

# PUBLIC HEALTH



- Public Health: Geschichte und Definitionen
- Soziale Ungleichheit und Gesundheit
- Public Health und COVID-19
- Child Public Health: Begriffsbestimmung und spezifische Aspekte
- Didaktische Vorschläge und Unterrichtsprojekte
- Links und Materialien

## LIEBE LESERIN, LIEBER LESER!

Public Health ist seit Beginn der Corona-Pandemie in aller Munde. Dieses Heft reagiert darauf und bietet Ihnen einführende Unterlagen, mit denen Sie das Thema im Unterricht auf einer allgemeinen Ebene bearbeiten können.

Gesundheitspolitische Fragestellungen sind in der aktuellen Situation ein wichtiges Thema der Politischen Bildung. Eine gute Gelegenheit, die Unterrichtsprinzipien Politische Bildung und Gesundheitsförderung zusammenzudenken.

- Was verbirgt sich hinter dem Begriff Public Health, welche aktuellen und zukünftigen Problemlagen gibt es?
- Wie hat sich das Themenfeld historisch entwickelt?
- Warum braucht es eine eigene Disziplin Child Public Health (CPH)? Welche Bedeutung hat Public Health im schulischen Bereich?
- Was bedeutet Gerechtigkeit im Hinblick auf Public Health?

Diese und andere Fragen brauchen einen inter- und transdisziplinären Zugang, in der Wissenschaft genauso wie in der vermittelnden Bildungsarbeit. Es bietet sich also auch für die Bearbeitung des Themas im Unterricht eine fächerverbindende Zusammenarbeit an.

Wir freuen uns, dass wir mit Lilly Damm, Thomas Dorner, Hans-Peter Hutter, Martin Schenk und Peter

Wallner ein multiprofessionelles ExpertInnenteam für die Mitarbeit gewinnen konnten.

Das Kapitel Child Public Health zeigt die Querverbindungen zu wichtigen Prinzipien in der Arbeit von Zentrum *polis* besonders deutlich auf. Der Kinderrechteansatz, partizipative Zugänge und Kommunikation auf Augenhöhe prägen auch unsere Arbeit. Viele Übungen und Projektvorschläge dieses Hefts könnten daher auch in unseren Materialien zu Kinderrechten oder Partizipation vorkommen.

Auf die aktuelle Situation reagieren wir in mehreren Kapiteln und mit dem Unterrichtsprojekt „Impfen: pro und contra“. Ein Thema, das sich schon lange vor Corona zu einer gesellschaftlichen Kontroverse entwickelt hat, derzeit aber wohl besonders intensiv in Familien und Schulen diskutiert wird.

Es ist uns jedoch wichtig, das Thema Public Health nicht nur durch die Corona-Brille zu betrachten, denn das Thema öffentliche Gesundheit wird auch nach der Pandemie auf der politischen Agenda bleiben (dann, wenn „gespart werden muss“).

Wir wünschen Ihnen spannende Momente und gelingende Diskussionen im Klassenzimmer und freuen uns wie immer über Ihr Feedback!

---

Ihr Team von Zentrum *polis*

> [service@politik-lernen.at](mailto:service@politik-lernen.at)

## GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND SCHULE

### give – Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs

**Schulen:** Ziel der Initiative von Bildungsministerium, Gesundheitsministerium und Jugendrotkreuz ist die bestmögliche Gesundheit für alle am Schulleben Beteiligten, geleitet von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit, das physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst.  
[www.give.or.at](http://www.give.or.at)

### Schulpsychologische Bildungsberatung

[www.schulpsychologie.at](http://www.schulpsychologie.at)

### Gesundheitsförderung in der

**Schule:** Informationen auf dem öffentlichen Gesundheitsförderungsportal Österreichs  
[www.gesundheit.gv.at/leben/lebenswelt/schule/in-der-schule](http://www.gesundheit.gv.at/leben/lebenswelt/schule/in-der-schule)

### Fonds Gesundes Österreich:

Wissenspool zur Programmlinie „Gesundes Aufwachsen – psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“  
[https://fgoe.org/Wissenspool\\_Gesundes\\_Aufwachsen](https://fgoe.org/Wissenspool_Gesundes_Aufwachsen)

### Grundsatzlerlass Gesundheitsförderung:

Gesundheitserziehung ist als Unterrichtsprinzip/übergreifendes Thema in der österreichischen Schule verankert.  
[www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulpraxis/prinz/gesundheitsfoerderung.html](http://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulpraxis/prinz/gesundheitsfoerderung.html)

### Website der Schulärztinnen und

**Schulärzte:** Informationen und Materialien zum Thema Gesundheit und Schule  
[www.schularzt.at](http://www.schularzt.at)

# 1 WAS IST PUBLIC HEALTH?

Von Thomas E. Dorner

*Thomas E. Dorner ist Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Er ist ärztlicher Leiter der BVAEB-Gesundheitseinrichtung für Gesundheitsförderung und Leiter des Karl Landsteiner Instituts für Gesundheitsförderungsforschung in Sitzenberg-Reidling sowie Assoziierter Professor im Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin der Medizinischen Universität Wien.*

Für Public Health gibt es viele verschiedene **Definitionen**. Übersetzt wird Public Health häufig mit „öffentliche Gesundheit“, jedoch hat sich im deutschsprachigen Raum die Bezeichnung „Public Health“ etabliert. Eine sehr häufig zitierte Definition von Public Health, die auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet wird, lautet: „**community action for improved community health**“.<sup>1</sup>

Gemäß der Österreichischen Gesellschaft für Public Health ist **Public Health** „**ein Überbegriff, der das gemeinsame Handeln für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung bezeichnet**“, und die Vision dieser wissenschaftlichen Fachgesellschaft ist es, eine „möglichst hohe Gesundheit für möglichst viele Menschen“ zu erreichen.<sup>2</sup>

„**Unter Public Health verstehen wir eine von der Gesellschaft organisierte, gemeinsame Anstrengung mit dem Ziel**

- der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder von Teilen der Bevölkerung,
- Vermeidung von Krankheiten und Invalidität,
- Versorgung der Bevölkerung mit präventiven, kurativen und rehabilitativen Diensten.“<sup>3</sup>

„Ziel von Public Health ist das **Management kollektiver Gesundheitsprobleme möglichst aller Personen einer Bevölkerung ohne individuelle Präferenzen und Bedürfnisse**. Das ist der größte Unterschied zur präventiven oder kurativen Individualmedizin.“<sup>4</sup>

Gemeinsam ist diesen Definitionen, dass es bei Public Health um die **Gesundheit ganzer Bevölkerungsgruppen** oder der ganzen Bevölkerung geht und weniger um die Gesundheit einzelner Personen sowie um gemeinsame, gebündelte Anstrengungen, diese auch zu erreichen.

**Gesundheit wird dabei, entsprechend der Definition der WHO, nicht lediglich als die Abwesenheit von Krankheit gesehen, sondern auch als subjektives Wohlbefinden, Zufriedenheit oder Glückseligkeit, und integriert die Dimensionen Körper, Psyche und Soziales.**

Public Health adressiert sowohl die Verantwortung der Gesellschaft für mehr Gesundheit, als auch die Verantwortung von einzelnen Menschen. Und es geht dabei darum, Individuen zu dieser Verantwortung zu befähigen („Empowerment“).

Wissenschaftlich sind die beiden Hauptströmungen von Public Health:

- 1. Gesundheitsförderungsforschung:** Forschungsbereiche, die sich damit beschäftigen, wie sich Gesundheit in der Bevölkerung verteilt, was sie beeinflusst und wie sie beeinflussbar ist, sowie welche Maßnahmen zur Steigerung von Gesundheit wirksam sind;
- 2. Versorgungsforschung:** Forschungsbereiche, die sich damit beschäftigen, welche Strukturen es für Gesundheit, Krankheitsprävention und -versorgung braucht, wie und von wem diese in Anspruch genommen werden und wie diese am effektivsten und effizientesten gestaltet werden können.

Public Health versteht sich also als **wissenschaftliche Disziplin** mit besonderem Augenmerk darauf, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse umgesetzt werden – und Public-Health-ForscherInnen nehmen auch Verantwortung wahr, für diese Umsetzung zu sorgen, wie in

1 Robert Beaglehole, Ruth Bonita, Richard Horton, Orvill Adams, Martin McKee: Public health in the new era: improving health through collective action. Lancet. 2004 Jun 19; 363:2084-6.  
2 ÖGPH (Österreichische Gesellschaft für Public Health): Public Health in Österreich. Was ist Public Health? o.J. <https://oeph.at/public-health-oesterreich>  
3 Matthias Egger, Oliver Razum, Anita Rieder: Public Health: Konzepte, Disziplinen, Handlungsfelder. In: Matthias Egger, Oliver Razum, Anita Rieder (Hrsg.): Public Health Kompakt. Berlin: De Gruyter, 2018, 3. Auflage.  
4 Thomas E. Dorner: Public Health. In: Thomas E. Dorner (Hrsg.): Public Health. Von den Gesundheitsbedürfnissen der Gesellschaft zu klinischen Implikationen. Wien: facultas, 2016, 4. Auflage.

der Vienna Declaration der Europäischen Public Health Gesellschaften festgehalten wird.<sup>5</sup>

Public Health ist ein multidisziplinäres Feld, in dem Medizin, Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Soziologie, Epidemiologie, Biostatistik, Ökonomie, Politikwissenschaft, Pflegewissenschaften und andere inkludiert sind.

Methodisch werden gesundheitsrelevante Daten und deren Determinanten und Einflussfaktoren erfasst, ihre Bedeutung für die Bevölkerung analysiert und als Konsequenz bevölkerungsbezogene Maßnahmen wie Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheiten, Versorgungsoptimierungen, Verhaltensänderung und Kontrolle der Umweltbedingungen entwickelt.<sup>6</sup>

## DER PUBLIC HEALTH ACTION CYCLE

Der Public Health Action Cycle ist ein wichtiges Instrument für die Planung im Gesundheitssystem und in allen politischen Feldern, die sich mit Gesundheit beschäftigen.

Er geht davon aus, dass es zunächst darum geht, Gesundheitsprobleme zu identifizieren und herauszufinden, welche Faktoren zur Gesundheit beitragen und wie diese Faktoren und die Gesundheit selbst in der Bevölkerung verteilt sind. Das ist die Aufgabe der Epidemiologie.

Danach geht es darum, wissenschaftlich abgesicherte Strategien zu identifizieren, um diese Probleme

zu lösen, und entsprechende Ziele zu definieren, Maßnahmen umzusetzen, um diese Ziele zu erreichen.

Dabei werden häufig Maßnahmen zunächst in Modellprojekten und Modellregionen erprobt und diese dann evaluiert. Es wird also festgestellt, ob die Ziele tatsächlich erreicht wurden und die Probleme gelöst sind.

Damit schließt sich der Kreis wieder zur Erhebung von Daten bzw. Definition des Problems. Bei Erfolg werden die Strategien auf größere Bevölkerungsgruppen oder die Gesamtbevölkerung ausgerollt.

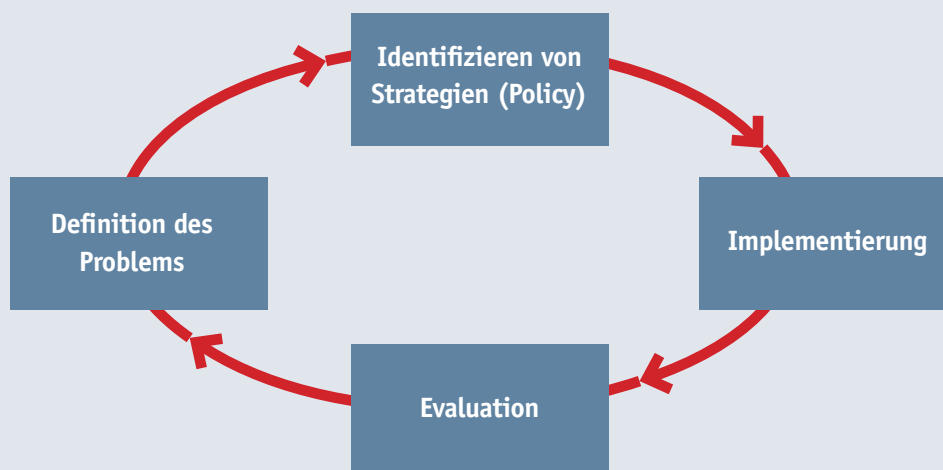


Abbildung 1: Public Health Action Cycle. Nach: Dorner, 2016

Von enormer Wichtigkeit bei Public Health ist, immer **das große Ganze** im Auge zu behalten und sich nicht auf Details zu beschränken. Gesundheit lässt sich nicht allein auf die Behandlung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten beschränken, sondern wird von vielen sehr unterschiedlichen Faktoren bestimmt.

Dementsprechend braucht es für mehr Gesundheit in der Bevölkerung Anstrengungen in allen Politikfeldern und nicht ausschließlich im gesundheitspolitischen Ressort.

Eine moderne Definition von Public Health lautet daher: „**Public Health ist die Forschung für und Lehre von Gesundheit in allen Politikfeldern**“.<sup>7</sup>

5 Martin McKee, David Stuckler, Dineke Zeegers Paget, Thomas E. Dorner: The Vienna Declaration on Public Health. Eur J Public Health. 2016 (26: 897-8).

6 Dorner, 2016.

7 European Public Health Association. E-Collection: Health promotion and the need for a multisectoral approach. European Journal of Public Health, 2018. ÖGPH, o.J.

# „DAS GROSSE GANZE“ AM BEISPIEL GESUNDE ERNÄHRUNG

## GESUNDE ERNÄHRUNG

Gesunde Ernährung trägt generell zu einem gesunden Lebensstil und somit zu mehr Gesundheit bei und ist allein deshalb schon ein wichtiges Public-Health-Thema. Public Health beschäftigt sich jedoch, anders als andere

Disziplinen, mit allen Fragen und Aspekten, die mit Ernährung im weiteren Sinn zu tun haben sowie mit den entsprechenden Politikfeldern und politischen Entscheidungen, die dafür nötig sind:

### ■ **Ernährungsphysiologie und Ernährungs-epidemiologie**

Zunächst ist es wichtig zu wissen, wie sich Ernährung auf den Körper und auf die Gesundheit auswirkt. Was sind gesundheitlich günstige Nahrungsmittel und Ernährungsmuster, was weniger günstige? Wie sind die verschiedenen Ernährungsmuster in der Bevölkerung verteilt? Welche Maßnahmen können getroffen werden, damit die Entscheidung für gesündere Nahrungsmittel zur einfacheren Alternative wird?

