Aufgaben des Advisory Boards zählt insbesondere die stets durch intersektorale Zusammenarbeit geprägte Entwicklung einer nationalen gesundheitsförderlichen Gesetzgebung und Politik (104). Neben dem Public Health Advisory Board ist

⁴⁸ Primary Health Care Act (66/1972).

auch die Arbeit diverser „horizontaler Komitees“ von zentraler Bedeutung. So werden etwa im Rahmen des „National Nutrition Council“, das maßgeblich vom Ministerium für Agrikultur und Forstwirtschaft betreut wird (105), wichtige Gesundheitsförderungsagenden auch außerhalb des Gesundheitsministeriums geregelt.

"Es ist wichtig, dass Gesundheitsangelegenheiten mit anderen Ministerien verhandelt werden [...]. Jedes Ministerium, sei es das Finanzministerium, das Handelsministerium, das Innenministerium oder ein anderes, ist sich darüber im Klaren, dass es diese Verbindungen auch für seine eigene Arbeit braucht (106)." – **Anne Lounamaa, PhD**⁴⁹

4.2.2.1 Health Care Act

Die Gesundheitsförderung stützt sich hauptsächlich auf den Health Care Act⁵⁰ und ist Teil der öffentlichen Gesundheitstätigkeit. Die Gesundheitsförderung wird neben diesem zentralen Gesundheitsgesetz auch durch die Gesetzgebung zu Infektionskrankheiten, Tabakkontrolle und Alkohol geregelt (107). Ziel des Gesetzes sind gemäß Sektion 2 des ersten Kapitels die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, die Reduzierung von Ungleichheiten, sowie der Zugang zu medizinischen Dienstleistungen für alle. Auch wird abermals auf die Wichtigkeit der Kooperation zwischen den diversen Stakeholdern eingegangen.

Neben konkreten Regelungen enthält der Health Care Act Legaldefinitionen der relevanten Zielkriterien. So werden unter Gesundheitsförderung i. S. d. Gesetzes Maßnahmen verstanden, *„die sich an Einzelpersonen, die Bevölkerung, bestimmte Bevölkerungsteile und deren Lebensumgebungen richten, um die Gesundheit sowie die Arbeits- und Funktionsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern, die Gesundheitsdeterminanten zu beeinflussen, Krankheiten, Unfallverletzungen und anderen Gesundheitsproblemen vorzubeugen, die psychische Gesundheit zu stärken und gesundheitliche Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu verringern, sowie den systematischen Einsatz von Ressourcen in einer Weise, die eine bessere öffentliche Gesundheit fördert“*⁵¹.

Das zweite Kapitel des Gesetzes schreibt – insbesondere in dessen § 11 und 12 – unter dem Namen „Health and welfare Promotion“ neben einer Reihe von spezifischen Gesundheitsförderungsaufgaben in unterschiedlichen Settings⁵² auch den Grundsatz vor, dass insbesondere im kommunalen Entscheidungsprozess stets Überlegungen in Bezug auf die Gesundheitsförderung einfließen müssen. Die Aufgabe der Kommunen (*engl. municipalities*) besteht darin, die Auswirkungen, die ihre Entscheidungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Einwohner haben können, stets zu

⁴⁹ Englische Originalversion: “It’s important that health issues are negotiated with other ministries [...]. The general understanding of each ministry, whether it’s Ministry of Finance or Ministry of Trade or Ministry of Interior or any other, is that they also need these linkages for their own work”.

⁵⁰ Health Care Act 1326/2010.

⁵¹ Eigene Übersetzung der Autorin.

⁵² Es werden etwa die Bereiche der „school-based health care“, „occupational health care“ und „environmental health care“ normiert.

berücksichtigen. Dies erfolgt unter anderem im Rahmen strategischer, interdisziplinärer Pläne der Gemeinden in Bezug auf die Gesundheit der lokalen Bevölkerung unter Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten (108).

„Der [Health Care Act] ist für uns ein sehr wichtiges Instrument, auf dem wir viele unserer Aktivitäten aufbauen können, und so argumentieren wir, warum etwas wichtig ist, und erklären, warum Kommunen etwas tun könnten (106).“ – Timo Ståhl, MSc, PhD, Adjunct Professor⁵³

Die Implementierung von Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene dient jedoch nicht nur der Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften, sondern auch der faktisch besseren Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen.

"Viele dieser nationalen Programme werden natürlich auf Bundesebene durchgeführt, aber wenn es dann an die Umsetzung geht, findet diese in vielen Fällen auf lokaler bzw. kommunaler Ebene statt. Deshalb haben wir versucht, die lokale Ebene verstärkt zu betonen [...], denn wenn der politische Wille vorhanden ist, ist es einfach, ein Gesetz zu entwerfen, die Besteuerung zu ändern oder Vorschriften zu erlassen. Wenn man den politischen Willen hat und die Unterstützung anderer Ministerien. Aber wenn es um die Umsetzung geht, ist das ein anderes Thema. Deshalb braucht man auch eine lokale Ebene, man braucht dort eine Anleitung für die Umsetzung und jemanden, der die Verantwortung für die Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene übernimmt (106).“ – Timo Ståhl, MSc, PhD, Adjunct Professor⁵⁴.

4.2.2.2 Local Government Act

Die legislative Verankerung der tragenden Rolle, welche die finnischen Gemeinden innehaben, endet nicht bei den einschlägigen Bestimmungen des Health Care Acts. So werden die Gemeinden in § 1 Abs. 3 des Local Government Acts⁵⁵ angehalten, das Wohlergehen ihrer Einwohner:innen zu fördern (und die nachhaltige Entwicklung in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben). Mit dieser Vorschrift wird die verfassungsrechtlich verankerte kommunale Selbstverwaltung einfachgesetzlich umgesetzt.

⁵³ Englische Originalversion: „[The Health Care Act], for us, it’s a very important tool where we can base many of our activities, and that’s how we can argue why something is important, why municipalities could do something.“

⁵⁴ Englische Originalversion: “Many of those national programs, of course, they are done on national level but then when it comes to implementation, many times in many issues, the implementation happens in local level. That’s why we have tried to emphasize the local level that much. [...] If there’s a political will, it’s easy to draft the bill or change taxation or do regulations. If you have the political will and you have the support from other ministries. But when it comes to implementation, it’s another issue. That’s why you have to also have a local level, you need to have some instruction there for implementation and someone for taking responsibility of the health promotion activities on local level.”

⁵⁵ Local Government Act, 365/1995.

4.2.2.3 Exkurs: Health Impact Assessment im Gesetz

In Finnland werden sämtliche Gesetzesentwürfe einem sog. „Human Impact Assessment“, also einer Untersuchung der Auswirkungen unterzogen, die mit dem In-Kraft-Treten einhergehen (109). Dabei wird unter anderem auf die soziale Bilanz des legislativen Vorhabens sowie insbesondere die Auswirkungen auf den Bereich Gesundheit im Sinne eines Health Impact Assessments (HIA)⁵⁶ geachtet. Die durch die Gesundheitsfolgenabschätzung gewonnenen evidenzbasierten Empfehlungen können demzufolge in Entscheidungsprozesse einbezogen und das Ziel – der Schutz und die Förderung der Gesundheit sowie eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik – bestmöglich umgesetzt werden. Somit orientiert sich der Public-Health-Ansatz der Etablierung einer Gesundheitsfolgenabschätzung an dem „Health in all Policies“-Approach und kann als wichtiger Beitrag im Sinne des WHO-Prinzips fungieren (110, 111). Wie viele andere Errungenschaften im Public-Health-Bereich in Finnland geht die Entwicklung der sozialen Folgenabschätzung auf die 1970er Jahre zurück (112).

Exkurs Health Impact Assessment auf lokaler Ebene: Nicht nur im Bereich der Bundesgesetzgebung, sondern auch auf lokaler Ebene gibt es gemäß des Health Care Acts⁵⁷ eine diesbezügliche Verpflichtung. Den Kommunen wird auferlegt, die Auswirkungen ihrer Entscheidungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Einwohner stets zu berücksichtigen.

Das Impact Assessment von Gesetzen erfolgt auf einer umfassenden Vorlage des Justizministeriums aus dem Jahr 2007. Unter Auswirkungen auf soziale Angelegenheiten und die Gesundheit werden im Sinne der finnischen Guidelines Konsequenzen im Hinblick auf die geistige und körperliche Gesundheit des Einzelnen sowie dessen Wohlbefinden und Lebensbedingungen verstanden. Mithilfe einer eigens konzipierten Checkliste präsentieren die Guidelines ein standardisiertes Verfahren zur Evaluierung der potenziellen Auswirkungen auf den jeweiligen Untersuchungsbereich (113). Unterstützt wird der Prozess durch das neu implementierte unabhängige Organ des „Finnish Councils of Regulatory Impact Analysis“. Der Regierungserlass⁵⁸, mit dem das Gremium etabliert wurde, trat Anfang Februar 2016 in Kraft. Der Rat ist mit der Durchführung von Analyse von Gesetzesfolgenabschätzungen beauftragt. Er ist ein unparteiisches und unabhängiges Gremium. Administrativ ist der Rat im Büro des Premierministers angesiedelt (114).

4.2.3 Financing

Obwohl auch in Finnland die öffentlichen Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren etwas angestiegen sind, liegen die aufgewendeten Mittel immer noch unter dem EU-Durchschnitt (94). Das niedrige

⁵⁶ Ein solches Instrument in Bezug auf politische Vorhaben, die potenziell einen negativen oder positiven Einfluss auf die gesamtheitliche Gesundheit der Gesellschaft oder bestimmter Gruppen – über den eingeschränkten Aspekt der Umwelteinflüsse hinaus – haben, gibt es in Österreich bis dato noch nicht.

⁵⁷ Health Care Act 1326/2010.

⁵⁸ Valtioneuvoston asetus lainsäädännön arviointineuvostosta (1735/2015).