### ■ **Information und Kommunikation**

Welche Ernährungsempfehlungen können für welche Bevölkerungsgruppen gegeben werden? Wie können diese am besten kommuniziert werden? Wie und wo kann die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Bezug auf Ernährung am besten erhöht werden? Welche Auswirkung haben Nahrungsmittelinformationen auf Verpackungen auf den Konsum?

### ■ **Nachhaltige Nahrungsmittelproduktion**

Wie können Nahrungsmittel produziert werden, um möglichst viele natürliche Ressourcen zu erhalten und möglichst wenige Transportwege zu benötigen? Was bedeutet der Einsatz von Herbiziden, Pestiziden und Antibiotika in der Nahrungsmittelproduktion für die Gesundheit der Menschen? Wie wirkt sich eine nicht nachhaltige Produktion von Nahrungsmitteln auf die Gesundheit aus? Welche Rolle spielt die klimatische Veränderung dabei? Wie können Menschen geschützt werden, die aufgrund des Klimawandels aus ihrem Heimatland flüchten müssen und wie ist deren körperliche und psychische Gesundheit?

### ■ **Arbeitsbedingungen**

Wie sind die Arbeitsbedingungen von Personen, die in der Nahrungsmittelproduktion, im Transport und im Verkauf beschäftigt sind? Wie kann der Arbeitsplatz gestaltet werden, damit diese Menschen eine möglichst hohe Gesundheit erreichen und aufrechterhalten können?

Solche und ähnliche Fragen und politischen Handlungsfelder, wie hier am Beispiel Ernährung gezeigt, können auch für andere wichtige Public-Health-Themen diskutiert werden, beispielsweise für **gesundheitswirksame Bewegung**, für einzelne **Zielgruppen wie Kinder**,

**Jugendliche, ältere oder hochbetagte Menschen** oder auch für **übertragbare Erkrankungen** samt Maßnahmen, die dagegen gesetzt werden, wie im Falle von **COVID-19**.

## DIE ZEHN GRÖSSTEN ERRUNGENSCHAFTEN VON PUBLIC HEALTH IM 20. JAHRHUNDERT

sind gemäß den Amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention folgende:<sup>8</sup>

1. Impfungen
2. Kontrolle von Infektionserkrankungen
3. sichere Verkehrsmittel
4. Sicherheit am Arbeitsplatz
5. Rückgang der Herz-Kreislauf-Mortalität
6. Senkung der Müttersterblichkeit und Säuglingssterblichkeit
7. sichereres und gesünderes Essen
8. Familienplanung
9. Fluoridierung
10. Erkenntnis der Gefahr des Tabakkonsums

Einige dieser Themen sind nach wie vor aktuell bzw. haben sogar an Aktualität zugenommen. Zu den neueren und sehr aktuellen Herausforderungen von Public Health gehören die Handlungsfelder **Klimaschutz, Chancengerechtigkeit, Selbstständigkeit und Versorgung älterer Menschen, Bildung und Perspektiven jüngerer Menschen, Arbeit und Arbeitsbedingungen von Menschen im Erwerbsalter** und viele andere mehr.

### > UNTERRICHTSIMPULS

- Die SchülerInnen gestalten in Kleingruppen Plakate, auf denen sie die Fortschritte in den zehn genannten Bereichen skizzieren.
- Sie recherchieren dazu im Internet: Welche konkreten Fortschritte hat es wann gegeben (je nach Bereich national und/oder international)? Wie war die Ausgangslage? Welche Maßnahmen wurden gesetzt, damit sich die Lage bessert? Wer war die treibende Kraft für die Veränderung?
- Dann reflektieren sie: Beeinflussen die Fortschritte in diesem Bereich mein Leben/das Leben meiner Familie oder meines Freundeskreises?
- Die Ergebnisse können als Wandzeitung in der Schule aufgehängt werden.
- Online-Variante: Es werden Collagen erstellt, die in einer Online-Ausstellung präsentiert werden.



### DIE WICHTIGSTEN GESICHTSPUNKTE VON PUBLIC HEALTH

- **Fokus auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung und Bevölkerungsgruppen** und nicht ausschließlich auf die Gesundheit von Einzelpersonen
- **Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff**, der sich nicht in der Definition behandlungsbedürftiger Krankheiten erschöpft, sondern auch das subjektive körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden miteinschließt
- **Verantwortung auf allen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung:** Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Kuratation und Rehabilitation
- **Orientierung an Wissenschaftlichkeit und vernünftiger Einsatz öffentlicher Gelder** im Sinne von Effektivität und Effizienz
- Berücksichtigung des Großen und Ganzen und „**Health in all Policies**“ sowie Anerkennung und Lobbying, dass Gesundheit nicht ausschließlich im politischen Gesundheitsressort entsteht, sondern dass es **gemeinsame Anstrengungen für mehr Gesundheit in allen Politikfeldern** braucht (z.B. Bildung, Wissenschaft, Verkehr, Umwelt, Soziales, Finanzen, Sicherheit etc.)
- Orientierung am **Public Health Action Cycle**

8 CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Ten Great Public Health Achievements – United States, 1900–1999. MMWR 1999;48:241–3.

## 1.1. VOLKSGESUNDHEIT, SOZIALHYGIENE UND PUBLIC HEALTH

Von Peter Wallner

*Peter Wallner arbeitete nach dem Studium der Medizin mehrere Jahre für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Wien. Seit 1995 ist er als freier Mitarbeiter an der (Medizinischen) Universität Wien tätig; zudem arbeitet er seit 1988 als Journalist. Er ist für das Fach „Public Health“ habilitiert.*

Für „Public Health“ existieren, wie von Thomas Dorner angesprochen, diverse Übersetzungen und Definitionen. Zum Teil wird der Begriff „**Volksgesundheit**“ verwendet<sup>9</sup>, was nicht unproblematisch ist. Zwar war dieser Begriff schon Anfang des 20. Jahrhunderts in Verwendung, weckt heute aber vor allem Assoziationen mit dem Nationalsozialismus. Das deutsche Robert-Koch-Institut, das sich als Public Health-Institut versteht, schreibt dazu: **„Die Zeit des Nationalsozialismus bedeutete eine Perversion der Bemühungen um die ‚Volksgesundheit‘: die Umsetzung der Vorstellungen der Rassenhygiene mit Maßnahmen bis hin zu Zwangssterilisierungen und Euthanasie. Danach war eine Anknüpfung an die Tradition von Sozialmedizin und Sozialhygiene nicht mehr möglich.“**<sup>10</sup>

Dabei wird übersehen, dass zahlreiche deutsche Sozialhygieniker bereits lange vor 1933 eigentlich Rassenhygieniker waren, die die „Wiedergesundung des kranken Volkskörpers“ anstrebten. Auch der verdienstvolle österreichische Sozialmediziner **Julius Tandler** (1869–1936) sprach vom „unwerten Leben“ und dessen Kosten.

Als Begründer der Sozialhygiene gilt der deutsche Pathologe **Rudolf Virchow** (1821–1902), der die Bedeutung von Armut, Hunger und mangelnder Hygiene für den Gesundheitszustand der Bevölkerung erkannte. Im Revolutionsjahr 1848 schrieb er: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen.“ Er bezog sich damit auf seinen Kollegen **Salomon Neumann**, der bereits ein Jahr davor formuliert hatte: „... die medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft“.

Pioniere der Sozialhygiene in Österreich waren vor allem jüdische Ärzte und Ärztinnen wie **Julius Tandler**, **Ludwig Teleky**, **Jenny Adler-Herzmark** und **Sigismund Peller**. Der bekannteste unter ihnen ist der Anatomie-Professor **Julius Tandler** (1869–1936), der sich für ein geschlossenes System der Fürsorge einsetzte, von der Schwangerschaft bis zum Tod. Als Wiener Wohlfahrts- und Gesundheitsstadtrat (1920–1933) sorgte er etwa für die Errichtung von Kindergärten, Mutterberatungsstellen, einer Trinkerfürsorgestelle, einer Lungenheilstätte, Bädern und Parks. Tandler führte auch das Säugling-wäschepaket (heute Wickelrucksack) ein. Während seiner Zeit als Stadtrat kam es immer wieder zu Überfällen antisemitischer Studenten auf das Anatomische Institut der Universität.<sup>11</sup>

**Ludwig Teleky** (1872–1957) gilt als Begründer der Arbeits- und Sozialmedizin in Österreich. Seine Arbeitsschwerpunkte betrafen die Einflüsse von Lebens- und Arbeitsverhältnissen auf die Gesundheit, gewerbliche Vergiftungen, Kinder- und Mutterschutz und die Bekämpfung der Tuberkulose.

1909 kam es auf seine Anregung hin zur Schaffung einer Universitätsdozentur für Soziale Medizin an der Universität Wien, die er selbst übernahm, dann sogar zur Errichtung eines eigenen kleinen Instituts. 1920/21 sah Teleky in Österreich „keine Zukunft für seine praxisorientierte wie universitär verankerte Sozialmedizin“<sup>12</sup> Er übernahm die Leitung der Westdeutschen Sozialhygienischen Akademie. Sein Institut in Wien wurde aufgelöst, die Habilitation (Lehrbefugnis als Dozent) seines Schülers Peller von der Medizinischen Fakultät verhindert. Mit dem Wintersemester 1923/24 war Sozialmedizin nicht mehr im Vorlesungsverzeichnis enthalten.

9 Z.B. von Heinz Flamm, früherer Vorstand des Wiener Hygiene-Instituts, u.a. in seiner „Geschichte der Staatsarzneikunde, Hygiene, Medizinischen Mikrobiologie, Sozialmedizin und Tierseuchenlehre in Österreich und seiner Vertreter“, Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, 2012. Darin kritisiert er, dass die österreichischen Medizinischen Universitäten die alten Begriffe „Öffentliches Gesundheitswesen“ und „Volksgesundheit“ ignorieren und stattdessen „Public Health“ verwenden. Allerdings umfasst (New) Public Health auch noch etliche weitere Bereiche wie etwa Versorgungsforschung, Gesundheitssystem-Forschung oder Gesundheitsökonomie.

10 Quelle: [www.rki.de/DE/Content/Institut/Public\\_Health/Beitrag\\_Jubilaeumsbuch.html](http://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/Beitrag_Jubilaeumsbuch.html)

11 Terror gegen das Anatomische Institut von Julius Tandler. <https://geschichte.univie.ac.at/de/artikel/terror-gegen-das-anatomische-institut-von-julius-tandler>

12 Universitätsbibliothek der Medizinischen Universität Wien, Van Swieten Blog. Walter Mentzel: Vertriebene 1938: Ludwig Teleky – Pionier der Sozialen Medizin, der Gewerbehygiene und der Arbeitsmedizin. <https://ub.meduniwien.ac.at/blog/?tag=sozialmedizin>

Erst in den 1970er-Jahren war die Sozialmedizin auf universitärer Ebene wieder präsent, zunächst in Wien, dann auch in Innsbruck und Graz. Teleky kehrte 1934 nach Österreich zurück, wo ihm an der Universität Wien jedoch eine Arbeitsstelle verwehrt wurde. 1939 flüchtete er in die USA und war dort als Arbeitsmediziner tätig.

**Jenny Adler-Herzmark** (1877–1950) arbeitete als ärztliche Gewerbeinspektorin und später als Chefärztin des Gewerbeinspektorats. Sie war wissenschaftlich und auch in der Volksbildung tätig, etwa zu Fragen der Gesundheit der Frau oder der Kindererziehung. 1938 wurde sie ihrer Funktion enthoben und flüchtete zunächst nach Frankreich, dann in die USA, wo sie als Ärztin arbeitete (siehe Tipp > Weiterlesen).

**Sigismund Peller** (1890–1985) beschäftigte sich u.a. mit der Ernährungssituation der Arbeiterschaft, der Säuglingssterblichkeit, Tuberkulosemortalität und Krebsstatistik. 1921 reichte er an der Universität Wien sein Habilitationsansuchen ein, das jahrelang verschleppt und 1930 endgültig abgelehnt wurde.<sup>13</sup> Einige Jahre arbeitete er am Wiener Gesundheitsamt. 1934 emigrierte er nach Palästina, später in die USA, wo er zunächst im universitären Bereich arbeitete. Im Vergleich zur europäischen Sozialmedizin erschien ihm die amerikanische Forschung in diesem Bereich als schwacher Abklatsch. Von 1945 bis 1968 war er in seiner Privatpraxis in New York tätig.

1947/48 plante die amerikanische Besatzungsbehörde die Gründung einer School of Public Health in Heidelberg nach US-Vorbild. Allerdings schlug die medizinische Fakultät einen Leiter vor, den die Amerikaner wegen seiner NS-Vergangenheit nicht akzeptierten. Zudem folgte das Ausbildungskonzept den Traditionen der deutschen (und österreichischen) Sozialhygiene mit ihrer starken Verbindung zur kommunalen Gesundheitsfürsorge, was von US-Seite nicht gewünscht war.<sup>14</sup> In Amerika hatte sich ein akademisches System von Public Health herausgebildet, das mit städtischen Gesundheitsämtern nichts zu tun hatte und interdisziplinär orientiert war.<sup>15</sup>

Es stellte sich außerdem das Problem der Übersetzung: „Volksundheit“ war durch den Nationalsozialismus diskreditiert. „Danach war das Wort für keine gute Sache mehr zu gebrauchen ...“, so Joseph Randersacker in einer Kolumne über Public Health.<sup>16</sup> Hinzu kam, dass Penicillin und die Impfung gegen Tuberkulose eine prä-

ventionsorientierte Bevölkerungsmedizin unnötig erscheinen ließen.

Erst ab Mitte/Ende der 1980er-Jahre war Public Health in Deutschland und Österreich wieder präsent, wobei eine Zeitlang (vergeblich) nach einem passenden deutschen Namen gesucht wurde. Bereits Mitte der 1990er-Jahre wurde in Österreich angeregt, einen Facharzt für Public Health zu schaffen, ein Vorschlag, der damals nicht ernstgenommen und erst 2015 verwirklicht wurde.

In den letzten 20 bis 25 Jahren hat Public Health in Österreich zweifellos einen Aufschwung erlebt, aber auch etliche Rückschläge. Dazu zählten etwa die Einstellung der weite Bereiche von Public Health abdeckenden Zeitschrift „Mitteilungen der Sanitätsverwaltung“ oder die Schließung der international renommierten Sektion für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Innsbruck.

Die Corona-Epidemie hat die Wichtigkeit von Präventivmedizin, des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Public Health gezeigt. Aber auch die Defizite in diesem Bereich, etwa Personalmangel und fachlich fragwürdige Stellungnahmen im Namen von „Public Health“.

## > WEITERLESEN

■ Gerhard Baader, Jürgen Peter (Hrsg.): **Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus.** Gesundheit und Krankheit als Vision der Volksgemeinschaft. Frankfurt: Mabuse-Verlag, 2018. 250 Seiten.

■ Universitätsbibliothek der Medizinischen Universität Wien, Van Swieten Blog. Aus den medizinhistorischen Beständen der Ub MedUni Wien [111]: **Vertriebene 1934/1938: Jenny Adler-Herzmark: Arbeits- und Sozialmedizinerin, Publizistin und politische Aktivistin.** <https://ub.meduniwien.ac.at/blog/?p=34553>

13 Universitätsbibliothek der Medizinischen Universität Wien, Van Swieten Blog. Aus den medizinhistorischen Beständen der Ub MedUni Wien [24]: Sigismund Peller. <https://ub.meduniwien.ac.at/blog/?p=27645>

14 Dagmar Ellenbrock. Die Etablierung von Public Health in der BRD. 16. Kongress Armut und Gesundheit, 3. und 4. Dezember 2010.

15 Brigitte Michel: Die Entwicklung von Public Health in Westdeutschland seit dem 2. Weltkrieg. Public Health Forum 2015; 23(1), 4-5.

16 Joseph Randersacker: Public Health. Dr. med. Mabuse Nr. 248, Nov./Dez. 2020.



## 1.2. SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT: WIE DIE SOZIALE SCHERE UNTER DIE HAUT GEHT

Von Martin Schenk

*Martin Schenk ist Psychologe und Sozialexperte der Diakonie sowie Mitbegründer der Armutskonferenz.*



Menschen, die manifest arm sind, sterben um mehr als zehn Jahre früher als der Rest der Bevölkerung. Männer sterben um 11,2 Jahre früher, Frauen um 4,4 Jahre. Bei länger andauernder Armut verringert sich die Lebenserwartung um 12 Jahre (Männer) und 9,1 Jahre (Frauen).<sup>17</sup> Diese enorme Einschränkung der Lebenserwartung betrifft in Österreich fast 270.000 Menschen, das entspricht in etwa der Bevölkerung von Graz, der zweitgrößten Stadt Österreichs.

Bei Kindern von Erwerbslosen und aus Haushalten mit Sozialhilfe treten überproportional asthmatische Erscheinungen und Kopfschmerzen auf. Wo Sicherheit fehlt, wird die kritische Phase des Einschlafens doppelt schwierig. Und der stressige Alltag unter finanziellem Dauerdruck erreicht auch die Kinder und zwingt sie, sich den Kopf zu „zerbrechen“.

Die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten, die in der Kindheit auftreten, haben eine hohe Prognosewirkung für das Krankheitsrisiko im Erwachsenen-

ter. Diese Kinder tragen die soziale Benachteiligung als gesundheitliche Benachteiligung ihr Leben lang mit. Sie sind auch als Erwachsene deutlich kränker als der Rest der Bevölkerung. Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen.

Die gleiche Schmerzintensität – bei gleichen betroffenen Körperteilen – wurde von Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status als zwei- bis dreimal beeinträchtigender empfunden als von Personen mit dem höchsten.<sup>18</sup> Diese Erkenntnisse sind im Verständnis und in der Behandlung von Kindern, die in Armut leben, mehr als relevant.

Betrachtet man nicht nur die Armut der Kinder im untersten Segment, sondern die gesamte Gesellschaft, dann zeigt sich bei steigender sozialer Ungleichheit eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lebensbedingungen. Die Lebenserwartung und die Aufstiegschancen für Kinder sinken, Kindersterblichkeit und „die Teenager Birth Rate“ nehmen zu.

17 Statistik Austria (2018): Soziale Eingliederungsindikatoren 2017. Kennzahlen für soziale Inklusion in Österreich.

18 Thomas Dorner et al. (2011): The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain; in: European Journal of Pain, Nr. 15, S. 103 ff.

Mapping der Sterblichkeit in London: Hier wurden die Underground-Stationen mit den jeweiligen Sterbezahlen gekennzeichnet.

Abbildung 2: Lebenserwartung und Wohnort als U-Bahn-Plan.

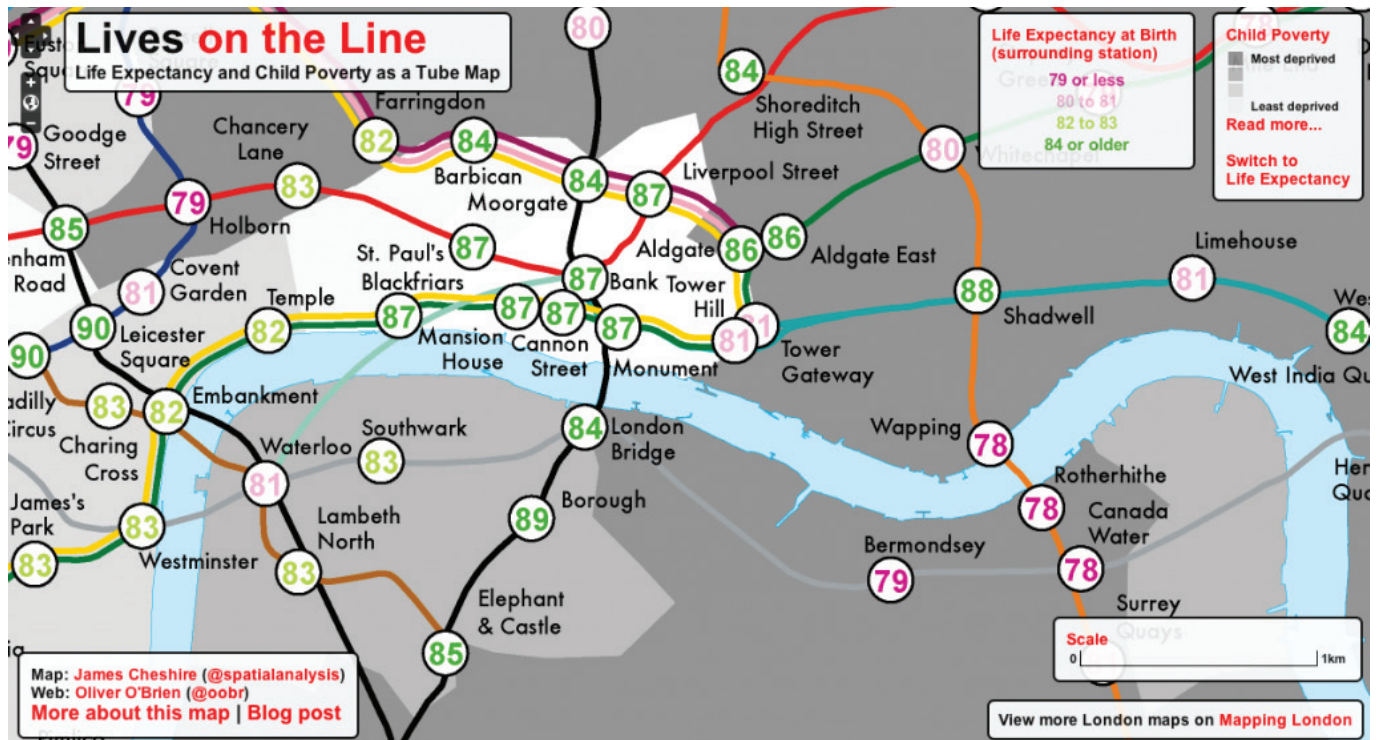
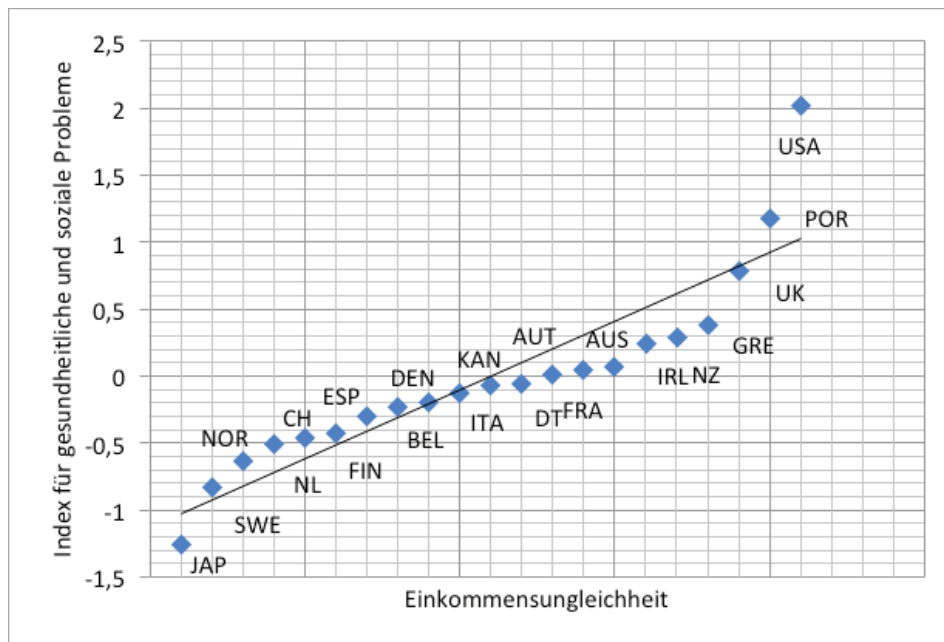


Abbildung 3: Soziale Ungleichheit wirkt sich negativ auf die gesundheitliche und soziale Entwicklung von Kindern aus.<sup>19</sup>



Quelle: Wilkinson/Pickett 2009; der Index inkludiert: Lebenserwartung, Analphabetismus und mathematische Fähigkeiten, Kindersterblichkeit, Mordraten, Anzahl an Häftlingen, Schwangerschaften von Jugendlichen, Vertrauen, Fettleibigkeit, Ausmaß an psychischen Erkrankungen (inkl. Drogen- und Alkoholmissbrauch) und soziale Mobilität.

<sup>19</sup> Richard Wilkinson, Kate Pickett: The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better. 2009.

**Maria hat drei Kinder, eines ist krank und braucht eine spezielle Therapie. Das geht sich nicht aus, sagt sie.** Kleinigkeiten? Nein, das sind die wichtigen Faktoren für die Entwicklung von Kindern: Gesundheit, Anerkennung, Förderung – keine Beschämung und keine Existenzangst. Die Streichungen bei der Wohnbeihilfe in England führten zu einem 10-prozentigen Anstieg von psychischen Problemen bei Personen aus Niedrigeinkommenshaushalten, wie Studien der Universität Oxford<sup>20</sup> zeigen.

**Auffallend stark treten die psychosozialen Auswirkungen hervor. Armut kränkt die Seele.** Menschen mit geringem sozioökonomischem Status weisen signifikant mehr Krankenhausaufenthalte aufgrund affektiver Störungen wie Depression auf. Bei arbeitslosen Personen beträgt die Wahrscheinlichkeit sogar ein Vielfaches. Ähnliche Unterschiede lassen sich auch für Belastungsstörungen beobachten.

Die Ergebnisse zum Einfluss von Armut und sozialem Status auf die Gesundheit in Österreich entsprechen den Forschungsergebnissen, die international vorliegen.

Das Bild ist überall das gleiche: Mit niedrigem sozialem Status steigen die Krankheiten an, die untersten sozialen Schichten weisen die schwersten Krankheiten auf und sind gleichzeitig mit der geringsten Lebenserwartung ausgestattet. Es lässt sich eine soziale Stufenleiter nachweisen, ein sozialer Gradient, der mit jeder vorrückenden Einkommensstufe die Gesundheit und das Sterbedatum anhebt.<sup>21</sup>

### ERKLÄRUNGEN

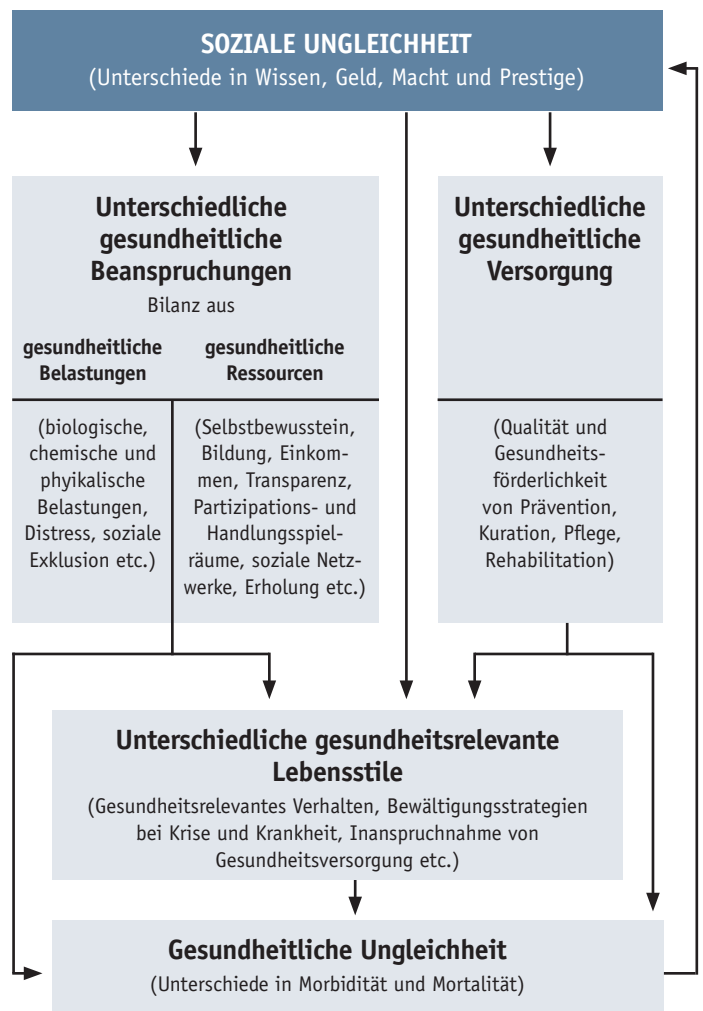
Die bisher genannten Erklärungsansätze schließen einander nicht aus, im Gegenteil: Sie setzen an verschiedenen Seiten und Enden der Wirkmechanismen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten an. Wie verwoben Belastungen, Ressourcen und Gesundheitsverhalten sind, zeigt Abbildung 4. Sie verweist auch auf den dominanten Weg von den Unterschieden in Wissen, Macht,

Geld und Prestige zu den Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Was führt nun zum höheren Krankheits- und Sterberisiko Ärmere? Es sind die Unterschiede

- in den gesundheitlichen Belastungen,
- in den Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten,
- in der gesundheitlichen Versorgung und
- im Gesundheits- und Krankheitshandeln.