Ausgabenniveau des öffentlichen Gesundheitswesens in Finnland ist wahrscheinlich zum Teil darauf zurückzuführen, dass die Sektoren Gesundheit, Umwelt und Handel, um einige Beispiele zu nennen, in erheblichem Maße zusammenarbeiten, sodass viele Aktivitäten nicht in die Gesundheitsbudgets fallen. (115).

4.2.4 Stakeholder und Institutionen

Die Gesundheitsförderung wird sowohl auf nationaler als auch auf kommunaler Ebene durchgeführt, wobei es diverse Agenturen und Institutionen sowie NGOs und andere Akteure (91) gibt, die dem Ministerium unterstellt sind.

4.2.5 Best-Practice-Beispiele

4.2.5.1 *North Karelia Project*

In Finnland wurde die Ernährung in den 1960er Jahren als ein wichtiger Faktor für die Gesundheit anerkannt. Die in epidemiologischen und klinischen Studien gesammelten Daten deuteten darauf hin, dass die außergewöhnlich hohe Sterblichkeitsrate bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Finnland auf die hohe Aufnahme von gesättigten Fetten zurückzuführen war (88). Ebendiese Situation war Ausgangspunkt für die Initiierung des sogenannten North Karelia Projekts (NKP) (116). So wurde im Jahr 1972 das für fünf Jahre angesetzte Projekt zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Nordkarelien initiiert (100). Das Ziel sollte durch die positive Beeinflussung des Ernährungsverhaltens der Bevölkerung mittels lokaler Maßnahmen erreicht werden. Der Hauptgedanke war, den allgemeinen risikobehafteten Lebensstil in dem Gebiet durch gemeinschaftsbasierte Maßnahmen zu ändern, die nicht nur staatliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsbestrebungen beinhalteten, sondern auch mit lokalen Stellen, einschließlich NGOs, aus dem privaten Sektor zusammenarbeiteten. Die allgemeine Idee war folglich, das soziale, physische und politische Umfeld in Nordkarelien zu verändern – eine frühe Umsetzung von jener sektorübergreifenden Arbeit, die mittlerweile einen wesentlichen Eckpfeiler der finnischen Gesundheitsförderung darstellt (117). Aufgrund des großen Erfolges, welches das NKP verzeichnen konnte, folgte im Anschluss an die fünfjährige Pilotphase eine nationale Ausrollung des Projekts. Diese wurde durch diverse Initiativen – von Gesetzesänderungen über politische Commitments bis hin zu TV-Ausstrahlungen – auf unterschiedlichen Ebenen getragen. Die Erfolge des Projekts sind auch Jahrzehnte nach dessen Implementierung noch deutlich sichtbar (118).

4.2.5.2 *The rise of HiAP during Finland's EU Presidency in 2006*

Im Zuge der finnischen Ratspräsidentschaft der Europäischen Union im zweiten Halbjahr 2006, die unter dem Thema „Health in All Policies“ stand, erfuhr die Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit erstmals auch auf EU-Ebene Beachtung (52, 90, 100). Das HiAP-Konzept wurde dadurch zum europäischen und 2013 durch die Helsinki-Konferenz der WHO schließlich auch zum internationalen Leitbild einer gerechten, nachhaltigen und zukunftsweisenden Gesundheitspolitik (119).

Auch die Prioritäten der folgenden finnischen Ratspräsidentschaft im Jahr 2019 führen mit der Forderung nach einer „Economy of Well-Being“ diese Linie fort (120).

4.2.5.3 Gesundheitsförderung und Tabakentwöhnung in Finnland

Der Kampf gegen den Tabakkonsum ist eines der erfolgreichsten „Steckenpferde“ innerhalb der finnischen Gesundheitsförderungsbestrebungen. Finnland gehört zu jenen EU-Ländern, die den geringsten Anteil an Raucher:innen aufweisen (94). Finnland hat mit seinem Tabakgesetz von 2010 die Abschaffung des Tabakkonsums beschlossen und dieses Ziel 2016 auf andere nikotinhaltige Produkte ausgeweitet (121). Unterstützt wird dieses Vorhaben auf legislativer Ebene seit 2022 durch ein noch strengeres Tabakgesetz (Tobacco Act 2022)⁵⁹.

Eine der Säulen, auf denen die strenge Tabakpolitik in Finnland maßgeblich steht, ist die Gesundheitsförderung und -bildung der Bevölkerung (122).

4.2.5.4 Finnish Benchmarking System for Health Promotion Capacity Building (BSHPCB) – TEAviisari

Da in Finnland ein großer Teil der Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Kompetenzbereich der Gemeinden fällt und es aufgrund dieser Eigenheit mitunter schwierig ist, einschlägige Initiativen zu sammeln, wurde 2010 nach einer vierjährigen Planungsphase mit „TEAviisari“ ein kostenloses Benchmarking-Instrument für Gemeinden zur Verfügung gestellt (123). Die Ergebnisse beschreiben den Aufbau von Gesundheitsförderungskapazitäten in Gemeinden, d. h. die Art und Weise, wie Gemeinden die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Einwohner fördern (124). Neben lokalen Maßnahmen werden auch Maßnahmen und Gesetze auf nationaler Ebene sichtbar gemacht. Die Erhebung objektiver und vergleichbarer Daten erfolgt mithilfe des Online-Tools TEAviisari.

*Exkurs – Digital Public Health: Das Tool stellt ein beeindruckendes Beispiel der **Digital Public Health** (DPH) dar, deren Ziel unter anderem digital unterstützte Public Health Maßnahmen sind (125, 126). Grundsätzlich kann in diesem Zusammenhang festgehalten werden, dass die nordischen Länder eine Vorreiterrolle im Bereich der DPH einnehmen (127).*

Eine von Zens et al. durchgeführte Studie zu DPH-Tools hebt TEAviisari aufgrund der breiten Abdeckung von Zwecken hervor. So bietet TEAviisari einen erweiterbaren Public-Health-Indikatorensatz, eine Nachnutzung vorhandener Daten im Sinne des Open-Data-Gedankens, transparente und zyklische Datenerhebung, strategische Ausrichtung im Rahmen eines Frameworks, innovative Datenvisualisierung, freie Bereitstellung, Zugang über ein interaktives Benutzerinterface mit vielfältigen Informationszugängen, Unterstützung von Vergleichs-, Benchmark- und

⁵⁹ Tobacco Act (549/2016).

Evaluationsprozessen, Unterstützung von sozialpolitischer Steuerung und Entscheidungsfindung sowie Vernetzung (125).

4.2.6 Conclusio und Eckpunkte

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die jahrzehntelange Vorarbeit, die Finnland im Bereich der Gesundheitsförderung aufweist, im Bestehen eines komplexen, ebenen- und sektorenübergreifenden Gesundheitsförderungssystems äußert.

"Was in Finnland auch wichtig ist, dass [Gesundheitsförderung] in den Strukturen fest verankert ist, und auch wenn sich die Tagespolitik ändert [...], werden die Strukturen und Organisationen bestehen bleiben [...]. Es bedarf einer dauerhaften Einrichtung. (106)" – Timo Ståhl, MSc, PhD, Adjunct professor⁶⁰

"Ich denke, dass die langfristige Perspektive darin bestehen sollte, funktionierende Organisationen mit angemessenen Ressourcen zu schaffen, sowohl personell als auch finanziell [...]. Das ist es, was wir auf nationaler Ebene [in Finnland] getan haben. (106)" – Anne Lounamaa, PhD⁶¹

Folgende Eckpunkte tragen das finnische Gesundheitsförderungssystem maßgeblich:

- Die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung wurde in Finnland bereits in den 1970er Jahren erkannt und politische Schritte in Richtung einer gesundheitsbewussten Gesellschaft gesetzt. Ein jahrzehntelanges Bestreben hat dazu geführt, dass Finnland eine internationale Vorreiterposition im Bereich der Gesundheitsförderung einnimmt.
- Die Gesundheitsförderungsstrategie Finnlands ist durch die kontinuierliche Zusammenarbeit mit der WHO geprägt.
- Der finnische Verfassungsgesetzgeber hält das Recht auf Gesundheitsförderung explizit als verfassungsgesetzlich gewährleistetes Recht der Bevölkerung in der Verfassung fest.
- Das verfassungsrechtliche Commitment wird vom einfachgesetzlichen Rahmen gestützt.
- In Finnland liegt ein Schwerpunkt auf kommunaler Ebene (*engl. municipalities*).
- Die Datenerhebung und wissenschaftliche Stütze im Bereich der Gesundheitsförderung ist ein zentrales Element der finnischen Gesundheitsförderungsstrategie.
- Die Strategie von Health in All Policies wird in Finnland bereits seit geraumer Zeit durch die Schaffung intersektoraler Strukturen und Prozesse aktiv umgesetzt.

⁶⁰ Englische Originalversion: "What is also important in Finland that [health promotion] has been in structures and although the politics changes and politicians come and go, if it's somehow rooted in the structures and in organisations, it will stay if the political wind will changes [...]. There would need to be something permanent."

⁶¹ Englische Originalversion: "I think that long-term perspective should be in creating these well-working organisations with reasonable amounts of resources, both human and financial resources [...]. That's actually what we have done at the national level [in Finland]."

4.3 Wales

Bei der Analyse einer jeden nationalen legislativen Gesundheitsförderungslandschaft ist Eingangs ein grundlegendes Verständnis der jeweiligen staatstheoretischen Eigenschaften vonnöten. Dies trifft insbesondere auf Wales zu, dessen Staatsorganisation von diversen Eigenheiten geprägt ist. Zwar wird das Vereinigte Königreich, von dem Wales eine sogenannte Teilnation bildet, zentralistisch regiert und verwaltet, allerdings sind im Zuge der Dezentralisierung seit den 1990er Jahren in unterschiedlichem Maße Kompetenzen an die Teilnationen übertragen worden (128). Nach einem Referendum im Jahr 2011 (*engl. Welsh Devolution Referendum*) erhielt das walisische Parlament die primäre Gesetzgebungsbefugnis für bestimmte Kompetenzbereiche, die unter anderem die für die Gesundheitsförderungslogistik relevanten Bereiche der Gesundheit⁶² und Sozialhilfe überspannen. Der walisische Gesetzgeber kann folglich eigenständig – ohne jegliche Einmischung der Regierung oder des Parlaments des Vereinigten Königreichs – in den meisten Gesundheits(-förderungs)agenden entscheiden (129, 130).

4.3.1 Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen

In den meisten Ländern – so auch Österreich – haben Gesetze, die in der Verfassung festgeschrieben sind, Vorrang vor Normen auf einfachgesetzlicher Ebene, während im Vereinigten Königreich Gesetze über die Verfassung Teil des normalen Landesrechts sind und wie jedes andere Gesetz abgeändert werden können (131, 132). Ein eigenes Recht auf Gesundheit sowie Gesundheitsförderung kennt die britische Verfassung nicht.

4.3.2 Einfachgesetzliche Rahmenbedingungen

Ein wesentlicher Aspekt der Gesundheitsförderung in Wales ist das Hervorheben der nachhaltigen Entwicklung im Rahmen diverser einfachgesetzlicher Maßnahmen in Wales. Der politische und institutionelle Rahmen für die nachhaltige Entwicklung in Wales wurde zunächst durch die Gründungsgesetzgebung im Rahmen der Devolution im *Government of Wales Act*⁶³ von 1998 (in der Fassung von 2006) festgelegt. In dessen Art. 79 wird die Verpflichtung zur Erstellung eines Programms zur Förderung der nachhaltigen Entwicklung (*engl. sustainable development*) verankert. Mit den wegweisenden – erstmals unter dem Namen „Learning to Live Differently“ veröffentlichten – Programmen wurden erste Schritte in Richtung einer flächendeckenden Umsetzung von Sustainable Development gesetzt (133).

⁶² Im *Government of Wales Act 2006* werden einige Ausnahmen dieser Gesetzgebungsbefugnis normiert. So liegt die Gesetzgebungskompetenz für Normen bezüglich Themenbereichen wie insbesondere Schwangerschaftsabbruch, Genetik und Medizinproduktgesetzgebung beim Parlament Großbritanniens; vgl.: *Schedule 7A to the Government of Wales Act 2006*.

⁶³ *Government of Wales Act 2006*.

Der Well-Being of Future Generations Act von 2015 hat diesen Rahmen durch einen umfassenden Ansatz für nachhaltige Entwicklung erheblich gestärkt.

4.3.2.1 *Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015*

Einleitung: Im Jahr 2015 verabschiedete die walisische Regierung den *Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015*⁶⁴ und positionierte sich damit als erster nationaler Gesetzgeber der Welt, der öffentlichen Körperschaften die Pflicht auferlegt, das Wohlergehen künftiger Generationen zu gewährleisten (134). Das ausführliche Gesetzespaket hat sich die umfassende und nachhaltige Verbesserung des sozialen, gesundheitlichen, wirtschaftlichen, ökologischen und kulturellen Wohlergehens der Bevölkerung zum Ziel gesetzt (135).

*„Ich denke [...], dass die Verwendung des Wortes "well-being" wirklich hilfreich ist, weil es nicht "Public Health" heißt, sondern "Wohlbefinden", was für die Menschen wichtig ist. Das ist eine Sprache, mit der alle etwas anfangen können. Menschen, Gemeinschaften, Organisationen, Verantwortliche, öffentliche Einrichtungen - alle verstehen, was Wohlbefinden bedeutet. Wir alle haben unterschiedliche Interpretationen davon, aber es ist diese gemeinsame Sprache (136).“ – Public Health Expert Wales*⁶⁵

Jene anspruchsvollen und langfristigen Ziele werden von umfassenden Strukturmaßnahmen begleitet. So wird von allen öffentlichen Organen – von der walisischen Regierung bis hin zur Kommunalverwaltung – verlangt, Maßnahmen zur Förderung des wirtschaftlichen, sozialen, ökologischen und kulturellen Wohlergehens von Wales in einer Weise zu ergreifen, die dem Grundsatz der nachhaltigen Entwicklung entsprechen. Vor allem soll die Bestimmung Abhilfe in jenen Bereichen schaffen, die in Wales als Hauptproblemfaktoren identifiziert wurden, namentlich Klimawandel, Armut, Gesundheit und Arbeitsmarkt. Aus den Schwerpunkten wurden sieben Ziele – die sogenannten Well-Being-Goals geschaffen:

1. Ein wohlhabendes Wales (A Prosperous Wales)
2. Ein widerstandsfähiges Wales (A Resilient Wales)
3. Ein gesünderes Wales (A Healthier Wales)
4. Ein Wales mit mehr Gleichberechtigung (A More Equal Wales)
5. Ein Wales der zusammenhaltenden Gemeinschaften (A Wales of Cohesive Communities)
6. Ein Wales mit einer lebendigen Kultur und einer blühenden walisischen Sprache (A Wales of Vibrant Culture & Thriving Welsh Language)
7. Ein Wales mit globaler Verantwortung (A Globally Responsible Wales)

⁶⁴ Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015, Acts of the National Assembly for Wales 2015, anaw 2.

⁶⁵ Englische Originalversion: „I think [...] using the word ‘well-being’ is actually really helpful because it doesn’t say ‘public health’, it’s ‘well-being’, which is what matters to people. That speaks a language that everybody can talk to, so people, communities, organisations, people in charge, public bodies—everybody understands what well-being means. We all have different interpretations of it, but it’s that common language.“

Die sieben übergreifenden, nationalen Ziele für das Wohlergehen in Wales bilden eine rechtsverbindliche gemeinsame Zielsetzung für den öffentlichen Sektor (137).

„Keines dieser Elemente steht für sich allein, also muss man sie in einem Gesetzeswerk zusammenführen, das alles ganzheitlich betrachtet. Ich denke, es gibt einige wirklich große Themen und Probleme in der Gesellschaft, die ein ganzes System, eine ganze Gesellschaft erfordern. Das ist der Punkt, an dem man eine solche Gesetzgebung ansetzen muss, denn es geht nicht darum, einfache Probleme zu lösen (136).“ – Public Health Expert Wales⁶⁶

Indikatoren und Accountability: Zur Messung des Fortschritts ist die Festlegung klarer Kennzahlen durch Art. 10 des Acts vorgeschrieben. Durch die Bestimmung dieser sogenannten nationalen Indikatoren (*engl. national indicators*) sollen die Ergebnisse für Wales und seine Bevölkerung dargelegt werden können, die dazu beitragen, die Fortschritte bei der Verwirklichung der Well-Being-Goals aufzuzeigen. Ein nationaler Indikator muss dabei stets als messbarer Wert ausgedrückt werden können. Ein Beispiel für einen solchen Indikator gem. Art 10 leg cit ist etwa der Prozentsatz der Erwachsenen, die zwei oder mehr gesunde Verhaltensweisen aufweisen. Zu jenen gesundheitsbewussten Verhaltensweisen zählen, nicht zu rauchen, nicht mehr Alkohol zu konsumieren als die nationalen wöchentlichen Richtlinien empfehlen, fünf Portionen Obst und Gemüse zu essen, mindestens 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv zu sein sowie einen gesunden BMI zu halten (138). Zur Abrundung des Indikatoren-Systems werden zudem messbare Ziele (*engl. milestones*) aufgestellt, deren Verwirklichung anhand des Indikatoren-Systems gemessen werden kann.

Neben der Formulierung und Messung klarer Zielsetzungen wurde mit der Schaffung des Organs des Future Generations Commissioners ein weiterer Mechanismus zur Rechenschaftslegung innerhalb des Well-being of Future Generations (Wales) Acts 2015 geschaffen. Teil drei des Gesetzes schafft die rechtliche Voraussetzung für das Amt und legt dessen Kompetenzen fest. Demnach besteht die Aufgabe des "Commissioners" darin, als Hüter (*engl. guardian*) der Interessen künftiger Generationen zu handeln und öffentliche Einrichtungen zu ermutigen, die langfristigen Auswirkungen ihres Handelns stärker zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck wird das Handeln sämtlicher öffentlicher Organe überprüft und bewertet, inwieweit die von den öffentlichen Stellen festgelegten Well-Being-Goals erreicht werden⁶⁷.

Exkurs Future Generations Report: *Alle fünf Jahre wird vom Future Generations Commissioner ein „Future Generations Report“ veröffentlicht. Die letzte Veröffentlichung eines solchen Berichts fand 2022 statt. Ziel des Berichts ist es, positive Fortschritte sowie bestehende Missstände aller öffentlichen Einrichtungen (einschließlich der walisischen*

⁶⁶ Englische Originalversion: „None of these issues are on their own, so you have to bring them together in a piece that considers everything holistically. I think actually there are some really big themes and problems in society that require a whole system, a whole society response, and that’s where you need to frame any such legislation because it’s not about solving simple problems.“

⁶⁷ Erwähnenswert ist in Bezug auf die Kontrolle der Umsetzung der im Act vorgeschriebenen Maßnahmen auch der sog. Auditor General, dessen Aufgaben ein breites Spektrum von Prüfungsobliegenheiten umfassen.

Regierung) bei der Umsetzung des Well-being of Future Generations (Wales) Acts 2015 aufzuzeigen (69, 139, 140).

Arbeitsweise: Ein Faktor, der wesentlich zu einer erfolgreichen Umsetzung und Implementierung des Gesetzes beiträgt, ist die abgestimmte Arbeitsmethodik sämtlicher öffentlicher Dienste im Rahmen der „Five Ways of Working“⁶⁸. Diese Arbeitsweisen sind die Grundsätze, welche die öffentlichen Einrichtungen bei ihrer Entscheidungsprozesse nachweisen müssen, um zu zeigen, dass sie die Auswirkungen auf das Leben der Menschen in Wales sowohl in der Zukunft als auch Gegenwart berücksichtigen (141).