Das eine bedingt das andere. Stress durch finanziellen Druck und schlechte Wohnverhältnisse gehen Hand in Hand mit einem geschwächten Krisenmanagement und hängen unmittelbar mit mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einem ungesunden Lebensstil zusammen.

**Abbildung 4:** Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit<sup>22</sup>



20 Aaron Reeves, Amy Clair, Martin McKee, David Stuckler Reductions in the United Kingdom's Government Housing Benefit and Symptoms of Depression in Low-Income Households. In: American Journal for Epidemiology, Bd. 184, Nr. 6, 2016, S. 421-429.

21 Nikolaus Dimmel, Martin Schenk, Christine Stelzer-Orthofer: Handbuch Armut in Österreich. Zweite, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Studienverlag, 2014.

22 Rolf Rosenbrock: Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter/Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2006. S. 371-388.

## GESUNDHEITLICHE BELASTUNGEN

Menschen mit geringerem Einkommen arbeiten in Berufen, die belastend sind, z.B. für den Rücken (BauarbeiterInnen, FabrikarbeiterInnen etc.). Einkommensschwächere leben an den Hauptstraßen des motorisierten Verkehrs mit mehr Lärm und mehr Schadstoffbelastung. Feuchtigkeit und Schimmel gehören bei immerhin einem Zehntel der Bevölkerung in Österreich zum Wohnungsalltag und genauso viele klagen über Luftverschmutzung in ihrer Wohnumgebung. Was auf Dauer messbare Unterschiede in der gesundheitlichen Verfassung der betroffenen BewohnerInnen bewirkt.

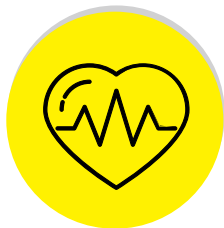
Die Klimakrise trifft auch nicht alle gleich. Fast 4.000 Hitzetote hatten wir die letzten Jahre – besonders viele in der Gruppe der älteren Menschen und in Vierteln mit geringem Einkommen.

In den USA werden Mülldeponien oder Industrieanlagen oft in Bezirken von Ärmeren errichtet, meist leben dort auch mehr Schwarze als Weiße. Diese Zusammenhänge werden unter dem Begriff der **Umweltgerechtigkeit („environmental justice“)** diskutiert.

„There was never any lockdown. There was just middle-class people hiding while working-class people brought them things.“

So tönt es aus London, wo unter allen Berufen auf den Corona-Sterbetafeln am öftesten „Hilfsarbeiter“ stand.

Corona trifft die ökonomisch Ärmsten am Arbeitsmarkt, in Familien, prekären Ich-AGs oder als chronisch Kranke. Die Auswirkungen hängen stark vom Ausbildungsgrad und Einkommen ab. ArbeitnehmerInnen mit Pflichtschulabschluss sind jetzt in Österreich am stärksten von Kurzarbeit und Kündigungen betroffen. Je höher das Einkommen, desto eher findet Arbeit im Home-Office statt. Die Infektionen in Postverteilerzentren und Schlachthöfen, bei ErntehelferInnen und PaketzustellerInnen waren kein Zufall: Beengtes Wohnen, geringe Einkommen, schlechte und prekäre Jobs kommen da zusammen.



## BEWÄLTIGUNGSRESSOURCEN

Die Verschärfung sozialer Unterschiede hat konkrete lebensweltliche Auswirkungen. Kein Geld zu haben, macht ja nicht krank. Sondern die Alltagssituationen, die mit dem sozialen Status und mit allen damit einhergehenden Prozessen verbunden sind. Die Bedrohung des eigenen Ansehens, Demütigung, Stigmatisierung, die Verweigerung von Anerkennung, soziale Disqualifikation.

Für Kinder und ihr gesundes Aufwachsen bedeutet das: Lerne ich den Geschmack vom zukünftigen Leben als Konkurrenz, Misstrauen, Verlassensein, Gewalt kennen? Oder habe ich die Erfahrung qualitativvoller Beziehungen, Vertrauen und Empathie gemacht? Werde ich herabgewürdigt und beschämt oder geschätzt und erfahre Anerkennung? Ist mein Leben von großer Unsicherheit, Angst und Stress geprägt, oder von Vertrauen und Planbarkeit? Je ungleicher Gesellschaften sind, desto defizitärer sind die psychosozialen Ressourcen. Es gibt weniger Inklusion, das heißt häufiger das Gefühl ausgeschlossen zu sein. Es gibt weniger Partizipation, also häufiger das Gefühl, nicht eingreifen zu können. Es gibt weniger Reziprozität, also häufiger das Gefühl, sich nicht auf Gegenseitigkeit verlassen zu können.

Es sind nicht nur die Belastungen ungleich verteilt, sondern auch die Ressourcen, sie zu bewältigen.<sup>23</sup>

Siebzehntausend Beschäftigte in Büros wurden auf Unterschiede in der Sterberate bei Herzerkrankungen untersucht. Die niederen und mittleren Dienstränge hatten eine bis zu viermal höhere Sterberate bei Herzerkrankungen als die oberen Dienstränge. Nimmt man ihnen Blut ab, finden sich in den unteren Rängen weit höhere Werte des Stresshormons Kortisol als bei den Top-Diensträngen. Da gibt es einerseits die schnelle Achse über die Nervenbahnen bis zum Nebennierenmark, das mit dem Hormon Adrenalin verbunden ist. Und dann gibt es die langsamere Bahn über den Hypothalamus im Gehirn bis zur Nebennierenrinde, das mit dem Kortisol verquickt ist. Der entgleiste Kortisolhaushalt schwächt das Immunsystem, erhöht das Risiko von Herz-Kreislaufkrankungen und Depressionen. Gefühle wie Ohnmacht, Scham oder Hilflosigkeit haben unmittelbare körperliche Folgen. Andauernder Distress geht unter die Haut. Diese bahnbrechenden Ergebnisse des Gesundheitsforschers Michael Marmot<sup>24</sup> haben uns gelehrt: Ausschlaggebend ist nicht nur die Höhe deines Einkommens, sondern wo es dich in der sozialen Hierarchie hinstellt. Im Zentrum stehen die Zusammenhänge von sozialer Un-

23 Martin Schenk: Kinderarmut und Gesundheit. Soziale Ungleichheit geht unter die Haut. In: Fürstaller et al.: Vielfalt in der Elementarpädagogik. Theorie, Empirie und Professionalisierung. 2018.

24 Michael Marmot: The Health Gap. Improving Health in an unequal World. 2015.



gleichheit und Status. Also wie sich Angst um die eigene soziale Position auswirkt, wie wir um Einfluss ringen und mit Ohnmacht umgehen, wie Dominanz und Unterwerfung vermittelt sind. Je stärker die soziale Schere auseinander geht, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen andere hinunterdrücken, um sich selbst zu erhöhen. Narzissmus und Selbstüberschätzung steigen an in ungleicher werdenden Gesellschaften. Hier stellen sich Fragen nach den psychologischen Kosten, die entstehen, wenn die Schere zwischen unten und oben aufgeht.

### GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG

Der Versicherungsschutz ist in Österreich sehr gut im Vergleich z.B. zu den USA, aber es gibt auch hier (neue) Probleme. Für viele ist ein mangelnder Krankenversicherungsschutz kurzzeitig, für manche dauerhaft. Es ist ein Mix aus strukturellen Lücken, sozialen Benachteiligungen, fehlenden persönlichen Ressourcen und mangelnder Information. Davon betroffen sind Menschen in prekärer Beschäftigung, Personen in schweren psychischen Krisen, Arbeitssuchende ohne Leistungsanspruch, vormals mit ihrem Ehemann mitversicherte Frauen nach der Scheidung, Hilfesuchende, die ihren Mindestsicherungsanspruch aus Scham nicht einlösen. Alle haben sie auch Kinder.<sup>25</sup>

Versichert sein bedeutet nicht, gut versorgt zu sein: Menschen, die unter der Armutsgrenze leben, können krankenversichert und trotzdem nicht gut versorgt sein. Besonders wenn es um Selbstbehalte geht, die nicht leistbar sind. Oder Rehabilitations-Maßnahmen, die in zu geringem Umfang angeboten werden. Hier spielen verschiedene Faktoren eine Rolle: der mangelnde Zugang zu Gesundheitsleistungen, die Unterschiede Stadt – Land, Nicht-Leistbarkeit, Unverständlichkeit von Diagnosen und Befunden, Schwierigkeiten bei Gutachten, Beschämung und Ängste.<sup>26</sup>

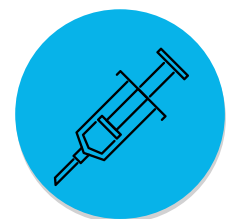
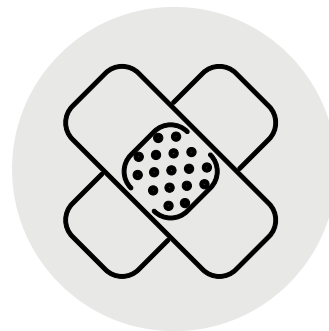
Leiste ich mir den Selbstbehalt für neue Stiftzähne oder zahle ich die Miete für meine kleine Wohnung? Es sind Fragen wie diese, mit denen die Linzerin Sonja Taubinger öfters konfrontiert ist. Im Zweifelsfall entscheidet sie gegen ihre Gesundheit. Aus leicht nachvollziehbarem Motiv: „Was helfen mir die schönsten Zähne, wenn ich damit zurück auf die Straße muss?“ Sonja Taubinger verkauft in Linz die Straßenzeitung Kupfermuckn. Sie weiß nur zu gut, wie schlimm es ist, obdach- und schutzlos zu sein.

### MIT FEUCHTER WOHNUNG TÖTEN WIE MIT EINER AXT

Die Gründe für das hohe Erkrankungsrisiko Ärmere sind also vielschichtig:

- Leben am Limit macht Stress.
- Leben am Limit schwächt die Abwehrkräfte und das Immunsystem.
- Leben am Limit macht verletzlich.

Finanzielle Not, Arbeitslosigkeit oder schlechte Wohnverhältnisse machen krank. Man kann einen Menschen mit einer feuchten Wohnung genauso töten wie mit einer Axt. Arzt und Gesundheitswissenschaftler Michael Marmot: „Wir untersuchten alle Risikofaktoren, die mit dem Lebensstil zu tun haben: das Rauchen, den Cholesterinspiegel, der mit einer fettigen Ernährung zusammenhängt, die sitzende Lebensweise mit wenig Bewegung. Sie alle zusammengenommen erklären zwischen einem Viertel und einem Drittel des Unterschieds in der Lebenserwartung. Nicht mehr.“



25 Michael Fuchs, Katarina Hollan, Martin Schenk: Analyse der Nicht-Krankenversicherten Personen in Österreich. 2018.

26 Florian Riffer, Martin Schenk: Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen. Eine partizipative Erhebung. 2015. [www.armutskonferenz.at](http://www.armutskonferenz.at)



### 1.3. PUBLIC HEALTH UND COVID-19

Peter Wallner im Gespräch mit Hans-Peter Hutter

*Hans-Peter Hutter absolvierte ein Doppelstudium „Landschaftsökologie und Landschaftsgestaltung“ sowie Medizin. Er war als Physikatsarzt im öffentlichen Gesundheitswesen (Institut für Umweltmedizin der Stadt Wien) tätig und ist Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Schwerpunkt Umweltmedizin). Er ist stellvertretender Leiter der Abteilung für Umwelthygiene und Umweltmedizin des Zentrums für Public Health an der MedUni Wien und Leiter der Forschungseinheit „Child Public Health“.*

*Wie sieht deine Erinnerung an den Beginn der Pandemie aus?*

Das Virus und die VirologInnen standen im Mittelpunkt, und ich habe mir damals gedacht, endlich haben wir mehr Zeit und kommen dazu, verschiedene Forschungsergebnisse, die schon seit längerer Zeit vorlagen, zusammenzuschreiben und zu publizieren. Im Lockdown haben wir auch einen Fragebogen entwickelt, in dem es u.a. um die damalige Bedeutung von Bewegung und Aufenthalt in der Natur für die Bevölkerung ging. Wir wollten die Befragung dann zum Vergleich im Herbst wiederholen, also in einer Zeit ohne Lockdown, wie wir damals annahmen. Ja, so kann man sich täuschen.

Bereits Ende März letzten Jahres haben wir in einem Brief an den Rektor der Medizinischen Universität Wien, damals Mitglied des Beraterstabs der Coronavirus-Taskforce, darauf hingewiesen, dass man sich auch mit nicht-virologischen Folgen der Corona-Krise auf die öffentliche Gesundheit auseinandersetzen muss. Wört-

lich schrieben wir: „Dabei müssen wir Krankheitslasten berücksichtigen, die Folgen der gesetzten Maßnahmen sind. Dazu zählen Auswirkungen der ökonomischen Krise und die damit verbundenen Existenzängste, psychosoziale Auswirkungen des Lockdowns (z.B. Antriebslosigkeit, Überforderung von Eltern, insbesondere alleinerziehender Elternteile, Vereinsamung älterer Menschen) und weitere indirekte Folgen (z.B. Bewegungsarmut, ungesunde Ernährung).“

Wir empfahlen, dass eine Lockerung der Maßnahmen mit der Pflicht zum Tragen einer Gesichtsmaske in der Öffentlichkeit einhergehen sollte. Dabei ging es vor allem um eine Art Paradigmenwechsel, nämlich vom Eigenschutz, der ja beim einfachen Mund-Nasen-Schutz (MNS) minimal ist, abzugehen und dafür den Fremdschutz in den Vordergrund zu stellen, also den Schutz der Kontaktpersonen vor einer Ansteckung durch Infizierte, die (noch) keine Symptome haben. Vom Rektorat wurde ich dann gebeten, das entsprechend medial

zu kommunizieren. Übrigens schwenkten ein paar Tage später auch diverse große Organisationen wie das Robert-Koch-Institut oder die Weltgesundheitsorganisation um und empfahlen für bestimmte Situationen im öffentlichen Raum das Tragen eines MNS, was uns freute.