Partizipation: Abgerundet wurde der Schutz der zukünftigen Generationen durch eine umfassende Beteiligung der Öffentlichkeit. Im Rahmen der öffentlichen Beteiligung bei der Erschaffung des Acts hat sich die walisische Regierung an dem von der UN entwickelten Konzept des “The World We Want” (142) orientiert und dieses adaptiert. Der Bericht "Wales We Want" ist das Ergebnis der 2014 initiierten einjährigen Gespräche mit Menschen in ganz Wales (143). Mehr als 7.000 Menschen sind dem Aufruf der Partizipation gefolgt und haben mit ihren Beiträgen zu wesentlichen inhaltlichen Anpassungen und Verbesserungen des Well-being of Future Generations (Wales) Acts 2015 beigetragen. Neben der Möglichkeit, das Gesetz auf die Bedürfnisse und Wünsche der Waliser Bevölkerung bestmöglich abzustimmen, trug der breite Beteiligungsprozess gleichzeitig zu einem Mitverantwortungsgefühl und somit einer starken Akzeptanz des Gesetzes bei (135).

Fazit: Abschließend ist festzuhalten, dass das Gesetz durch seinen integrativen HiAP-Ansatz sowie das langfristige Denken und die intensive Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger einen Meilenstein in der Gesundheitsförderungslegistik darstellt. Sowohl die innovativen Mechanismen mittels deren die Umsetzung des Gesetzes (innerhalb der jeweiligen öffentlichen Behörden sowie in dessen Gesamtheit) überprüft werden als auch die Entstehung des Gesetzes regt zu Inspiration und weiteren Auseinandersetzungen an.

„Das Gesetz [Well-being of Future Generations (Wales) Acts 2015] bietet so viele Möglichkeiten. Es ist ein wunderbares Gesetzeswerk. Ich denke, es macht deutlich, dass Gesundheit und Wohlbefinden miteinander verbunden sind und dass es nicht nur für den Gesundheitssektor relevant ist, so dass wichtige Partnerschaften entstehen können (136).“ –

Public Health Expert Wales⁶⁹

⁶⁸ Die fünf Arbeitsweisen (*engl. five ways of working*) sind: langfristiges Denken, Integration (gegenseitige Einflussnahme), Beteiligung der Öffentlichkeit, Zusammenarbeit, Prävention von Problemen.

⁶⁹ Englische Originalversion: „The act [Well-being of Future Generations (Wales) Acts 2015], there’s so much there. It’s a wonderful piece of legislation. I think what it does is it really brings home the interconnected nature of health and well-being and how it’s not just for the health sector and it enables important partnerships to happen.“

4.3.2.2 *Public Health (Wales) Act (2017)*

Neben dem alle Politikbereiche umfassenden Future Generations Act ist mit dem Public Health (Wales) Act (2017) ein weiteres für das Thema der Gesundheitsförderung relevantes Gesetz in Kraft getreten. Im Gegensatz zu dem breiten, in langfristigen und umfangreichen Zielsetzungen aufgebauten Well-being of Future Generations (Wales) Acts 2015 widmet sich der Public Health (Wales) Act (2017) konkreten Problemfeldern und ergänzt so den breiten Gesetzesakt.

Neben Bestimmungen zu Tabak- und Nikotinprodukten oder Verpflichtung zur Erstellung einer nationalen Strategie zur Prävention und Reduzierung von Adipositas beschäftigt sich ein wesentlicher Teil des Gesetzes mit der Gesundheitsfolgenabschätzung (engl. Health Impact Assessment). Das Gesetz selbst enthält eine Legaldefinition und beschreibt die Gesundheitsfolgenabschätzung als „eine Bewertung der zu erwartenden kurzfristigen und langfristigen Auswirkungen einer vorgeschlagenen Maßnahme oder Entscheidung auf die körperliche und geistige Gesundheit der walisischen Bevölkerung oder einer Bevölkerungsgruppe.“⁷⁰

***Exkurs HIA in Wales:** Seit dem erstmaligen Vorschlag der Einführung eines Health Impact Assessments 1998 im Rahmen des Programms „Better Health, Better Wales“, das den strategischen Rahmen für die Gesundheits- und Sozialpolitik darlegt, wurde in Wales aktiv an der Etablierung einer strategischen Gesundheitsfolgenabschätzung gearbeitet (144). Ein weiterer Meilenstein wurde mit der Schaffung der „Wales Health Impact Assessment Unit“ (WHIASU) im Jahr 2001 gelegt (145). Die bisherigen Bemühungen im Bereich des HIA mündeten in der Verankerung im Rahmen des Public Health (Wales) Acts (2017), der nunmehr öffentliche Einrichtungen unter bestimmten Umständen⁷¹ zur Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen verpflichtet (146).*

4.3.3 Stakeholder und Institutionen

Public Health Wales ist eine der elf Organisationen, die den NHS Wales (öffentlicher Gesundheitsdienst) bilden. Ziel der Public-Health-Behörde ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen in Wales zu schützen und zu verbessern sowie gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern (147).

⁷⁰ Art 108 Abs 2 Public Health (Wales) Act 2017: „A health impact assessment is an assessment of the likely effect, both in the short term and in the long term, of a proposed action or decision on the physical and mental health of the people of Wales or of some of the people of Wales.“

⁷¹ Die genauen Umstände sind in separaten Regelwerken festzuschreiben. Diese sind zum Zeitpunkt des Verfassens der Studie noch nicht auffindbar.

4.3.4 Best-Practice-Beispiele

Auch abseits der gesetzlichen Ebene wird Gesundheitsförderung in Wales durch diverse Maßnahmen und Strategien umgesetzt. Als ein wesentliches Best-Practice-Beispiel gilt es hierbei, die Public Health Long Term Strategy 2018-30 anzuführen.

4.3.4.1 *Public Health Wales Long Term Strategy 2018-30*

Bei der aktuellen Public Health Long Term Strategy unter dem Namen „Working to achieve a healthier future for Wales“ handelt es sich um den zweiten Strategieplan dieser Art. Ziel Strategie ist es, anhand des aktuellen Gesundheitszustands der walisischen Bevölkerung langfristige Maßnahmen für eine gesündere Zukunft von Wales zu erarbeiten. Der Plan orientiert sich an den SDG sowie den Rahmenbedingungen des Well-being of Future Generations (Wales) Acts 2015 (148).

4.3.5 Conclusio und Eckpunkte

Es kann festgehalten werden, dass der Aspekt der nachhaltigen Entwicklung einer der wesentlichsten Eckpunkte der nationalen Gesundheitsförderungslegistik in Wales darstellt. Insbesondere durch das wegweisende Gesetz, den Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015, hat Wales eine internationale Vorreiterrolle inne.

Folgende Eckpunkte tragen das walisische Gesundheitsförderungssystem maßgeblich:

- Die walisischen Gegebenheiten sind stets im Zusammenhang mit der besonderen Staatsstruktur zu sehen.
- Der Großteil der Errungenschaften konnte erst im Rahmen der Devolution entstehen.
- Aus der Gesamtheit der walisischen Gesundheitsförderungslegistik ist ein langfristiger Lösungsansatz zu erkennen.

“The thing about public health is we are all about prevention and thinking about the long-term [...]. We don't look to just solve immediate problems; we look to prevent problems in the future. You can only really do that if you think what's going to happen in the not just near future but the distant future, the next generation. What is it that we need to be doing now in order to support well-being then?” – **Public Health Expert Wales**

- Die Wichtigkeit des Aspekts der nachhaltigen Entwicklung erstreckt sich konsequent über sämtliche Gesundheitsförderungsstrukturen.
- Ein problem- und themenübergreifender Ansatz ist dem walisischen Gesundheitsförderungssystem inhärent.

5 Handlungsempfehlungen

Anhand der Evaluierung der legislativen Gesundheitsförderungslandschaft in Österreich sowie in den ausgewählten Nationen, ergänzt durch grenzübergreifende Bestimmungen des Europarechts und des internationalen Rechts, kristallisierten sich bereits einige potenzielle Handlungsfelder zur nachhaltigeren Verankerung von Gesundheitsförderung in Österreich heraus. Durch die – die umfassende Rechts- und Literaturrecherche ergänzenden – Interviews mit internationalen Expertinnen und Experten konnten durch persönliche Erfahrungsberichte aus den ausgewählten Nationen schließlich konkrete Handlungsempfehlungen für Österreich erarbeitet werden. Im Folgenden werden diese Lösungsansätze präsentiert und deren potenzielle Umsetzung erläutert.

5.1 Erarbeiten einheitlicher Begrifflichkeiten & Beschreibung einschlägiger (Legal-)Definitionen

Wenn über Gesundheitsförderung gesprochen wird, ist der Begriff zumeist im Sinne der im Rahmen der Ottawa Charta entwickelten Definition zu verstehen. Unter Gesundheitsförderung wird folglich der Prozess verstanden *„allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (4)“* Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es gemäß der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können (4).

Obwohl dies die wohl gängigste Beschreibung von Gesundheitsförderung darstellt, ist die Frage nach der Definition des Begriffs noch nicht abschließend geklärt. Insbesondere im Rahmen einer rechtswissenschaftlichen Auseinandersetzung bedarf es eines näheren Blicks in die nationale Rechtsordnung, denn oftmals wird in den einschlägigen Bestimmungen eine sog. Legaldefinition bereitgestellt. Durch diese Erklärung im Gesetzesinhalt legt der Gesetzgeber die Bedeutung des betreffenden Rechtsbegriffs eigenständig fest. Ziel ist es, auf diesem Wege Unklarheiten bei der Rechtsanwendung zu vermeiden (7).