Weiters sprachen wir uns öffentlich zusammen mit der Universität für Bodenkultur für die Öffnung von (städtischen) Parks aus und wiesen auf den gesundheitlichen Nutzen von Bewegung im Freien, speziell in der Natur, hin.

*Schon damals gab es ja ÄrztInnen, die sich gegen Masken und andere Maßnahmen aussprachen.*

Das gab und gibt es leider. Wobei hier klassischerweise richtige Aussagen etwa über Kollateralschäden der Pandemie-Bekämpfung mit Falschinformationen gemischt werden. Ich war immer wieder ganze Tage damit beschäftigt, Richtigstellungen vorzunehmen. Beispielsweise wird gern argumentiert, man sollte einfach nur die Risikogruppen schützen bzw. dass Einschränkungen nur für diese gelten sollten. Wie soll das gehen? Ältere Menschen und Personen mit Vorerkrankungen machen in Österreich knapp 40 Prozent der Bevölkerung aus. Außerdem landen auch viele jüngere Menschen auf der Intensivstation.

*Auf jeden Fall ist Public Health durch die Pandemie deutlich bekannter geworden, oder?*

Das stimmt sicher. Allerdings ist Public Health ja nicht so einfach zu definieren und ich habe den Eindruck, dass nach wie vor viele Menschen nicht wissen, worum es dabei eigentlich geht. Ich fand es auch kontraproduktiv, wenn Personen sich als „Public-Health-Experten“ zu Wort melden, die sich kaum wissenschaftlich damit auseinandergesetzt haben oder deren Arbeitsbereich nichts mit Public Health (zumindest im engeren Sinn) zu tun hat. Gestört hat mich auch die Beliebtheit, mit der mit diesem Begriff umgegangen wird.

Auf der anderen Seite habe ich mich natürlich gefreut, wenn unsere Leidenschaft endlich ins Rampenlicht befördert wird.

*Hast du den Eindruck, dass viele Public-Health-Aspekte der Pandemie nach wie vor zu wenig beachtet werden?*

Ich denke schon. Die Arbeitslosenzahlen werden zwar sehr oft in den Medien genannt, aber es erfolgt meist keine Verknüpfung mit den gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit. Seit längerer Zeit werden allerdings

verstärkt die negativen Folgen von Schulschließungen und die negativen psychosozialen Effekte der Lockdowns thematisiert. Im ersten Lockdown wurden auch die vermehrte Gewalt an Frauen sowie erhöhter Alkoholkonsum angesprochen.

*Wie kam es zur Erarbeitung der zahlreichen COVID-19-Präventionskonzepte?*

Mit den Lockerungen im Frühjahr 2020 stellte sich bald auch die Frage: Was wird im Sommer sein? Werden die Bäder aufsperrt? Eine Zeitlang sah es nicht so aus. Erholung in Freibädern spielt für viele Bevölkerungsgruppen eine große Rolle, und die gesundheitlichen Vorteile von Baden und Schwimmen sind zahlreich.<sup>27</sup> Wir haben deshalb einen Leitfaden für Freibäder in Zeiten der Pandemie erarbeitet. Ich denke, dass wir damit ministerielle Arbeitsvorgänge beschleunigt haben. Bekanntlich brauchen Bäder vor dem Öffnen prinzipiell eine Vorlaufzeit, und es ist ja wohl klar, dass der Badesommer nicht erst im August beginnt. Ich habe jedenfalls noch nie so viel Dankbarkeit erlebt wie für meine Bemühungen, dass Bäder öffnen können, von Bäderverwaltung, Betriebsleitung, Bademeistern und Gästen. Das war direkt schon rührend. Ich habe es als Belohnung und Anerkennung gesehen für meine jahrzehntelangen, oft unsichtbaren Tätigkeiten im Public Health-Bereich.

Es folgten viele weitere Präventionskonzepte und Beratungstätigkeiten für Kultur- und Sportveranstaltungen, einen bekannten Fußballverein, Demos, den Austrian World Summit, den Medizinaufnahmetest, die Therme Wien, die konstituierende Sitzung des Wiener Gemeinderats oder den Bundespräsidenten. An sich hat man ja selten den Eindruck, dass die Politik Aussagen von uns sonderlich ernst nimmt (ich denke zum Beispiel daran, dass immer wieder neue Mobilfunk-Generationen ohne gesundheitliche Prüfung eingeführt werden). Hier war das ganz anders, so präsentierte ich etwa den „Leitfaden für Kultur“ gemeinsam mit der Wiener Stadtregierung.<sup>28</sup> Bei dieser praktischen Anwendung von Public Health war man mit einer neuen Situation konfrontiert und sitzt sozusagen vor einem weißen Blatt. Basierend auf Erfahrung und Wissen und mit Hilfe von plausiblen Annahmen und Analogieschlüssen muss man für ganz unterschiedliche Bereiche „Rezepte“ entwickeln. Mit „Copy und Paste“ geht da nichts. Es war reizvoll und eine interessante Herausforderung, aber auch intensive Arbeit. Leicht ist es hingegen, „obergescheit“ zu reden oder im Privatfernsehen Unsinn von sich zu geben und die Bevölkerung zu verunsichern.

27 Baden in Zeiten der COVID-19-Epidemie in Österreich: [https://zph.meduniwien.ac.at/fileadmin/zph/Baden\\_in\\_Zeiten\\_der\\_COVID19\\_200426\\_Vs1.1.pdf](https://zph.meduniwien.ac.at/fileadmin/zph/Baden_in_Zeiten_der_COVID19_200426_Vs1.1.pdf)

28 Kultur in Zeiten der COVID-19-Epidemie in Österreich: [www.wien.gv.at/freizeit/pdf/leitfaden-neustart-kultur.pdf](http://www.wien.gv.at/freizeit/pdf/leitfaden-neustart-kultur.pdf)

### Habt ihr auch Studien zu COVID-19 und Public Health durchgeführt?

Ja. Wir haben unter anderem eine Studie zu Luftverschmutzung und COVID-19-Risiko in Wien durchgeführt und publiziert.<sup>29</sup> Zumindest im Frühjahr letzten Jahres zeigte sich hier ein Zusammenhang. Und für die oberösterreichische Landesregierung haben wir im Rahmen einer sogenannten ökologischen<sup>30</sup> Studie die COVID-19-Inzidenz (Herbst 2020) in verschiedenen Bezirken auf Zusammenhänge mit demographischen Merkmalen etc. analysiert. Je höher der Ausländeranteil und die Bevölkerungsdichte, desto geringer war die Inzidenz. Eine höhere sogenannte Agrarquote (Anteil der in der Landwirtschaft Beschäftigten) war hingegen mit einer höheren Inzidenz verbunden. Dieses Ergebnis legt nahe, dass in ländlich geprägten Regionen die bekannten Maßnahmen zum Infektionsschutz weniger ernst genommen bzw. weniger sorgfältig umgesetzt werden.

### Denkst du, dass es möglich gewesen wäre, weitere Lockdowns zu verhindern?

Mit einem generellen Bekenntnis zu Abstand halten, MNS tragen, Hände waschen und entsprechend lüften im Zusammenspiel mit einem funktionierenden Contact Tracing und mit gezielten Testungen wäre es möglich gewesen. Das hat sich in Südkorea gezeigt. Mir ist schon

klar, dass es hier große kulturelle Unterschiede zu Österreich gibt, und ich bin auch der Letzte, der sagt, dass es einfach ist. Man muss gut kommunizieren und den Leuten zum Beispiel vermitteln, welche Probleme entstehen, wenn sie beim Contact Tracing schwindeln.

Man hat leider bei uns gesehen, dass die „Eigenverantwortung“ nicht sehr gut funktioniert und simple Maßnahmen von einem gewissen Prozentsatz der Bevölkerung missachtet werden. Dann gehen die Infektionszahlen hinauf, die Zahl der Intensivpatienten steigt, und das Land wird wieder zugesperrt.

### Gibt es noch einen Punkt, der dir am Herzen liegt?

Ja. Die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig ein gut funktionierender öffentlicher Gesundheitsdienst ist bzw. wäre. Wir weisen seit Jahren auf seine Ausdünnung und den extremen Mangel an Ressourcen und Personal hin. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat enorme Aufgaben<sup>31</sup> – wie etwa epidemiologische Analysen, medizinisches Krisenmanagement, Gesundheitsplanung und Beratung der Politik – und sollte deutlich mehr wertgeschätzt werden. Es wäre zu hoffen, dass dies der Politik jetzt endlich klar geworden ist.

Danke für das Gespräch!

(Das Interview fand am 15. Jänner 2021 statt.)

## > UNTERRICHTSIMPULS: BEWEGUNGS-ACTIVITY

- Bereiten Sie je zwölf Kärtchen mit Sportarten und alltäglichen Bewegungsaktivitäten vor (z.B. Radfahren, Eislaufen, Surfen, Rasenmähen, Stiegen steigen, Fenster putzen, Spazieren gehen).
- Die Kärtchen werden in eine Box oder ein Säckchen gegeben.
- Die SchülerInnen werden in Gruppen eingeteilt.
- Abwechselnd zieht eine SchülerIn aus jeder Gruppe einen Begriff und stellt diesen pantomimisch dar.
- Die Gruppe, die den Begriff zuerst errät, erhält einen Punkt.
- Die SchülerInnen können danach gemeinsam überlegen, ob sich die jeweiligen Begriffe dem Sport oder alltäglichen Bewegungsaktivitäten zuordnen lassen. Alternativ können die Gruppen auch für sich überlegen und erhalten dann für die richtige Antwort einen weiteren Punkt.

### Varianten:

- Die SchülerInnen erarbeiten sich die Begriffe für die Kärtchen in ihrer Gruppe selbst und die jeweils andere(n) Gruppe(n) zieht sich ein Kärtchen.
- Sie erarbeiten die Begriffe in einem Brainstorming mit den SchülerInnen. Nachteil: Die Begriffe sind dann allen bekannt.

### Nachbesprechung und Recherche:

- Wie viel Zeit verwenden die SchülerInnen pro Tag für welche Bewegungsaktivitäten?
- Welche Empfehlungen für Bewegung pro Tag gibt es?
- Was können die Einzelnen tun, um Bewegung besser in den Alltag zu integrieren?
- Welche Maßnahmen der Politik oder der Direktion könnten zu mehr Bewegung in der Bevölkerung/an der Schule führen?

29 Hans-Peter Hutter et al.: Air Pollution Is Associated with COVID-19 Incidence and Mortality in Vienna, Austria. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, 17, 9275. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249275>

30 Korrelationsstudie

31 Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Deutschland): Zukunftsforum Public Health gibt Empfehlungen für die Umsetzung und Ausgestaltung. <https://zukunftsforum-public-health.de/stellungnahme-pakt-oegd>



## 2 CHILD PUBLIC HEALTH

Von Lilly Damm

*Lilly Damm ist als Ärztin seit vielen Jahren sowohl im öffentlichen Gesundheits- als auch im Bildungsbereich tätig. Sie gründete 2009 gemeinsam mit Hans-Peter Hutter und Peter Wallner die Forschungseinheit für Child Public Health in der Abteilung für Umwelthygiene und Umweltmedizin im Zentrum für Public Health der MedUni Wien und hat viel mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet.*

### WAS BEDEUTET CHILD PUBLIC HEALTH (CPH)?

Child Public Health beschäftigt sich mit Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens für die Gesundheit, Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Dazu gehört auch der freie und gerechte Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens.

### SEIT WANN GIBT ES CPH?

In den USA wird erstmals 1948 „child“ in Verbindung mit Public Health genannt, und zwar in einer kinderärztlichen Zeitschrift. In den frühen 1990er-Jahren scheint es als eigenständiger Fachbegriff in der angloamerikanischen und skandinavischen Literatur auf. Schweden hat 2003 eine eigene Forschungseinrichtung für CPH in seinem Nationalen Institut für Public Health begründet, in vielen internationalen Universitäten sind mittlerweile ähnliche Institute entstanden.

### WIE IST DIE SITUATION IN ÖSTERREICH?

In Österreich steht diese Entwicklung noch sehr am Beginn, die Kinder- und Jugendlichen laufen – wenn überhaupt bearbeitet – meist als Teilaspekt bei anderen Public Health-Themen mit, oft wird ausschließlich auf Gesundheitsförderung von Kindern fokussiert. Allerdings gibt es ein Vorreiter-Modell für CPH an der Abteilung für Umwelthygiene und Umweltmedizin im Zentrum für Public Health der MedUni Wien: Hier wurde 2009 die erste Forschungseinheit für Child Public Health<sup>32</sup> gegründet und 2011 die erste gleichnamige Lehrveranstaltung gestartet.

An dieser Abteilung werden seit vielen Jahren Forschungsprojekte für und mit Kinder(n) durchgeführt, z.B. LUKI (Luft in Schulen und Kindergesundheit)<sup>33</sup>

und „Pause Bitte“, ein Projekt zur Erholungswirkung verschiedener Grünräume. Beispiele für die Beteiligung an internationalen Projekten sind „MOBI-Kids“ (Einflussfaktoren auf die Entstehung von Hirntumoren bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen) oder MOCHA (Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in Europa).<sup>34</sup>

Wesentliche Berichte, Pläne und Positionspapiere sind unter maßgeblicher Mitwirkung dieser Abteilung entstanden, beispielsweise der Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Österreich, das Positionspapier für diabetische Schulkinder<sup>35</sup> und das Positionspapier zur Lüftung von Schul- und Unterrichtsräumen.<sup>36</sup>

In der *Gesundheit Österreich GmbH* GÖG<sup>37</sup>, dem Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung, werden einzelne spezifische Fragestellungen zur Kindergesundheit aufgearbeitet, z.B. Fragen zur Versorgung von Kindern mit Entwicklungsstörungen oder psychiatrischen Erkrankungen. Hier wurden auch die sogenannten „Frühen Hilfen“ als österreichweites Netzwerk entwickelt (siehe Kapitel 2.1.).

In der Europäischen Gesellschaft für Public Health wurde mittlerweile eine kleine, aber recht aktive Sektion für Child and Adolescent Public Health gegründet.<sup>38</sup>

### WAS HAT CHILD PUBLIC HEALTH MIT KINDERÄRZTIN- NEN UND ANDEREN GESUNDHEITSBERUFEN ZU TUN?

Kinderärzte und Kinderärztinnen stellen Diagnosen und behandeln Kinder und Jugendliche mit ihren unterschiedlichen, sehr spezifischen Erkrankungen und Störungen. Aber nicht nur eine korrekte Diagnose und Therapie bestimmen den Verlauf einer kindlichen Erkrankung, sondern auch das medizinische und soziale

32 <https://zph.meduniwien.ac.at/umwelthygiene/wissenschaft-forschung/themen/kinder-und-gesundheit>

33 Vollständiger Bericht „LUKI – LUft und KInder: Einfluss der Innenraumluft auf die Gesundheit von Kindern in Ganztagschulen“. Wien: Umweltbundesamt, 2008. Online unter: [www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/REP0181.pdf](http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/REP0181.pdf)

34 [www.childhealthservicemodels.eu](http://www.childhealthservicemodels.eu)

35 <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-019-00806-w>

36 Positionspapiere des Arbeitskreises Innenraumluft. [www.bmk.gv.at/themen/klima\\_umwelt/luft/luft/innenraum/arbeitskreis](http://www.bmk.gv.at/themen/klima_umwelt/luft/luft/innenraum/arbeitskreis)

37 <https://goeg.at>

38 <https://eupha.org/sections>

Umfeld. CPH untersucht Faktoren, die das Auftreten, die Diagnostik, die Prävention und den Verlauf der Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen beeinflussen, also auch die Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren für die Ausübung der Kinder- und Jugendmedizin und die anderer Gesundheitsberufe, wie der Psychologie, Physiotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie usw.

CPH verfolgt einen interdisziplinären Ansatz und „funktioniert“ nur im engen Zusammenspiel aller beteiligten Berufsgruppen. Hier besteht in Österreich noch deutlicher Aufholbedarf, da Zuständigkeits- und Kompetenzgerangel häufig die jeweilige Szene bestimmen.

### WOMIT GENAU BESCHÄFTIGT SICH CPH?

Ausgehend vom biopsychosozialen Gesundheitsverständnis und den Einflussmöglichkeiten von Schutz- und Risikofaktoren auf die Gesundheit, sind für CPH die sogenannten **salutogenen Faktoren** relevant. Also diejenigen Faktoren, die zur Entstehung oder dem Erhalt von Gesundheit beitragen. Gesundheitsförderung im Allgemeinen, aber auch Resilienz, Gesundheitskompetenz und Partizipation bei der eigenen Gesundheitsversorgung im Besonderen sind zentrale Themen.

Weitere Inhalte sind etwa die Entwicklung einer sicheren Bindung beim Aufwachsen eines Kindes, die soziale Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen und ihr Einfluss auf die Gesundheit, beides zentrale Anliegen der bereits erwähnten „Frühen Hilfen“, sowie Mental Health, Kinderschutz und Kinderrechte, Umwelteinflüsse und globale Aspekte wie der Klimawandel.

Fragen der **Gesundheitsversorgung** und die adäquate Bereitstellung von spezifischen Therapiemöglichkeiten sowie die Zugangsgerechtigkeit zu Gesundheitsleistungen sind ebenfalls Teilgebiete von CPH.

#### Die folgenden Fragen sollen dies verdeutlichen:

- Gibt es genug KinderärztInnen mit Kassenverträgen?
- Wenn Eltern mit geringem Einkommen mehrere Kinder mit Entwicklungsproblemen haben, können sie die Zuzahlungen zu den ambulanten Therapien wie Physio-, Psychotherapien oder Logopädie überhaupt erbringen?
- Wie kindgerecht sind unsere Krankenhäuser ausgestattet?

- Kennen die in den Gesundheitsberufen Tätigen die Kinderrechte<sup>39</sup> und ihre Bedeutung im Spitalsalltag?
- Wer kümmert sich um Gesundheitsprobleme von Schulkindern mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes<sup>40</sup>, Epilepsie, Rheuma und Asthma u.a.?
- Wie viele hochspezialisierte Kinder-Herzzentren braucht Österreich?
- Wer bezahlt bei den seltenen Erkrankungen – sogenannte „Rare Diseases“ –, die bereits in sehr frühem Alter diagnostiziert und behandelt werden müssen, die extrem teuren Medikamente (Enzymersatz-Therapie)? Nach wie vor gibt es für deren Finanzierung in Österreich noch immer keine gerechte und einvernehmliche Lösung.<sup>41</sup> Die Kinder und ihre Eltern werden zu Bittstellern, die zwischen den Finanzierungsinteressen aufgerieben werden (Krankenhaus, Krankenversicherung).

### CHILD ADVOCACY – KINDERRECHTE

Wie diese Fragestellungen zeigen, geht es in CPH um eine Art Anwaltschaft für die Rechte von Kindern und Jugendlichen, wie sie in den Kinderrechten der Vereinten Nationen formuliert sind.

Die Gesundheitswissenschaftlerin T. Cresswell formuliert es in ihrem Artikel „What is child public health?“<sup>42</sup> unter der Überschrift „Child advocacy“ so: „... *advocacy is a key public health role and skill. ... there is a major issue in how choices are made by children and young people. For younger children, there is often no aspect of choice at all. Children's lives are formed and controlled by the behaviours of their parents, their communities and their schools*“.

#### Daraus leitet sie drei wesentliche Verpflichtungen ab:

- die umfassende Verbesserung der Gesundheit von Kindern und jungen Menschen,
- die Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheiten und
- die Stärkung der Kinderrechte.

### AKTUELLE SITUATION

Aktuell sind die coronabedingten Schulschließungen eine wichtige Fragestellung für CPH. Die vorliegen-

39 Lilly Damm et al.: Kinderrechte im Gesundheitswesen – die Sicht der Kinder- und Jugendanwaltschaften und der Patientenanwaltschaften in Österreich. In: Das Gesundheitswesen. Georg Thieme Verlag KG, 2019. [www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0881-9499](http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0881-9499)

40 Lilly Damm: Es gibt noch viel zu tun – ein Blick in die Schulen. In: Pädiatrie und Pädologie Austria 51, 202–205 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00608-016-0408-2>

41 Newsletter Schwerpunkte und Netzwerke für Seltene Erkrankungen. Dezember 2020. [www.polkm.org/newsletter\\_rare\\_diseases/newsletter\\_rare\\_diseases\\_20-4.pdf](http://www.polkm.org/newsletter_rare_diseases/newsletter_rare_diseases_20-4.pdf)

42 T. Cresswell: What is child public health? 2004 Current Paediatrics 14; 612–618.

de wissenschaftliche Literatur zeigt unterschiedliche, ja widersprüchliche Ergebnisse, sodass hier noch kein klares Vorgehen ableitbar ist. Die Pandemie-Situation wird absehbar länger anhalten, deshalb sind „virenfitte“ Schulen und „pandemiegerechtes“ Verhalten anzustreben. Entsprechende Lüftungsempfehlungen unter Zuhilfenahme von CO<sub>2</sub>-Messgeräten, mögliche ergänzende Luftreinigungsgeräte, der Einbau von dezentralen Lüftungsanlagen, die Basis-Hygiene-Maßnahmen bei SchülerInnen sowie beim gesamten pädagogischen und nicht-pädagogischen Schulpersonal bilden die Grundlage. Um die Schulen nicht zusätzlich durch medizinische Fragestellungen zu belasten, wird für das professionelle und sichere Handling aller Corona-Fragen am Schulstandort inklusive Durchführung von Schnelltests Gesundheitspersonal (z.B. eine „Corona-Nurse“) empfohlen, das täglich für eine gewisse Zeit zur Verfügung steht.

Das Recht der Kinder und Jugendlichen auf Bildung wie auf Gesundheit soll auf diese Weise möglichst wirksam umgesetzt werden.

## DER INTERNATIONALE RAHMEN

### Deklaration „Child Friendly Health Care“

Im September 2011 hat Österreich mit 46 anderen europäischen Staaten die Deklaration zur kinderfreundlichen Gesundheitsversorgung unterzeichnet. Die Deklaration mit besonderem Fokus auf chronisch kranke und behinderte Kinder ruft die Vertragsstaaten zu einem ganzheitlichen Zugang auf Basis der UN-Kinderrechtskonvention auf, setzt auf Partizipation und gerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung ohne jede Diskriminierung. Der Europarat betreibt eine eigene Seite zu Child Friendly Health Care, auf der auch die Deklaration abgerufen werden kann.

[www.coe.int/en/web/children/child-friendly-healthcare](http://www.coe.int/en/web/children/child-friendly-healthcare)

**„Die Einbindung der Kinder ist nicht nur möglich, sondern sie bestimmt sogar weitgehend die Qualität und das Ergebnis einer Behandlung. Das Recht der Kinder auf Partizipation setzt eine ganz bewusste Hinwendung zum Kind in der ärztlichen Gesprächsführung und seine angemessene Information voraus.“**

Aus: Lilly Damm, Ulrike Habeler, Ulrike Leiss: Mit Kindern auf Augenhöhe reden. Ärzte Woche, Ausgabe 49/2014.

## DIE EACH CHARTA FÜR KRANKE KINDER

European Association for Children in Hospital (EACH) ist der Dachverband von Organisationen, die sich für das Wohl aller Kinder vor, während und nach einem Krankenhausaufenthalt einsetzen. Bereits 1988 wurde die EACH Charta ausgearbeitet, die in zehn Punkten

die Rechte von Kindern im Krankenhaus festlegt. In Österreich ist „KiB children care – Der Verein rund ums erkrankte Kind“ Ansprechpartner für EACH.

EACH Charta: [www.kib.or.at/fileadmin/user\\_upload/2019/1\\_2019/PDF/EACHBroschuere-Screen.pdf](http://www.kib.or.at/fileadmin/user_upload/2019/1_2019/PDF/EACHBroschuere-Screen.pdf)

### Die zehn Punkte der Charta für kranke Kinder:

<p>Spitalaufnahme nur wenn nötig</p> 	<p>Beziehungen, Nähe und Sicherheit im Spital</p> 	<p>Einbezug der Eltern</p> 	<p>Kindergerechte Information</p> 	<p>Kindergerechte Umgebung</p> 
<p>Mitbeteiligung und Mitentscheidung</p> 	<p>Unterstützung nach Alter und Entwicklungsstand</p> 	<p>Kontinuität in der Betreuung</p> 	<p>Personal mit qualifizierter pädiatrischer Ausbildung</p> 	<p>Respekt</p> 

# UNTERRICHTSPROJEKT: DIE KINDERRECHTSKONVENTION UND DAS THEMA GESUNDHEIT

Ab der 6. Schulstufe, ein bis zwei Unterrichtseinheiten

**Zielsetzung:** Die SchülerInnen beschäftigen sich mit einem ganzheitlichen Bild von Gesundheit und erkennen (ausgehend von ihrem individuellen Verständnis), dass sie ein Recht auf Gesundheitsversorgung und ein Recht auf gesunde Entwicklung haben. Sie denken darüber nach, welche Kinderrechte betroffen sind, wenn es um ihre Gesundheit geht.

## Mögliche Leitfragen für den individuellen Zugang:

- Was belastet mich? Was schadet mir? (Risikofaktoren)
- Was tröstet mich? Was hilft mir? Was freut mich? (Schutzfaktoren)
- Was brauche ich, um gesund zu sein oder gesund zu werden?
- Weiß ich, wohin ich gehen kann, wenn ich Hilfe brauche?
- Wie gehen wir in der Klasse damit um, wenn es jemandem nicht gut geht?

## Mögliche Leitfragen für ein ganzheitliches Verständnis:

- Was meinen wir, wenn wir von Gesundheit reden?
- Ist Gesundheit mehr als nicht krank sein?
- Wer ist dafür zuständig, dass wir gesund aufwachsen können?  
Was können wir selbst tun?
- Was hat der Staat mit dem Thema Gesundheit zu tun?

## Führen Sie in das Thema Kinderrechte ein:

- Wann sind die Kinderrechte entstanden, für wen gelten sie, wo sind sie festgeschrieben?

Die Kinder lesen in Kleingruppen eine kindgerechte Kurzfassung der Kinderrechtskonvention und denken bei jedem Artikel darüber nach, ob ein Zusammenhang zum Thema Gesundheit besteht. Die Überlegungen werden in eine Mindmap eingetragen.

In einem umfassenden Verständnis von Gesundheit hat fast jeder Artikel einen Bezug zum Thema. Der zentrale Artikel ist Artikel 24, der das Recht auf Gesundheitsversorgung festschreibt. Daneben sind viele weitere Artikel relevant:

- Artikel 12 und 13: Recht auf angemessene Information und Meinungsfreiheit
- Artikel 9: Recht auf elterliche Unterstützung (z.B. bei einem Arztgespräch)
- Artikel 31: Freizeit und Erholung
- Artikel 32: Kinderarbeit
- Artikel 33: Drogenmissbrauch
- Artikel 34: Sexueller Missbrauch
- Artikel 39: Rehabilitation

Informationen zu den Kinderrechten und eine Kurzversion der Kinderrechtskonvention:

polis aktuell Kinderrechte: [www.politik-lernen.at/pa\\_kinderrechte](http://www.politik-lernen.at/pa_kinderrechte)



## 2.1. CHILD PUBLIC HEALTH: SPEZIFISCHE ASPEKTE

Von Peter Wallner und Lilly Damm

### „FRÜHE HILFEN“

Ein gelungenes Umsetzungsprojekt aus CPH sind die sogenannten „Frühen Hilfen“.<sup>43</sup> In Deutschland wurde bereits 2007 das Nationale Zentrum für Frühe Hilfen gegründet, um durch eine bessere Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem den Schutz von Kindern aus besonders belasteten Familien vor Vernachlässigung und Misshandlung zu verbessern.

In Österreich wurde dies als Vorbild genommen und unter der Mitwirkung der Liga für Kinder-Jugendgesundheit das Thema in der GÖG<sup>44</sup> angesiedelt und 2013 das erste Grundlagenpapier veröffentlicht. Seitdem gibt es eine stetige Weiterentwicklung des Netzwerks und eine Ausrollung des Projekts auf ganz Österreich mit einem „Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen“, einem umfangreichen Angebot auf der Website und einer wissenschaftlichen Begleitforschung.