Wenngleich die Gesundheitsförderung bereits Eingang in diverse Gesetze gefunden hat, enthält lediglich das Gesundheitsqualitätsgesetz eine explizite Beschreibung des Begriffs der „Gesundheitsförderung“ im Rahmen einer ebensolchen Legaldefinition. Gesundheitsförderung zielt gem. der Begriffsbestimmung des § 2 Z 17 leg. cit. ebenso auf den Prozess ab, den Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Somit stimmt die Begriffsbestimmung mit jener der Ottawa Charta überein. Obwohl die Bedeutung lediglich *„im Sinne des Bundesgesetzes“* Gültigkeit hat, ist davon auszugehen, dass die Definition zumindest als Orientierungshilfe auch außerhalb des GQG Anwendung findet (9). Zudem lässt sich auch in anderen Gesetzen die enge Orientierung an der Definition der Ottawa Charta erkennen (siehe Kap. 2.2).

Zwar kann somit das einheitliche Verständnis des Begriffs der Gesundheitsförderung in der österreichischen Rechtsordnung angenommen werden, doch werden Rechtsanwender:innen vor die Hürde gestellt, dass daneben div. weitere verwandte Begrifflichkeiten im Rahmen der einschlägigen Bestimmungen verwendet werden. So wird neben dem Begriff der Gesundheitsförderung⁷² auch der Wortlaut „Salutogenese“⁷³ sowie der Begriff der Gesundheitsvorsorge⁷⁴ verwendet. Die „*Verwendung unterschiedlicher Begriffe in den einschlägigen Rechtsvorschriften [...], die letztlich alle auf den Erhalt der Gesundheit bzw. auf die Vermeidung von Erkrankungen abzielen*“, führt – wie auch schon vom Rechnungshof bemängelt – dazu, dass das „System der Gesundheitsvorsorge“ Intransparenzen aufweist (10).

Um dieses Zusammenspiel diverser Begrifflichkeiten zugänglicher zu gestalten, bedarf es im ersten Schritt einer Sammlung und Analyse sämtlicher einschlägiger Begriffe in der österreichischen Rechtsordnung und den jeweiligen Gesetzesmaterialien. Um das Vorhandensein etwaiger (Rechts-)lücken festzustellen, kann es ratsam sein, weitere Rechenschritte – etwa Interviews mit Expertinnen und Experten – vorzunehmen. Im Folgeschritt kann versucht werden, den Gesetzgeber anzuhalten (insbesondere bei Rechtssetzungsakten in der Zukunft) zur Einheitlichkeit innerhalb der Rechtsordnung beizutragen.

5.2 Gesundheitsförderung als Querschnittsmaterie – Setting-spezifische Auseinandersetzung

Wie bereits dargelegt, handelt es sich beim Thema Gesundheitsförderung um eine „Querschnittsmaterie“. Viele Maßnahmen in unterschiedlichen Rechtsbereichen sind geeignet zur Gesundheitsförderung beizutragen. Vom medizinischen Setting bis hin zu gesundheitsförderlichen Interventionen in der Umweltgesetzgebung oder im Schul- oder Arbeitsrecht, gibt es ein breites Spektrum an geeigneten Herangehensweisen.

Der Großteil der Bestimmungen, die Gesundheitsförderung (mit)tragen sind zudem nicht explizit als solche angeführt. Nur in Ausnahmefällen – insbesondere im Rahmen der Grundlagengesetze – enthält das Gesetz in dessen Wortlaut die Beschreibung eine bestimmte Maßnahme diene explizit dem Zweck der Gesundheitsförderung. In den meisten Fällen handelt es sich demgegenüber um Bestimmungen, denen ein gesundheitsfördernder Charakter zwar inhärent ist, die Beschreibung der Absicht des Gesetzgebers, jedoch nicht Inhalt der Bestimmung ist. Dies führt dazu, dass die gängigen Methoden der Rechtsrecherche im Rahmen einer Schlagwortsuche im Rechtsinformationssystem (RIS) sowie den rechtswissenschaftlichen Datenbanken kein vollständiges Bild der legislativen Gesundheitsförderungslandschaft zeichnen können.

⁷² GQG, G-ZG, GfG, ASVG.

⁷³ § 116 ASVG; div. Lehrpläne.

⁷⁴ (§ 8 ASVG, div. Berufsgesetze [z. B. Psychologengesetz]) § 66a SchuG.

Um das Ziel einer lückenlosen Analyse sämtlicher Gesundheitsförderungsinterventionen in der österreichischen Rechtsordnung zu erreichen, ist es folglich notwendig, einen genaueren Blick in die jeweiligen Regelungsmaterien zu werfen. Nur durch eine genaue inhaltliche Untersuchung sämtlicher in-Betracht-kommender Gesetzesmaterien und der jeweiligen einschlägigen Normen kann eine abschließende Analyse stattfinden. Die legistische Auseinandersetzung mit settingspezifischen Schwerpunkten (Gesundheitsförderung im Arbeitsrecht, Schulrecht, Berufsgesetzen, etc.) könnte ein nächster möglicher Schritt sein.

5.3 Analyse bestehender gesetzlicher „Verpflichtungen“ und Identifizierung von Lücken in der Praxis.

Die Verankerung von Gesundheitsförderung erfolgt Großteiles durch politische Commitments. Die Festlegung von konkreten Verpflichtungen im Rahmen von (dynamischen) periodischen Zusatzvereinbarungen obliegt demgegenüber meist der Verwaltung (149). Dies erlaubt zwar einerseits, dass die (Gesundheitsförderungs-)Maßnahmen stets an die aktuellen Bedürfnisse angepasst werden können, andererseits mangelt es jedoch mitunter an einer konkreten rechtsverbindlichen Verpflichtung.

Beispiel: Als Exempel für eine solche Zusatzvereinbarung im Sinne eines Konkretisierungsabkommens zum Gesetz ist der „Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene“ (B-ZV)⁷⁵ zu nennen. Dessen Ziel ist es, für alle Menschen in Österreich ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit unter anderem durch die Forcierung zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen (vgl.: Art 2 Abs. 1 und 4 leg. cit.). Der Zielsteuerungsvertrag enthält in diversen Steuerungsbereichen – so etwa dem Gebiet der Gesundheitsförderung – abermalig Verweise auf externe Konkretisierungen. So erfolgt die Umsetzung der Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich im Rahmen einer „zwischen den Vertragsparteien⁷⁶ abgestimmten Gesundheitsförderungsstrategie, die sich vorrangig auf strukturelle Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung fokussiert und sich aus den Ergebnissen des politikfeldübergreifenden Umsetzungsprozesses der Gesundheitsziele ableitet.“⁷⁷ Die Gesundheitsförderungsstrategie (60) bildet einen für die Rahmen für die Stärkung von zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich.

Nicht nur in Österreich bedient sich der Gesetzgeber politischer Zielsetzungen anstatt der Formulierung klarer Verpflichtungen innerhalb der einschlägigen Gesetze. Auch in den Rechtsordnungen der Vergleichsnationen sind gesetzlich verankerte politische Commitments auffindbar. So werden etwa im Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 keine konkreten Verbindlichkeiten angeordnet,

⁷⁵ Dieser Vertrag beruht auf den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Zielsteuerung- Gesundheit, und dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 26/2017.

⁷⁶ Bei den Vertragsparteien handelt es sich um Bund, Länder und den Hauptverband der Sozialversicherungsträger.

⁷⁷ Art 3.3 Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene – Zielsteuerung Gesundheit.

sondern die öffentlichen Organe lediglich zur Umsetzung bestimmter Ziele (der Well-Being-Goals) und Arbeitsweisen angehalten.

Somit sind auch in Wales die öffentlichen Einrichtungen nicht nur für die Umsetzung, sondern auch für die Konkretisierung der nationalen Gesundheitsförderungsgesetzgebung zuständig⁷⁸. Anders als hierzulande wird jedoch der Grad der Umsetzung der Well-Being-Goals mittels standardisierter Methoden erhoben. Neben der Messung anhand klar formulierter Indikatoren wurde mit der Schaffung des Organs des Future Generations Commissioners ein weiterer Mechanismus zur Rechenschaftslegung innerhalb des Well-being of Future Generations (Wales) Acts 2015 geschaffen (siehe Kap. 4.3.2.1).

Da das bestehende System zum Teil intransparent ist, ist eine nähere Analyse sämtlicher Zusatzvereinbarungen und Konkretisierungsabkommen – auch im Hinblick auf deren (Rechts-)Charakter nötig. Des Weiteren bedarf es einer Beleuchtung der Umsetzung der Vertragsverpflichtungen in der Praxis umso etwaige Lücken aufzeigen zu können. Die Formulierung von Accountability-Mechanismen – etwa die Festlegung klarer, überprüfbarer Indikatoren nach walisischem Vorbild – könnte ein ergänzendes Verbindlichkeitsmoment darstellen.

5.4 HiAP durch gezielte politikfeldübergreifende Zusammenarbeit

Das österreichische Commitment zur Umsetzung der HiAP-Strategie äußert sich insbesondere in den „Gesundheitszielen Österreich“ (siehe Kap. 2.4.3.2). Allen voran das Organ „Plenum Gesundheitsziele Österreich“ ist in diesem Zusammenhang positiv hervorzuheben. Eine standardisierte Zusammenarbeit bei jeglichen politikfeldübergreifenden Maßnahmen ist in Österreich bis dato jedoch noch nicht vollumfänglich umgesetzt. Allen voran beim Thema Gesundheit – das im Sinne des Determinanten-Modells (150) von diversen Faktoren außerhalb des klassischen Gesundheitswesens beeinflusst wird – ist eine politikfeldübergreifende Arbeitsweise zielführend.

Insbesondere in Finnland wird ebendiese Zusammenarbeit bereits flächendeckend umgesetzt. Das gesetzlich verankerte Public Health Advisory Board⁷⁹ dessen Zweck in der Unterstützung und Durchführung von Maßnahmen und der Entwicklung von Gesetzen liegt, kann hierbei als Inspirationsquelle dienen (siehe Kap. 4.2.2).