*Zentral für die praktische Umsetzung der „Frühen Hilfen“ ist eine enge Vernetzung von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, der Elternbildung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe, der elementaren Bildung usw. Man stützt sich dabei auf die sogenannten FamilienbegleiterInnen, die als zentrale Anlauf- und Koordinierungsstelle für die Familien fungieren.*

*Die „Frühen Hilfen“ leisten einen Beitrag zur Förderung der Elternkompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern und zielen auf eine Verhinderung bzw. Reduktion von Entwicklungsstörungen und Krankheiten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.*

[www.fruehehilfen.at](http://www.fruehehilfen.at)

### MUTTER-KIND-PASS (MKP)

Der Mutter-Kind-Pass wurde 1974 unter Bundeskanzler Kreisky (Gesundheitsministerin war Ingrid Leodolter) eingeführt. Das Ziel war, die Säuglingssterblichkeit in Österreich – sie lag damals bei rund 2,4 Prozent und damit höher als in vergleichbaren Ländern – zu verringern. Von kinderärztlicher Seite war u.a. Hans Czermak<sup>45</sup>, der sich auch als Förderer des Stillens und Kämpfer gegen

die „gesunde Ohrfeige“ auszeichnete, hier sehr aktiv. Er gilt als Initiator des MKP. Nach ihm ist die Hans-Czermak-Gasse in Wien-Floridsdorf benannt.

Bei den Untersuchungen, die im Rahmen des MKP während der Schwangerschaft und bis zum 5. Lebensjahr des Kindes durchgeführt werden, erfolgten seit 1974 diverse Erweiterungen und Änderungen. Zuletzt kam eine einstündige, kostenlose Beratung durch eine Hebamme hinzu.

Der Mutter-Kind-Pass kann als Beispiel für eine erfolgreiche Child Public Health-Maßnahme angesehen werden, die Säuglingssterblichkeit konnte auf unter 4 Promille gesenkt werden. Allerdings ist nicht bekannt, wie groß der Anteil des MKP an dieser Reduktion war. Auch erfolgte viele Jahrzehnte lang keine Evaluierung des MKP. Erst im letzten Jahrzehnt wurde verstärkt über die Weiterentwicklung des MKP diskutiert.

### > METHODENTIPPS ZUM MUTTER-KIND-PASS

- Den eigenen Mutter-Kind-Pass anschauen.
- Befragung der Eltern und Großeltern, ob es zu ihrer Zeit auch schon einen Mutter-Kind-Pass gab.
- Vergleich älterer und jüngerer Mutter-Kind-Pässe. Welche Untersuchungen sind dazu gekommen?
- Warum gibt es einen Mutter-Kind-Pass?
- Was würde ich noch gerne in den Mutter-Kind-Pass hineinnehmen? Was fehlt?



### AKTUELLE DISKUSSIONEN

Mit eher wenig beachteten Gesundheitsrisiken können bestimmte „Moden“ in der Geburtshilfe einhergehen. Dies betrifft etwa medizinisch nicht indizierte **Kaiserschnitte**. Laut Weltgesundheitsorganisation WHO ist bei 10 bis 15 Prozent der Geburten ein Kaiserschnitt medizinisch unbedingt erforderlich. In Österreich kommen mittlerweile allerdings rund 30 Prozent der Kinder per Kaiserschnitt zur Welt. Die Rate hat sich damit seit 1990 mehr als

43 [www.fruehehilfen.at](http://www.fruehehilfen.at)

44 [www.goeg.at/NZFH](http://www.goeg.at/NZFH)

45 Biografische Informationen: [https://de.wikipedia.org/wiki/Hans\\_Czermak\\_\(Mediziner,\\_1913\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Hans_Czermak_(Mediziner,_1913))

verdoppelt. Aus Child-Public-Health-Sicht sind vor allem die Langzeitfolgen für die Kinder von Bedeutung, z.B. ein höheres Risiko für Übergewicht und für Allergien.<sup>46</sup> Dies könnte mit einer veränderten Darmflora bei Kindern, die mittels Kaiserschnitt geboren wurden, zusammenhängen. Auch Auswirkungen auf die Psyche erscheinen möglich, sind aber weniger gut belegt. Diskutiert wird u.a. eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung).<sup>47</sup>

### (ONLINE-)UMFRAGE ZUM THEMA GESUNDHEIT

Die SchülerInnen überlegen, zu welchen gesundheitlichen Aspekten sie eine Befragung in der Klasse oder an der Schule machen möchten (z.B. Essverhalten, chronische Krankheiten und wie gehen wir damit um, Schönheitsoperationen, Selbstverletzungen, Sucht, Sport).

Ablauf:

- Was wollen wir eigentlich wissen? Daraus entsteht der Fragebogen.
- Wen wollen wir befragen? Damit wird die Stichprobe für die Untersuchung festgelegt.
- Wie können wir den Datenschutz sicherstellen?
- Wie kommen wir zu Ergebnissen? Daraus ergibt sich die Auswertungsmethode.
- Was bedeuten die Ergebnisse? Wie interpretieren wir, was wir herausgefunden haben?
- Wie bereiten wir die Ergebnisse auf?
- Wie präsentieren wir die Ergebnisse?



Nach einer Idee aus dem Material „Kinder erfahren Gesundheit“ des LBS Kinderbarometers. Herten/Münster, 2008. S. 9. [www.lbs.de/unternehmen/u/kinderbarometer](http://www.lbs.de/unternehmen/u/kinderbarometer) => Unterrichtsmaterialien

Auch die künstliche Befruchtung birgt für die Kinder Risiken. Erstens sind hier Mehrlinge deutlich häufiger, was das Risiko u.a. für Frühgeburten erhöht. Bei Frühgeborenen können diverse Komplikationen wie z.B. neurologische Entwicklungsstörungen auftreten.<sup>48</sup> Zweitens mehren sich die Hinweise, dass mittels **künstlicher Befruchtung** gezeugte Kinder häufiger Missbildungen aufweisen.

### > METHODENTIPP: WAS IST GESUNDHEIT FÜR MICH?

- In Kleingruppen oder Paaren überlegen die SchülerInnen, was alles ihre Gesundheit beeinflusst und was sie brauchen, um gesund aufwachsen zu können.
- Die Ergebnisse ihrer Überlegungen stellen sie auf einem Plakat dar. Sie können dazu in Zeitschriften oder im Internet nach Bildern suchen, selbst zeichnen oder malen, die Bilder beschriften, Punkte für die Wichtigkeit einzelner Bereiche vergeben etc.
- Abschluss: Präsentation und Diskussion

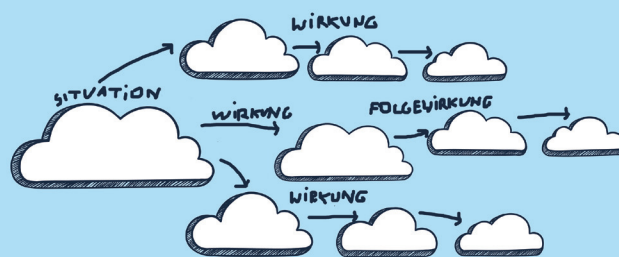
### > METHODENTIPP: MEDIENBEOBACHTUNG

Die SchülerInnen arbeiten in Gruppen oder Paaren. Jede Gruppe wählt sich ein Gesundheitsthema, das sie interessiert, und sammelt eine Woche lang Medienberichte zu diesem Thema. Danach wird das Material gesichtet und analysiert. Die Ergebnisse werden in der Klasse präsentiert und diskutiert.

### SZENARIOANALYSE: WAS WÄRE, WENN ...

Die SchülerInnen denken über die kurz-, mittel- und langfristigen Wirkungen politischer Maßnahmen nach und tragen die Ergebnisse in eine Wirkungskaskade ein. Mögliche Analyseszenarien:

- Die Regierung beschließt, dass in der Schule eine Stunde Bewegung pro Tag gemacht wird.
- Die Regierung beschließt, den Unterrichtsgegenstand „Bewegung und Sport“ abzuschaffen.
- Die Regierung beschließt, dass es ein eigenes Unterrichtsfach Gesundheit gibt.



Was sind die Folgen:

- in einem Monat?
- in einem Jahr?
- in zehn Jahren?

Adaptiert nach: Composito: Übung „Was wäre, wenn ....“ (Wirkungskaskade zum Ausdrucken) [www.composito-zmrb.ch/uebungen](http://www.composito-zmrb.ch/uebungen)

46 Meta-Analyse von 80 Studien: Kaiserschnitt-Langzeitfolgen für Mutter und Kind. [www.gesundheit.gv.at/aktuelles/kaiserschnitt-langzeitstudie](http://www.gesundheit.gv.at/aktuelles/kaiserschnitt-langzeitstudie)

47 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31461150>

48 [www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/geburt/geburtsvorbereitung/fruehgeburt](http://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/geburt/geburtsvorbereitung/fruehgeburt)

# 3 UNTERRICHTSPROJEKT: IMPFFEN PRO UND CONTRA

Dauer	2 bis 3 Unterrichtseinheiten
Schulstufe	Ab der 8. Schulstufe
Methoden	Einzelarbeit, Gruppenarbeit, Rollenspiel, Internetrecherche
Materialien	Kopien der Arbeitsblätter/Kopiervorlagen Videos zum Thema Herdenimmunität: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://www.mediatheque.lindau-nobel.org/videos/38134/vaccine-i-de">www.mediatheque.lindau-nobel.org/videos/38134/vaccine-i-de</a></li> <li>• <a href="https://youtu.be/NiKGjOhckws">https://youtu.be/NiKGjOhckws</a></li> </ul>
Lehrplanbezug	Biologie und Umweltkunde, Politische Bildung, Unterrichtsprinzip Politische Bildung, Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung
Kompetenzen	Sachkompetenz, Methodenkompetenz, Handlungskompetenz
Ziel	Die SchülerInnen setzen sich kritisch mit dem Thema Impfen auseinander. Sie erarbeiten sich Basiswissen (Gründe, sich impfen zu lassen; Herdenimmunität) und bilden sich eine Meinung zu einem kontrovers diskutierten Thema. Sie reflektieren über den Zusammenhang von individueller Verantwortung und Verantwortung für die Gemeinschaft. Sie sind in der Lage, ihre eigene Position zu vertreten und kennen die unterschiedlichen Standpunkte.
Ablauf	<p><b>Einstieg: „Gründe, sich impfen zu lassen“</b>, 20 Minuten (Arbeitsblatt 1) Die SchülerInnen diskutieren in Kleingruppen Gründe, die es gibt, sich impfen zu lassen. Sie besprechen, welche Gründe für sie selbst am wichtigsten sind und priorisieren die Argumente. Abschließend erfolgt eine Besprechung der Ergebnisse im Plenum.</p> <p><b>Rollenspiel: „Impfen pro und contra“</b>, 40 bis 60 Minuten (Arbeitsblatt 2) Die SchülerInnen arbeiten in Gruppen. Jede Gruppe erhält ein Rollenkärtchen. Geben sie den Gruppen Zeit, sich zu überlegen, welche Argumente die jeweilige Person nennen würde. Die Gruppen einigen sich auf je eine Sprecherin/einen Sprecher für das Rollenspiel. Die SchülerInnen spielen im vorgegebenen Szenario einer Fernsehsendung die unterschiedlichen Positionen durch. Jede Person bleibt in der Rolle, die ihr zugeteilt ist. In der Nachbesprechung wird neben den Notizen der BeobachterInnen auch dieser Aspekt des Perspektivenwechsels besprochen. Im Online-Setting kann die Vorbereitung als Hausübung gemacht werden.</p> <p><b>Beschäftigung mit dem Thema Herdenimmunität</b>, 40 Minuten (Arbeitsblatt 3a)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die SchülerInnen schauen sich den Film zum Thema Herdenimmunität an: <a href="http://www.mediatheque.lindau-nobel.org/videos/38134/vaccine-i-de">www.mediatheque.lindau-nobel.org/videos/38134/vaccine-i-de</a></li> <li>• Danach beantworten die SchülerInnen die Fragen auf dem Arbeitsblatt 3a in Gruppen- oder Paararbeit.</li> </ul> </p> <p><b>Vertiefende Internetrecherche, z.B. als Hausübung</b> (Arbeitsblatt 3b)</p>
Linktipp	Zur spielerischen Vertiefung des Themas Herdenimmunität hat Esther Käding ein einfaches Rollenspiel entwickelt. Die Kopiervorlagen sind auf <a href="http://lehrer-online.de">lehrer-online.de</a> bereitgestellt: <a href="http://www.lehrer-online.de/unterricht/sekundarstufen/naturwissenschaften/biologie/unterrichtseinheit/ue/impfungen-herdenimmunitaet">www.lehrer-online.de/unterricht/sekundarstufen/naturwissenschaften/biologie/unterrichtseinheit/ue/impfungen-herdenimmunitaet</a>
Autorin	Patricia Hladschik, nach einem Material von Esther Käding. Mit freundlicher Genehmigung des Kuratoriums für die Lindauer Nobelpreisträgertagungen ( <a href="http://www.mediatheque.lindau-nobel.org">www.mediatheque.lindau-nobel.org</a> ).
Online unter	<a href="http://www.politik-lernen.at/impfen">www.politik-lernen.at/impfen</a>

Die Kästchen können vergrößert kopiert, ausgeschnitten und im Raum verteilt aufgehängt werden. Die SchülerInnen schauen sich alleine oder in Gruppen die Gründe für eine Impfung an und entscheiden, welche für sie selbst am Wichtigsten sind. Sie denken auch über weitere Gründe nach, die Ihnen einfallen bzw. ergänzen auf den aufgehängten Plakaten ihre Gedanken.

Als Variante im Fernunterricht: Die SchülerInnen können eine Priorisierung vornehmen, indem sie die Kästchen im Worddokument reihen und eigene Gedanken ins Dokument eintragen. Die Ergebnisse werden dann gemeinsam besprochen.

Download der Kopiervorlage auch als Worddokument unter: [www.politik-lernen.at/impfen](http://www.politik-lernen.at/impfen)

### **SCHUTZ VOR KRANKHEITEN**

Eine Impfung schützt dich davor, die entsprechende Krankheit zu bekommen.

### **VORSCHRIFT / EMPFEHLUNG**

Der Staat empfiehlt bestimmte Impfungen, die jede/jeder haben sollte.

### **URLAUB**

Manche Krankheiten gibt es zwar nicht in Österreich oder Europa, dafür aber in beliebten Urlaubsländern. Bevor man dorthin reist, lässt man sich impfen, um im Urlaub (oder danach) nicht krank zu werden.

### **AUSROTTUNG VON KRANKHEITEN**

Wenn ein Krankheitserreger keinen Menschen mehr findet, der krank wird, dann vermehrt sich dieser Erreger auch nicht mehr weiter. Langfristig gesehen stirbt der Erreger aus.

### **SCHUTZ VOR LANGZEITFOLGEN**

Die Krankheiten, gegen die geimpft wird, können schlimme Folgen für die Erkrankten haben: zum Beispiel Blindheit, Lähmungen, Unfruchtbarkeit und viele mehr.