Ein weiterer Aspekt, den es im Sinne einer politikfeldübergreifenden Zusammenarbeit zu erwähnen gilt, ist die Schaffung von Vernetzungsmöglichkeiten. Ziel soll es sein, einerseits Experten und Expertinnen im Bereich der Gesundheitsförderung zu vernetzen und andererseits Vernetzungsbestrebungen im Sinne von HiAP auch ministerienübergreifend zu fördern.

⁷⁸ Die Konkretisierung des Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 durch die öffentlichen Stellen erfolgt insbesondere im Rahmen der Festlegung sogenannter personalisierter “well-being objectives” die darauf ausgerichtet sind, dass die jeweilige öffentliche Stelle den eigenen Beitrag zur Erreichung der Well-Being-Goals festlegt; vgl.: Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015, Part 2 Section 3.

⁷⁹ Vgl.: § 4 Primary Health Care Act.

5.5 Gesundheitsförderung im kommunalen Setting

Wie bereits in Kap. 3.5 erläutert, haben jene Gesundheitsförderungsmaßnahmen die in den Gemeinden ergriffen werden den Vorteil, dass auf die spezifischen regionalen Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung eingegangen werden kann. Die Handlungsoptionen der jeweiligen Gemeinden sind jedoch nicht unbegrenzt. Das B-VG widmet sich in dessen Art. 115 ff B-VG der Stellung der Gemeinden im Verfassungsrecht.

Zur Stärkung als auch zum besseren Verständnis der lokalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen könnte es ratsam sein, die Gebietskörperschaft Gemeinde im Hinblick auf deren (verfassungs-)rechtliche Gesundheitsförderungskompetenzen näher zu beleuchten. Mit der Aufschlüsselung des gesetzlich möglichen Handlungsrahmens der Gemeinden kann ein wesentlicher Schritt in Richtung der nachhaltigen Förderung der lokalen Strukturen gesetzt werden.

Des Weiteren sind die diversen bereits vorhandenen Initiativen bis dato schwer miteinander zu vergleichen. Errungenschaften innerhalb einer Gemeinde bleiben oft außerhalb der eigenen Strukturen weitestgehend unbeachtet und Best-Practice-Beispiele sind schwer zu generieren. Dies legt nahe, dass es längerfristig betrachtet anzudenken ist, Monitoringtools, wie dies etwa in Finnland der Fall ist, zu implementieren (siehe Kap. 4.2.5.4). In dem nordischen Land wurde den Gemeinden mit TEAviisari ein kostenloses Benchmarking-Instrument zur Verfügung gestellt (123), dessen Ziel in der Sichtbarmachung der lokalen Maßnahmen und deren Evaluierung mittels objektiver und vergleichbarer Daten liegt.

Die Implementierung eines Monitoringtool in Anlehnung an TEAviisari oder die Schaffung von standardisierten Dokumentationsmethoden von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Gemeinden ist in Österreich bis dato noch ausständig. Ziel soll es sein, die vielfältige Gesundheitsförderungslandschaft darstellen zu können und so *learnings* gemeindeübergreifend zur Verfügung zu stellen.

5.6 Erweiterung des gesetzlichen Rahmens

Wie bereits identifiziert, enthalten viele Gesetze im Bereich der Gesundheitsförderung keine konkreten Verpflichtungen. Selbst das Gesundheitsförderungsgesetz (siehe Kap. 3.2.3) enthält – mit Ausnahme eines Verweises zur Verwendung von Anteilen am Aufkommen an der Umsatzsteuer nach Maßgabe des jeweiligen Finanzausgleichsgesetzes⁸⁰ – keine direkten Handlungsanweisungen.

Nun kann alleine durch die Tatsache, dass der Gesetzgeber einen Großteil der Konkretisierungen der Verwaltung überlässt, nicht davon ausgegangen werden, dass Lücken in der Praxis vorherrschen. Zur

⁸⁰ § 4 GfG.

Feststellung eines Handlungsbedarfs und der Identifizierung potenzieller Rechtslücken gilt es folglich etwaige Probleme in der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung zu identifizieren.

Überlegungen zu möglichen Ergänzungen der Rechtsordnung durch Erlassung neuer Gesetze oder Novellierung bestehender Normen sind – insbesondere bei „Querschnittsmaterien“ – stets von verfassungsrechtlichen Überlegungen zu begleiten. Insbesondere gilt es in diesem Zusammenhang die vom österreichischen Verfassungsrecht zur Verfügung gestellte Möglichkeit sog. Gliedstaatsverträge gem. Art. 15a B-VG zu beachten, mittels derer Hürden der Kompetenzverteilung zumindest teilweise zu überkommen möglich ist. Als Best-Practice-Beispiel könnte die Handhabung der Patient:innen-Rechte (siehe Kap. 3.4.3) dienen.

Sollte eine Erweiterung des gesetzlichen Rahmens – innerhalb der verfassungsgesetzlichen Grenzen – angedacht werden, können auch hier die Rechtsordnungen der in der Studie bearbeiteten Nationen als Inspirationsquelle dienen. Insbesondere die breite Bürger:innen-Beteiligung, die der Verabschiedung und Erstellung des Well-being of Future Generations (Wales) Acts 2015 vorausging, gilt es in diesem Zusammenhang hervorzuheben (siehe Kap. 4.3.2.1).

6 Annex

6.1 Annex 1: Ablauf der Interviews

Für jeden einzelnen Stakeholder wurde ein individueller Fragebogen erstellt (aufgrund der Diversität der Interviewpartner:innen war ein allgemeiner Fragebogen für alle Interviews nicht zielführend). Einheitlich gestaltet waren allerdings Fragen, die nach lösungsorientierten Ideen im Gesundheitsförderungssystem suchten. Die Interviewleitfäden wurden je nach Experte bzw. Expertin in deutscher oder englischer Sprache verfasst und orientieren sich an folgender Struktur:

I. Vorstellung des Projekts und der Interviewteilnehmer:innen

II. Fragen bezüglich der spezifischen Vergleichsnation

- a. Fragen in Bezug auf die jeweilige Nation wurden individuell gestaltet und gliedern sich jeweils in:

- i. *Länderspezifische Gegebenheiten*

- ii. *Nähere Fragen auf Basis der vorgelagerten Recherche und der vorab definierten Schwerpunkte*

III. Ausblick und Handlungsbedarf (einheitlich für sämtliche Interviewpartner:innen)

- a. Wie können Ihrer Meinung nach Themen der Gesundheitsförderung in *der Vergleichsnation* und auf internationaler Ebene vorangetrieben werden?
- b. Was können andere Länder von den Errungenschaften *der Vergleichsnation* lernen?
- c. Welche Aspekte und Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, um ein bestmögliches Umfeld für die Gesundheitsförderung zu schaffen?
- d. Welchen Beitrag können Gesetze zur nachhaltigen Verankerung und Umsetzung von Gesundheitsförderung beitragen?

IV. Abschließende Bemerkungen und Organisatorisches

- a. Gibt es noch etwas Anderes, das Sie uns mitteilen wollen?
- b. Stehen Sie – wenn nötig – für weitere Rückfragen und Erläuterungen bereit?
- c. Sind Sie damit einverstanden, dass im finalen Bericht Ihr Name und Ihre Affiliation⁸¹ geteilt wird?

⁸¹ Die verwendete Affiliation wurde in Absprache mit den Expert:innen gewählt.

d. Dürfen wir Ihre Aussagen für direkte Zitate verwenden⁸²?

6.2 Annex 2: Interviewpartner:innen

Tabelle 2: Liste der Interviewpartner:innen

Vergleichsnation	Name	Berufsbezeichnung
Deutschland	Dipl.-Psych. Thomas Altgeld	Geschäftsführer Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Finnland	Timo Ståhl , MSc, PhD, Adjunct Professor	Team leader for Knowledge base for health and welfare management unit at the Finnish Institute for Health and Welfare (THL)
Finnland	Anne Lounamaa , PhD	Head of Health and Well-Being Promotion Unit (THL)
Wales	Anonymisiert	Public Health Expert Wales

⁸² Alle in der Studie angeführten Zitate wurden im verwendeten Wortlaut im Rahmen der Interviews weitergegeben und nochmals an die Interviewtenehmer:innen zur finalen Bestätigung übermittelt.

7 Literaturverzeichnis

1. Bydlinski F. Juristische Methodenlehre und Rechtsbegriff. Wien: Springer Verlag; 2011.
2. Gamper A. Rechtsvergleichung als Juristische Auslegungsmethode. Wien: Sramek; 2013.
3. Gläser J, Laudel G, Bührmann A. 2005.
4. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, Switzerland; 1986.
5. World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Geneva, Switzerland: WHO; 1997.
6. World Health Organization. Health Promotion Glossary of Terms 2021. Geneva, Switzerland: WHO; 2021.
7. österreich.gv.at. Legaldefinition. Wien; 2022 [Available from: <https://www.oesterreich.gv.at/lexicon/L/Legaldefinition0.html>].
8. Doppler K. Public Health in Österreich – verfassungsrechtliche Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention. Wien: Universität Wien; 2022.
9. Stöger K. § 2 GQG. In: Neumayr M, Resch R, Wallner F, editors. Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht. 2. Wien: Manz; 2022.
10. Rechnungshof. Bericht des Rechnungshofes - System der Gesundheitsvorsorge; 2014.
11. Fonds Gesundes Österreich. Glossar [Available from: <https://fgoe.org/glossar>].
12. Breslow L. From disease prevention to health promotion. Jama. 1999;281(11):1030-3.
13. International Health Conference. Constitution of the World Health Organization 1946. Bulletin of the World Health Organization. 2002;80:983 - 4.
14. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Government of Canada; 1974.
15. Hancock T. Beyond health care: from public health policy to healthy public policy. Can J Public Health. 1985;76 Suppl 1:9-11.
16. WHO. The declaration of Alma-Ata. World health 1988; Aug-Sep : 16-17. 1988.
17. World Health Organization. 2nd International Conference on Health Promotion, Adelaide, 1988.
18. Working Group on Health Promotion in Developing C, World Health Organization. A call for action: promoting health in developing countries, summary report of Working Group on Health Promotion in Developing Countries, Geneva, 9-13 October 1989. Geneva: World Health Organization; 1990.
19. World Health Organization. Supportive environments for health: The Sundsvall Statement. Health Promotion International. 1991;6(4):297-300.
20. Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für E. Gesundheit21: das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ die europäische Region der WHO. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa; 1999.
21. World Health Organization. The 5th Global Conference on Health Promotion. 2000.

22. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Health Promotion International. 2006;21(suppl_1):10-4.
23. World Health Organization. Promoting health and development: closing the implementation gap. Proceedings of the 7th Global Conference on Health Promotion. October 26-30, 2009. Nairobi, Kenya. Glob Health Promot. 2010;17(2):3-95.
24. World Health Organization. The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Health Promot Int. 2010;25(2):258-60.
25. World Health Organization. Social determinants of health: outcome of the World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro; 2011.
26. World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies. Health Promotion International. 2014;29(suppl_1):i17-i8.
27. World Health Organization. Health in All Policies (HiAP) framework for country action. Health Promot Int. 2014;29 Suppl 1:i19-28.
28. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: UN General Assembly, editor. A/RES/70/1. New York; 2015.
29. World Health Organization. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Health Promot Int. 2016;32(1):7-8.
30. World Health Organization. The Geneva Charter for Well-being. Genf; 2021.
31. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 4: Europäische Union. Köln: BZgA; 2017.
32. Parlament E. Kurzdarstellungen über die Europäische Union - 2022. Öffentliche Gesundheit. Straßburg; 2022.
33. European Commission. EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union 2021 [Available from: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en].
34. Deutscher Bundestag. Europäische Dimensionen der Gesundheitspolitik Berlin2013 [Available from: https://www.bundestag.de/webarchiv/Ausschuesse/ausschuesse18/a14/Europ_ische_Dimensionen_der_Gesundheitspolitik/Europ_ische_Dimensionen_der_Gesundheitspolitik-215250].
35. Verfassungsgerichtshof. Grundrechte Wien2022 [Available from: <https://www.vfgh.gv.at/verfassungsgerichtshof/rechtsgrundlagen/grundrechte.de.html>].
36. Bundeskanzleramt. Grundrechte der Europäischen Union Wien2022 [
37. EuroHealthNet. The European Pillar of Social Rights: A key vehicle to improving health for all. Brussels; 2020.
38. Spitzbart S. Gesundheitsförderung als Teil einer zeitgemäßen Gesundheitspolitik - Status quo in Österreich und zukünftige Herausforderungen. SozSi. 2020(9):350.
39. Bundesministerium für Arbeit S, Gesundheit und Konsumentenschutz,. Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016. Wien2019. p. 3.

40. Gruber G. Gesundheitsziele für Österreich - Erfahrungen aus einem "Gesundheit-in-allen-Politikfeldern-Prozess". SozSi. 2017;5:231.
41. Spitzbart S. Die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele: eine Bestandsaufnahme zur bisherigen Umsetzung. 2014;10:465.
42. Bundeskanzleramt. Nachhaltige Entwicklung – Agenda 2030 / SDGs Wien [Available from: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030.html>].
43. Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten. Österreich und die Agenda 2030. Wien: Bundeskanzleramt; 2020.
44. Berka W. Verfassungsrecht. 8 ed. Wien: Verlag Österreich; 2021.
45. Lukan M. Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG. In: Kahl A, Khakzedeh L, Schmid S, editors. Bundesverfassungsrecht. Innsbruck: Jan Sramek Verlag; 2021. p. 251.
46. Berka W, Binder C, Kneihls B. Die Grundrechte. 2 ed. Wien: Verlag Österreich; 2019.
47. Berka W. Die Verantwortung des Staates für die medizinische Versorgung. RdM. 2019;51:227.
48. Wimmer A. Das Recht auf Gesundheit, eine rechtsvergleichende Perspektive - Österreich. Brüssel: Díez Parra, Ignacio 2022.
49. Grabenwarter C, Krauskopf B. Gesundheitsrecht und Verfassung. In: Resch R, Wallner F, editors. Handbuch Medizinrecht. 3 ed. Wien: LexisNexis; 2020. p. 28.
50. Öhlinger T, Stelzer M. Der Schutz der sozialen Grundrechte in der Rechtsordnung Österreichs. In: Iliopoulos-Strangas J, editor. Soziale Grundrechte in Europa nach Lissabon: Eine rechtsvergleichende Untersuchung der nationalen Rechtsordnungen und des Europäischen Rechts. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2010. p. 512.
51. Moser J. Zur Zahl 3533/J-BR/2018. In: Bundesministerium für Justiz, editor. 3282/AB-BR/2018. Wien2018.
52. Puska P. Health in all policies—from what to how. European Journal of Public Health. 2014;24(1):1.
53. BMSGPK. Gesundheitsziele Österreich - Beteiligte Wien [Available from: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/beteiligte/>].
54. BMSGPK. Bundesgesundheitskommission [Available from: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/bundesgesundheitskommission/>].
55. Stöger K. Gesundheitsqualitätsgesetz. In: Neumayr M, Resch R, Wallner F, editors. Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht. 2 ed. Wien: Manz; 2022.
56. Schmadlbauer H, Ecker-Glasner M. Gesundheitsförderung und Prävention in der ÖGK. SozSi. 2020:358.
57. Reichmann G, Sommersguter-Reichmann M. Die Vorsorgeuntersuchung in Österreich - eine empirische Studie bezüglich Inanspruchnahme und Zufriedenheit. SozSi. 2018:403.

58. BMSGPK. Die Landesgesundheitsfonds Wien; 2022 [Available from: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Institutionen/Die-Landesgesundheitsfonds.html>].
59. Bund, Länder, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Zielsteuerungsvertrag 2022 und 2023. Wien; 2022.
60. Bundes-Zielsteuerungskommission. Gesundheitsförderungsstrategie. Wien 2016.
61. Aigner G. Patientencharta. RdM. 1999;5:151.
62. Memmer M. Rechte und Pflichten – Patient und Behandler. In: Aigner G, Kletečka A, Kletečka-Pulker M, Memmer M, editors. Handbuch Medizinrecht Wien: Manz; 2022.
63. Spicker I, Lang G. Kommunale Gesundheitsförderung in Österreich - Voraussetzungen, Akteure und Rollen,. SozSi 2010:572.
64. Malli G, Saurugg R. Gemeinden für Gesundheitskompetenz! . Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; 2018.
65. Auer M, Bäck M, Hofer K, Neuhold B, Gangl D, Amort FM. Gesundheitsförderung in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung. In: Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, editor. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2014.
66. Gruber G. Überblick zu Initiativen bzw. Audits im kommunalen Setting. 2017.
67. Blümel S. Akteure, Angebote und Strukturen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln; 2011. p. 14.
68. Benda E, Mailhofer W, Vogel H-J. Handbuch des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland: De Gruyter; 1984.
69. Doppler K. Gesundheit im Gesetz. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; 2021.
70. Däubler W. Der Schutz der sozialen Grundrechte in der Rechtsordnung Deutschlands. In: Iliopoulos-Strangas J, editor. Soziale Grundrechte in Europa nach Lissabon: Eine rechtsvergleichende Untersuchung der nationalen Rechtsordnungen und des Europäischen Rechts. Baden-Baden: Nomos; 2010. p. 132.
71. SPD, GRÜNEN BD. Koalitionsvertrag 2002 – 2006. Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit Berlin 2002.
72. Reese M, Geene R. Handbuch Präventionsgesetz. Frankfurt am Main: Mabuse; 2016.
73. Wanek V, Schreiner-Kürten K. Präventionsgesetzgebung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: Springer; 2020. p. 98.
74. Walter U. Der lange Weg zum Präventionsgesetz – Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Public Health Forum. 2018;26(3):201-4.
75. Schmahl W. Deutschlands sozialversicherung in der kritik. Wirtschaftsdienst. 2005;85(9):566-74.

76. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*. 2017;390(10097):882-97.
77. Altgeld T. Experteninterview Gesundheitsförderung. In: Doppler K, Albrecht V, editors. Wien; 2022.
78. Quilling E, Kruse S. Evidenzlage kommunaler Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung: Eine Literatur- und Datenbankrecherche (Rapid Review); 2018.
79. Herbert-Maul A, Abu-Omar K, Till M, Fleuren T, Wolff A, Reimers A. Präventionsdilemma auf kommunaler Ebene? Inequality paradox at the community level?: Einflussfaktoren auf die Teilnahme von Kommunen an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung Factors influencing communities to take part in health promotion activities. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2022.
80. Mager C, Wagner M. Cultural Infrastructures in Small and Medium- Sized Cities in Germany. A Location Typology of Cultural Services of General Interest. *Raumforschung und Raumordnung | Spatial Research and Planning*. 2022;80(4):379-96.
81. Statistisches Bundesamt. Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten. 2022.
82. Robert Koch Institut. Das RKI als nationales Public-Health-Institut - Übersichtsartikel aus dem Jubiläumsbuch 125 Jahre Robert Koch-Institut. [Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/Beitrag_Jubilaebuch.html2016].
83. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. Die Initiative IN FORM Berlin: BLE; [Available from: <https://www.in-form.de/in-form/die-initiative-in-form>].
84. Maschewsky-Schneider U, Pöche-Guckelberger I, Weber S, Ciupitu-Plath C. Evaluation des Gesamtprozesses von gesundheitsziele.de. *Das Gesundheitswesen*. 2015.
85. Gesundheit Bf. Gesundheitsziele Berlin2022 [Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html#:~:text=Er%20hat%20seit%20seinem%20Bestehen,Geburt%22%20und%20%22Patientensicherheit%22>].
86. Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. Health in All Policies in the European Union and its member states. European Commission; 2006.
87. Roos G, Lean M, Anderson A. Dietary interventions in Finland, Norway and Sweden: nutrition policies and strategies. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2002;15(2):99-110.
88. Leppo K, Melkas T. Towards healthy public policy: experiences in Finland 1972–1987 *. *Health Promotion International*. 1988;3(2):195-203.
89. Talousneuvosto (Economic Council). Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto. Liite 1. Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti [Economic Council, Division for exploring goals of social policies and their measurement. Annex 1: report of the working group exploring the goals of health]. Helsinki; 1972.
90. Ståhl T. Health in All Policies: From rhetoric to implementation and evaluation - the Finnish experience. *Scand J Public Health*. 2018;46(20_suppl):38-46.

91. Keskimäki I, Tynkkynen L-K, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, et al. Finland: Health System Review. Health systems in transition. 2019;21:1-166.
92. World Health Organization. Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future. In: Regional Office for Europe, editor. Copenhagen; 2002.
93. OECD, Systems EOoH, Policies. Österreich: Länderprofil Gesundheit 2019.
94. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Finland: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. 2021.
95. Justizministerium Finnland. Übersetzung Grundgesetz Finnlands. 2000.
96. Lütticken F, Pfeil F. Finnlands neue Verfassung: Abschied vom semi-präsidentiellen System. Zeitschrift für Parlamentsfragen. 2003;34(2):296-310.
97. Lind A-S. The Right to Health from a Constitutional Perspective - the Example of the nordic Countries. In: Rynning E, Hartlev M, editors. Nordic Health Law in a European Context. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers; 2011. p. 76.
98. Fleer M. Governing Public Health : EU Law, Regulation and Biopolitics. Oxford: Hart Publishing; 2015.
99. OECD. Finland: Country Health Profile 2019.
100. Melkas T. Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. Scandinavian Journal of Public Health. 2013;41(11_suppl):3-28.
101. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S. Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies 2013.
102. van Dale D, Lemmens L, Hendriksen M, Rogers H, Savolainen N. D5.4 Recommendations for intra- and intersectoral collaboration for health promotion and chronic disease prevention. 2020.
103. Finnish Institute for Health and Welfare. Intersectoral collaboration 2022 [Available from: <https://thl.fi/en/web/management-of-health-and-wellbeing-promotion/management-of-wellbeing/practices/health-in-all-policies/introduction/intersectoral-collaboration>].
104. Ministry of Health and Social Affairs (FI). Advisory Board for Public Health Helsinki 2022 [Available from: <https://stm.fi/en/advisory-board-for-public-health>].
105. Finnish Food Authority. National nutrition council - Guardian of public nutrition 2021 [Available from: <https://www.ruokavirasto.fi/en/foodstuffs/healthy-diet/national-nutrition-council/>].
106. Ståhl T, Lounamaa A. Expert Interview Health Promotion Finland. In: Doppler K, editor. Wien 2022.
107. Ministry of Health and Social Affairs (FI). Health promotion Helsinki 2022 [Available from: <https://stm.fi/en/health-promotion>].
108. Hätönen H. How to institutionalise health promotion through legislation? European Journal of Public Health. 2019;29(Supplement_4):ckz185.220.

109. Finnish Institute for Health and Welfare. Human Impact Assessment 2022 [Available from: <https://thl.fi/en/web/management-of-health-and-wellbeing-promotion/management-of-wellbeing/practices/human-impact-assessment>].
110. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). 2021.
111. Horvath I, Haas S, Knaller C, Sax G. Health Impact Assessment – Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich. 2010.
112. Juslén J. Social impact assessment: a look at Finnish experiences. Project Appraisal. 1995;10(3):163-70.
113. Ministry of Justice (FI). Impact Assessment Legislative Drafting - Guidelines. Helsinki2007.
114. Prime Minister's Office (FI). Finnish Council of Regulatory Impact Analysis, Annual review 2020. 2020.
115. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Policies, Allin S, Mossialos E, McKee M, et al. Making decisions on public health: a review of eight countries. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2004.
116. Schröer-Günther MA, Lungen M, Pfaff H, Passon AM, Kulig M, Gerber A. European journal of integrative medicine. 2009;1:130.
117. Puska P, Ståhl T. Health in all policies-the Finnish initiative: background, principles, and current issues. Annu Rev Public Health. 2010;31:315-28 3 p following 28.
118. Jousilahti P, Laatikainen T, Salomaa V, Pietilä A, Vartiainen E, Puska P. 40-Year CHD Mortality Trends and the Role of Risk Factors in Mortality Decline: The North Karelia Project Experience. Glob Heart. 2016;11(2):207-12.
119. Geene R. Health in All Policies - Entwicklungen und Perspektiven. Impu!se. 2019;104:2.
120. Bundeskanzleramt. Finnischer EU-Ratsvorsitz 2019 2019 [Available from: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/europa-aktuell/finnischer-eu-ratsvorsitz-2019.html>].
121. Timberlake DS, Laitinen U, Kinnunen JM, Rimpela AH. Strategies and barriers to achieving the goal of Finland's tobacco endgame. Tob Control. 2020;29(4):398-404.
122. Finnish Institute for Health and Welfare. Finnish tobacco control policy and legislation Helsinki2022 [Available from: <https://thl.fi/en/web/alcohol-tobacco-and-addictions/tobacco/finnish-tobacco-control-policy-and-legislation>].
123. Saaristo V, Hakamäki P, Wiss K, Ståhl T. TEAviisari, a Benchmarking System of Health Promotion Capacity Building on Local Level2014.
124. Finnish Institute for Health and Welfare. About TEAviisari 2022 [Available from: <https://teaviisari.fi/teaviisari/en/index>].
125. Zens M, Shajanian Zarneh Y, Dolle J, De Bock F. Digital Public Health – Hebel für Capacity Building in der kommunalen Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2020;63(6):729-40.

126. Iyamu I, Xu AXT, Gómez-Ramírez O, Ablona A, Chang HJ, McKee G, et al. Defining Digital Public Health and the Role of Digitization, Digitalization, and Digital Transformation: Scoping Review. *JMIR Public Health Surveill.* 2021;7(11):e30399.
127. Burgun A, Bernal-Delgado E, Kuchinke W, van Staa T, Cunningham J, Lettieri E, et al. Health Data for Public Health: Towards New Ways of Combining Data Sources to Support Research Efforts in Europe. *Yearb Med Inform.* 2017;26(1):235-40.
128. Kooperation International, Bundesministerium für Bildung und Forschung. Allgemeine Landesinformationen: Vereinigtes Königreich (Großbritannien). Deutschland2016.
129. Richard Wyn J, Roger S. Wales Says Yes: Devolution and the 2011 Welsh Referendum. Cardiff: University of Wales Press; 2012.
130. Roberts O. The National Assembly for Wales Referendum 2011. Wales: National Assembly for Wales Commission,; 2011.
131. Welsh Government. Constitution and devolution Wales2021 [Available from: <https://law.gov.wales/constitution-and-government/constitution-and-devolution>].
132. Welsh Government. Introduction to powers Wales2021 [Available from: <https://law.gov.wales/constitution-and-government/constitution-and-devolution/introduction-powers>].
133. National Assembly for Wales. Learning to Live Differently. THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT SCHEME OF THE NATIONAL ASSEMBLY FOR WALES. Cardiff2000.
134. Davies H. The Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015: Duties or aspirations? *Environmental Law Review.* 2016;18(1):41-56.
135. Weatherup C. Ein Gesetz für das Wohlergehen künftiger Generationen in Wales. *Impulse.* 2019;104:3.
136. Public Health Expert Wales. Expert Interview Health Promotion Wales. In: Doppler K, Gabriel MA, editors. Wien; 2022.
137. Welsh Government. Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 Essentials Guide 2021.
138. Welsh Government. Wellbeing of Wales: national indicators - Data and summaries for each of the national well-being indicators Cardiff2022 [Available from: <https://www.gov.wales/wellbeing-wales-national-indicators>].
139. Future Generations Commissioner for Wales. Future Generations Commissioner for Wales Annual Report 2020-2021. In: Office of the Future Generations Commissioner for Wales, editor. Cardiff; 2021.
140. Future Generations Commissioner for Wales. A government fit for future generations. In: Office of the Future Generations Commissioner for Wales, editor. Cardiff; 2022.
141. Welsh Government. The Ways of Working of The Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 2020 [Available from: <https://weva.cymru/wp-content/uploads/2020/03/The-Ways-of-Working-of-The-Well-being-of-Future-Generations-Wales-Act-2015.pdf>].

142. United Nations. A Million Voices: the World we Want. In: United Nations Development Group, editor. A Sustainable Future with Dignity for All. New York; 2013.
143. Sustainable Wales. The Wales We Want - National Conversation. In: Commissioner for Sustainable Futures, editor. Cardiff; 2014.
144. Great Britain Welsh Office. Better health, better Wales: strategic framework. Cardiff; 1998.
145. Green L, Parry-Williams L, Edmonds N. Quality Assurance Review Framework for Health Impact Assessment (HIA). Cardiff: Wales Health Impact Assessment Support Unit (WHIASU); 2017.
146. Green L, Parry-Williams L, Huckle E. Health Impact Assessment (HIA) and Local Development Plans (LDPs): A Toolkit for Practice. In: WHIASU, editor. Cardiff: Public Health Wales ; 2021.
147. Public Health Wales. About Public Health Wales Cardiff [Available from: <https://phw.nhs.wales/about-us/>].
148. Public Health Wales. Working to achieve a healthier future for Wales. Public Health Wales Long Term Strategy 2018-30. Cardiff; 2018.
149. Raschauer N. Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Fragen der „Gesundheitsreform 2013“. RdM. 2014:149.
150. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Köln; 2022.