### **SCHWANGERSCHAFT: SCHUTZ DES UNGEBORENEN KINDES**

Manche Krankheiten schädigen das ungeborene Kind, wenn die Mutter während der Schwangerschaft daran erkrankt.





**Ausgangslage für das Rollenspiel:** In einer Fernsehsendung diskutieren Menschen mit unterschiedlichen Meinungen das Thema Impfen. Ein Moderator/eine Moderatorin führt durch die Diskussion, die etwa 20 Minuten dauert. Eine Person beobachtet das Rollenspiel. Alle anderen SchülerInnen können sich als „Publikum“ fragend

in die Diskussion einbringen. Die vorliegenden Rollen können im Hinblick auf die Corona-Schutzimpfung, aber auch im Hinblick auf andere Impfungen interpretiert werden.

Download der Rollenkärtchen:  
[www.politik-lernen.at/impfen](http://www.politik-lernen.at/impfen)



**Rollenkärtchen**

**ARZT/ÄRZTIN**

- Du findest es wichtig, dass alle Menschen sich impfen lassen und bist froh, dass du schon geimpft bist.
- Deine gesamte Familie wird sich impfen lassen.
- Du willst mit der Impfung dich selbst schützen.
- Du findest es wichtig, dass viele Menschen geimpft sind, weil damit auch jene geschützt werden, die sich aus Krankheitsgründen nicht impfen lassen können.
- Du kennst Menschen, die an der Krankheit gestorben sind.

**CHRONISCH KRANKE PERSON**

- Deine Ärztin hat dir von der Impfung abgeraten, weil sie für dich ein Risiko darstellt.
- Du bist traurig darüber, dass du dich nicht impfen lassen kannst.
- Du hoffst, dass sich möglichst viele Menschen impfen lassen, damit du auch geschützt bist.
- Du lebst sehr vorsichtig, damit du dich nicht ansteckst, und bist in Sorge, weil viele Menschen nicht vorsichtig sind.

**ANHÄNGER/IN VON VERSCHWÖRUNGSTHEORIEN**

- Du wirst dich auf keinen Fall impfen lassen.
- Du hast Angst, dass dir mit der Impfung ein Chip implantiert wird.
- Du glaubst, dass Impfungen dazu da sind, uns zu kontrollieren und die Freiheit zu nehmen.
- Du glaubst, dass eine böse Macht hinter Corona steckt.
- Du bist sicher, dass diese Krankheiten in Wirklichkeit gar nicht gefährlich sind.

**MODERATOR/MODERATORIN**

Du stellst den Anwesenden Fragen, achtest darauf, dass die Redezeit gerecht verteilt ist und sich die Anwesenden respektvoll behandeln. Im Rollenspiel siezt ihr euch. Mögliche Fragen: Was ist Ihre Meinung zum Thema Impfen? Warum sind Sie für oder gegen eine Impfung? Können Sie sich Situationen vorstellen, in denen Sie sich doch impfen lassen/in denen Sie sich keinesfalls impfen lassen?

**GESUNDHEITSMINISTER/IN**

- Du willst, dass sich möglichst viele Menschen impfen lassen.
- Du bist nicht für eine Impfpflicht, weil du hoffst, dass die Menschen vernünftig sind.
- Du selbst wirst dich so bald wie möglich impfen lassen.
- Du willst so viele Informationen wie möglich zugänglich machen, damit die Menschen gut informiert sind.

**IMPFSKEPTIKER/IMPFSKEPTIKERIN**

- Du weißt noch nicht sicher, ob du dich impfen lassen willst.
- Du findest, dass du zu wenige Informationen zum Thema hast und möchtest gerne mehr Informationen.
- Du kannst dir vorstellen, dich nächstes Jahr impfen zu lassen, willst aber noch abwarten.
- Im Zweifelsfall wirst du lieber noch eine Zeit lang auf Kontakt zu Menschen und Urlaub verzichten, als dass du dich impfen lässt.

**IMPFGEGNER/IMPFGEGNERIN**

- Du willst dich auf keinen Fall impfen lassen.
- Du findest, dass die Regierung kein Recht dazu hat, dich zu einer Impfung zu zwingen.
- Du hörst viel darüber, dass die Impfung nicht sicher sei und dass es zu wenige Untersuchungen über die Wirksamkeit gäbe.
- Du kennst Menschen, die auch ohne Impfung wieder gesund geworden sind.

**BEOBACHTER/BEOBACHTERIN**

Du schaust auf folgende Aspekte:

- Bleiben alle in ihren Rollen oder wechseln sie im Lauf der Diskussion in die persönliche Meinung zum Thema?
- Gehen alle respektvoll miteinander um?
- Reden alle ungefähr gleichviel?
- Ist es schwierig für die Moderation, die Diskussion zu steuern?

## ARBEITSBLATT 3A: HERDENIMMUNITÄT

Download des Arbeitsblatts unter [www.politik-lernen.at/impfen](http://www.politik-lernen.at/impfen)

Schaut euch den Film „Impfungen II: Herdenimmunität (2019)“ aus der Serie „Impfungen“ des Kuratoriums für die Lindauer Nobelpreisträgertagungen an: [www.mediatheque.lindau-nobel.org/videos/38134/vaccine-i-de](http://www.mediatheque.lindau-nobel.org/videos/38134/vaccine-i-de)

Ein weiterer Film, den ihr zu Rate ziehen könnt: Ursula Wiedermann-Schmidt von der MedUni Wien erklärt: „Wie funktioniert der Herdenschutz?“ <https://youtu.be/NiKGj0hckws>



### Beantwortet folgende Fragen:

Was passiert mit einem Krankheitserreger, bei dem die meisten Menschen durch Impfungen immun gegen ihn werden?

.....  
.....

Warum können nicht alle Menschen geimpft werden?

.....  
.....

Inwiefern schützt du andere Menschen, wenn du dich impfen lässt?

.....  
.....

Welche Krankheit wurde durch Impfungen bereits ausgerottet?

.....  
.....

Welche Krankheit sollte eigentlich seit dem Jahr 2000 auch ausgerottet sein?

.....  
.....

Warum konnte die Krankheit nicht ausgerottet werden?

.....  
.....

## ARBEITSBLATT 3B: VERTIEFENDE INTERNETRECHERCHE

**Recherchiert** und **sammelt** aus möglichst vielen unterschiedlichen Quellen (Internetplattformen, Online- und Printpublikationen, Videos, Twitter-Accounts, Interviews etc.) Argumente für oder gegen Impfungen (berücksichtigt sowohl die Corona-Schutzimpfung als auch andere Impfungen).

**Ordnet** die Argumente und **vergleicht**:

Gibt es Pro- und Contra-Argumente, die bei allen Impfungen gleich sind?

In welchen Medien werden eher Pro-Argumente, in welchen eher Contra-Argumente publiziert?

In welchen Medien wird sachlich argumentiert, in welchen Medien wird emotional berichtet?

**Diskutiert** die Ergebnisse und **schreibt** eine eigene Argumentation.

## 4 LINKS UND TIPPS

### Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH)

Die ÖGPH ist eine multi- und interdisziplinäre Fachgesellschaft, die sich für die Entwicklung nachhaltiger gesundheitsorientierter Strukturen in Gesellschaft und Politik einsetzt. Die Website bietet kompakte Informationen zum Thema und stellt wichtige österreichische Handlungsfelder vor.

<https://oeph.at>

### Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

Die österreichische Förder- und Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung und Prävention betreibt auch ein Glossar von Advocacy über Public Health und Resilienz bis zu Wohlbefinden und Zielgruppe.

<https://fgoe.org>, <https://fgoe.org/glossar>

### Gesundheitsziele Österreich

Die Seite des Gesundheitsministeriums stellt den Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik bis 2032 vor.

<https://gesundheitsziele-oesterreich.at>

### Kinderrechte im Gesundheitswesen – die Sicht der Kinder- und Jugendanwaltschaften und der Patienten-anwaltschaften in Österreich

Lilly Damm, Stefan Riedl, Hans-Peter Hutter, Michael Kundi, Helmut Sax, Lisbeth Weitensfelder. *Gesundheitswesen 2019*; 81: 972–976.

[www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0881-9499.pdf](http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0881-9499.pdf)

### Mitwirkung von Kindern im Krankenhaus

Christine Dedding, Tine Willekens, Inge Schalkers. *VU Universität Amsterdam, 2012. 64 Seiten.*

Das Handbuch ist für die Verwendung in Krankenhäusern konzipiert. Die liebevoll gestaltete Methodensammlung kann leicht in den Schulkontext übertragen werden (z.B. SchulärztInnen, Projekte zur Gesundheitsförderung).

[www.kib.or.at/fileadmin/user\\_upload/2017/PDF/Handbuch\\_mitwirkung\\_von\\_kindern\\_a\\_d.pdf](http://www.kib.or.at/fileadmin/user_upload/2017/PDF/Handbuch_mitwirkung_von_kindern_a_d.pdf)

### Kinder erfahren Gesundheit

Tanja Eigenrauch, Karina Spohr, Christian Klöckner, Anja Beisenkamp. *Unterrichtsmaterial „Gesundheit“*. Zeichnungen: Kathrin Müthing. *Herten/Münster, 2008.*

Material des LBS-Kinderbarometers (eine empirische Studie zur Erfassung der Meinungen und des Wohlbefindens von Kindern in ganz Deutschland) für fächerübergreifende Projekte zum Thema Gesundheit. Für SchülerInnen der Volksschule und Sek I mit aktivierenden Übungen, die eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit fördern.

[www.lbs.de/unternehmen/u/kinderbarometer](http://www.lbs.de/unternehmen/u/kinderbarometer) => Unterrichtsmaterialien

### Aus Seuchen lernen?

Philipp Osten, Malte Thießsen. *Themenblätter im Unterricht (Nr. 125)*, Bonn: bpb, 2021. 20 Seiten.

Mit drei Arbeitsblättern arbeiten die Lernenden in einer historisch vergleichenden Perspektive heraus, inwiefern das Verhalten des Einzelnen im Seuchenfall Auswirkungen auf die Allgemeinheit hat und analysieren den Zusammenhang von Seuchengeschehen und sozialer Lage sowie die Stigmatisierung von Gruppen und Individuen. [www.bpb.de/shop/lernen/themenblaetter/325354/aus-seuchen-lernen](http://www.bpb.de/shop/lernen/themenblaetter/325354/aus-seuchen-lernen)

### Dossier Gesundheitspolitik in Europa

Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.

[www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72905/gesundheitspolitik-in-europa](http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72905/gesundheitspolitik-in-europa)

### Themenseite Corona

Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.

[www.bpb.de/politik/innenpolitik/coronavirus](http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/coronavirus)

### Corona-Krise

*Aus Politik und Zeitgeschichte (APUZ 35-37/2020)*. 48 Seiten.

In der Corona-Krise steht der Staat vor der Aufgabe, einen angemessenen Ausgleich zwischen Freiheit und Sicherheit herzustellen.

[www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/314355/corona-krise](http://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/314355/corona-krise)

## VWA BHS-DIPLOMARBEIT.AT

### Themenvorschläge für vorwissenschaftliche Arbeiten und Diplomarbeiten

Impfpolitik – Die Geschichte des Impfens in Österreich: Wann sind welche Impfungen eingeführt worden? Welche gesetzlichen Regelungen gab/gibt es? Wie wurde/wird die Akzeptanz für Impfungen erhöht? Wie geht die Politik mit Impfskepsis um?

Gesundheitspolitik im Spannungsfeld von individueller Gesundheit und „Volksgesundheit“: Die Geschichte von Public Health in Österreich.

Pandemien gestern und heute: Über welche Pandemien haben wir genügend Informationen für Vergleiche? Wie hat die Politik damals und heute reagiert? Welche Strategien der Bekämpfung gibt es? Gibt es Gemeinsamkeiten oder Unterschiede?



Begriffsklärungen in leicht verständlicher Sprache finden sich im Politiklexikon für junge Leute, z.B. zu

**WHO WELTGESUNDHEITSORGANISATION**

[www.politik-lexikon.at/who](http://www.politik-lexikon.at/who)

**SOZIALVERSICHERUNG**

[www.politik-lexikon.at/sozialversicherung](http://www.politik-lexikon.at/sozialversicherung)

**PASS** (siehe Kasten zu Mutter-Kind-Pass)

[www.politik-lexikon.at/pass](http://www.politik-lexikon.at/pass)

**FAMILIEN- UND FRAUENPOLITIK DER 1970er-JAHRE** (Mutter-Kind-Pass, Fristenlösung, Familienrechtsreform)

[www.politik-lexikon.at/oesterreich1918plus/1974](http://www.politik-lexikon.at/oesterreich1918plus/1974)



**#EU4Health:** Als Reaktion auf die COVID-19-Krise ist ein Finanzierungsprogramm für den Zeitraum 2021 bis 2027 zum Aufbau belastbarer Gesundheitssysteme in der EU entstanden. Umfang 9,4 Mrd. Euro. Themen: grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren, Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von Arzneimitteln, Stärkung der Gesundheitssysteme.

[www.ec.europa.eu/health/sites/health/files/funding/docs/eu4health\\_factsheet\\_de.pdf](http://www.ec.europa.eu/health/sites/health/files/funding/docs/eu4health_factsheet_de.pdf)

[www.ec.europa.eu/health/funding/eu4health\\_de](http://www.ec.europa.eu/health/funding/eu4health_de)

**polis aktuell 3/2021:**

**Public Health**

AutorInnen: Lilly Damm, Thomas Dorner, Patricia Hladschik, Hans Peter Hutter, Martin Schenk, Peter Wallner

Titelbild: Fotolia.com

Grafische Elemente: freepik, Wikimedia.

commons, Wikipedia.org, pixabay.com

Grafik: Susanne Klocker

Herausgeber:

Zentrum *polis* –  
Politik Lernen in der Schule  
Helferstorferstraße 5, 1010 Wien  
T 01/353 40 20

> [service@politik-lernen.at](mailto:service@politik-lernen.at)

> [www.politik-lernen.at](http://www.politik-lernen.at)

> [twitter.com/Zentrum\\_polis](https://twitter.com/Zentrum_polis)

> [www.facebook.com/zentrumpolis](https://www.facebook.com/zentrumpolis)

Zentrum *polis* arbeitet im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Abteilung I/1 [Politische Bildung]. Projektträger: Wiener Forum für Demokratie und Menschenrechte

Monatlicher Newsletter:

> [www.politik-lernen.at/newsletter](http://www.politik-lernen.at/newsletter)

Die letzten Ausgaben auf einen Blick:

