

# Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern – Strategien und Modelle intersektoraler Zusammenarbeit

Tagungsband der 14. Österreichischen  
Gesundheitsförderungskonferenz



Fonds Gesundes  
Österreich



# Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern – Strategien und Modelle intersektoraler Zusammenarbeit

Tagungsband der 14. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz

## **IMPRESSUM**

### **Medieninhaber, Herausgeber, Verleger:**

Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH

Kontaktpersonen: Mag. Gudrun Braunegger-Kallinger und Mag. Rita Kichler

Download unter [www.fgoe.org](http://www.fgoe.org)

Wien 2012

**Gestaltung:** paco.Medienwerkstatt, Wien



Gesundheit Österreich  
GmbH



## Inhalt

Einleitung . . . . .	7
PLENUM . . . . .	8
Wie kann Gesundheitskompetenz zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen? Ergebnisse und Beispiele im internationalen Vergleich . . . . .	8
„Da könnte ja jeder kommen!“ Gesundheitsförderung im Sozialraum mit der Jugendaktion GUT DRAUF bewegen, entspannen, essen – aber wie! . . . . .	9
Wie die soziale Schere unter die Haut geht. Zur Relevanz sozialer Ungleichheit für Gesundheitsförderung und Prävention. . . . .	13
WORKSHOP-REIHEN . . . . .	14
Arbeitsuchende, prekäre Arbeitsverhältnisse und Einpersonenernehmen . . . . .	14
Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Daten und Fakten . . . . .	14
3 Jobs und trotzdem nicht genug zum Leben – Prekarität, unfreiwilliges Unternehmertum, „Generation Praktikum“ – die Situation in Österreich . . . . .	16
Gemeinsam handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen . . . . .	17
Betriebliches Gesundheitsmanagement im AMS NÖ – Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen . . . . .	19
Gesundheitsförderung für Arbeitslose . . . . .	20
Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt . . . . .	24
Health out of work . . . . .	25
Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration . . . . .	26
Einpersonenernehmen – eine neue Zielgruppe in der BGF: Innovationsprojekt GAVA – Gesund und arbeitsfähig von Anfang an . . . . .	28
Resümee und Handlungsempfehlungen für die weitere Arbeit . . . . .	30
Migration und Gesundheit – ungleiche Ausgangsbedingungen? . . . . .	32
Soziologische Perspektive auf Ressourcen und Potenziale zur Gesundheitsförderung . . . . .	33
Gesundheitspolitische Herausforderungen bei Menschen mit Migrationshintergrund . . . . .	34
Über die Verzahnung von Gesundheit, Migration und sozialer Herkunft . . . . .	36
Strategie und Aktivitäten der Abteilung kommunale Integration der Volkshilfe Oberösterreich . . . . .	37
Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung für Asylwerber/innen . . . . .	39
Erfahrungen aus den Projekten „Gesundheit kommt nach Hause“ und „Aktion gesunde Seele“ . . . . .	40
Erfahrungen aus dem Projekt „Gemeinsam gesund“ . . . . .	42
Migration und Gesundheitsförderung – Bedingungen für erfolgreiche Präventionsarbeit in der Steiermark . . . . .	44
Resümee und Handlungsempfehlungen für die weitere Arbeit . . . . .	46

Gleiche Chancen für Kinder und Jugendliche – Ansätze, Strategien und good practice-Beispiele . . .49	49
Keine Furcht vor Jugendlichen! Jugendliches Refreshment für Gesundheitsangebote aus unterschiedlichen Sektoren am Beispiel des Projektes „alls im grüana!“ . . . . .	49
Erfolgreich und beliebt: Lebenskompetenzprogramme „Eigenständig werden“ und „PLUS“ . . . . .	51
Gesundheitliche Chancengleichheit von Anfang an. . . . .	53
Jugendaktion Gut drauf . . . . .	56
Messerscharf. . . . .	59
Mägi – Mädchengesundheit inspiriert . . . . .	62
Com.mit – ein Projekt an der Schnittstelle von Gesundheitsförderung, Jugendarbeit, Erwachsenenbildung und Regionalentwicklung . . . . .	63
Resümée und Handlungsempfehlungen für die weitere Arbeit . . . . .	64
Armut und Gesundheit in der Konsumgesellschaft . . . . .	65
Armut und Gesundheit in Österreich . . . . .	65
Mehr Chancengerechtigkeit bei Gesundheit: Gesundheitsziele für Österreich . . . . .	67
Gesundheitsförderung für armutsgefährdete Menschen . . . . .	68
Soziale Netzwerke und Armut. . . . .	70
Essen im Schlaraffenland?. . . . .	73
Konsument/innen – Täuschung? Konsument/innen – Schutz? . . . . .	74
Chancengleichheit beim Essen? Gedanken aus dem Projektalltag . . . . .	74
Politik schützt Bevölkerungsgesundheit. . . . .	75
Konsumverhalten von Migrant/innen . . . . .	76
Spielräume im öffentlichen Bereich . . . . .	77
Gemeinwesenarbeit im ländlichen Raum . . . . .	79
Gesundheitsförderung im Stadtteil . . . . .	81
Die Freizeitwelt als Lebensraum. . . . .	81
Resümee und Handlungsempfehlungen für die weitere Arbeit in der Gesundheitsförderung .83	83
Auf gesunde Nachbarschaft . . . . .	84
Ist Nachbarschaft planbar? . . . . .	85
Bedingungen für unterstützende Nachbarschaften und Zusammenhang mit Gesundheit . .85	85
Das Netzwerk Nachbarschaft: Plattform unterschiedlichster Interessen . . . . .	89
Zusammenleben gestalten – Förderung von Initiativen im Sinne der Charta des Zusammenlebens . . . . .	90
Tu was, dann tut sich was! . . . . .	92
Gesunde Leopoldstadt . . . . .	93
Auf gesunde Nachbarschaft! Ein Modellprojekt im ländlichen Raum . . . . .	96
Kommunale Gesundheitsförderung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen: Was bewährt sich (nicht)? . . . . .	98
Auf gesunde Nachbarschaft! Ein Modellprojekt im städtischen Raum . . . . .	100
Das Thema Nachbarschaften in der „Gesunden Gemeinde“ in Kärnten. . . . .	102

Gesunder Gemeindebau – Capacity building und Förderung von Gesundheitskompetenzen durch Beteiligungsprozesse . . . . .	105
Methoden der gender- und kultursensiblen Gesundheitsförderung zur Erreichung sozial Benachteiligter . . . . .	108
Resümee und Handlungsempfehlungen „Auf gesunde Nachbarschaft!“ . . . . .	109
Fazit/ Zusammenfassung. . . . .	109
Referentinnen und Referenten / Moderatorinnen und Moderatoren . . . . .	114

## Einleitung

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist eines der zentralen Ziele der Österreichischen Gesundheitspolitik. Die Chancen gesund zu sein und gesund zu bleiben, sollen für alle in Österreich lebenden Menschen gleich sein, unabhängig von sozialem Status, Herkunft, Alter und Geschlecht. Dies ist seit kurzem auch in den Österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen festgelegt und stellt für den Fonds Gesundes Österreich einen wichtigen Handlungsrahmen dar. Mit der Konferenz zum Thema **„Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern“** sollte eine sektorenübergreifende Plattform zur Diskussion der Fragestellung zur Verfügung gestellt werden, wie die Gesundheitsförderung durch ihr umfassendes Gesundheitsverständnis zur Erreichung dieses Zieles beitragen kann.

Die Einflussfaktoren für Gesundheit gehen weit über den Gesundheitsbereich hinaus, die Mitgestaltung aller Politikbereiche, sowie Wirtschaft und Zivilgesellschaft ist daher für die Umsetzung dieses Zieles von großer Bedeutung.

Ein wesentliches Anliegen der Konferenz war, mit den Vertreter/innen dieser Gesellschaftsbereiche einen Dialog zu führen, ihre unterschiedlichen Sicht- und Handlungsweisen sowie Möglichkeiten zur Zusammenarbeit zu diskutieren.

Darüber hinaus war ein weiteres Ziel der Veranstaltung, Strategien und Modelle intersektoraler Zusammenarbeit zu beleuchten. Es wurden sowohl theoretische als auch methodische Ansätze für die praktische Arbeit in der Gesundheitsförderung aufgezeigt, um gemeinsam Handlungsfelder zu bestimmen. Zunächst wurde im Plenum die Relevanz des Themas skizziert und anhand konkreter Beispiele wurden die Möglichkeiten intersektoraler Zusammenarbeit dargestellt.

In den fünf parallel stattgefundenen Workshop-Reihen setzten sich die Teilnehmer/innen tiefergehend mit den Themen auseinander und erarbeiteten gemeinsam Handlungsempfehlungen, die in diesem Tagungsband nachzulesen sind.

# PLENUM

**Jürgen Pelikan**

## **Wie kann Gesundheitskompetenz zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen? Ergebnisse und Beispiele im internationalen Vergleich**

Auch in Österreich sind Gesundheits- und damit Lebenschancen nicht nur ungleich, d.h. es gibt Menschen mit guter und mit schlechter Gesundheit, sondern auch ungleich verteilt, d.h. unterschiedlich nach sozio-demografischen und sozio-ökonomischen Merkmalen der betroffenen Personen. Im Kontext der HLS-EU Studie lässt sich das z.B. am selbst-eingeschätzten Gesundheitszustand auch für Österreich demonstrieren.

Aus der internationalen Literatur wissen wir, dass Gesundheitskompetenz / Health Literacy das Potential hat entweder als bestimmte soziale Gesundheitsdeterminante oder als intervenierende Variable den sogenannten Health Gap zu beeinflussen. Denn, Gesundheitskompetenz ist sowohl mit grundlegenden sozialen Determinanten, wie z.B. Alter, Bildung oder ökonomischer Status korreliert, wie auch mit Indikatoren des Gesundheitszustands. Und, Gesundheitskompetenz lässt sich leichter bzw. schneller beeinflussen oder bei der Gestaltung von Dienstleistungen berücksichtigen als die grundlegenden sozialen Determinanten der Gesundheit. Das macht Gesundheitskompetenz für gesundheitspolitische Interventionen attraktiv.

Aber was versteht man unter Gesundheitskompetenz und warum ist diese bedeutsam für unsere Gesundheit? Im HLS-EU Projekt wurde Gesundheitskompetenz, basierend auf vorliegenden internationalen Definitionen, so definiert: Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Kompetenz und beinhaltet Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen und Motivation, um im Alltag relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen zu treffen und zu handeln, mit dem Ziel, gute Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs zu erhalten und zu verbessern.

D.h. Gesundheitskompetenz beinhaltet die Fähigkeit zum persönlichen Management von gesundheitsrelevanten Informationen um gute Gesundheitsentscheidungen treffen zu können. In der modernen Multioptionsgesellschaft (Peter Gross), müssen wir, täglich und kontinuierlich, immer mehr Entscheidungen fällen. Wenn man dann, wie Ilona Kickbusch, davon ausgeht, dass in der Gesundheitsgesellschaft jede Entscheidung eine Gesundheitsentscheidung ist, weil sie auch gesundheitsrelevante Konsequenzen haben kann, wird deutlich, warum Gesundheitskompetenz eine zunehmend wichtigere Determinante unserer Gesundheit ist.

Das Ausmaß der Gesundheitskompetenz einer bestimmten Person hängt aber nicht nur davon ab, wie persönlich kompetent sie ist, sondern auch davon, wie transparent, verständlich oder navigierbar das System ist, innerhalb dessen diese Person Gesundheitsinformationen managen und Gesundheitsentscheidungen treffen muss. Daher kann man, um mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu erreichen, entweder die Gesundheitskompetenz von benachteilig-



ten Personen durch Information, Schulung, Beratung oder Coaching verbessern, oder das Gesundheitssystem Nutzerfreundlicher, transparenter und verständlicher gestalten, und Barrieren abbauen oder kompensierende Maßnahmen, wie Case-Management, anbieten. Diese Art der Veränderung von Verhältnissen ist gut verbindbar mit dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung. Dabei ist eine wirksame Möglichkeit Systeme nutzerfreundlicher zu machen, Nutzer in die Planung und Governance der Systeme proaktiv und aktiv einzubeziehen.

Der Vortrag wird basierend auf den Daten des HLS-EU Projekts, an dem Österreich als einer von 8 Mitgliedstaaten der EU teilgenommen hat, das Ausmaß und die Zusammenhänge der Gesundheitskompetenz für Österreich international vergleichend darstellen und international erfolgreiche Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, die an Gesundheitskompetenz ansetzen, vorstellen.

### **Kirsten Barske, Rainhard Mann**

#### **„Da könnte ja jeder kommen!“ Gesundheitsförderung im Sozialraum mit der Jugendaktion GUT DRAUF bewegen, entspannen, essen – aber wie!**

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist spätestens seit dem Kinder und Jugend-survey (KiGGS-Studie) des Robert-Koch-Instituts in Deutschland und dem Erscheinen des 13. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland ein Thema in vielen Organisationen, die für die Betreuung, Bildung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zuständig bzw. in diesem Arbeitsfeld tätig sind.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zählt die gesundheitliche Aufklärung, die gesundheitsbezogene Prävention und die Gesundheitsförderung mit Blick auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche seit ihrer Gründung im Jahr 1967 zu ihren wesentlichen Aufgaben. Mit der Entwicklung der Jugendaktion „GUT DRAUF essen, bewegen, entspannen - aber wie!“ war die BZgA im Jahr 1993 ihrer Zeit weit voraus. Sowohl die KiGGS-Studie wie auch der 13. Kinder- und Jugendbericht bestätigen, dass der Bedarf an ganzheitlicher und nachhaltiger Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen für den Ausgleich von Gesundheitsdefiziten insbesondere unter dem Gesichtspunkt sozialer Ungleichheit von großer Bedeutung ist.

#### **GUT DRAUF im Überblick**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet mit der Jugendaktion GUT DRAUF Einrichtungen der Jugendhilfe und Jugendbildung (Einrichtungen der offenen und geschlossenen Jugendarbeit, Schulen, Sportvereine, Ausbildungsbetriebe und Jugendunterkünften und –reisen) eine gesundheitsbezogene Organisationsentwicklung mit Fachkräfteschulung, fachlicher Beratung und Begleitung sowie einem Auditierungsverfahren zur Zertifizierung des erfolgreichen Qualitätsentwicklungsprozesses.

Inhaltlich folgt GUT DRAUF einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheitsförderung im Sinne der WHO und nutzt dabei die Wechselwirkungen zwischen Ernährung, Bewegung und Stress und deren Potenziale für die physische, psychische und soziale Gesundheit von Heranwachsenden.

Zielgruppe von GUT DRAUF sind Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren; in jüngster Zeit wird das erfolgreiche Konzept auf die Altersgruppe der 5 bis 11-jährigen ausgedehnt. Primäre Ansprechpartner der BZgA sind die Fachkräfte in den fünf Handlungsfeldern Jugendeinrichtungen, Schulen, Sport, Jugendunterkünfte und -reisen sowie (Ausbildungs-) Betriebe.

Die inhaltlichen Ziele sind dabei

- für Ernährung: Die Ernährung ist ausgewogen, vollwertig und lecker. Essverhalten, soziale Aspekte und der Genuss beim Essen stehen im Vordergrund.
- für Bewegung: Die Jugendlichen entwickeln Spass an täglicher Bewegung, sie üben mindestens eine Sportart aus verzichten wo möglich auf Bus, Bahn, Aufzug und Rolltreppe. Das Ziel ist mindestens 60 Minuten intensive Bewegung am Tag zu erreichen.
- für Stressregulation: Jugendliche lernen mit GUT DRAUF besser die spezifischen Alltagsanforderungen zu bewältigen. Sie entdecken ihre eigenen Bedürfnisse und bilden persönliche Strategien zur Stressregulation. Im Vordergrund steht, eine Sensibilität für die eigenen körperlichen und psychischen Empfindungen zu entwickeln.

### **GUT DRAUF ist sozialraumorientiert und nachhaltig**

Die BZgA will mit der Jugendaktion Einfluss sowohl auf das gesundheitsrelevante Verhalten der Jugendlichen nehmen als auch auf die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen, in denen sie sich bewegen.

Eine nachhaltige Wirkung können gesundheitsbezogene Maßnahmen dann entfalten, wenn sie den Alltag begleiten und möglichst häufig wahrgenommen und genutzt werden.

GUT DRAUF fördert deshalb die Zusammenarbeit zwischen den Partnern unterschiedlicher Handlungsfelder im Sozialraum Jugendlicher. Dieser Sozialraum kann das Dorf, die Kommune, die Stadt oder der Stadtteil sein, häufig überschreitet der Sozialraum der Jugendlichen aber diese Verwaltungsgrenzen.

Dieser handlungsfeldübergreifende Kooperationen im Sozialraum Jugendlicher dienen der Herstellung von Synergieeffekten unter den beteiligten Partnern und der Schaffung nachhaltiger Strukturen: Jugendliche begegnen an möglichst vielen Orten in ihrem Alltag gesundheitsförderlichen Lebensräumen, so wird eine ausgewogene Ernährung, eine ausreichende und regelmäßige Bewegung und ein entspannter Umgang mit Anforderungen selbstverständlich und ein gesundes Aufwachsen und förderliche Verhaltensweisen erleichtert.

### **Zielgruppen**

Die Jugendaktion GUT DRAUF richtet sich in erster Linie an Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren und mit dem Schwerpunkt Tutmirgut an die Altersgruppe der 5- bis 11-Jährigen. Um bundesweit diese Zielgruppe zu erreichen, sucht die BZgA die Zusammenarbeit mit Mittlerkräften in der Jugendarbeit und Jugendbildung als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren und schult diese im Themenbereich Gesundheitsförderung mit Jugendlichen. Entscheidungsträger aus den Einrichtungen und Trägerorganisationen mit ins Boot zu nehmen ist wichtig, um die Befürwortung ggf. erforderlicher Veränderungen bei Räumlichkeiten und Angeboten zu erreichen. Darüber hinaus spricht die BZgA Ministerien, Institutionen, Organisationen, Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Kinder- und Jugendarbeit an, um der Jugendaktion eine breite Unterstützung zu sichern.

### **Methodik und Didaktik**

Für die Arbeit mit den Jugendlichen gibt es didaktische Grundprinzipien, die wissenschaftlich abgeleitet und in einer Vielzahl von Modellvorhaben erprobt wurden:

„Im Alltag ansetzen“ meint nicht Gesundheitskurse zu veranstalten, sondern den jugendlichen Alltag gesund zu gestalten.

„Mit Spass punkten“ will ein neues Image für Gesundheit vermitteln, spielerisch und fantasievoll soll es sein und alle Sinne ansprechen.

„Sinneserfahrungen ermöglichen“ spricht das direkte Erleben und die Reflektion des Erlebten an.

„Gesundheit in Szene setzen“ verbindet spielerisches Herangehen mit Altgewohnten, so werden z.B. Essensfeste zu bleibenden positiven Erlebnissen.

„Mit Gruppen arbeiten“ trägt der Rechnung, dass sich Jugendliche vorrangig durch ihre Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe oder Clique definieren und der Einfluss der Peer-group den Einfluss des Elternhauses ablöst.

„Mitgestaltung ermöglichen“ trägt der Erkenntnis Rechnung, dass die Akzeptanz für Neues steigt, wenn Jugendliche mitgeplant, mitentschieden und vor allem selbst umgesetzt haben.

„Kleine Schritte“ meint, dass oft bereits kleine Änderungen bedeutsame Wirkungen entfalten, spricht aber auch für eine systematische Planung von Veränderungen.

„Geschlechtsspezifische Interessen berücksichtigen“ geht nur, wenn Mittlerkräfte sich Gedanken um geschlechterspezifische Unterschiede machen und ihre Didaktik danach ausrichten.

„Soziokulturelle Merkmale beachten“ ist meist gar nicht aufwendig, schafft aber eine hohe Akzeptanz bei Jugendlichen aus anderen Kulturkreisen. Soziokulturelle Merkmale wirken sich besonders auf Ess- und Bewegungsverhalten aus, beeinflussen aber auch das gesamte Normen- und Wertesystem.

### **GUT DRAUF – Qualitätsmanagement**

GUT DRAUF steht für eine zukunftsorientierte, nachhaltige Gesundheitsförderung. Acht handlungsfeldübergreifende Leitlinien sind das prägende Profil der Jugendaktion. Darüber hinaus gibt es für jedes einzelne Handlungsfeld spezifische Qualitätsstandards, die mit Praktikern entwickelt und mit Vertretern der Wissenschaft konsentriert wurden. Die Standards gewährleisten die Überprüfbarkeit der Fachlichkeit der Arbeit und sind Grundlage für die Evaluation der praktischen Arbeit.

Gewährleistet wird die Qualität der Arbeit durch qualifizierte Schulungen des Fachpersonals, durch die regionale Begleitung der Arbeit vor Ort sowie die Rückmeldung der Evaluation an die Praktiker.

Ziel aller Unterstützungsmaßnahmen für Mittlerkräfte ist es eine hohe Qualität der Arbeit im Interesse des Themas, der Jugendlichen aber auch der Befriedigung der Mittlerkräfte zu gewährleisten.

Die Zertifizierung ganzer Einrichtungen oder spezifischer Programme sind das äußere Zeichen für den Abschluss des Qualitätssicherungsprozesses und ermöglicht den Einrichtungen, zusätzliche werbliche Vorteile zu nutzen.

Projekträger: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); [www.gutdrauf.net](http://www.gutdrauf.net)

Weiterführende Literatur:

Bestmann, S.; Bestmann-Häsel, S. (2011): Effekte von GUT DRAUF – eine Jugendaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Perspektive der beteiligten Akteur\_innen. Eine Teilstudie zu Erhebungen im Handlungsfeld Schule in der Stadt Bornheim. Berlin, Europäisches Institut für Sozialforschung.

Kuntz, B.; Lampert, T. (2011): Potenzielle Bildungsaufsteiger leben gesünder. Soziale Herkunft, Schulbildung und Gesundheitsverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung 6: 11-18.

Lebenslagen in Deutschland - Dritter Armuts- und Reichtumsbericht. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/9915, 30. Juni 2008.

Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 50: 871-878.

Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, RKI.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Berlin, RKI.

**Martin Schenk**

## **Wie die soziale Schere unter die Haut geht. Zur Relevanz sozialer Ungleichheit für Gesundheitsförderung und Prävention**

### **Zur Relevanz sozialer Ungleichheit für Gesundheitsförderung und Prävention**

Was führt zum höheren Krankheits- und Sterberisiko Ärmerer ? Es sind die (1) Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den (2) Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten, in der (3) gesundheitlichen Versorgung und die Unterschiede im (4) Gesundheits- und Krankheitshandeln. Das eine bedingt das andere. Stress durch finanziellen Druck und schlechte Wohnverhältnisse geht Hand in Hand mit einem geschwächten Krisenmanagement, und hängt unmittelbar mit mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einem ungesunden Lebensstil zusammen.

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.

Gute Gesundheitsdienste sind uneingeschränkt von immenser Bedeutung. Aber man muss auch wissen, dass gleicher Zugang zur Krankenversorgung keinen Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zur Folge hat, wenn gleichzeitig die Kluft zwischen arm und reich steigt. Die WHO stellt dazu lapidar fest: „Auch wenn die medizinische Versorgung bei einigen schweren Erkrankungen zu verlängerter Lebenserwartung und besserem Krankheitsverlauf führen kann, so sind die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, die die Menschen krank und hilfsbedürftig machen, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung weitaus wichtiger.“ Und ein Nachsatz: „Allgemeiner Zugang zu medizinischer Versorgung ist allerdings selbst eine der sozialen Determinanten von Gesundheit.“

Hier wird die Relevanz sozialer Ungleichheit für Gesundheitsförderung und Prävention sichtbar: Die Gesundheitsdienste müssen den Zugang, die Inanspruchnahme und die Qualität unabhängig von Einkommen und Herkunft gewährleisten. Menschen müssen in ihren Selbsthilfepotentialen und Ressourcen gestärkt werden; was auch Auswirkungen auf einen gesünderen Lebensstil hat. Gesundheitsförderndes Verhalten ist am besten in gesundheitsfördernden Verhältnissen erreichbar. Und sozialer Polarisierung können wir entgegenreten. Die Daten sprechen für sich: Sozialer Ausgleich ist eine gute Medizin.

# WORKSHOP-REIHEN

## Workshop

### Arbeitsuchende, prekäre Arbeitsverhältnisse und Einpersonunternehmen

#### Einführung ins Thema – Standortbestimmung und Fakten

Das Workshop-Konzept sah vor, auf Grundlage von Informationen zur aktuellen Faktenlage zu Arbeitslosigkeit, prekärer Beschäftigung und Einzelunternehmertum Blitzlichter aus verschiedenen (inter-)nationalen Gesundheitsförderungsprojekten zu präsentieren und zu diskutieren, um schließlich durch die Teilnehmer/innen und Teilnehmer gemeinsam und interaktiv Handlungsempfehlungen zur intersektoralen Zusammenarbeit für Gesundheitsförderung für diese Zielgruppen zu erarbeiten.

#### Barbara Haider-Novak

#### Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Daten und Fakten

Arbeitslosigkeit und Gesundheit stehen in einer Wechselbeziehung zueinander und waren bereits Gegenstand zahlreicher internationaler Studien, wobei primär zwei Wirkungszusammenhänge im Fokus der Analysen stehen (Leoni 2010, 63):

- Für eine Beschäftigung und Integration in den Arbeitsmarkt ist gesundheitliches Wohlbefinden ein wichtiger Parameter: Nachweislich beinhalten gesundheitliche Probleme ein erhöhtes Risiko, arbeitslos zu werden. Liegt eine Arbeitslosigkeit vor, verringern sie die Chancen auf eine Reintegration in den Arbeitsmarkt.
- Arbeitslosigkeit stellt ein Gesundheitsrisiko dar: Arbeitslose Personen sind überdurchschnittlich lange krank, wobei die Krankenstandsquote mit der Dauer der Arbeitslosigkeit ansteigt und Arbeitslosigkeit damit auf längere Sicht Ursache für gesundheitliche Beeinträchtigung wird.

Als weitreichend gesichert gilt, dass sich der gesundheitliche Zustand von arbeitslosen Personen durchschnittlich schlechter darstellt als jener von Erwerbstätigen.

Der „Fehlzeitenreport 2009. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich.“ (Leoni 2010) des WIFO<sup>1</sup> beleuchtet den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit in Österreich anhand von Krankenstandsquoten.

Sind arbeitslose Personen kränker als jene in Beschäftigung?

Kurzum: ja sie sind es. Der Abstand hinsichtlich Krankenstandstagen zwischen den beiden Gruppen beträgt 20 Tage und ergibt, dass arbeitslose Personen 2 ½ mal öfter im Krankenstand sind als Beschäftigte (Leoni 2010, 66).

---

<sup>1</sup> Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Führt Arbeitslosigkeit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands?

In aktuelleren Studien, die von Leoni (2010) angeführt werden, wurden die Gründe für den Verlust des Arbeitsplatzes genauer in Betracht gezogen, um die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit exakt zu messen (Leoni 2010, 70f). Diese Studien untersuchten Fälle, bei denen Arbeitslosigkeit eindeutig durch „externe“ Faktoren verursacht wurde, wie z.B. bei Arbeitslosigkeit durch Betriebsschließungen.

Salm 2009, Kuhn et al. 2009, Browning et al. 2006 kommen zum Schluss, dass bei „extern“ verursachter Arbeitslosigkeit es zu keiner Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands kommt. Diese Studien maßen jedoch nur über einen kurzen Zeitraum.

Über einen längeren Betrachtungszeitraum werden jedoch Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzverlust und negativen Folgen für die Gesundheit ersichtlich (Leoni 2010, 71). Oft geht Arbeitslosigkeit mit einem Perspektivenverlust einher, der sich in einem erhöhten gesundheitlichen Risikoverhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, wenig Sport) äußert, die wiederum Langzeitfolgen bewirken können (Kieselbach/ Beelmann 2006). Bei arbeitslosen Jugendlichen zeigt sich dieses Verhalten besonders ausgeprägt.

Unter Einbeziehung der Dauer der Arbeitslosigkeit in die Betrachtungsweise wird eine deutlich negative Wirkung von langandauernder Arbeitslosigkeit auf den gesundheitlichen Zustand ersichtlich (Bockerman-Ilmakunnas 2009).

Diese Befunde decken sich auch mit anderen Studienergebnissen z.B. Badura et al. 2006; Holleder, Brand 2006. Der größte Unterschied zwischen beschäftigten und arbeitslosen Personen ergibt sich im Hinblick auf psychische Erkrankungen, was bereits in der Arbeit von Jahoda/ Lazarsfeld/ Zeisel (1933) „Die Arbeitslosen von Marienthal“ nachgewiesen wurde und in die Theorie der „psychischen Deprivation“ von Jahoda (1981) Eingang fand.

Welches Resümee ist zu ziehen?

Fest steht: Arbeitslose Personen sind meist häufiger und schwerwiegender erkrankt als erwerbstätige Personen (Leoni 2010, 106). Nicht eindeutig beantwortet bleibt bisher die Frage nach den Ursachen für die schlechtere gesundheitliche Konstitution von arbeitslosen Personen und der Bestimmung des Kausalzusammenhangs, der sich in folgender Frage widerspiegelt: Ist Arbeitslosigkeit der Grund für die beobachtbare Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands oder resultiert die Arbeitslosigkeit aus gesundheitlichen Problemen der Person? Damit wird der „Circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und Krankheit aufgezeigt.

Für die Reintegration in den Arbeitsmarkt stellen diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen von arbeitslosen Personen eine große Hürde dar (Leoni 2010, 112). In Zeiten zunehmender Arbeitslosigkeit und damit verbundenen verschlechterten Chancen am Arbeitsmarkt kommt dies verstärkt zum Tragen. Eine Tatsache ist, dass bereits erkrankte Arbeitskräfte stärker in die Arbeitslosigkeit verdrängt werden. Daraus ergibt sich ein Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention spätestens bei Eintritt in die Arbeitslosigkeit – im Idealfall schon vorher. Holleder 2009 streicht damit verbundene besondere Herausforderungen hervor:

Besondere Herausforderungen für präventive Strategien u.a.:

- Verzahnung von Prävention und Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der Arbeitsförderung,
- Verknüpfung von Maßnahmen der Primärprävention mit der Sekundär- und Tertiärprävention,
- Bedarfsgerechte Ausdifferenzierung der Präventionsangebote auf die unterschiedlichen Arbeitslosengruppen,
- Schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppen sowie deren Annahme und Akzeptanz der Präventionsangebote“ (Hollederer 2009).

Mit Maßnahmen arbeitsintegrativer Gesundheitsförderung will Hollederer 2009 diesem Teufelskreis von Arbeitslosigkeit und Gesundheit beikommen.

Das BBRZ ist mit der „klassischen“ beruflichen Rehabilitation in der Tertiärprävention tätig. Eine Vorreiterrolle nahm das BBRZ in der Entwicklung von Maßnahmen der Sekundärprävention ein: bereits seit 2001 wurden entsprechende Angebote umgesetzt. Ein sehr erfolgreiches Beispiel stellte „Service Arbeit und Gesundheit“ (2005 bis 2011) dar, im Rahmen dessen Beratung und Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz angeboten wurden. Die Erfahrungen, die dabei gemacht wurden stellen eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung des nun bereits in 6 Bundesländern auf Basis des AGG(Arbeit- und Gesundheitsgesetz) umgesetzten Programmes fit2work dar.

Quellen:

Hollederer, Alfons (2009). Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheitsförderung. Foliensatz Konferenz „Gesundheit fördert Beschäftigung: Beschäftigung fördert Gesundheit“ am 24. März 2009 im Rathaus Wien,„

Leoni, Thomas (2010). Fehlzeitenreport 2009. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich.“ Österreichisches Institut für Wissensforschung. Wien

### **Alexander de Brito**

#### **3 Jobs und trotzdem nicht genug zum Leben – Prekarität, unfreiwilliges Unternehmertum, „Generation Praktikum“ – die Situation in Österreich**

Im Referat geht es um die Entstehung, die Auswirkungen und die Verbesserungsmöglichkeiten angesichts der Zunahme prekärer Beschäftigungsformen.

Ursprung der Hauptformen prekärer Beschäftigung

Die Vertragsformen freier Dienstvertrag und Werkvertrag in Form der neuen Selbständigkeit haben ihren Ursprung in der politischen Forderung, alle Erwerbseinkommen in die Sozialversicherung einzubeziehen. Einige Vertragsverhältnisse entsprechen weder einem Dienstvertrag (weil die Leute persönlich unabhängig arbeiten) noch einer „klassisch“ selbständigen Werkvertrag (weil kein entsprechendes Gewerbe vorliegt).



Definition des Begriffes „prekäre Beschäftigung“

Eines der wesentlichen Merkmale der prekären Beschäftigung ist geringeres Einkommen.

Folgen für das Sozialsystem

Ein geringeres Einkommen hat automatisch geringere Beitragsleistungen an die Systeme der sozialen Sicherheit zur Folge. Verringerte Beiträge führen wieder zu Einsparungen im Bereich der Krankenkassen, entweder in Form von Selbstbehalten, die eine Zugangshürde zu medizinischen Leistungen darstellen kann, oder in der Erbringung von Versicherungsleistungen.

Folgen und Spätfolgen für die Betroffenen

Der Grund, warum bei prekären Beschäftigungsverhältnissen ein geringeres Einkommen erzielt wird, liegt im Fehlen von arbeitsrechtlichen Errungenschaften wie Kollektivvertragliches Entgelt, Sonderzahlungen, bezahltem Urlaub etc.

Bei Dienstverträgen und freien Dienstverträgen erfolgt die Anmeldung durch den Dienstgeber, der auch die Beiträge einbehält und abführt. Bei Werkverträgen besteht oft Informationsbedarf über die Versicherungspflicht und die Höhe der Beiträge.

Die Umstellung auf das Pensionskontorecht bewirkt den Wegfall eines Durchrechnungszeitraumes. Damit wird die Pension nicht auf Basis eines Durchschnitts besserer Einkommensjahre berechnet. Auch die schlechteren Einkommensjahre fließen in die Berechnung ein.

Möglichkeiten, die Situation zu ändern

Wenn die Zielvorstellung darin besteht, statt freien Dienst- und Werkverträgen mehr reguläre Beschäftigung zu schaffen, genügt es, sich an der eindeutigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofs zu orientieren.

### **Stefan Bräunling**

#### **Gemeinsam handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen**

Arbeitslosigkeit stellt ein Gesundheitsrisiko dar und gesundheitliche Einschränkungen erschweren den (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt. Erwerbslose Menschen – seien es die jungen, unter 25-Jährigen, die Über-50-Jährigen, Männer, Frauen, Alleinerziehende, Migrantinnen und Migranten, dies gilt, welche Personengruppe wir auch immer betrachten – haben ein doppelt so hohes Risiko zu erkranken wie Erwerbstätige! Für eine koordinierte Zusammenarbeit besteht dringender Bedarf, da wir es hier mit schwierigen sozialen Bedingungen zu tun haben: Gerade langzeitarbeitslose Menschen wissen um die Gefahr von Stigmatisierung und Diskriminierung, sie nehmen kaum selbstbewusst am Leben in der Gemeinschaft teil. Sie sind zudem keine Zielgruppe, mit der sich Projektanbieter und Kostenträger der Gesundheitsförderung und Prävention gerne „schmücken“.

Um den Teufelskreis aus Arbeitslosigkeit und Krankheit zu durchbrechen, müssen sich alle verantwortlichen Akteur/innen zusammen an einen Tisch setzen und ihre Maßnahmen aufeinander abstimmen. Als herausragendes Beispiel auf der Bundesebene in Deutschland ist in diesem

Zusammenhang die kürzlich veröffentlichte Kooperationsvereinbarung der Bundesagentur für Arbeit und der Gesetzlichen Krankenversicherungen anzusehen. Ziel dieser Vereinbarung ist es, Gesundheits- und Arbeitsmarktpolitik enger miteinander zu verzahnen. Auch der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat die Herausforderung angenommen, zu formulieren, welches die zentralen Qualitätserfordernisse für die Kooperation der Partner in der Kommune sind. Das Ergebnis ist das Eckpunktepapier „Gemeinsam handeln“, das von einer großen Anzahl von Expertinnen und Experten aus der Praxis ebenso wie aus der Wissenschaft, aus der Bundesagentur für Arbeit und der Gesetzlichen Krankenversicherung, aus den Bundesministerien, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dem Robert Koch-Institut, aus den Landesvereinigungen für Gesundheit, und vielen weiteren zusammengestellt wurde.

Gemeinsam konnten vielfältige Kenntnisse gebündelt werden, wie die gesundheitliche Lage arbeitsloser Menschen verbessert werden kann. In sieben Eckpunkten werden die Erfahrungen aus Beispielen guter Praxis (Good Practice) und aus laufenden Unterstützungsprozessen in den Bundesländern zusammengefasst:

1. Herausforderung gemeinsam angehen – Nur im Zusammenwirken aller relevanten Akteur/innen im kommunalen Rahmen sind die durch Arbeitslosigkeit verursachten vielfältigen Problemlagen erfolgreich zu bewältigen.
2. Strategien für Zielgruppen mit besonderen Bedarfslagen entwickeln – Die höchst unterschiedlichen Ressourcen, Risiken und Bewältigungsstrategien arbeitsloser Menschen müssen bei der Entwicklung von Maßnahmen berücksichtigt werden.
3. Gesundheitsförderung mit Beschäftigungsförderung verzahnen – Die Verknüpfung von gesundheitlicher Prävention mit Maßnahmen der Arbeitsförderung bietet einen erfolg-reichen Zugang für Arbeitslose zur Gesundheitsförderung und ist weiter auszubauen.
4. Gesundheitsförderung in den Lebenswelten verankern – Um Rahmenbedingungen zu schaffen, die gesunde Lebensstile im Alltag ermöglichen und soziale Belastungen mildern, sind Veränderungen in den Lebenswelten und Angebote sozialer Unterstützung erforderlich.

Ein Good Practice-Beispiel: In Kooperation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern wurde der Denk-Sport-Spiel-Parcours in Bremerhaven-Wulsdorf entwickelt und von eigens qualifizierten arbeitslosen Anwohnern umgesetzt. Der Parcours bietet Treffpunkte für alle Generationen und Nationalitäten, Geschicklichkeitsspiele, Brettspiele, Spiel- und Fitnessgeräte sowie Orte der Ruhe und des Austausches.

5. Übergänge gestalten – Bereits bei drohendem Arbeitsplatzverlust sollten unterstützende Angebote frühzeitig ansetzen, um so von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen bei der Gestaltung und Bewältigung ihrer Lebenssituation zu stärken.
6. So früh wie möglich aktiv werden – Frühzeitige Intervention durch Bildung und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen sowie der Lebenskompetenz sind Teil einer umfassenden präventiven Strategie gegen die negativen Folgen von Arbeitslosigkeit.
7. Stärken fördern, Wertschätzung und Transparenz sichern – In allen Lebenssituationen sind die Ressourcen und Fähigkeiten arbeitsloser Menschen zentral einzubeziehen. Ausgangspunkt für Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen ist eine vorurteilsfreie, unterstützende und respektvolle Begegnung.

Damit bietet das Eckpunktepapier einen fachlichen Rahmen und Anregung zur Stärkung der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Auch wenn es schon viele gelungene Beispiele gibt, beispielsweise die durch den Kooperationsverbund identifizierten Good Practice-Beispiele, fehlt es doch fast allerorten noch an umfassenden, nachhaltigen Strategien. Alle verantwortlichen Akteure sind gefordert, gemeinsam verbindliche Strukturen auf den Weg zu bringen, Unterstützungsangebote bedarfsgerecht und ressortübergreifend aufeinander abzustimmen und erfolgreiche Ansätze zu verstetigen.

Das Eckpunktepapier „Gemeinsam handeln“ kann über die Webseite des bundesweiten Kooperationsverbundes [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) als PDF-Datei heruntergeladen oder kostenlos in gedruckter Form bestellt werden.

Informationen zur Kooperationsvereinbarung der Bundesagentur für Arbeit und der Gesetzlichen Krankenversicherung finden Sie in der gemeinsamen Presseerklärung „Damit Arbeitslosigkeit nicht krank macht“ vom 5.4.2012 unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de). Hier kann auch die Vereinbarung selbst – mit Überlegungen zu konkreten Vorhaben – als PDF-Datei heruntergeladen werden.

## Österreichische Projekte und Initiativen

### Ingrid Schmidbauer

#### **Betriebliches Gesundheitsmanagement im AMS NÖ – Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen**

Ausgehend von der Struktur des BGM im AMS NÖ werde ich der Frage nachgehen, welche Wirkungen auf Seiten der AMS-Berater/innen feststellbar sind, und mögliche Auswirkungen auf die Kund/innen, also die als arbeitslos vorgemerkten Personen, skizzieren.

Motivation des AMS, VAMOS, ein BGF-Projekt, zu starten (Folie)

Erfolgsfaktoren: im Vorfeld, zu Beginn, im Prozess, Nachhaltigkeit sichern (BGM) (Folie)

Struktur des BGM im AMS NÖ (Folie)

Ziele des BGM

Exkurs zur Arbeitsfähigkeit

Feststellbare Wirkungen:

- Die im Rahmen des BGM gesetzten Maßnahmen im Bereich der Arbeitsorganisation, der Arbeitsprozesse, der Führung, der Personalentwicklung und der Organisationskultur führten zu einer Optimierung der internen Organisation, der gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen und somit zu einer Reduktion von psychisch bedingten (Fehl) Belastungen (Burn out-Prävention).
- Besonderer Fokus wurde auf Vorkehrungen für alter(n)sgerechtes Arbeiten gelegt: Breite Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Altersbildern und

Sensibilisierungsprozesse auf allen hierarchischen Ebenen, basierend auf den je eigenen Erfahrungen.

- Verhaltensorientierte Maßnahmen runden die ganzheitlich ausgerichtete gesundheitliche Stärkung ab: Resultat ist eine erhöhte Aufmerksamkeit den eigenen Bedürfnissen bzw. Ressourcen und Potenzialen gegenüber, wodurch auch der Zugang/ Umgang zu bzw. mit anderen verändert wird.
- Durch strukturelle Weiterentwicklungen wurden Haltungsänderungen der Mitarbeiter/innen in Bezug auf Ältere und Gesundheit bewirkt. Dies führt auch zu einer Veränderung der Haltung gegenüber KundInnen: Es wird stärker auf das Potenzial, die Stärken und Erfahrungen der Arbeitssuchenden als auf deren Vermittlungshemmnisse fokussiert. Fachliche Kompetenz gepaart mit sozialer Kompetenz schaffen ein Klima von Respekt und Achtung.
- Das Bewusstsein über interne gute Arbeitsbedingungen ist gestiegen.

### **Hedwig Presch**

#### **Gesundheitsförderung für Arbeitslose**

Zur Einstimmung auf das Thema stellen Sie sich bitte vor ...

Sie sind langzeitarbeitslos und arbeiten „geringfügig“ in einem Berufsfeld, das ihren Interessen entspricht, auch wenn die Tätigkeit weit unter Ihrer formalen Qualifikation eingestuft ist. Sie hätten natürlich gern ein „richtiges“ Dienstverhältnis... Sie werden vom AMS zu einer „Maßnahme“ in genau diesem Berufsfeld zugewiesen. Sie sind einverstanden, denn mit Ihrer Dequalifizierung haben Sie sich abgefunden. Der Träger X verlangt aber von Ihnen, die stundenweise Beschäftigung zugunsten der Maßnahme aufzugeben. Das halten Sie für kontraproduktiv.

Resultat: Bezugssperre und Vorladungen „zur Klärung Ihrer Arbeitswilligkeit“.  
Sie legen Beschwerde ein.

... und erhalten drei Antwortschreiben, in denen es u.a. heißt (in Blau O-Ton AMS):

„Um Ihre Arbeitswilligkeit zu prüfen wurde Ihr Leistungsbezug mit obigen Tag eingestellt.“

Sanktionen VOR der Prüfung?

„Wir setzen voraus, dass es auch in Ihrem Interesse ist, Ihre Arbeitslosigkeit nun raschest zu beenden“

„nun“? „auch in Ihrem Interesse“ ... Eine Unterstellung oder blanker Hohn?

Beim Infotag von X hat man Ihnen gesagt, Sie müssten die geringfügige Beschäftigung zugunsten der Einschulung aufgeben, sonst würden Sie als nicht ausreichend motiviert erscheinen. Dazu erhalten Sie widersprüchliche Aussagen.

(Es) „wurde mit Ihnen die Teilnahme am Sozialökonomischen Beschäftigungsprojekt ... vereinbart... Dabei stoßen Sie sich an den Rahmenarbeitszeiten von 7:30 bis 20:00. Dabei wurden Sie nur über die marktüblichen Zeiten informiert: wobei diese Rahmenzeiten inzwischen in vielen Branchen üblich sind.“

Man muss 75 Wochenstd. (Mo -Sa 12,5 Std.) zur Verfügung stehen? Das ist üblich?

Anders die Ombudsfrau:

Weiters versichern wir Ihnen, dass Ihre Teilnahme an Kursen des AMS in jedem Fall so gestaltet wird, dass Ihnen eine Teilnahme auch möglich ist. Sollte es aus planungs-technischen Gründen zu Überschneidungen kommen, so wird dieses Problem umgehend gelöst werden.

Oder ist eigentlich alles ganz anders?

Die von Ihnen angeführte Wochenarbeitszeit im Bereich einer Tätigkeit beim (Unternehmen X, zu dem zugewiesen wurde) entspricht so nicht den gesetzlichen Tatsachen. So nicht, aber wie dann? Gibt es etwa im Hintergrund einen Verdacht?

„Was den Arbeitsmarkt betrifft: wenn dort die Allokation nicht über den regulären Markt funktioniert - dann sprechen wir von Schwarzarbeit. Hier sehen wir natürlich ein Problem.“

Bedenken Sie, dass die Menschen, die Ihnen diese widersprüchlichen Erklärungen schicken, über Ihre Existenzgrundlage entscheiden.

Die Grundhaltung scheint jedenfalls klar zu sein:

... jede Beschäftigung ist zumutbar welche kollektivvertraglich entlohnt wird und den körperlichen Fähigkeiten zumutbar ist.“

„... Ich bin nicht so sicher, dass alle die Tausendenden (kleinen) Beitragszahler Ihre Haltung und Euphorie teilen: schließlich beläuft sich die Summe der Transferzahlungen (inklusive Pensionsversicherung und Krankenversicherung) auf ... €.

(Sie haben) ein umfassendes Studium absolviert, welches - wie Sie wissen - aus öffentlichen Geldern finanziert wird. Wobei ein Studienplatz pro Jahr ca. 5.000 Euro kostet.“

Ihre Ausbildung wird Ihnen vorgehalten. Ihr AMS-Berater weiß, was Ihnen an Kompetenzen fehlt:

„... ein Arbeitstraining in diesem Bereich umfasst neben konkreter fachlicher Einschulung auch das Training von Fähigkeiten wie Belastbarkeit, Konstanz und Leistungsfähigkeit – welche bei einer langen Arbeitslosigkeit verloren gehen.“

Es werden Ihnen Fähigkeiten abgesprochen, die Sie nicht nur durch ein Studium sondern auch aktuell in Ihrer prekären Beschäftigung unter Beweis stellen.

... wenn sich „AMS-Normunterworfenen“ mit Gesundheitsförderung befassen, reden sie auch von Stressfaktoren durch das AMS ...

Diese spielen neben den bekannten Belastungen wie finanziellen Einschränkungen, Stigmatisierungen etc. eine große Rolle. Sie sind selbstredend auch für die aktuelle Frage relevant, ob Reha-Maßnahmen unter der Regie des AMS zielführend sind.<sup>1</sup>

Das Gesundheitsförderungsprojekt „Würde statt Stress“ - Solidarische Gesundheitsförderung durch kompetente Erwerbsarbeitslose zeigte<sup>2</sup> – neben höchst interessanten Antworten auf die Frage nach „Ressourcen“ durch Erwerbsarbeitslosigkeit<sup>3</sup> – ein Leiden an AMS-Interventionen, das alarmieren sollte:

In den Gesundheitszirkeln gab es nur wenige Joblose, die angaben, mit den Diensten des AMS zufrieden zu sein. Die Beschwerden bezogen sich v. a. auf Willkür, herabwürdigende Behandlung, Zwangszuweisungen und Bezugssperren.

In der Online-Befragung zeigten sich Angstsymptome und psychosomatische Reaktionen:

- Mehr als ein Drittel stimmt dem Statement zu „Eigentlich fürchte ich mich vor dem Kontakt mit dem AMS“.
- Jeweils knapp 30% geben Schlafprobleme vor dem AMS-Termin und Herzklopfen an.
- Auch die Aussicht auf einen weiteren Kurs ist für fast 30% ausdrücklich eine Belastung.
- Bei einem nicht selbst gewählten Kurs bekommen knapp 30% „diverse Beschwerden“
- Ich fühle mich nicht ausreichend beraten – das finden 33 %.

Die zitierten Briefpassagen illustrieren den Hintergrund.

Die Arbeitslosen schlagen politische Lösungen wie Grundeinkommen vor, das AMS bietet „Maßnahmen“ ...

Dass Jobcoachingkurse häufig als unsinnig, oft auch als demütigend erlebt werden ist bekannt. Die Kritik an Sozialen Integrationsunternehmen (SIU) geht in die gleiche Richtung – Arbeitslose kritisieren vor allem Zwangszuweisungen und Dequalifizierungsprozesse. Darüber hinaus ist zu differenzieren – die SIU sind von ihren Konzepten her sehr verschieden. Die Palette reicht von Gemeinnützigen Beschäftigungsinitiativen, deren „Sinn“ sich leicht erschließt bis hin zu fragwürdigen Arbeitskräfteüberlassungen. Ebenso verschieden sind sie in ihrer Ausrichtung – die einen setzen mehr auf Eigenerwirtschaftung, andere mehr auf Empowerment der Mitarbeiter/innen.

Dazu wird ein BGF-Projekt in vier solcher SIU vorgestellt - durchgeführt von der Bildungs-kooperative Oberes Waldviertel (BIKOO)<sup>4</sup> und es werden einige Überlegungen referiert, die sich aus Evaluationsinterviews in weiteren SIU ergeben:

Das BIKOO-Team war von den methodischen Zugängen der BGF sehr angetan und registrierte eine rege Beteiligung sowie interessante Vorschläge von Seiten der Mitarbeiter/innen. Die Steuerungsgruppe befasste sich viel mit „Anerkennung“ und meint, es gehe bei BGF ganz zentral um Anerkennung – als „die Herstellung von Grundlagen, auf der Entwicklung gut stattfinden kann...“

Die Mitarbeiter/innen sollen

- wahrgenommen werden
- in Erscheinung treten
- wirksam werden“<sup>5</sup>

Die Erfahrungen aus Evaluationsinterviews bestätigen zum Teil die BIKOO-Erfahrungen, sie zeigen aber auch SIU, deren betriebswirtschaftliche Ausrichtung zu Lasten der Teilnehmer/innen-Orientierung geht. Die Bereitschaft, Verbesserungsvorschläge von Mitarbeiter/innen aufzugreifen, ist entsprechend verschieden.

SIU haben also im Prinzip beste Voraussetzungen, haben Potenziale, sinnstiftende Arbeit (mit vielfältigen Lerngelegenheiten) und breit gefächerte, biografisch höchst relevante Gesundheitsförderung zu verbinden. Aber sie tun es vielfach nicht bzw. sie können von Arbeitslosen so nicht wahrgenommen werden.

Wenn sich die Förderung der Handlungsfähigkeit sowohl auf den aktuellen Status der Transit-arbeitskräfte als Arbeitnehmer/in beziehen soll als auch auf den – von den diesen befürchteten und wahrscheinlichen – zukünftigen Status als Arbeitslose<sup>6</sup>, bedarf es gründlicher theoretischer Reflexion und konzeptueller Überlegungen. Arbeit – Bildung – Gesundheit sind zusammen zu denken! Die Vorteile zeigen sich nicht zuletzt im Kontext altersgerechter Arbeitsplätze<sup>7</sup>.

Dafür schlagen wir vor, neuere wissenschaftliche Forschung heran zu ziehen wie bspw. das Positionspapier des Fachbeirats zum sächsischen Gesundheitsziel ‚Gesundheits-förderung bei Arbeitslosen‘ von Mohr et al.<sup>8</sup> (11 Thesen)

Aber auch Menschen- und Grundrechtsfragen sind zu behandeln, wie Erwerbsarbeitslose und Anwalt/innen immer wieder fordern.<sup>9</sup>

Vor allem aber geht es uns um Partizipation und Expertise von Arbeitslosen: Erwerbsarbeitslose und Transitmitarbeiter/innen sind Expert/innen für Arbeitslosigkeit und auch Expert/innen für die Erosion von Arbeitsverhältnissen und für sinnstiftende Arbeit außerhalb der Erwerbsarbeit.

#### Literatur:

- <sup>1</sup> [http://www.aktive-arbeitslose.at/news/20120907\\_stellungnahme\\_invaliditaetspension-reform\\_2012.html](http://www.aktive-arbeitslose.at/news/20120907_stellungnahme_invaliditaetspension-reform_2012.html)  
[http://www.alterskompetenzen.info/?entschleunigung\\_und\\_orientierung](http://www.alterskompetenzen.info/?entschleunigung_und_orientierung)
- <sup>2</sup> Kooperation mit den Arbeitslosen-Initiativen Aktive Arbeitslose, AMSand, AMSEL, sinnvoll tätig sein, Survival Club, Zum Alten Eisen  
[http://www.alterskompetenzen.info/?gesundheitsprojekt\\_%22W%FCST%22](http://www.alterskompetenzen.info/?gesundheitsprojekt_%22W%FCST%22)
- <sup>3</sup> auch wenn die Frage Befremden auslöste – ist es doch eher verpönt, ohne Zynismus danach zu fragen. Bei den GZ und den Recherchen wurde der Erholungswert – vor allem am Anfang der arbeitslosen Phase – betont. Und die „Sinnfindung“: Die Beteiligten freuen sich über die Muße für Besinnung und Neuorientierung sowie die Möglichkeit zur selbst bestimmten Aufnahme von (oft schon lange brachliegenden) Aktivitäten. In der Online-Befragung dominieren Weiterbildungsmöglichkeit und Lesen, Zeitsouveränität und „mehr Zeit für Sozialkontakte“.
- <sup>4</sup> [http://www.bikoo.at/download/bericht\\_gemeinsam\\_gsund.pdf](http://www.bikoo.at/download/bericht_gemeinsam_gsund.pdf)
- <sup>5</sup> BIKOO (2007), gemeinsam g’sund, Abschlussbericht, ebd. S. 35
- <sup>6</sup> Bei einer angestrebten „Vermittlungsquote“ von 40 % ist von einem überwiegenden Verfehlen des vorgegebenen Ziels „Integration in den 1. Arbeitsmarkt“ auszugehen.
- <sup>7</sup> Intergenerationelles Lernen! Vgl. Prospect (2008), Potenziale arbeitsmarktpolitischer Beschäftigungsprojekte für Productive Ageing, insbes. S. 7
- <sup>8</sup> Gisela Mohr in: Susann Mühlpfordt, Gisela Mohr, Peter Richter (Hg.) (2011) Erwerbslosigkeit: Handlungsansätze zur Gesundheitsförderung, Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 15 - 32

- <sup>9</sup> <http://www.aktive-arbeitslose.at/menschenrechte/UPR/>  
Aktive Arbeitslose (2012), Erste Hilfe Handbuch für Arbeitslose, Eigenverl. Wien, Kap. 16.  
[http://soned.at/ams\\_missachtet\\_rechtsstaat](http://soned.at/ams_missachtet_rechtsstaat)  
Vgl. Nicolas Griebmeier (2012), Der disziplinierende Staat. Eine kritische Auseinandersetzung mit Sanktionen bei Arbeitslosengeld II-Empfängern aus der Sicht der Sozialen Arbeit und der Menschenrechte. Kleine Verlag Grünwald

### **Rainer Saurugg-Radl**

#### **Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt**

ISOP verfügt seit nunmehr 25 Jahren über eine fundierte Expertise in der Initiierung, Umsetzung und Begleitung von Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsprojekten mit mehrfach benachteiligten Personengruppen. Vor dem Hintergrund dieser reichhaltigen Erfahrungen hat ISOP in den Jahren 2009 bis 2011 das Projekt „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“ erfolgreich umgesetzt, dessen Ergebnisse u.a. als Grundlage für das gegenständliche Vorhaben wie auch als Bedarfserhebung dienen. Zusätzlich ist ISOP – als Gründungsmitglied – in das steiermarkweit tätige Netzwerk der Beschäftigungsbetriebe Steiermark aktiv eingebunden. Dieses aus 30 Einrichtungen bestehende Netzwerk hat im Zuge der Bedarfserhebung für dieses Projekt einhellig einen hohen Bedarf für gesundheitsförderliche Maßnahmen für diese mehrfach benachteiligten Personengruppen geortet und aufgrund der vielfältigen Expertise ISOP als den geeigneten Träger vorgeschlagen. Das Netzwerk der Beschäftigungsbetriebe hat für das geplante Vorhaben auch eine Kofinanzierung verbindlich zugesagt.

Das auf die Dauer von 24 Monaten angelegte Projekt „Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt“ hat als primäre Zielgruppe Personen, die im Rahmen eines befristeten Beschäftigungsverhältnisses als Transitarbeitskraft am 2. Arbeitsmarkt in steirischen Beschäftigungsbetrieben tätig sind. 250 Personen sollen in am Projekt partizipierenden Betrieben mit gesundheitsförderlichen, Zielgruppen-gerechten Workshops und Veranstaltungen im Ausmaß von 350 Stunden erreicht werden, mit dem Ziel, dass deren Gesundheitskompetenz und -potenziale erhöht und gefördert werden.

Als sekundäre Zielgruppe werden Personen gesehen, die im Setting der Sozialökonomischen Betriebe und Gemeinnützigen Beschäftigungsprojekte im Rahmen ihres professionellen Handelns direkten Kontakt zur primären Zielgruppe haben. Dies sind somit SozialpädagogInnen, Schlüsselkräfte und Personalentwickler/innen.

Die sekundäre Zielgruppe schafft den Zugang zu den Transitmitarbeiter/innen und sichert die Kontinuität im Projekt, da ja Transitarbeitskräfte nur zeitlich befristet beschäftigt sind. 30 Personen werden als Multiplikator/innen angesprochen und für projektinterne Weiterbildungsmaßnahmen im Ausmaß von 20 Stunden gewonnen. Multiplikator/innen wird die Möglichkeit geboten, neben dem Erwerb von theoretischem Know-how auch selbst an praktischen Workshops teilzunehmen, um persönliche Erfahrungen und praktisches Wissen zukünftig selber in den Betrieb einfließen lassen zu können (Fokus auf Nachhaltigkeit).



Das Projekt setzt in seiner Interventionsstrategie auf steiermarkweite Workshopreihen an den Standorten der teilnehmenden Beschäftigungsbetriebe zu den zentralen Themen der Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, psychosoziales Wohlbefinden und Suchtprävention). Zur Erhöhung der Beteiligung, Motivation und Identifikation der teilnehmenden Zielgruppen wird das Projektgeschehen auch über eine eigene „Gesundheitswebsite“ wie auch über einen elektronischen Newsletter kommuniziert, wobei diese beiden Tools von den Zielgruppen selbst mitgestaltet werden.

Im Rahmen der externen Evaluation wird ein spezielles Erhebungsdesign entwickelt, um gesundheitsförderliche, positive Veränderungen des Gesundheitsverhaltens der Teilnehmer/innen zu erheben und zu dokumentieren.

Eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit wird mittels Newsletter, Homepage und eine themenspezifischen Publikation erfolgen. Auch eine Tagung wird das Vorhaben stärker in den Mittelpunkt stellen.

Begleitet wird das Projekt über die gesamte Laufzeit von einem überregionalen Fachgremium mit Expert/innen aus dem Bereich Gesundheit, Arbeit und Soziales wie auch Vertreter/innen der Steirischen Beschäftigungsbetriebe.

Gefördert aus Mitteln des Fonds Gesundes Österreich, des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark, des Arbeitsmarktservice Steiermark, des Europäischen Sozialfonds, des Sozial- und Arbeitsressorts des Landes Steiermark und des Netzwerks Beschäftigungsbetriebe Steiermark.

### **Michaela Strapatsas**

#### **Health out of work**

Installation eines gesunden Netzwerks zur Förderung der sozialen Gesundheit

- Förderung der Kommunikation vor Ort;
- Einbindung der Teilnehmer/innen in bestehende Netzwerke, soziale Zentren, etc.;
- Schaffung von niederschweligen Angeboten vor Ort durch die Einrichtung von Kooperationen mit verschiedenen Anbietern;

Aktive Mitarbeit der Teilnehmer/innen

Den arbeitslosen Teilnehmer/innen soll ein Einstieg in die aktive Projektmitarbeit auf der Ebene der eigenen Fähigkeiten und Interessen ermöglicht werden, beispielsweise in folgenden Bereichen:

- Ko-Moderation der ERFA-Gruppen und Qualitätszirkel;
- Durchführung von vertiefenden Befragungen bei den Erwerbsarbeitslosen nach ihren Ressourcen und Defiziten in der Arbeitslosigkeit;
- Durchführung von Workshops zur Gesundheit;
- Entwicklung eines 1.-Hilfe-Koffers für die Arbeitslosigkeit;
- uvm.

„Health Out of Work“ setzt auf eine gemeinsame Entwicklung von gesundheitsfördernden Umwelten mit den Arbeitslosen und dem Arbeitsmarktservice. Einen zentralen Stellenwert nimmt hierbei das Empowerment und die stückweise Selbstermächtigung der Zielgruppe der Erwerbsarbeitslosen ein – dies wird mit der aktiven Einbindung in die Projektdurchführung und der Einführung eines Partizipationssystems mittels Erfahrungsaustausch-Gruppen und Qualitätszirkel zur Gesundheitsförderung verfolgt.

Die Ergebnisse sollen nach drei Projektjahren in ein Regelprogramm innerhalb des Arbeitsmarktservice einfließen.

**Katharina Ebner, Alexandra Ertelthaler-Weilhartner**  
**Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration**

Hintergrund: Gesundheitszustand und -verhalten Arbeit suchender Menschen sind in den vergangenen Jahren nicht zuletzt aufgrund alarmierender Forschungsergebnisse zunehmend in das öffentliche Interesse gerückt. Diese konstatieren Arbeit suchenden Menschen im Vergleich zu Erwerbstätigen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand mit häufigeren und längeren Krankenhausaufenthalten, gehäuftem Auftreten psychischer Beschwerden und erhöhter Sterblichkeit. Gesundheitlich besonders belastet sind langzeitbeschäftigungslose Menschen und hier wiederum vor allem Frauen sowie Menschen mit Migrationshintergrund. Die Gründe hierfür scheinen vielfältig und sowohl die Selektionshypothese (Krankheit führt zu einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko) als auch die Kausalitätshypothese (Arbeitslosigkeit führt zu einem erhöhten Krankheitsrisiko) scheinen Gültigkeit zu besitzen.

Problemstellung: Gerade im Lichte der Bemühungen der sozialen Gleichverteilung von Gesundheitschancen erfordert diese Bevölkerungsgruppe daher besondere Aufmerksamkeit. Trotz des evidenten Bedarfs ist es bis dato kaum gelungen, Arbeit suchende Menschen durch Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote adäquat zu erreichen. Im Modellprojekt (f)itworks konnte gezeigt werden, dass Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting angenommen wird, wenn die Angebote partizipativ entwickelt, niederschwellig, geschlechtersensibel und aufsuchend sind. So kann es gelingen, das Gesundheitsverhalten Arbeit suchender Menschen positiv zu beeinflussen und sie in dieser schwierigen Lebensphase zu unterstützen. Um Arbeit suchende Menschen jedoch nachhaltig zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu befähigen ist eine Fokussierung auf die Verhältnisebene notwendig. Denn nur wenn unterstützende Strukturen und Rahmenbedingungen geschaffen werden, wirkt Gesundheitsförderung umfassend und nachhaltig. Netzwerk- und Lobbyarbeit ist ein vielversprechender Ansatz der Gesundheitsförderung um physische, soziale und/oder ökonomische Lebensbedingungen zu beeinflussen. Mittels Vernetzung kann gesundheitliche Chancenungleichheit auf strategischer und politischer Ebene aufgegriffen werden, um Veränderungen „von oben nach unten“ zu bewirken.

Methodik: Vernetzung gilt als ein Qualitätskriterium in der Gesundheitsförderung und wird vom Fonds Gesundes Österreich als wesentlicher Qualitätsbereich für die Planung, Umsetzung und Evaluation definiert. Gerade im Gesundheitsförderungsbereich sind Netzwerke zu

einer zentralen Infrastruktur und Organisationsform geworden. Netzwerke unterstützen die Entwicklung von Möglichkeiten gesundheitsförderlicher Veränderung von Gesundheitsdeterminanten in Alltagsbereichen bzw. Settings sowie den gegenseitigen Austausch und das Lernen von beteiligten Organisationen und Systemen. Netzwerke sollen organisierte gesellschaftliche Antworten auf komplexe und langfristige Fragestellungen in der Gesundheitsförderung geben, Synergien schaffen und zur effektiven Ressourcennutzung beitragen. Durch den Austausch von Informationen, Produkten und Instrumenten sowie der Transfer fachlicher Kompetenz sollen neue gesundheitsförderliche Strukturen geschaffen werden.

Ergebnisse: Das Ziel der regionalen Vernetzung wurde im Rahmen des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA) erreicht. Das Netzwerk fördert die Vernetzung namhafter öffentlicher und Non-Profit-Organisationen aus den Bereichen Gesundheit, Gesundheitsförderung sowie Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit. Ursprünglich aus dem „Wiener Netzwerk Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ (2007, Projekt (f)itworks) entstanden, ist es seit 2009 als Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration Anlaufstelle für regionale – Großraum Wien – und überregionale Institutionen, die sich mit gesundheitlichen Bedürfnissen und Besonderheiten Arbeit suchender, von Arbeitslosigkeit bedrohter bzw. unsicher beschäftigter Menschen befassen. Über das Netzwerk wird die Stärkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit der Zielgruppe angestrebt. Das NGA wurde für die Projektlaufzeit von Mai 2009 bis Juni 2012 von Fonds Gesundes Österreich, AMS Wien und Bundessozialamt Landesstelle Wien finanziell gefördert. Die Koordination des Netzwerkes erfolgte durch die ÖSB Consulting GmbH. Neben dem Ausbau von Netzwerkstrukturen und der Durchführung von acht Netzwerktreffen wurden drei Konferenzen „Gesundheit fördert Beschäftigung“ (n=500) und 19 Multiplikator/innen-Schulungen (n=200) durchgeführt. Darüber hinaus wurden Erfolgsfaktoren für die Netzwerkarbeit und Kriterien guter Praxis für Gesundheitsförderungsprojekte im arbeitsmarktpolitischen Setting entwickelt und veröffentlicht. Das Projekt wurde extern, mittels qualitativer und quantitativer Methoden evaluiert.

Schlussfolgerungen: Aufbauend aus den Erfahrungen ist die Installation einer dauerhaften und entsprechend ausgestatteten Koordinationsstelle geplant, um das Netzwerk überregional sowie inhaltlich weiter zu entwickeln.

Quellen:

BZgA (Hrsg.). (2007). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 3. Auflage. Köln: BZgA

Bröbkamp-Stone U. (2003). Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Schwartz F.W. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. (2.Auflage). München: Elsevier, Urban & Fischer, S. 243-253.

Korn, Karin/ Pichler, Birgit/ Willerstorfer, Theresa/ Hager, Isabella (2009): Ohne Arbeit bei schlechter Gesundheit? Gesundheitszustand, -verhalten und -bedürfnisse Arbeit suchender Menschen in Wien. Wien: ÖSB Consulting GmbH.

Pichler, Birgit (2008): Gesundheitsförderung Arbeit suchender Menschen. In: Ingrid Spicker/ Gabriele Sprengseis (Hrsg.), Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas, S. 171-182.

Pichler, Birgit/ Korn, Karin/ Willerstorfer, Theresa/ Weber, Friederike (2009): Projektbericht (f) itworks – Modellprojekt zur Gesundheitsförderung Arbeit suchender Menschen im arbeitsmarktpolitischen Setting. Wien: ÖSB Consulting GmbH.

Statistik Austria (2007): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2005. Wien: Statistik Austria.

**Katharina Ebner, Dietmar Schuster**

**Einpersonenunternehmen – eine neue Zielgruppe in der BGF:**

**Innovationsprojekt GAVA – Gesund und arbeitsfähig von Anfang an**

Hintergrund:

Die Anzahl der selbständig Erwerbstätigen steigt stetig. Die mehr als 400.000 Selbständigen machen heute fast 11 Prozent der Erwerbsbevölkerung in Österreich aus. Rund die Hälfte der Unternehmen innerhalb der Gewerblichen Wirtschaft sind dabei den Ein-Personen-Unternehmen (EPU) zuzurechnen. Gerade in den letzten Jahren zeigt sich eine steigende Bedeutung der EPU für die heimische Wirtschaft. Bei den österreichischen EPU handelt es sich zumeist um Selbstständige mit einer fundierten fachlichen Ausbildung im Alter zwischen 30 und 59 Jahren. Mehr als ein Drittel der EPU arbeiten über 40 Stunden in der Woche, durchschnittlich rund 49 Stunden. Ein-Personen-Unternehmen sind in jeder Phase des Unternehmenslebenszyklus anzutreffen, wobei insbesondere viele Gründer/innen in diese Größenklasse fallen. Ein Teil der Unternehmen wird nachhaltig als EPU geführt. In Wien werden 80 % der Unternehmen als Einzelunternehmen gegründet. Aktuell gibt es in Wien etwa 55.000 EPU.

Problemstellung:

Die Situation von selbständigen Unternehmer/innen in Ein-Personen-Unternehmen ist oftmals begleitet durch ungünstigere ergonomische, gesundheitliche und psychosoziale Bedingungen. Ihre Tätigkeit ist gekennzeichnet durch unübliche Arbeitszeiten, wenig laufende Ausbildung, monotone Arbeit, mangelnde strukturelle Unterstützung, fehlende kollegiale Unterstützung und Sozialkontakte. Andererseits ist als eine der wichtigsten Ressourcen anzumerken, dass selbständige Unternehmer/innen wesentlich mehr Kontrolle über ihre Arbeit und ihre Arbeitszeit haben als unselbständig Beschäftigte.

Eine Vielzahl der Selbständigen erledigt ihre Arbeit am häuslichen Arbeitsplatz. Gerade in EPU und bei Jung- Unternehmer/innen ist regelmäßige Heimarbeit stark verbreitet. Über das konkrete gesundheitliche Risiko-Chancen-Profil häuslicher Arbeit entscheiden eine Vielzahl von Faktoren: Leistungsdruck, familiäre Situation, räumliche Ausstattung usw., die jedoch für selbständige Erwerbsarbeit noch nicht hinreichend genau untersucht wurden. Diese speziell herausfordernden Situationen ergeben für selbständige Unternehmer/innen häufig folgende gesundheitskritische Arbeits- und Bewältigungsbedingungen: hohe Anforderungen an individuelles Kompetenzmanagement, hoher Belastungsdruck, oftmals Verschwimmen von Arbeits- und Privatleben, mangelnde Freizeit- und Entspannungsphasen, extensive Arbeitszeiten, erhöhter Wettbewerbs- und Konkurrenzdruck. Wird diesen besonderen Belastungen nicht gezielt und

frühzeitig entgegen gewirkt, kann chronische Überforderung entstehen, die mit Gesundheitsrisiken wie Erholungsunfähigkeit, Arbeiten trotz Krankheit und Burnout einhergeht und mittel- bzw. langfristig zu andauernder Arbeitsunfähigkeit führen kann. Es gilt daher, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit dieser Bevölkerungsgruppe möglichst frühzeitig und nachhaltig zu fördern, um die Betroffenen in dieser besonders herausfordernden Lebensphase zu unterstützen. Trotz der steigenden Zahl selbständiger Unternehmer/innen und des evidenten Bedarfs, gibt es bis dato keine systematische gesundheitliche Unterstützung für diese Erwerbsgruppe. Während Arbeitnehmer/innen gut über Betriebliche Gesundheitsförderungsangebote erreichbar sind, fehlen klassische Zugangswege für selbständige Unternehmer/innen.

#### Methodik:

im Rahmen des Wiener Innovationsprojektes GAVA rücken selbst-ständige Unternehmer/innen als neue Zielgruppe in den Fokus der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Projekt wird in vier Projektphasen umgesetzt: Vorprojektphase, Strukturaufbauphase (6 Monate), Interventionsphase (12 Monate) und Abschluss- und Nachhaltigkeitsphase (6 Monate). Während der zweijährigen Projektlaufzeit wird eine umfassende Bedarfserhebung mittels qualitativer Interviews /Fokusgruppensitzungen mit EPU (n=15) und Multiplikator/innen (n=10) sowie eine IST-Analyse zur gesundheitlichen Situation von Solo-Selbstständigen, mittels Online-Befragung (n=700) durchgeführt. Parallel dazu werden praktische Angebote zur Förderung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von EPU entwickelt und evaluiert. Maßnahmen die im Rahmen von „Gesund & arbeitsfähig von Anfang an“ umgesetzt werden, sind: Erstellung einer Projekthomepage, Entwicklung und Durchführung einer Fortbildungsreihe für Multiplikator/innen, Informationsveranstaltungen für EPU, Gesundheitsworkshops für EPU, Einzelcoachings für EPU, Gesundheitsaktivitäten zur aktiven Gesundheitsförderung sowie eine Abschlusstagung.

#### Zielgruppe und Setting:

Die Zielgruppe fokussiert auf Ein-Personen-Unternehmen (EPU), EPU-Gründer/innen, Neue Selbstständige, freie Dienstnehmer/innen und Werkvertragsnehmer/innen in Wien. Settings in denen das Projekt umgesetzt wird, sind u.a. Focus 1, Mingo und Forum EPU. Die Akteur/innen dieser Settings sind als Projekt-Multiplikator/innen eine weitere Zielgruppe von „Gesund & arbeitsfähig von Anfang an“.

#### Projektdauer und Finanzierung:

Das Projekt GAVA wird im Zeitraum von 01.11.2011 bis 31.10.2013 umgesetzt und aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Konsumentenschutz (BMAŠK), Wirtschaftsagentur Wien, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und proFitness der Wirtschaftskammer Österreich (WKO) gefördert.

#### Quellen:

Goudswaard, Anneke; Andries, Frank (2002): Employment status and working conditions KMU FORSCHUNG AUSTRIA. (2009). Ein-Personen-Unternehmen in Österreich - Status quo 2009. Austrian Institute for SME Research. Wien

Pröll, U., Ammon, U., Ertel et al. (2007). Selbstständig und gesund. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – Fb 1092. NW-Verlag. Bremerhaven.

WIFO, Hauptversicherungsverband der Sozialversicherungsträger, Stand: April 2009

Wirtschaftskammer Österreich. (2010) . EPU Machen Zukunft Trenddossier zur Zukunft von Ein-Personen-Unternehmen. Wien

Wirtschaftskammer Österreich. (2012). Fact-Sheet EPU '12 – Unternehmen wir es gemeinsam. Wien

### **Resümée und Handlungsempfehlungen für die weitere Arbeit**

Drei Arbeitskreise haben folgendes ausgearbeitet:

#### **Arbeitskreis (marginalisierte) Wissenschaft:**

Die Diskussion wurde anhand zweier Gruppen geführt:

- Arbeitslose: Forschungsstand gut, lange Forschungstradition (Arbeitslose von Marienthal)
- Prekär Beschäftigte: weniger Wissen vorhanden; junges Phänomen, große Dynamik

Zwei theoretische Begriffe sind beiden Gruppen gemein:

- Unsicherheit
- Soziale Isolation

Diese Begriffe erscheinen unzureichend beforscht. Insbesondere bei der Unsicherheit wird die Frage aufgeworfen, ob Unsicherheit bspw. bei jungen Arbeitnehmer/innen als subjektive Belastung wirkt oder ob sie mittlerweile als selbstverständlich wahrgenommen wird.

Daraus wurde **Empfehlung 1** abgeleitet:

Die Begriffe soziale Isolation und Unsicherheit beforschen und greifbar machen.

Der zweite Diskussionsstrang bestand darin, dass man sich prinzipiell, jedoch insbesondere bei den Gruppen „Arbeitslose“ und „prekär Beschäftigte“, vor Pauschalierungen hüten sollte. Dies schlägt sich natürlich auch in den Instrumenten der Gesundheitsförderung nieder. Generalisierende und zumeist quantitative Instrumente sind hierbei unzureichend.

Daraus wurde **Empfehlung 2** abgeleitet:

**Differenzierte und zielgruppenspezifische Analyse mit entsprechenden Tools ist zu forcieren.**

#### **Arbeitskreis Struktur:**

Der Arbeitskreis postulierte, dass Gesundheit und Arbeitslosigkeit auf 2 Ebenen zu betrachten sind:

Gesellschaft                      Individuum/Organisation

Folgende strukturelle Prozesse sind anzustoßen/zu unterstützen/**Handlungsempfehlungen**:

1. Einführung einer **Arbeitslosen-Anwaltschaft** (entsprechend Patienten-anwaltschaft).
2. Ein bundesweiter Prozess (vgl. „Invalidität im Wandel“, „Netzwerk Arbeit und Alter“) ist zu initiieren, in dem z.B. **Pilotversuche/ mutige Modelle** (Abschaffung von AMS-Sanktionen pilothaft in einem Bundesland und Evaluierung der Auswirkungen auf Vermittlungsquoten und Wohlbefinden der Kund/innen) entwickelt und erprobt werden können.
3. Gesundheit sollte im Mittelpunkt stehen (weg vom Präventionsdenken)!

#### **Arbeitskreis Praxis:**

Die Teilnehmer/innen befanden, dass der Zusammenhang mit Gesundheit ganz generell als sehr komplex empfunden wird und dieser Komplexität Rechnung getragen werden müsse. Als wesentliches Learning wurde ein **Bedarf an Niederschwelligkeit** identifiziert.

Folgende Aspekte wurden als Grundlagen und Ansatzpunkte für intersektorale Kooperationen der Zukunft hervorgehoben:

1. entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen
2. erforderliche Ressourcen bereitstellen, um das Thema voran zu bringen

Unter dem Motto „**Wertschöpfung durch Wertschätzung!**“ ist eine gesamtgesellschaftliche Werthaltung zu entwickeln, die in weiterer Folge eine entsprechende Haltung in allen beteiligten Organisationen ermöglicht.

## Workshop

### Migration und Gesundheit – ungleiche Ausgangsbedingungen?

#### Einführung ins Thema

Als Hauptproblem zeigt sich oft (so auch am Beispiel Zahngesundheit), dass gerade jene Zielgruppen, wo besonderer Handlungsbedarf ist, die Angebote nicht annehmen, bzw. hier die Wirksamkeit der Programme gering ist.

Zur Bewältigung dieser schwierigen Zielgruppenerreichung bietet sich im Wesentlichen eine Kombination aus zwei durchaus unterschiedlichen Zugangswegen an. Die Nutzung offener (nicht stigmatisierender) Zugänge einerseits und die sehr direkte Ansprache andererseits.

Offener Zugang:

- „Gesundheitsstraße“ für Schulanfänger/innen mit Eltern, kostenlose Untersuchungen und Beratung.
- Einladungen von Schüler/innen mit Eltern in öffentliche Einrichtungen, Ambulanzen, Arztpraxen. Abbau von Hemmschwellen.
- Angebote wie Mutter-Kind Beratung. Hier besteht innerfamiliäre Legitimation für die Frauen, dort auch hinzugehen.
- Unterweisung in Betrieben nutzen.
- Bürgerempfang.

Direkte Ansprache:

- Direkt ansprechen und persönlich einladen (keine Flyer, Briefe, etc.), aufsuchende Arbeit.
- Multiplikator/innen aus den Communities einsetzen, dabei aber auch beachten, welche Bedeutung/Konsequenzen diese Aufgabe für die Multiplikator/innen hat und welcher Aufwand für die Personen und das Projekt daraus folgt

#### Richtige Vermittlung des Themas

Wichtig ist bei der Zielgruppe Migrant/innen, den jeweiligen kulturellen Hintergrund nicht nur zu beachten sondern ihn als Ausgangspunkt zu nehmen, ebenso die Lebenslagen, in denen sich die Zielgruppen befinden (z.B. Bedeutung von Zucker). Nur dann werden die Aktivitäten auch zu „persönlich bedeutsamen Aktivitäten“ der Zielgruppen.

- Muttersprachliche Informationen und Dienstleistungen (Übersetzung einplanen).
- Informationen verteilen greift wenig, es müssen Handlungskompetenzen gestärkt werden.
- Instrumente zur Stärkung der Gesundheitskompetenz entwickeln und nutzen.
- Kostenlosigkeit von Angeboten bedarf kritischer Abwägung. Nur sinnvoll, wenn es den Zielen und den Zielgruppen entspricht, Anreiz fürs Kommen und Möglichkeit für Versorgung bietet. Kann zu Konsumhaltung führen und die Nachhaltigkeit gefährden



### **Strukturelle Rahmenbedingungen schaffen/nutzen**

Sinnvoll ist es, bestehende (kommunale) Strukturen zu nutzen und Verbindungen zu Strukturen der Migrant/innen herzustellen. Gegenseitige Wertschätzung ist eine unabdingbare Voraussetzung.

- Vernetzung im kommunalen Setting, insbesondere Vernetzung von Akteur/innen
- Ehrenamtliche Strukturen in der Gemeinde für Migrant/innen öffnen, Sozialkapital vernetzen und stärken.
- Verantwortung für Nachhaltigkeit, längerfristige Kostenübernehmen klären.

### **Fakten, Perspektiven und Herausforderungen**

#### **Christop Reinprecht**

#### **Soziologische Perspektive auf Ressourcen und Potenziale zur Gesundheitsförderung**

Die Ergebnisse einschlägiger Forschungen lassen keinen Zweifel daran, dass Gesundheit eine zentrale Variable in Migrationsprozessen darstellt. Auf der einen Seite bildet die Verfügbarkeit gesundheitlicher Ressourcen eine notwendige Bedingung für Migration. Auf der anderen Seite ist der Gesundheitsprozess im Migrationskontext vielfältigen Belastungen ausgesetzt, vor allem im Kontext der Arbeitsmigration: Harte Arbeitsbedingungen, materielle Armutslagen und gesellschaftliche Randständigkeit wirken sich nachteilig auf die Produktion und Aufrechterhaltung von Gesundheit aus. Sie sorgen für einen raschen Verschleiß der Gesundheitsressourcen, schränken das Gesundheitsempfinden ein, erhöhen Morbidität und Sterberisiko und beeinflussen körperliche Selbstaufmerksamkeit sowie Gesundheitsverhalten, wobei für die Lebensführung auch herkunfts- bzw. sozialisationsbezogene Aspekte von Bedeutung sind. Zudem ist der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen vielfach erschwert bzw. wird seitens der betroffenen Migrant/innen als problematisch erlebt (rechtliche Unsicherheit, Sprach-, Verständigungsschwierigkeiten, fehlendes Orientierungswissen, Diskriminierung). Armut und Marginalität rücken die Befriedigung von Existenzbedürfnissen in den Mittelpunkt und schränken die subjektiv wahrgenommenen Lebenschancen und Handlungsmöglichkeiten ein, wodurch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge ins Hintertreffen geraten können.

Zur Identifizierung der Ressourcen und Potentiale zur Gesundheitsförderung ist es essentiell, das defizitorientierte Verständnis von Migration und das reduktionistische und vereinheitlichende Bild von Migrant/innen als Problemgruppe mit überdurchschnittlichem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf, welches über viele Jahre Ansätze der Gesundheitsförderung im Migrationsbereich dominiert hat, zu überwinden. Neuere Ansätze betrachten das Wechselverhältnis von Migration und Gesundheit aus einer komplexeren Perspektive. Sie akzeptieren zum einen die empirische Einsicht, dass Migrant/innen keine homogene Bevölkerungskategorie mit identischen Bedürfnissen, Problemkonstellationen und Lebensformen darstellen; Migrations- und Akkulturationserfahrungen strukturieren zwar die Lebensführung in spezifischer Weise, die verschiedenen Herkunfts- und Erfahrungskontexte eröffnen jedoch unterschiedliche Möglichkeiten von Situationsbewältigung und Lebensführung. Zum anderen: Indem

Migrant/innen nicht länger primär als Problemträger und Objekte integrationspolitischer Intervention betrachtet werden, sondern als Träger von Rechten und als Subjekte ihrer Lebensgestaltung, die über spezifische erfahrungsgeleitete Fertigkeiten und Fähigkeiten verfügen, mit deren Hilfe die häufig schwierigen und belastenden Lebens- und Umweltbedingungen nicht nur passiv erduldet, sondern im Kontext konkreter, im Alltag verankerter Lebenspraktiken aktiv verarbeitet und angeeignet werden, öffnet sich die Diskussion über Strategien der Gesundheitsförderung in Migrationskontexten der allgemeinen Einsicht, dass Gesundheit in Interaktion und aktiver Aneignung von Umweltbedingungen erzeugt wird.

Es steht außer Frage, dass die Produktion von Gesundheit im Migrationskontext in einem hohen Ausmaß von rechtlichen und materiellen Sicherheiten abgesteckt wird. Ein stabiler Aufenthaltstitel (im Idealfall Einbürgerung oder Doppelstaatsbürgerschaft), ein Rechtsanspruch auf Leistungen aus dem sozialen Sicherungssystem sowie ein gesichertes finanzielles Einkommen sind wichtige Voraussetzungen auch für die migrationsbezogene Gesundheitsförderung. Wie der Blick in aktuelle Forschungen zeigt, sind jedoch nicht nur materielle Faktoren ausschlaggebend. Zu den Ressourcen und Potentialen, die für die Gesundheitsförderung bedeutsam sind, zählen vor allem umweltbezogene Aspekte der Lebensqualität (Wohnung, Nachbarschaft, Einrichtungen im Wohnumfeld und deren Erreichbarkeit, ethnische Vereine und Gelegenheitsstrukturen); soziale Bindungen in kommunitären, verwandtschaftlichen, aber auch transnationalen Beziehungszusammenhängen; sowie Aktivität als sinnvoll erlebtes, geselliges, sozial eingebettetes Tätigsein. Diese durch die internationale Forschung gestützten Einsichten in die Bedeutung sozialökologischer Ressourcen und von (sozial eingebetteten) Teilhabepotentialen sind in Hinblick auf die zielgruppenorientierte Maßnahmenentwicklung im Bereich von Gesundheitsförderung von außerordentlicher Relevanz.

Quellen:

Bauer, Ulrich/ Bittlingmayer, Uwe/ Richter, Matthias (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008

Reinprecht, Christoph (2006), Nach der Gastarbeit: Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Braumüller Verlag 2006 (insbesondere Kapitel VIII)

### **Markus Benesch**

#### **Gesundheitspolitische Herausforderungen bei Menschen mit Migrationshintergrund**

Das Thema der Integration ist bereits seit längerem im Fokus der Öffentlichkeit! Und das hat auch eine gewisse Berechtigung, wenn man einen Blick auf die allgemeinen statistischen Daten wirft. 1,5 Millionen Bürgerinnen und Bürger dieses Landes haben einen Migrationshintergrund! Ca. ein Drittel dieser Gruppe verfügt sogar über die österreichische Staatsbürgerschaft.

Die Debatte über die Konsequenzen von Migration und Integration war auch lange Zeit von Extremen dominiert. Doch eine Lösung etwaiger Probleme und Herausforderungen kann nur über eine Versachlichung der Diskussion gelingen. Es geht darum vorhandene Probleme

offen anzusprechen und dafür auch Lösungen zu suchen! Doch was wissen wir über den Gesundheitszustand unserer Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund? Das Bild ist undeutlich. Jedoch die Daten, die vorliegen, und die von Seiten des Staatssekretariates im Statistischen Jahrbuch für Integration zusammengefasst werden, zeichnen ein zum Teil bedenkliches Bild!

So ist die die Bereitschaft zur Gesundheitsvorsorge bei der Gruppe der Migrantinnen und Migranten nicht ausreichend ausgeprägt. Während bei der Gruppe der autochthonen Österreicher ca. 5,9 % trotz Gesundheitsproblemen keinen Arzt aufsuchen sind bei der Gruppe der Drittstaatsangehörigen 11,5 %. Frauen (ab 40 Jahren) ohne Migrationshintergrund lassen zu 76 % eine Mammographieuntersuchung durchführen. Bei Frauen ohne Migrationshintergrund liegt dieser Wert bei 55 % .

Gleichzeitig zeigt sich bei einem Blick auf die Statistiken zur Lebenserwartung ein teils anachronistisches Bild. Denn die Gruppe der Migrantinnen und Migranten wird älter als „autochthone“ Österreicher. Während Österreicher ohne Migrationshintergrund im Durchschnitt 80,7 Jahre alt werden, sind es bei der Gruppe mit Migrationshintergrund 81,1 Jahre, bei der Gruppe der türkischen Migranten sind es sogar 82,5 Jahre.

Die Daten, die vorhanden sind, machen deutlich wie wichtig es ist, die Gesundheitssituation von Migrantinnen und Migranten verstärkt in den Fokus der Gesundheitspolitik zu rücken. Und wenngleich das Staatssekretariat für Integration nicht unmittelbar für die Gesundheitspolitik zuständig ist, so versucht es doch durch Kooperationen mit Institutionen und durch Projekte einen Beitrag zu einer besseren Gesundheit von Migrantinnen und Migranten zu leisten!

Worum geht es also bei den gesundheitspolitischen Initiativen des Staatssekretariates? Es geht darum grundlegende Aufklärungsarbeit zum Thema Gesundheit in der Community zu leisten! Basiswissen über Erkrankungen, Symptome, Behandlungsmöglichkeiten und ein (bislang nur teilweise vorhandenes) Grundverständnis für die Struktur unseres Gesundheitssystems sollen vermittelt werden!

Drei, in diesem Jahr gestartete Vorhaben sind in diesem Zusammenhang zu nennen. Zum einen wurde zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungen und dem Staatssekretariat eine Kooperation vereinbart. Der Hauptverband wird seinerseits in seiner Balance Score Card („BSC“) für 2013 als eines der Ziele die Förderung des Gesundheitsbewusstseins von Migrantinnen und Migranten festhalten. Aufbauend darauf wird eine „Kooperations-BSC“ erarbeitet die konkrete Punkte und Maßnahmen enthalten wird.

Ein weiteres, mit der Volkshilfe gestartetes Vorhaben, ist das Projekt „MiMi“. Das Projekt stammt ursprünglich aus Deutschland wo es bereits seit mehreren Jahren erfolgreich durchgeführt wird. Personen mit Migrationshintergrund werden zu sogenannten Gesundheitslotsen ausgebildet. Ausgestattet mit dem notwendigen Basiswissen zum Thema Gesundheit und mehrsprachig fit, leisten sie in den einzelnen Communities Aufklärungs- und Informationsarbeit zum Thema Gesundheit und Prävention.

Als drittes Projekt ist in diesem Zusammenhang „MigrantsCare“ zu nennen. Alle Prognosen besagen, dass wir mehr qualifiziertes Personal im Bereich der Pflege- und Gesundheitsberufe benötigen werden. Um die Gruppe der (in Zukunft) pflegebedürftigen Migranten zu erreichen, wird es erforderlich sein Menschen aus dieser Gruppe für Pflege- und Gesundheitsberufe zu gewinnen. „MigrantsCare“ verfolgt genau dieses Ziel. Gemeinsam mit Caritas, Diakonie, Volkshilfe, Hilfswerk, Rotem Kreuz und dem AMS werden Migranten im Rahmen von Vorqualifizierungskursen auf die Ausbildung vorbereitet. Sprachkenntnisse und Inhalte der Ausbildung stehen dabei im Mittelpunkt dieser Kurse. Aufbauend darauf werden die Personen in die Regelkurse des AMS übernommen.

Die Verbesserung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten kann nur über viele kleine Schritte gelingen. Langfristig wird aber eine Verbesserung der Gesundheitssituation nur dann gelingen wenn wir die Deutschkenntnisse von Migrantinnen und Migranten verbessern. Bessere Deutschkenntnisse werden wiederum zu einer höheren Bildung führen und das wird sich positiv auf das Gesundheitsbewusstsein auswirken!

**Gabriele Sax, Johann Kerschbaum**

#### **Über die Verzahnung von Gesundheit, Migration und sozialer Herkunft**

Gesundheit ist international wie auch in Österreich ungleich verteilt. Dies zeigt sich unter anderem in der Lebenserwartung, Morbidität als auch Sterblichkeit. Während sich gesundheitliche Ungleichheit hinsichtlich einzelner Aspekte relativ gut darstellen lässt – so zum Beispiel nach Geschlecht oder räumlicher Verortung -, ist eine differenzierte Betrachtungsweise nach sozialer Herkunft oder Migrationshintergrund sehr schwierig. Aussagen hinsichtlich der relevanten gesundheitlichen Einflussfaktoren wie das gesundheitsrelevante Verhalten nach sozioökonomischen Faktoren und dessen Folgen sind für Österreich kaum möglich.

Chronische Erkrankungen bzw. der Bereich der nicht-übertragbaren Erkrankungen stellen die häufigste Todesursache dar. Den meisten dieser Erkrankungen liegen gemeinsame Risikofaktoren zugrunde (v. a. falsche Ernährung, Rauchen, mangelnde Bewegung). Viele dieser Faktoren erhöhen auch das Risiko für Erkrankungen im Zahn- und Mundbereich (Common Riskfactors). Andererseits bewirkt schlechte Mundgesundheit (Karies und Parodontitis) selbst ein vermehrtes Risiko für Herz- und Kreislauferkrankungen oder trägt z. B. zur Verschlechterung eines Diabetes bei.

Die Grundlage für gesundheitsförderliches Verhalten wird in der Kindheit gelegt. Doch gerade im Bereich der Kinder ist die Datenlage äußerst dünn. Im Bereich des Gesundheitsverhaltens gibt es die HBSC-Studie (11-, 13-, 15-Jährige) als einzige bundesweite Erhebung. Im Bereich der Morbidität liegen nur Daten aus dem stationären Bereich vor, welche lediglich die Spitze des Eisbergs erfassen. Weiters zeigen sich die Folgen eines ungesunden Lebensstils erst mit einer deutlichen zeitlichen Verzögerung. Hier stellt die Zahngesundheit – leider - eine Ausnahme dar. Karies ist die erste sichtbare Manifestation eines ungesunden Lebensstils: falscher Ernährung sowie eines mangelhaften Hygieneverhaltens.

Die Zahnstatuserhebungen der Koordinationsstelle Zahnstatus liefert Daten für die Altersgruppe der Sechs- und Zwölfjährigen sowohl in Hinblick auf das Gesundheitsverhalten (Häufigkeit des Zähne Putzens, Grund für Zahnarztbesuch, Art der Schuljause) als auch dem Gesundheitszustand (klinische Untersuchung der Kinder auf Karies, parodontale Erkrankungen/ Vorstufen und kieferorthopädischer Status) auf Versorgungsregionsebene. Darüber hinaus werden auch Daten zu ihrem sozio-ökonomischen (höchste Schulbildung der Eltern) und Migrationshintergrund (Kind und/oder mindestens ein Elternteil im Ausland geboren) erhoben.

Während sich die knappe Hälfte der Sechsjährigen an einer guten Zahngesundheit erfreut, hat ein weiteres Drittel einen aktuellen Behandlungsbedarf. Die zur Risikogruppe gehörenden Kinder (SiC-Drittel) haben im Durchschnitt noch immer 5,3 von Karies betroffene Milchzähne (SiC-Index-Wert). Vertiefende Analysen zeigen zudem einen Anstieg des Kariesbefalls (d3mft-Index) um 50 Prozent für Kinder mit dem Merkmal „Kinder von Eltern ohne Matura“ (gemessen am Durchschnitt der untersuchten Sechsjährigen). In der Subgruppe der Kinder mit dem Merkmal „Kinder mit Migrationshintergrund“ erhöht sich der Kariesbefall im Vergleich zu den einheimischen Mädchen und Buben sogar um 106 Prozent. Den höchsten Kariesbefall weisen jene Kinder mit der Merkmalskombination „Kinder mit Migrationshintergrund von Eltern ohne Matura“ auf.

Die große Herausforderung in der oralen Prävention ist die zunehmende Polarisierung der Karies. Hinsichtlich der Verbreitung der Krankheit beobachten die Kariesepidemiologen international große Unterschiede zwischen jenen Kindern aus privilegierter sozioökonomischer Schicht und jenen aus sozial benachteiligten Familien sowie solchen mit Migrationshintergrund. Umso wichtiger ist es auf dem Weg zum WHO-Ziel „Gesundheit für alle Menschen“, neben der Basisprophylaxe Programme zu starten, die sich auf die intensive zahngesundheitliche Vorsorge der Kinder aus Familien in schwierigeren Lebenslagen konzentrieren.

### **Beispiele guter Praxis**

#### **Volker Atteneder**

#### **Strategie und Aktivitäten der Abteilung kommunale Integration der Volkshilfe Oberösterreich**

Die Platzierung und die Rolle von Migranten und Migrantinnen in den österreichischen, vordergründig hier jedoch in den oberösterreichischen Regelsystemen, kann als eine sehr spezielle beschrieben werden. Damit gemeint ist der jahrelang beobachtbare Trend, dass Migrant/innen in diesen nicht wie der Durchschnitts-Österreicher beziehungsweise die Durchschnitts-Österreicherin als Kund/innen, sondern vielmehr aufgrund ihrer ausländischen Wurzeln als die Kund/innen von auf sie spezialisierten Organisationen gesehen wurden/werden. Das führt in der Regel dazu, dass Migrant/innen in den gesellschaftlichen Bereichen wie dem Arbeitsmarkt, dem Wohnungsmarkt, dem Bildungssystem und dem Gesundheitssystem nur wenig Aufmerksamkeit zukommt, obwohl sie in Oberösterreich zum Stand 2011 14,6% der Ge-

samtbevölkerung ausmachen (Statistik Austria 2012, Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern).

Viele Kommunen werden nach wie vor vom Bild geprägt, dass Menschen mit ausländischen Wurzeln in ihre Ursprungsheimat zurückkehren. Die Quelle dieses Denkens entspringt aus der Ära der Arbeitsmigration in den 1960er, welche durch gezielte Anwerbung von Gastarbeiter/innen seitens der österreichischen Politik dazu diente den österreichischen Fachkräftemangel zu kompensieren. Zu diesem Zeitpunkt wurde seitens der ansässigen Wirtschaft, Politik und der Bevölkerung davon ausgegangen, dass die sogenannten Gastarbeiter/innen wieder in ihre Heimat zurückkehren würden (vgl. Bauböck 1996: 21). Viele von ihnen zogen jedoch durch das immer restriktiver werdende Arbeitnehmerbeschäftigungsgesetz eine Rückkehr in ihre Heimat nicht mehr in Erwägung und holten ihre Familien nach Österreich nach (vgl. Fassmann 2011: 60). Diese ausländischen Arbeitskräfte fanden überwiegend in der Industrie- und Produktionsbranche als ungelernte oder angelernte Beschäftigte ihren Platz am österreichischen Arbeitsmarkt. Durch die Beschäftigung im niederschweligen Arbeitsmarktsegment ergaben sich zudem eine höhere körperliche und gesundheitliche Belastungen, als etwa in anderen Segmenten des Arbeitsmarktes (vgl. Oltmer 2009:12). Diese Situation manifestierte sich in Österreich in den letzten Jahrzehnten und ist bis dato im realen Alltagsleben von Migrant/innen Realität.

Aus diesen Überlegungen heraus forcierte die Abteilung für kommunale Integration der Volkshilfe FMB (Flüchtlings- und Migrant/innenbetreuung) für ihre Integrationsbüros, die in den oberösterreichischen Kommunen bislang als Dienstleistungseinrichtung Beratungen für Migrant/innen anboten, einen Paradigmenwechsel. Es erfolgte ein intensiver Umstrukturierungs- und Weiterentwicklungsprozess begleitet durch die Integrationsstelle des Landes OÖ. Innerhalb von einem Zeitraum von zweieinhalb Jahren erfolgte die Abkehr vom System der Einzelberatungen zu einem System das es als seine Hauptaufgabe sieht, Sensibilisierungs- und Bewusstseinsarbeit in den regionalen Regelsystemen und der ansässigen Bevölkerung zu schaffen.

Mit neun Integrationsbüros bildet die Abteilung „Kommunale Integration“ ein weitreichendes und einheitliches Netz in den oberösterreichischen Kommunen, welches in dieser Form österreichweit einzigartig ist. Die Integrationsbüros fungieren somit als Kompetenzträger in Belangen des „Zusammenlebens und der Integration von autochthoner und allochthoner Bevölkerung“ in den Gemeinden. Durch zahlreiche Veranstaltungen und Projekte wird das Zusammenleben in den Kommunen gestärkt, aber auch das Bewusstsein der Regelsysteme auf den Themenbereich Migration sensibilisiert. Die Veranstaltungen und Projekte werden dabei sowohl auf den Bedarf der jeweiligen Kommune abgestimmt, als auch in vielen Fällen in Zusammenarbeit mit lokalen Kooperationspartner/innen geplant und umgesetzt. Exemplarisch können im Veranstaltungsbereich beispielsweise die Kulturfeste, die interkulturellen Picknicks in Parks, Siedlungsfeste, Hoffeste oder auch Kinoabende speziell auf bestimmte Zielgruppen angeführt werden. Mit diesen Veranstaltungen wird der Raum zur Begegnung innerhalb der ansässigen Bevölkerung geschaffen. Es werden aber auch durch Projekte Hürden und Barrieren etwa in sprachlicher Hinsicht abgebaut und somit der Zugang speziell für Migrant/innen zu Informationen erleichtert. Unterstützt wird dieser Bereich durch Projekte wie beispielsweise die Infodrehscheibe, die durch einen modularen Aufbau Informationen

zum Gesundheitswesen in der Gemeinde, Lernen und Arbeiten in der Gemeinde, Wohnen in der Gemeinde und Aktivitäten in der Gemeinde beinhaltet.

Die Arbeit der Integrationsbüros zielt somit auf die bestmögliche Integration und Partizipation von Migrant/innen in allen gesellschaftlichen Bereichen und Regelsystemen ab und setzt dabei auf das Erkennen und Anerkennen von einer multikulturellen Gesellschaft.

Quellen:

Bauböck Rainer 1996: »Nach Rasse und Sprache verschieden« Migrationspolitik in Österreich von der Monarchie bis heute, Institut für Höhere Studien, Reihe Politikwissenschaften Nr. 31

Fassmann Heinz 2011: Konzepte der (geographischen) Migrations- und Integrationsforschung IN: Fassmann Heinz/Dahlvik (Hrsg.): Migrations- und Integrationsforschung – multidisziplinäre Perspektiven, Vienna University Press, S.57-86

Fassmann Heinz/DAHLVIK Julia (Hrsg.) 2011: Migrations- und Integrationsforschung – multidisziplinäre Perspektiven, Vienna University Press

Mund Petra/THEOBALD Bernhard (Hrsg.) 2009: Kommunale Integration von Menschen mit Migrationshintergrund – ein Handbuch, Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., Berlin, S. 12-28

Oltmer Jochen 2009: Zuwanderung und Integration in Deutschland seit den 1950er Jahren IN: Mund Petra/Theobald Bernhard (Hrsg.): Kommunale Integration von Menschen mit Migrationshintergrund – ein Handbuch

Statistik Austria 2011: Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern, Oberösterreich, abrufbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_migrationshintergrund/033241.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/033241.html)

### **Herbert Langthaler**

#### **Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung für Asylwerber/innen**

Flüchtlinge, die in Österreich zum Asylverfahren zugelassen sind, werden (so sie hilfsbedürftig sind) im Rahmen der „Grundversorgung“ betreut. Die Grundversorgung umfasst Unterbringung und Verpflegung in organisierten Quartieren, ein monatliches Taschengeld in Höhe von 40 Euro, Informationen und soziale Betreuung, Fahrtkosten für Behördenwege und Schulbesuch und schließlich medizinische Versorgung.

Diese medizinische Versorgung ist in Österreich umfassender als in anderen europäischen Staaten: Grundversorgte sind ab dem ersten Tag bei der jeweiligen Gebietskrankenkasse voll versichert. Es gibt auch – nach Einzelfallprüfung – fallweise eine Kostenübernahme für über die Krankenversicherung hinausgehende Leistungen (Zahnersatz, Brillen, Hörgeräte).

So weit so gut. Das Problem liegt aber bei den Umständen, mit denen Asylwerber/innen in der Grundversorgung konfrontiert sind. Diese werden von NGO-Mitarbeiter/innen aber auch von behandelnden Ärzt/innen immer wieder als „krankmachend“ bezeichnet. Asylwerber/innen unterscheiden sich bezüglich der Häufigkeit von physischen Erkrankungen nicht oder kaum von der ansässigen Bevölkerung. Entgegen manchen Annahmen findet sich in dieser Population auch keine auffallende Häufung ansteckender Krankheiten. Es zeigt sich allerdings, dass psychische Erkrankungen, beispielsweise Depression und PTSD, eine hohe Prävalenz unter Asylwerber/innen aufweisen. Diese psychischen Probleme rühren meist von traumatisierenden Erlebnissen im Herkunftsland oder während der Flucht her. Die Lebenssituation während des Asylverfahrens (Unsicherheit, erzwungene Untätigkeit, Mangel an Selbstbestimmung) ist allerdings nicht geeignet eine Bearbeitung dieser traumatischen Erlebnisse zu erleichtern. Die asylkoordination österreich hatte im Rahmen des vom Fonds Gesundes Österreich geförderten Projekts IMPULS die Möglichkeit den Status Quo zu erheben und gemeinsam mit NGOs, Gemeindevertreter/innen und vor allem mit Asylwerber/innen einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Asylwerber/innen in Gemeinden zu leisten. Auch wenn teilweise vielversprechende Ansätze erarbeitet werden konnten und vor allem der Prozess selbst sich für die beteiligten Flüchtlinge sehr positiv auswirkte, zeigten sich doch auch sehr bald die durch das System vorgegebenen Grenzen für eine nachhaltige Gesundheitsförderung.

Quellen:

Poindl, Elisabeth: Gesundheitsfördernde- und hemmende Faktoren bei Asylwerbern unter genauer Betrachtung der Genderthematik. Wien 2011

Gregorich, Nicole: Projekt IMPULS – Gesundheitsförderung für Asylwerber/innen in Gemeinden. Eine qualitative Untersuchung zur Exploration der Gesundheitsbedürfnisse unter besonderer Berücksichtigung traumatisierter Flüchtlinge. Wien 2011

### **Liesl Frankl**

#### **Erfahrungen aus den Projekten „Gesundheit kommt nach Hause“ und „Aktion gesunde Seele“**

Im Rahmen der beiden Projekte zur Förderung von Health Literacy und gesundheitlicher Chancengleichheit von Migrantinnen mit sehr niedrigem SES wurden insgesamt etwas mehr als 450 Frauen, vorwiegend aus dem türkisch-muslimischen Kulturkreis über einen Zeitraum von je 6 Monaten im 14-Tagerhythmus durchgehend betreut.

Die geplante Teilnehmerinnenzahl aus der als ‚besonders schwer erreichbar‘ geltenden Zielgruppe konnte zu 100% erreicht und über den gesamten 6-monatigen Betreuungszeitraum gehalten werden (Dropout-Quote: 1,4%)! Der Schlüssel dazu liegt in der speziellen Projektmethodik, der aufsuchenden Arbeitsweise mit zielgruppennahen Multiplikatorinnen: Speziell geschulte Gesundheitstutorinnen, selbst Mütter und Migrantinnen mit einem ähnlichen sozialen Hintergrund wie die Zielgruppe, sprechen die Zielpersonen dort an, wo diese zuhause sind: auf der Straße, in Parks, Geschäften, Moscheen, Praxen von Ärzt/innen, Kindergärten,



Schulen etc. Sie informieren über das Programm und betreuen die Teilnehmerinnen dann in Kleingruppen - den Mütterrunden - bei jeweils einer der Teilnehmerinnen zuhause. Darüber hinaus finden von den Tutorinnen begleitete Exkursionen statt, z.B. in Supermärkte oder zu Vorsorgeuntersuchungen und Gruppentreffen mit Referent/innen, z.B. über Ernährung.

Zielsetzung der Projekte ist, durch die Vermittlung von Wissen und Zusammenhängen Gesundheitsbewusstsein zu schaffen, die Frauen für gesundheitsförderliches Verhalten zu sensibilisieren und sie dabei zu unterstützen, eigenverantwortlich Vorsorge zu treffen und ihre Lebensumstände positiv beeinflussen zu können.

Die OECD-Studie „Education of the Immigrant Population, 2008“ weist aus, dass z.B. von den in Österreich lebenden, aus der Türkei stammenden Zuwanderinnen, 87,6% nur über primäre Schulbildung verfügen, was ein wesentlicher Indikator für niedrigen sozioökonomischen Status ist.

Angesichts der Gesundheitsdeterminanten ist die Zielgruppe der Projekte in mehrfacher Weise belastet:

- Frauen/Mütter mit sehr niedriger Schulbildung
- Migrantinnen mit schlechten Deutschkenntnissen
- Frauen/Familien mit sehr niedrigem beruflichen Status
- Frauen/Familien mit sehr niedrigem Einkommen
- Mütter von überdurchschnittlich vielen Kindern (2,28 im Vergleich zu 1,32)
- sozial isolierte Frauen
- allein erziehende Frauen

Die Struktur der Projekte, Didaktik und das Material, das die Teilnehmerinnen bekommen, sind auf den Bedarf und die Lebenszusammenhänge der Zielgruppe abgestimmt.

Das eigens entwickelte Material, das gesundheitsrelevante Themenkreise ganzheitlich behandelt, wird von den Tutorinnen in den Mütterrunden durchgearbeitet. Es werden anhand von Lebenswelt nahen Geschichten die Wechselwirkungen zwischen körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden darlegt, die Gesundheitsdeterminanten anschaulich erläutert, Zusammenhänge leicht verständlich erklärt und Anregungen bezüglich möglicher Veränderungen gegeben. (Das Material ist auf Deutsch und Türkisch vorhanden.)

Ganz wesentlich ist, dass die eingesetzten Gesundheitstutorinnen nicht nur die Sprache der Zielgruppe sprechen, sondern auch deren Lebenszusammenhänge aus eigener Erfahrung gut kennen. Durch diesen Zugang gelingt es, das Vertrauen der Zielgruppe zu gewinnen, was eine der wichtigsten Voraussetzungen ist, um diese spezifische Zielgruppe zu erreichen.

Die Erfahrungen aus diesen Projekten zeigen, dass für die Zielerreichung folgende Kriterien ausschlaggebend sind:

- Aufsuchende Arbeitsweise mit Frauen aus der Zielgruppe – mit ähnlichem sozialem Hintergrund! - als Vertrauenspersonen
- Settingansatz (im Wohnumfeld, im System Familie, Abstimmung der Projekte auf den

Bedarf und die Lebenszusammenhänge der Zielgruppe): Im Wohnumfeld werden die Frauen/Mütter/Großmütter angesprochen. Über die Sorge der Mütter um die gesunde Entwicklung ihrer Kinder werden Mütter, Kinder und die ganze Familie erreicht. Über das familiäre Umfeld, (Mütter und Kinder) wird die Community erreicht.

- Partizipation der Zielgruppe und Multiplikatorinnenansatz:  
Die zielgruppennahen Tutorinnen (Multiplikatorinnen) und die teilnehmenden Mütter gestalten gemeinsam die Mütterstunden anhand der Vorgaben des Projektmaterials, das vom Steuerungsteam gemeinsam mit den Tutorinnen erarbeitet wurde. Die Mütter (Multiplikatorinnen) geben ihr Wissen innerhalb von Familie und Community weiter.
- Empowermentansatz (Empowerment als Methode und Prozess): Durch die niederschwellige Vermittlung von Wissen und Zusammenhängen wird Gesundheitsbewusstsein geschaffen, die Frauen werden für gesundheitsförderliches Verhalten sensibilisiert und, begleitet von „ihren“ Tutorinnen dabei unterstützt, das Erfahrene eigenverantwortlich in die Praxis umzusetzen.
- Freiwilligkeit der Teilnahme und Schaffen von „Vertrauensräumen“ in den Mütterstunden
- Prozessbegleitende, permanente Dokumentation und Qualitätssicherung:  
Diese umfasst die gründliche Dokumentation der Kontakte mit den Teilnehmerinnen durch die Tutorinnen, die dann in einem Guidance- und Monitoringverfahren in wöchentlichen Anleitungsgesprächen mit dem Steuerungsteam bearbeitet werden. Dies ist bei der Arbeit mit Laienkräften besonders wichtig! Das Steuerungsteam braucht Qualifikationen und vor allem Praxis in der Erwachsenenbildung bzw. Sozialarbeit sowie Erfahrung im Umgang mit Laienkräften, interkulturelles Verständnis, Wertschätzung und gute Kenntnisse der Zielgruppe.

### **Maria Pramhas**

#### **Erfahrungen aus dem Projekt „Gemeinsam gesund“**

Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -vorsorge erreichten kaum die Bevölkerungsgruppe der Migrant/innen und sozial Benachteiligten. Wie Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, finden diese Menschen keinen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangeboten. Gründe hierfür können sprachliche, kulturelle, rechtliche und soziale Barrieren, die Unkenntnis über Institutionen und Leistungen des Gesundheitswesens sowie Erfahrungen mit Diskriminierung, Unverständnis oder Unerwünschtheit sein. Aufgrund der Ausprägung unterschiedlicher Gesundheitsprobleme gerade in diesen Gruppen wären sensible Informationen, Beratung und konkrete Hilfe für sie allerdings besonders wichtig.

Seitens des Landes Salzburg bekam AVOS Prävention und Gesundheitsförderung 2008 den Auftrag, Gesundheitsförderungsprojekte für Migrant/innen und sozial Schwache zu starten. Die hierfür notwendigen Mittel wurden vom Fonds Gesundes Österreich und vom Land Salzburg (Gesundheits- und Integrationsressort) bereitgestellt.

Die Projektfinanzierung war auf zwei Jahre angelegt, die tatsächliche Projektdauer betrug ab Juli 2009 2,5 Jahre.

Entsprechend dem Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz sollte auf vier wesentlichen Ebenen gearbeitet werden:

1. Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote
2. Aufbau von Vernetzungsstrukturen in den Settings (Stadtteil Schallmoos und Stadt Hallein)
3. Soziale Mobilisierung von Menschen
4. Entwicklung persönlicher Gesundheitskompetenzen

Mit den unterschiedlichen Maßnahmen und Projekten sollten in erster Linie die in den ausgewählten communities lebenden Menschen der Stadt Salzburg und Hallein mit Migrationshintergrund und sozialer Benachteiligung erreicht werden. Da in der sozialen Integration eine wesentliche Voraussetzung für die Gesundheit gesehen wird, erstreckten sich die gesundheitsfördernden Aktivitäten auf alle im Setting lebenden und arbeitenden Menschen.

Innerhalb der Projektdauer wurde in beiden Settings gezielt mit und für Menschen mit Migrationshintergrund und sozial Benachteiligten gearbeitet. Dabei standen entsprechend dem Zugang der Gesundheitsförderung die Erwartungen und Bedürfnisse der Zielgruppe im Mittelpunkt stehen. Die Personen sollten gestärkt werden, die bestehenden Gesundheitsangebote zu nutzen und bestehende Defizite aufzuzeigen und Lösungen zu entwickeln. Über die Entwicklung und Realisierung von Kleinprojekten erfolgte die Umsetzungsarbeit.

Über eine Projektkoordinatorin und über Verbindungsfrauen/-männer erfolgte die Kommunikation im Projekt.

Im jeweiligen Setting wurde eine Arbeitsgruppe installiert, in der alle wesentlichen Schlüsselpersonen vertreten waren und in der interessierte Migrant/innen aktiv mitarbeiten konnten. Die Arbeitsgruppe traf sich in regelmäßigen Abständen, diente als Drehscheibe für die Gesundheitsaktivitäten im Setting, während des Projektes und darüber hinaus. Die übergeordnete Projektplanung erfolgte über eine Projektsteuerungsgruppe mit Vertreter/innen des Landes Salzburg (Gesundheits- und Integrationsressort), der Integrationsbeauftragten der Stadt Salzburg, der Stadt Hallein und des Landes Salzburg, der Projektkoordinatorin und einem programm-verantwortlichen Arzt mit Migrationshintergrund.

Den Beginn der Arbeit im Setting stellte eine Gesundheitsbefragung der Zielgruppe dar. Mittels standardisierter mündlicher Befragung wurde zunächst ein Bild über den Gesundheitszustand von Migrant/innen und sozial benachteiligten Personen im Projekt gewonnen. Der verwendete Fragebogen wurde in die türkische, serbische/kroatische/bosnische und englische Sprache übersetzt. Die Interviews haben in Vereinen und Institutionen wie Moscheen, Kirchen, Migrant/innenvereinen, Kindergärten, Schulen, Jugendzentren, aber auch im sozialen Wohnbau stattgefunden. Es wurden insgesamt 1026 Personen befragt, 365 in Hallein und 661 Personen im Stadtteil Schallmoos. Die Ergebnisse der Befragung bildeten dann die Grundlage für zukünftige Gesundheitsprojekte der jeweiligen Arbeitsgruppen im Stadtteil Schallmoos und in Hallein.

Die Umsetzungsarbeit erfolgte mithilfe von Kleinprojekten, welche von den projekttragenden Verbindungspersonen, Institutionen oder Einrichtungen vor Ort bei AVOS eingereicht wurden.

Insgesamt wurden über 80 Kleinprojekte in den beiden Settings durchgeführt. Darunter waren z.B. diverse Bewegungsworkshops, ein Schwimmkurs für muslimische Frauen, Gesundheitsberatungen in einer Einrichtung für Obdachlose, Theaterprojekte in Schulen, Kochkurse, interkulturelle Gesundheitsfrühstücke, eine Vortragsreihe für die türkische Bevölkerung uvm. Zusätzlich wurde innerhalb des Projektzeitraumes in jedem Setting eine Gesundheits-Großveranstaltung organisiert.

Besonderes Augenmerk auf die Entwicklung nachhaltiger Strukturen, die auch nach Projektende weiterhin in den Settings bestehen bleiben, wurde bereits zu Beginn von „Gemeinsam gesund.“ gelegt. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt stehen für weitere Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung für Migrant/innen und sozial Benachteiligte zur Verfügung.

Die aufgebauten Strukturen im Projekt können in Hallein und Salzburg Schallmoos weiterhin genutzt werden, indem z.B. Kleinprojekte um- bzw. fortgesetzt werden. Der Großteil der Verbindungspersonen ist auch nach Projektende aktiv, die Gemeinde Hallein, das Land und die Stadt Salzburg stellen weiter finanzielle Mittel zur Verfügung, damit Projekte weiterlaufen können.

Die Erfahrung zeigt aber, dass es einer kontinuierlichen Projektbegleitung bedarf, die die einzelnen communities und Engagierten bei der Umsetzung ihrer Vorhaben unterstützt und motiviert.

### **Julia Mayer**

#### **Migration und Gesundheitsförderung – Bedingungen für erfolgreiche Präventionsarbeit in der Steiermark**

Gesundheit wird zur „Zwangsbeglückung“, sofern nicht diejenigen mitreden können, für die Gesundheit geschaffen werden soll (Trojan & Legewie (2001, S.3).

Gesundheitsförderung und Prävention sind eng mit der Problematik sozialer Ungleichheit verbunden. Saladin (2007, S. 24) weist darauf hin, dass Migration „auch in einer demokratischen Gesellschaft der Chancengleichheit im Wege stehen“ kann.

Die Erreichung von Chancengleichheit und Partizipation der sehr heterogenen Bevölkerungsgruppe der „Menschen mit Migrationshintergrund“, wie von der WHO in der Ottawa-Charta 1986 gefordert, ist eine der Hauptaufgaben in der Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten. Im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit und Benachteiligung hat sich der Begriff des „Präventionsdilemmas“ (vgl. Bauer 2005) entwickelt. Damit wird der Umstand bezeichnet, dass bestehende Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien nicht in der Lage sind, eben jene Bevölkerungsgruppen zu erreichen, denen ein erhöhter Präventionsbedarf zugeschrieben werden kann (vgl. Bauer 2005, S.14). Grundsätzlich für die Mittelschicht konzipiert, müssen Angebote demnach dahingehend modifiziert werden, dass sich auch schwerere erreichbare Bevölkerungsgruppen, zu denen Menschen mit Migrationshintergrund zu zählen sind, davon angesprochen fühlen.

Menschen mit Migrationshintergrund sehen sich mit gesundheitlichen Defiziten sowie verschiedensten Barrieren konfrontiert, welche sowohl von ihrer als auch von Seiten des Gesundheitssystems abgebaut werden müssen: neben kulturell oder sozial bedingten Barrieren stellen Informationsdefizite und Sprachbarrieren Hindernisse bezüglich des Zugangs zu Angeboten dar.

Gesundheitsförderung und Prävention sind insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen von großer Wichtigkeit, was die Evaluierung einzelner Interventionen in Hinblick auf Effektivität und Nutzen für die Zielgruppe notwendig macht. Qualitätssicherung und Evidenzbasierung gewinnen immer mehr an Bedeutung, sind vor allem im komplexen Feld der settingorientierten Gesundheitsförderung allerdings oftmals schwierig zu gewährleisten (Vgl.: Kolip & Müller 2009, S.7).

Derzeit gibt es keine einheitlichen Richtlinien dafür, wie Gesundheitsförderung und Prävention den vielfältigen Bedürfnissen dieser besonderen Zielgruppe begegnen soll (Vgl. Robert Koch-Institut 2008, S.121).

In jedem Fall müssen jedoch einerseits Barrieren abgebaut und andererseits Faktoren identifiziert werden, die eine Inanspruchnahme positiv beeinflussen können. Von besonderer Bedeutung ist dabei eine kompetente und verständnisvolle Analyse zielgruppenspezifischer Verhaltensweisen und Lebensrealitäten, die sich je nach Setting unterscheiden.

Im Rahmen eines Systematic Review (2010) wurden die Ergebnisse von zwölf Primärstudien, welche Implementierung und Erfolg gesundheitsfördernder oder präventiver Interventionen für Menschen mit Migrationshintergrund in Europa beschreiben, ausgewertet. Ziel war die Einschätzung des Potenzials verschiedener angewandter Konzepte und Strategien, bestehende Zugangsbarrieren abzubauen und die Zielgruppe zu einer Teilnahme an Angeboten zu motivieren.

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass (1) nicht das gewählte Konzept ausschlaggebender Faktor bezüglich Zugang und Inanspruchnahme eines Angebots ist, sondern vielmehr eine generelle Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund, (2) die Stärkung der Eigenverantwortung und Partizipation sowie (3) das Einbinden von Angeboten in den Alltag der Zielgruppe. (4) Der Einsatz von Schlüsselpersonen und/oder peer educators aus dem kulturellen Umfeld erwies sich in den Primärstudien als hilfreich, um kulturelle und Sprachbarrieren zu überwinden, sowie das Vertrauen der potenziellen Teilnehmer/innen zu gewinnen. (5) Kultursensible und muttersprachliche Interventionen, welche sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert sind, werden von Menschen mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen und können die Gesundheit der Zielgruppe nachhaltig verbessern.

Es muss also angezweifelt werden, dass eine reine Verhaltensprävention ohne Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen eine dauerhafte Verbesserung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund bewirken kann. Soll Verhalten geändert werden, müssen auch Strukturen geändert werden, um eine individuelle Verhaltensänderung zu unterstützen oder überhaupt erst zu ermöglichen. Hier bedarf es eines parteiübergreifenden und auf lange Sicht idealerweise europaweiten politischen Perspektivenwechsels.

Trojan, A & Legewie, H (2001), Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, VAS, Frankfurt/Main.

Ergebnisse nachzulesen in:

Mayer, J (2010), Migration & Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma, Masterthese an der Medizinischen Universität Graz.

Quellen:

Bauer, U (2005), Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Kolip, P & Müller, VE (Hg.) (2009), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Verlag Hans Huber, Bern.

Robert Koch- Institut (2008), Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit, Robert Koch- Institut, Berlin.

Saladin, P (Hg.) (2007), Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für ein erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, 2. unveränderte Auflage, Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern.

## **Resümée und Handlungsempfehlungen für die weitere Arbeit**

### **Handlungsempfehlungen für Praxisprojekte**

#### **Zielgruppenerreichung**

Als Hauptproblem zeigt sich oft (so auch am Beispiel Zahngesundheit), dass gerade jene Zielgruppen, wo besonderer Handlungsbedarf ist, die Angebote nicht annehmen, bzw. hier die Wirksamkeit der Programme gering ist.

Zur Bewältigung dieser schwierigen Zielgruppenerreichung bietet sich im Wesentlichen eine Kombination aus zwei durchaus unterschiedlichen Zugangswegen an. Die Nutzung offener (nicht stigmatisierender) Zugänge einerseits und die sehr direkte Ansprache andererseits.

Offener Zugang:

- „Gesundheitsstraße“ für Schulanfänger/innen mit Eltern, kostenlose Untersuchungen und Beratung.
- Einladungen von Schüler/innen mit Eltern in öffentliche Einrichtungen, Ambulanzen, Arztpraxen. Abbau von Hemmschwellen.
- Angebote wie Mutter-Kind Beratung. Hier besteht innerfamiliäre Legitimation für die Frauen, dort auch hinzugehen.
- Unterweisung in Betrieben nutzen.
- Bürgerempfang.

Direkte Ansprache:

- Direkt ansprechen und persönlich einladen (keine Flyer, Briefe, etc.), aufsuchende Arbeit.
- Multiplikator/innen aus den Communities einsetzen, dabei aber auch beachten, welche Bedeutung/Konsequenzen diese Aufgabe für die Multiplikator/innen hat und welcher Aufwand für die Personen und das Projekt daraus folgt

### **Richtige Vermittlung des Themas**

Wichtig ist bei der Zielgruppe Migrant/innen, den jeweiligen kulturellen Hintergrund nicht nur zu beachten sondern ihn als Ausgangspunkt zu nehmen, ebenso die Lebenslagen, in denen sich die Zielgruppen befinden (z.B. Bedeutung von Zucker). Nur dann werden die Aktivitäten auch zu „persönlich bedeutsamen Aktivitäten“ der Zielgruppen.

- Muttersprachliche Informationen und Dienstleistungen (Übersetzung einplanen).
- Informationen verteilen greift wenig, es müssen Handlungskompetenzen gestärkt werden.
- Instrumente zur Stärkung der Gesundheitskompetenz entwickeln und nutzen.
- Kostenlosigkeit von Angeboten bedarf kritischer Abwägung. Nur sinnvoll, wenn es den Zielen und den Zielgruppen entspricht, Anreiz fürs Kommen und Möglichkeit für Versorgung bietet. Kann zu Konsumhaltung führen und die Nachhaltigkeit gefährden

### **Strukturelle Rahmenbedingungen schaffen/nutzen**

Sinnvoll ist es, bestehende (kommunale) Strukturen zu nutzen und Verbindungen zu Strukturen der Migrant/innen herzustellen. Gegenseitige Wertschätzung ist eine unabdingbare Voraussetzung.

- Vernetzung im kommunalen Setting, insbesondere Vernetzung von Akteur/innen
- Ehrenamtliche Strukturen in der Gemeinde für Migrant/innen öffnen, sozialkapital vernetzen und stärken.
- Verantwortung für Nachhaltigkeit, längerfristige Kostenübernehmen klären.

### **Handlungsempfehlungen auf politischer Ebene**

Für die Situation von Migrant/innen ist es bedeutsam, dass mit zwei wesentlichen Dimensionen differenzierter umgegangen wird.

#### **1. Differenzierung der Themen Migration einerseits und Diversität andererseits.**



Der Diskurs um Migration wird oft vermischt mit Themen der Diversität. Ein unbefriedigender Umgang mit Diversität führt dazu, dass daraus resultierende Probleme dem Faktum der Migration angelastet werden. Zweifelsohne verstärkt sich durch Migration die Diversität der Bevölkerung. Unabhängig davon ist ein konstruktiver Umgang mit Diversität ein gesellschaft-

liches Anliegen, das über die Anliegen der Migration hinausgeht.

Aktiver und kompetenter Umgang mit Diversität nützt der Gesamtgesellschaft, nützt spezifischen Wirtschaftsbereichen wie etwa dem Tourismus und kann Problemlagen, die derzeit der Migration zugeordnet werden, effizienter bewältigen.

Ungeachtet dessen muss mit migrationspezifischen Anliegen – insbesondere den unterschiedlichen Rechtsstaten – konstruktiv umgegangen werden.

## **2. Umsetzung von Rechten im Zusammenhang mit Migration**

Der Zugang zu Rechten ist für Migrant/innen durch eine Reihe von Umständen erschwert. Wesentliche Erschwernisse ergeben sich durch sprachliche Barrieren und durch die föderalen Strukturen in Österreich.

Grundsätzlich zu hinterfragen ist, wie der Zugang zu Rechten zu ermöglichen ist – Holschuld durch den/die Migrant/in oder Bringschuld des Staates und seiner Institutionen. Gerade in der Realisierung von Menschenrechten wird der Staat in seiner Bringschuld gesehen.

Die Verantwortungen und Kompetenzen zwischen Bund und Ländern sind so klar zu gestalten, dass es keiner hohen Rechtsexpertise bedarf, elementare Bedürfnisse realisiert zu bekommen (z.B. Versicherungsschutz unabhängig ob diesseits oder jenseits der jeweiligen Bundeslandgrenzen).

Neben rechtlichen Klärungen bedarf es hier der Bewusstseinsbildung bei den Behörden und auch einer Schulung von Mitarbeiter/innen, da der Zugang zu Rechten auch durch die Gestaltung alltäglicher Kommunikation erschwert oder erleichtert wird.

Rechtsbelange deren Sicherstellung für Migrant/innen jedenfalls vordringlich ist:

- Anrecht auf Krankenbehandlung in Muttersprache
- Recht auf Betreuung und Versorgung (insbesondere im Alter)
- Bildung
- Arbeitswelt und Arbeitssicherheit (z.B. korrekte und verständliche Unterweisungen)
- Wohnen

Die Sicherung von Rechten ist durch einander ergänzende Maßnahmen zu verfolgen:

- Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung der Verantwortlichen für die Sicherung von Rechten von Migrant/innen
- Aufklärung, Schulung von Mitarbeiter/innen in Behörden
- Klare Zuständigkeiten zwischen Ländern und Behörden
- Einklagen von Rechten und Klarstellungen bei Bedarf beim VWGH und EUGH.



## Workshop

### **Gleiche Chancen für Kinder und Jugendliche – Ansätze, Strategien und good practice-Beispiele**

Grundlage der drei aufeinanderfolgenden und aufeinander aufbauenden Workshops waren Informationen aus Wissenschaft und Praxis. Der Bogen wurde von „Frühen Hilfen zu Jungen Erwachsenen“ ebenso gespannt wie von „Mädchen und Burschengesundheit“, „Stadt und Land“ und von der „schulischen zur außerschulischen Jugendarbeit“.

Ein aktives Kennenlernen hat die Teilnehmerinnen und Teilnehmer animiert, rasch miteinander ins Gespräch zu kommen. Die Handlungsempfehlungen zur intersektoralen Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung wurden interaktiv im letzten Workshopteil entwickelt.

### **Fakten, Perspektiven und Herausforderungen**

#### **Karl-Heinz Marent, Martina Eisendle**

#### **Keine Furcht vor Jugendlichen!**

#### **Jugendliches Refreshment für Gesundheitsangebote aus unterschiedlichen Sektoren am Beispiel des Projektes „alls im grüana!“**

Anhand der Erfahrungen aus „alls im grüana“, einem Projekt zur Förderung der Akzeptanz von Gesundheitsangeboten für Jugendliche in Vorarlberg, leiten die Referent/innen konkrete Handlungsempfehlungen für die intersektorale Zusammenarbeit und die Beteiligung von Jugendlichen in Projekten ab.

Das Projekt „alls im grüana“ wurde von Jugendkoordinator/innen aus fünf Vorarlberger Städte ins Leben gerufen. Grund war, dass es in Vorarlberg zwar eine ganze Reihe von Angeboten, die Jugendliche in Bezug auf ihre Gesundheit unterstützen sollen gibt, diese aber von den Betroffenen nur lückenhaft angenommen werden.

Das Ziel des Projektes ist und war es, die Akzeptanz von Gesundheitsangeboten bei Jugendlichen in Vorarlberg zu erhöhen.

Dafür war es zunächst nötig, die Bedürfnisse von Jugendlichen in Bezug auf Gesundheit und deren Gesundheitsverhalten zu erkennen. In einem weiteren Schritt wurden Gesundheitsangebote in Vorarlberg identifiziert und verbessert. In einem dritten Schritt ging es darum, die erarbeiteten Erkenntnisse anbietenden Institutionen, Expert/innen und Jugendlichen weiterzugeben.

Das Projekt richtete sich vor allem an Jugendliche (Mädchen und Burschen) im Alter von 13-20 Jahren, die auch bei allen Maßnahmen direkt in die Umsetzung eingebunden waren.

Kooperationspartner/innen sind u.a. Institutionen der offenen Jugendarbeit in Vorarlberg. Dazu zählen invo - service für kinder- und jugendbeteiligung, das aha Tipps & Infos für junge

Leute, die koje - Koordinationsbüro für offene Jugendarbeit und der Verein Amazone sowie Gesundheitseinrichtungen wie das aks - Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin.

Das Projekt wurde durch das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research wissenschaftlich begleitet. Das garantierte, dass die neusten Standards bezüglich der Einbindung von Jugendlichen in die Etablierung von Gesundheitsförderungsprogrammen, eingehalten werden.

Projektschritte:

Zum Erreichen der Projektziele war es zunächst nötig, die Bedürfnisse von Jugendlichen in Bezug auf Gesundheit und deren Gesundheitsverhalten zu erkennen. In einem innovativen Forschungsprozess wurden knapp 50 Jugendliche mittels „Photo-Voice-Methode“ eingebunden. Aus diesem ersten Schritt wurden mehr Erkenntnissen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten und auf die Gesundheitsbedürfnisse von Jugendlichen in Vorarlberg gewonnen. Zentrales Augenmerk wurde dabei auf die psychische und soziale Ebene des Gesundheitsbegriffes gelegt, da diese bei vielen Forschungen und Interventionen zu kurz kommen.

Eine Fachtagung ermöglichte neben dem fachlichen Austausch auch eine erste regionale Zusammenarbeit. Die Ergebnisse der Forschungen wurden präsentiert und weitere Expert/innen zu Vorträgen eingeladen. Anhand dieser empirischen Daten und theoretischen Expertisen wurden mögliche Schritte zur Adaptierung des Versorgungsnetzes im Bereich Gesundheit mit anbietenden Institutionen, Jugendkoordinator/innen und Jugendlichen diskutiert.

In einem weiteren Schritt wurden regionale Messen organisiert, auf denen Gesundheitsprogramme vorgestellt wurden und von einer Fachjury, bestehend aus Jugendlichen, Koordinator/innen und Expert/innen, bewertet. Eine Broschüre für Institutionen stellt die bis dahin im Projekt erarbeiteten Ergebnisse zusammen (Forschungsprozess, Fachtagung, Gesundheitsangebote im Test).

Auf Basis dieser Ergebnisse wurden Jugendliche in Workshops zum/zur ‚Wohlfühlexpert/innen‘ ausgebildet. Sie sind auf unterschiedlichen ‚Marktplätzen‘ aktiv und beraten andere Jugendliche und Erwachsene in Sachen Gesundheit und Wohlbefinden. Da jugendliche Lebenswelten einem starken Wandel unterliegen und sich somit auch die Gesundheitsbedürfnisse verändern, soll sich aus dem Projekt eine nachhaltige Struktur entwickeln. Regionale Arbeitsgruppen zum Thema ‚Gesundheit‘, bestehend aus Jugendlichen, Koordinator/innen und Institutionen, garantieren die laufende Anpassung und Adaptierung von Angeboten in den Regionen und führen die im Rahmen dieses Projektes entstandenen Prozesse weiter.

Konzept, Forschungsbericht, Broschüre „Projekte und Angebote zum Thema Jugend & Gesundheit erfolgreich umsetzen“ und viele weitere Informationen zum Projekt unter [www.allsimgrueana.at](http://www.allsimgrueana.at)

**Barbara Drobesh-Binter, Annemarie Lenko**

**Erfolgreich und beliebt: die beiden Lebenskompetenzprogramme „Eigenständig werden“ und „PLUS“ setzen österreichweit Maßstäbe in der suchtpreventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen von 6 – 14 Jahren**

„Eigenständig werden“ - Das österreichweite Unterrichtsprogramm zur Förderung von Lebenskompetenzen für die 1.- 4. Schulstufe

Die Förderung der Lebenskompetenzen hat sich in vielen Studien als effektive Methode zur Verhütung von Sucht, Gewalt, Aggression und Stress erwiesen.

Lebenskompetenzen stärken

Das Programm basiert auf dem von der WHO empfohlenen Lebenskompetenzansatz. Selbstwahrnehmung, Einfühlungsvermögen, Kommunikationsfertigkeiten, adäquater Umgang mit belastenden Situationen sowie Problemlösekompetenzen der Schüler/innen werden gefördert. Selbstwertgefühl, Toleranz und Gemeinschaft sind zentrale Themen des Programms.

Diese Themen werden folgenden drei Bereichen zugeordnet:

Ich, Ich und die Anderen, Ich und meine Umwelt. „Eigenständig werden“ ist kein zusätzliches Fach, vielmehr lassen sich die Aktivitäten in den bestehenden Unterricht integrieren.

Ablauf des Programms

Im Rahmen einer dreitägigen Fortbildung werden interessierte Pädagog/innen zum Programm geschult. Das Seminar bietet eine fundierte Auseinandersetzung mit den theoretischen Hintergründen des Programms, dessen Implementierung im Unterricht sowie die Möglichkeit der praktischen Erprobung.

Die Teilnehmer/innen erhalten eine Arbeitsmappe mit fertigen Unterrichtseinheiten und sollten das Programm im Anschluss an die Fortbildung selbständig umsetzen.

Für die Dauer eines Jahres findet die fachliche Begleitung durch die Landesstelle Suchtprävention in Form von zwei Reflexionstreffen sowie der Unterstützung bei der Durchführung von Elternabenden statt.

Das Unterrichtsprogramm „Eigenständig werden“ konnte bereits im Jahr 2002 in Kärnten implementiert werden. Die Fortbildungen werden in bewährter Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Kärnten angeboten. Die Mentorstiftung Österreich hat 2003 das Programm von Mentor Deutschland übernommen und finanziert gemeinsam mit den Fachstellen für Suchtprävention die österreichweite Umsetzung.

Seit der Implementierung wurden in Kärnten 269 Pädagog/innen zum Programm geschult. Das Programm [www.eigenstaendig.net](http://www.eigenstaendig.net) wird an 102 Kärntner Schulen bereits umgesetzt, österreichweit wurden seit 2002 (Projektstart) 5893 Lehrkräfte geschult, die das Programm in 1461 Volksschulen umsetzen.

PLUS - DAS österreichische Suchtpräventionsprogramm für die Schule der 10- bis 14jährigen  
 Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ist besonders in der Lebensphase der Pubertät eine große Herausforderung: körperliche Veränderungen, Ablösung vom Elternhaus, Positionierung in der Gleichaltrigengruppe, Finden eines eigenen, persönlichen Stils sind nur einige der Aufgaben, denen sich 10-14jährige zu stellen haben. Innere und äußere Konflikte sind da praktisch vorprogrammiert.

PLUS setzt da an, wo Jugendliche sich täglich bewähren müssen und erproben können: in der Schule.

Wie ein roter Faden lenken die Elemente des Präventionsprogramms durch das Labyrinth der Herausforderungen, und mit jeder Aufgabe wächst die Kompetenz der Schüler/innen, sich der nächsten Anforderung selbstbewusster und eigenverantwortlicher zu stellen.

Unterrichtseinheiten (bzw. Themen) für die 1. Klasse (5. Schulstufe) sind:

Thema:	Unterrichtseinheit 1	Unterrichtseinheit 2
Die Klasse:	Wir lernen uns kennen	Wir sind eine Klasse
Ich Selbst:	Ich bin ICH	Meine Gefühle
Die Anderen:	Was ist dann hier los	Wie geht's dir denn?
Miteinander:	Ich sage was ich will	Alles klar – ich habe verstanden
Konsum:	Meine Konsumgewohnheiten	<b>Verzichtexperiment</b>

PLUS ist ein Programm, welches von den Fachstellenmitarbeiter/innen in ganz Österreich entwickelt wurde. Grundlage hierfür sind die Vorarbeiten von kontakt+co, der Tiroler Fachstelle, die das Projekt koordiniert.

Pilotklassen haben bereits 2006 in Tirol und Salzburg sowie 2007 in Wien mit PLUS begonnen. In Kärnten wird PLUS seit Herbst 09 an 27 Schulen (HS, NMS und AHS) umgesetzt. Die Fortbildung zum Unterrichtsprogramm PLUS wird in Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule und dem jeweiligen Landesschulrat in den Bundesländern angeboten.

Eine Schulklasse kann dann an PLUS teilnehmen, wenn sich der Klassenvorstand/die Klassenvorständin (1.Klasse) und ein oder zwei Fachlehrer/innen aus derselben Klasse am Programm beteiligen. Dies gewährleistet eine effiziente und kontinuierliche Umsetzung durch Kooperation des „Klassenlehrer/innenteams“ in Form eines Erfahrungsaustausches sowie einer Arbeitsaufteilung.

Um nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ein wirkungsvolles Präventionsprogramm umzusetzen, ist es notwendig regelmäßig Unterrichtseinheiten aus dem Curriculum (PLUS-Unterrichtsmaterial) in der Klasse zu integrieren.

Die teilnehmenden Lehrkräfte erhalten ein fertiges Unterrichtsmanual, aus dem 10 Unterrichtseinheiten in einem Schuljahr im Unterricht umgesetzt werden sollen: das sind eine Dop-

pelstunde, oder zwei Unterrichtsstunden im Monat. Diese Stunden können vom 2er oder 3er Lehrer/innenteam abwechselnd oder ergänzend durchgeführt werden.

Zur Vorbereitung auf die Arbeit mit PLUS bieten wir zu Beginn des neuen Schuljahres eine verbindliche ganztägige Schulung an. Im Laufe des ersten Schuljahres folgen zwei halbtägige Reflexions-/Infotreffen. Eine Übersicht über Inhalt und Umfang der Lehrerschulungen in allen vier Schulstufen finden sie im downloadbereich unserer homepage [www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at](http://www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at)

Die Lehrerfortbildungen zu PLUS können auch als SchILF oder SchÜLF angeboten werden. Sind Sie an PLUS interessiert und/oder möchten Sie weitere Informationen? Gerne informieren Sie die Suchtpräventionsstellen Ihres Bundeslandes detailliert über ihre Angebote und stehen Ihnen für Anfragen zur Verfügung! [www.suchtvorbeugung.net](http://www.suchtvorbeugung.net)

### **Beispiele guter Praxis**

**Sabine Haas, Alexandra Wucher**

#### **Gesundheitliche Chancengleichheit von Anfang an**

Public Health-Arbeiten mit Lebenslaufperspektive (life course approach) unterstreichen die Bedeutung der (frühen) Kindheit in Hinblick auf gesundheitliche Chancengleichheit. In der Kindheit werden Weichen bezüglich Lebenslage, Lebenskompetenzen und Verhalten gestellt (= Gesundheitsdeterminanten), die die Gesundheit im Erwachsenenalter maßgeblich und nachhaltig beeinflussen (Lampert/Richter 2009). Die Lebenslaufforschung (life course approach) belegt insbesondere einen starken Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status in der Kindheit (Bildung, Einkommen etc.) und dem Gesundheitszustand im Erwachsenenalter, und zwar unabhängig vom späteren sozialen Status (Dragano/Siegrist 2009). Auch die neurobiologische Forschung (Bauer 2004) bestätigt, dass eine wesentliche Basis für Potenziale und Chancen im weiteren Leben in der frühen Kindheit gelegt wird. Unterstützung und Förderung in der frühen Kindheit können Lebensqualität, sozioökonomische Lage und Gesundheit bis weit ins Erwachsenenleben positiv beeinflussen.

Eine zentrale Strategie dafür sind „Frühe Hilfen“ als Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt), die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt sind. „Frühe Hilfen“ zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern und leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Maßnahmen zur Vernetzung von Angeboten sowie die Sicherung eines niederschweligen Zugangs kommt dabei zentrale Bedeutung zu.

Die Notwendigkeit der Prävention und Intervention im Bereich der Frühen Hilfen ist zunehmend anerkannt und schlägt sich insbesondere in Deutschland in einer breiten Umsetzung

nieder. Es gibt eine Reihe empirisch abgesicherter Untersuchungen, die deutliche Effekte der sozialen und ökonomischen Belastungs- bzw. Risikofaktoren sowohl auf die langfristige kognitive, sozio-emotionale Entwicklung von Kindern als auch auf ihre unmittelbare Gefährdung belegen (Lengning/Zimmermann 2009). Kosten-Nutzen-Analysen (z. B. Meier-Gräwe/Wagenknecht 2011) belegen auch die Sinnhaftigkeit entsprechender Maßnahmen in ökonomischer Hinsicht.

Um allen Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen, ist vor allem Familien in belastenden Lebenssituationen Beachtung zu geben. Bedarfsgerechte Hilfestellung kann über verbesserte Zugänge durch optimierte Vernetzung und Kooperation von Gesundheits- und Sozialsystem geschaffen werden.

Auf Initiierung der Abteilung Jugendwohlfahrt des Landes Vorarlberg gründete sich 2008 Netzwerk Familie, eine Kooperation der Fachgruppe der Kinder- und Jugendärzt/innen, dem Vorarlberger Kinderdorf und der aks Gesundheit. Das Angebot des Frühe Hilfen Modells Vorarlberg umfasst die systematische Früherkennung von werdenden Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zu drei Jahren in belastenden Lebenssituationen und Einleitung geeigneter regionaler Unterstützung.

Um in Hinblick auf frühkindliche Entwicklungsstörungen, Vernachlässigung und Gewalt präventiv wirken zu können, muss Unterstützung frühestmöglich angeboten werden. Insbesondere gilt dies für die ersten zwei Jahre eines kindlichen Lebens, in denen die körperliche, geistige und emotionale Entwicklung sehr schnell vonstatten geht.

Rund um die Geburt des Kindes haben nahezu alle Familien Kontakt mit dem medizinischen System. Die Sensibilisierung, der mit der Zielgruppe in Kontakt stehenden Berufsgruppen (wie Ärzt/innen, Pflegepersonal, Hebammen, Elternberatung, u.a.) unterstützt die Früherkennung von Risikokonstellationen in Familien, die Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung haben könnten und ermöglicht gezielt Hilfe anzubieten. Die Herstellung eines Familienkontakts mit Netzwerk Familie erfolgt auf freiwilliger Basis und mit Rückkoppelung an die zuweisende Person. Der Kontakt zur Familie wird kurzfristig nach dem 4-Augen-Prinzip aufsuchend wahrgenommen. Nach systematischer Einschätzung der familiären Belastung und Ressourcen werden passende, regionale Unterstützungsangebote vermittelt und bei Bedarf im Sinne eines Case- und Caremanagements bis zu zwei Jahren begleitet. Unterstützend steht ein Expertengremium aus allen relevanten Berufsgruppen bei schwierigen Fällen zur Verfügung.

Zu den Ergebnissen: Von 132 begleiteten Familien in den Jahren 2009-2010 erreichte Netzwerk Familie 17 % der Kinder noch vor der Geburt und 73 % unter einem Jahr. Als hoch belastet wurden 9 % eingestuft. Einen mittleren Belastungsgrad wiesen 40 % auf, die Hälfte war weniger belastet. 123 Familien erhielten Unterstützungsangebote, 9 Familien wurden lediglich begleitet. 24 Familien wurden mit ihrer Zustimmung an die Jugendwohlfahrt vermittelt. Eine externe Evaluation bestätigte neben der erfolgreichen Vernetzung von Gesundheits- und Sozialsystem, ebenso die hohe Zufriedenheit der Mütter, die beispielsweise durch die Unterstützung fähig wurden selbst neue Lösungswege zu finden und Sicherheit im Umgang mit Ämtern gewonnen haben. Nach zweijähriger Pilotphase ist das Programm seit Anfang 2011 flächendeckend in ganz Vorarlberg im Regelsystem verankert.

Ende 2011 startete ein vom Bundesministerium für Gesundheit als Teil der Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie beauftragtes Projekt, das Grundlagen für die verstärkte Etablierung von Frühe Hilfen in Österreich aufarbeiten bzw. erarbeiten soll. Im Rahmen des Grundlagenprojekts wurde 2012 eine Feldanalyse in ganz Österreich durchgeführt, die eine Einschätzung der bestehenden Potenziale für die (verstärkte) Etablierung von Frühen Hilfen ermöglichen soll. Stakeholder-Workshops auf Bundesebene, Wissensaufbereitung über Literaturrecherchen und Interviews stellen ebenfalls eine wichtige Aufgabe des Projekts dar. Der Wissenstransfer wird über eine Reihe von Veranstaltungen sowie eine Website sichergestellt.

Quellen:

Bauer, Joachim (2004): Das Gedächtnis des Körpers, München

Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181-194

Lampert, Thomas; Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 209-230

Lengning, Anke; Zimmermann, Peter (2009). Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Frühe Hilfen. Internationaler Entwicklungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln

Meier-Gräwe, Uta; Wagenknecht, Inga (2011): Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen 4. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln

Renner, Ilona (2010): Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. Zitiert in: Bundesgesundheitsblatt (2010): Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern. Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit Teil 2. 53/11

Renner, Ilona; Heimeshoff, Viola (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln

Saan, Alexandra (2010): Materialien zu Frühen Hilfen. Bestandsaufnahme Kommunale Praxis früher Hilfen in Deutschland Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Bramsche

Ziegenhain, Ute; Schöllhorn, Angelika; Künster, Anne K.; Hofer, Alexandra; König, Cornelia; Fegert, Jörg M. (2010): Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.). Niestetal

Links:

Frühe Hilfen Website des Grundlagenprojekts: [www.fruehehilfen.at](http://www.fruehehilfen.at)

Nationales Zentrum Frühe Hilfen in Deutschland: [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)

Vorarlberger Netzwerk Familie: [www.netzwerk-familie.at](http://www.netzwerk-familie.at)

### **Kirsten Baske, Reinhard Mann**

#### **Jugendaktion Gut drauf**

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist spätestens seit dem Kinder und Jugend-survey (KiGGS-Studie) des Robert-Koch-Instituts in Deutschland und dem Erscheinen des 13. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland ein Thema in vielen Organisationen, die für die Betreuung, Bildung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zuständig bzw. in diesem Arbeitsfeld tätig sind.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zählt die gesundheitliche Aufklärung, die gesundheitsbezogene Prävention und die Gesundheitsförderung mit Blick auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche seit ihrer Gründung im Jahr 1967 zu ihren wesentlichen Aufgaben. Mit der Entwicklung der Jugendaktion „GUT DRAUF essen, bewegen, entspannen - aber wie!“ war die BZgA im Jahr 1993 ihrer Zeit weit voraus. Sowohl die KiGGS-Studie wie auch der 13. Kinder- und Jugendbericht bestätigen, dass der Bedarf an ganzheitlicher und nachhaltiger Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen für den Ausgleich von Gesundheitsdefiziten insbesondere unter dem Gesichtspunkt sozialer Ungleichheit von großer Bedeutung ist.

#### GUT DRAUF im Überblick

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet mit der Jugendaktion GUT DRAUF Einrichtungen der Jugendhilfe und Jugendbildung (Einrichtungen der offenen und geschlossenen Jugendarbeit, Schulen, Sportvereine, Ausbildungsbetriebe und Jugendunterkünften und -reisen) eine gesundheitsbezogene Organisationsentwicklung mit Fachkräfteschulung, fachlicher Beratung und Begleitung sowie einem Auditierungsverfahren zur Zertifizierung des erfolgreichen Qualitätsentwicklungsprozesses.

Inhaltlich folgt GUT DRAUF einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheitsförderung im Sinne der WHO und nutzt dabei die Wechselwirkungen zwischen Ernährung, Bewegung und Stress und deren Potenziale für die physische, psychische und soziale Gesundheit von Heranwachsenden.

Zielgruppe von GUT DRAUF sind Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren; in jüngster Zeit wird das erfolgreiche Konzept auf die Altersgruppe der 5 bis 11-jährigen ausgedehnt. Primäre Ansprechpartner der BZgA sind die Fachkräfte in den fünf Handlungsfeldern Jugendeinrichtungen, Schulen, Sport, Jugendunterkünfte und -reisen sowie (Ausbildungs-) Betriebe.

Die inhaltlichen Ziele sind dabei

- für Ernährung: Die Ernährung ist ausgewogen, vollwertig und lecker. Essverhalten, soziale Aspekte und der Genuss beim Essen stehen im Vordergrund.



- für Bewegung: Die Jugendlichen entwickeln Spass an täglicher Bewegung, sie üben mindestens eine Sportart aus verzichten wo möglich auf Bus, Bahn, Aufzug und Rolltreppe. Das Ziel ist mindestens 60 Minuten intensive Bewegung am Tag zu erreichen.
- für Stressregulation: Jugendliche lernen mit GUT DRAUF besser die spezifischen Alltagsanforderungen zu bewältigen. Sie entdecken ihre eigenen Bedürfnisse und bilden persönliche Strategien zur Stressregulation. Im Vordergrund steht, eine Sensibilität für die eigenen körperlichen und psychischen Empfindungen zu entwickeln.

GUT DRAUF ist sozialraumorientiert und nachhaltig

Die BZgA will mit der Jugendaktion Einfluss sowohl auf das gesundheitsrelevante Verhalten der Jugendlichen nehmen als auch auf die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen, in denen sie sich bewegen.

Eine nachhaltige Wirkung können gesundheitsbezogene Maßnahmen dann entfalten, wenn sie den Alltag begleiten und möglichst häufig wahrgenommen und genutzt werden.

GUT DRAUF fördert deshalb die Zusammenarbeit zwischen den Partnern unterschiedlicher Handlungsfelder im Sozialraum Jugendlicher. Dieser Sozialraum kann das Dorf, die Kommune, die Stadt oder der Stadtteil sein, häufig überschreitet der Sozialraum der Jugendlichen aber diese Verwaltungsgrenzen.

Dieser handlungsfeldübergreifende Kooperationen im Sozialraum Jugendlicher dienen der Herstellung von Synergieeffekten unter den beteiligten Partnern und der Schaffung nachhaltiger Strukturen: Jugendliche begegnen an möglichst vielen Orten in ihrem Alltag gesundheitsförderlichen Lebensräumen, so wird eine ausgewogene Ernährung, eine ausreichende und regelmäßige Bewegung und ein entspannter Umgang mit Anforderungen selbstverständlich und ein gesundes Aufwachsen und förderliche Verhaltensweisen erleichtert.

#### Zielgruppen

Die Jugendaktion GUT DRAUF richtet sich in erster Linie an Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren und mit dem Schwerpunkt Tutmirgut an die Altersgruppe der 5- bis 11-Jährigen. Um bundesweit diese Zielgruppe zu erreichen, sucht die BZgA die Zusammenarbeit mit Mitarbeiterkräften in der Jugendarbeit und Jugendbildung als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren und schult diese im Themenbereich Gesundheitsförderung mit Jugendlichen. Entscheidungsträger aus den Einrichtungen und Trägerorganisationen mit ins Boot zu nehmen ist wichtig, um die Befürwortung ggf. erforderlicher Veränderungen bei Räumlichkeiten und Angeboten zu erreichen. Darüber hinaus spricht die BZgA Ministerien, Institutionen, Organisationen, Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Kinder- und Jugendarbeit an, um der Jugendaktion eine breite Unterstützung zu sichern.

#### Methodik und Didaktik

Für die Arbeit mit den Jugendlichen gibt es didaktische Grundprinzipien, die wissenschaftlich abgeleitet und in einer Vielzahl von Modellvorhaben erprobt wurden:

„Im Alltag ansetzen“ meint nicht Gesundheitskurse zu veranstalten, sondern den jugendlichen Alltag gesund zu gestalten.

„**Mit Spass punkten**“ will ein neues Image für Gesundheit vermitteln, spielerisch und fantasievoll soll es sein und alle Sinne ansprechen.

„**Sinneserfahrungen ermöglichen**“ spricht das direkte Erleben und die Reflektion des Erlebten an.

„**Gesundheit in Szene setzen**“ verbindet spielerisches Herangehen mit Altgewohnten, so werden z.B. Essensfeste zu bleibenden positiven Erlebnissen.

„**Mit Gruppen arbeiten**“ trägt dem Rechnung, dass sich Jugendliche vorrangig durch ihre Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe oder Clique definieren und der Einfluss der Peer-group den Einfluss des Elternhauses ablöst.

„**Mitgestaltung ermöglichen**“ trägt der Erkenntnis Rechnung, dass die Akzeptanz für Neues steigt, wenn Jugendliche mitgeplant, mitentschieden und vor allem selbst umgesetzt haben.

„**Kleine Schritte**“ meint, dass oft bereits kleine Änderungen bedeutsame Wirkungen entfalten, spricht aber auch für eine systematische Planung von Veränderungen.

„**Geschlechtsspezifische Interessen berücksichtigen**“ geht nur, wenn Mittlerkräfte sich Gedanken um geschlechterspezifische Unterschiede machen und ihre Didaktik danach ausrichten.

„**Soziokulturelle Merkmale beachten**“ ist meist gar nicht aufwendig, schafft aber eine hohe Akzeptanz bei Jugendlichen aus anderen Kulturkreisen. Soziokulturelle Merkmale wirken sich besonders auf Ess- und Bewegungsverhalten aus, beeinflussen aber auch das gesamte Normen- und Wertesystem.

GUT DRAUF –Qualitätsmanagement

GUT DRAUF steht für eine zukunftsorientierte, nachhaltige Gesundheitsförderung. Acht handlungsfeldübergreifende Leitlinien sind das prägende Profil der Jugendaktion. Darüber hinaus gibt es für jedes einzelne Handlungsfeld spezifische Qualitätsstandards, die mit Praktikern entwickelt und mit Vertretern der Wissenschaft konsentriert wurden. Die Standards gewährleisten die Überprüfbarkeit der Fachlichkeit der Arbeit und sind Grundlage für die Evaluation der praktischen Arbeit.

Gewährleistet wird die Qualität der Arbeit durch qualifizierte Schulungen des Fachpersonals, durch die regionale Begleitung der Arbeit vor Ort sowie die Rückmeldung der Evaluation an die Praktiker.

Ziel aller Unterstützungsmaßnahmen für Mittlerkräfte ist es eine hohe Qualität der Arbeit im Interesse des Themas, der Jugendlichen aber auch der Befriedigung der Mittlerkräfte zu gewährleisten.

Die Zertifizierung ganzer Einrichtungen oder spezifischer Programme sind das äußere Zeichen

für den Abschluss des Qualitätssicherungsprozesses und ermöglicht den Einrichtungen, zusätzliche werbliche Vorteile zu nutzen.

Projekträger:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), [www.gutdrauf.net](http://www.gutdrauf.net)

Literatur:

Bestmann, S.; Bestmann-Häsel, S. (2011): Effekte von GUT DRAUF – eine Jugendaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Perspektive der beteiligten Akteur\_innen. Eine Teilstudie zu Erhebungen im Handlungsfeld Schule in der Stadt Bornheim. Berlin, Europäisches Institut für Sozialforschung.

Kuntz, B.; Lampert, T. (2011): Potenzielle Bildungsaufsteiger leben gesünder. Soziale Herkunft, Schulbildung und Gesundheitsverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung 6: 11-18.

Lebenslagen in Deutschland - Dritter Armuts- und Reichtumsbericht. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/9915, 30. Juni 2008.

Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 50: 871-878.

Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, RKI.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Berlin, RKI.

### **Karin Kvarda**

#### **Messerscharf**

Da der Anteil an übergewichtigen und adipösen Personen laut österreichischem Ernährungsbericht 2008 in der Gruppe der männlichen Lehrlinge besonders groß ist, geht das Projekt „MESSERScharf“ spezifisch auf diese Zielgruppe ein.

In der ersten Phase des Projektes wurden in drei Berufsschulen Fokusgruppen durchgeführt, um den Lebensalltag und die Einstellung der Lehrlinge zu den Themen Ernährung und Gesundheit kennenzulernen und um einen Einblick in die Lebenswelt der Zielgruppe zu bekommen.

Auf dieser Basis wurde in der zweiten Phase ein Projekt entwickelt, das männlichen Lehrlingen auf spielerische Weise Basiskochkenntnisse vermittelt und sie dadurch zum Selberkochen

animiert. Neben dem persönlichen Kontakt bei jeweils vier Terminen in drei Berufsschulen wurden auch moderne Medien eingesetzt. So wurde eine Facebook-Gruppe gegründet und einige Videos einer selbst konzipierten Kochshow auf YouTube zur Verfügung gestellt.

Dieser praxisnahe Zugang zum Thema Ernährung wurde von den Lehrlingen sehr positiv aufgenommen, da er zu ihrem Lebenshintergrund und zu ihren Einstellungen passt.

Da männliche Lehrlinge als „schwer erreichbare Zielgruppe“ für Gesundheitsförderungsprojekte gelten, ihr Gesundheitszustand allerdings als stark verbesserungswürdig beurteilt wird, wurde das zweiphasige Gesundheitsförderungsprojekt „MESSERScharf“ für diese Zielgruppe konzipiert.

In der ersten Phase wurden Interviews und Fokusgruppen durchgeführt, um einen Einblick in den Alltag, die Interessen und die Lebenswelt der Lehrlinge zu bekommen. Die Interviews wurden mit Personen, die beruflich oder privat mit männlichen Lehrlingen zu tun haben, geführt. Auf der Basis dieser Erkenntnisse wurden die Fokusgruppen geplant, an denen jeweils acht bis neun Schüler aus drei Berufsschulen teilnahmen. Ziel der Fokusgruppen war herauszufinden, wie ein Projekt für Jugendliche gestaltet sein muss, sodass eine möglichst breite Akzeptanz erreicht wird; wie neue Medien in das Projekt eingebunden werden können, und welchen Zugang männliche Lehrlinge zu den Themen „gesunde Ernährung“ und „selber kochen“ haben. Durch diese Phase wurden die Jugendlichen aktiv in die Planung des Projektes eingebunden. So war es möglich, alltagsnahe Maßnahmen zu entwickeln, die im Lebensalltag der Zielgruppe ansetzen.

In dieser ersten Phase war zu erkennen, dass bei Ernährung und Essverhalten der Jugendlichen großes Verbesserungspotential besteht. Es gibt viele falsche Annahmen über die Bedeutung der Ernährung für die Gesundheit. Die Lehrlinge konsumieren sehr viel Fast Food und Fertiggerichte. Sie verfügen kaum über Kochkenntnisse, die ihnen eine breitere Nahrungsauswahl ermöglichen würden. Aus dieser Erkenntnis wurde die Notwendigkeit der Vermittlung grundlegender Kochfertigkeiten abgeleitet. Dies entspricht auch dem sehr praxisorientierten Zugang der Zielgruppe zum Thema Ernährung.

Auch die zentrale Bedeutung neuer Medien wie Facebook und YouTube zeigte sich in dieser ersten Projektphase. Aus diesem Grund wurden diese beiden Medien für das Projekt genutzt.

In der zweiten Phase wurden die gewonnenen Erkenntnisse aus den Fokusgruppen an vier Halbtagen in den drei Berufsschulen Hollabrunn, Pöchlarn und Neunkirchen umgesetzt. Diese vier Termine wurden dazu genutzt, den Lehrlingen einfache Kochkenntnisse zu vermitteln, wobei jeder Besuch einem unterschiedlichen Schwerpunkt gewidmet war (z.B. Pizza, Kartoffel, Gemüse, Reis,...).

Wichtig bei der Vermittlung der Fertigkeiten war der spielerische und praxisnahe Zugang. In Kleingruppen zu fünf bis sechs Lehrlingen wurde ein Wettbewerb bestritten, der unterschiedliche Aufgabenstellungen beinhaltet. Einerseits konnten die Lehrlinge bei den Kochaufgaben Punkte sammeln (z.B. Kartoffel-Schäl-Wettbewerb, Reiskörner zählen bzw. schätzen,...), andererseits gab es Quizfragen. Durch die Zusammenarbeit in Teams hatten die Lehrlinge

die Möglichkeit, ihre Schulkollegen besser kennenzulernen, was über den Ernährungsaspekt hinaus das psychosoziale Gefüge in der Klasse gestärkt hat.

Während bei den Terminen in den Berufsschulen die zwischenmenschliche Kommunikation und der direkte Kontakt zu den männlichen Lehrlingen im Vordergrund stand, gab es zwischen den Besuchen in den Berufsschulen die Möglichkeit, über Facebook in Kontakt zu bleiben. Eine Gruppe mit dem Namen „messerscharf“ wurde gegründet, der alle teilnehmenden Lehrlinge beitreten konnten. Auf dieser Plattform konnten die Quizfragen beantwortet und so Punkte für den Wettbewerb gesammelt werden.

Auch YouTube wurde aktiv in das Projekt einbezogen. Eine eigene Kochsendung, die „messerscharfe Kochshow“ wurde auf YouTube zur Verfügung gestellt. In dieser Kochshow waren zwei Männer zu sehen, die einfache Speisen wie Pizza oder Nudelgerichte selbst zubereiten. Sie sollten den Lehrlingen als positive Vorbilder dienen, an denen sie sich orientieren können. Die Show ist sehr humorvoll gestaltet und liefert wertvolle Tipps - sowohl für den Wettbewerb als auch für den Alltag.

Wichtige Vorteile von Kochkenntnissen werden betont: Neben der Attraktivität für Frauen ist die Unabhängigkeit von den Eltern ein wichtiges Thema für die Zielgruppe. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, die Sprache der Jugendlichen zu verwenden.

Daher wurden auch die Schwerpunkte so benannt, dass die Jugendlichen sich damit identifizieren und das Erlernte im Alltag anwenden können: „Stell dir vor, es ist Fußball-WM und dein Pizzalieferant ist auf Urlaub“ – unter diesem Motto wurden Pizzen in Form und Farbe der Nationalflaggen wichtiger Fußballnationen zubereitet.

Der letzte Termin in den Berufsschulen war die Abschluss-Challenge. Hier konnten die Jugendlichen ihre erlernten Fähigkeiten unter Beweis stellen. Sie durften für eine Jury kochen, die ihr Gericht nach verschiedenen Kriterien bewertete. Hier bemühten sich alle Gruppen noch einmal sehr, denn für die Gewinner des Wettbewerbs gab es attraktive Preise. Obwohl die Preise eine zusätzliche Motivation zum Mitmachen darstellten, stand für die Lehrlinge der Spaß am praktischen Tun im Vordergrund.

Dies spiegelte sich auch in ihrem Feedback wider: Das Projekt wurde insgesamt sehr positiv bewertet, insbesondere die Verkostung von Getränken, die Zubereitung von Pizza und der Wettbewerb beim Finaltermin wurden sehr gut angenommen. Die Lehrlinge schätzten an dem Projekt vor allem die Arbeit in Kleingruppen, das Ausleben der Kreativität, das gemeinsame Essen und die gute Betreuung in einer entspannten Atmosphäre.

Literatur:

Elmadfa I, Freising H, Nowak V, Hofstädter D, et al.: Österreichischer Ernährungsbericht 2008. 1. Auflage, Wien, 2009.

**Sabine Maurer**

### **Mägi – Mädchengesundheit inspiriert**

Das Projekt MÄGI war ein **partizipatives Gesundheitsförderungsprojekt, das als Pilot an der Ganztagschule KMS Kinkplatz im 15. Wiener Gemeindebezirk durchgeführt wurde.**

Zielsetzung des Projektes war es, den Schwerpunkt Gesundheitsförderung an der Schule weiterzuentwickeln, sowie genderechte Gesundheitsförderung an der Schule nachhaltig zu etablieren. Begleitet wurde dieser Prozess, sowie alle stattfindenden, durch Professionist/innen aus der Mädchen- bzw. Burschenarbeit sowie aus der Gesundheitsberatung (Kooperationen mit FEM Süd, MEN, dem Verein POIKA und sprunghrett).

#### Zielgruppen

MÄGI richtet sich an alle 184 Schüler/innen der Schule, sowie deren Lehrkräfte, Eltern und Schulpersonal.

#### Projekttablauf und Interventionen

Nach einer Projektvorstellung im Frühjahr 2011 für die Lehrkräfte wurden in 16 zweistündigen **Workshops im Rahmen der IST-Erhebung** die Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes, sowie Themen, welche die Schüler/innen im Rahmen des Projektes bearbeiten wollten, erhoben. Bei einem **„Thementag Gesundheit“** erarbeiteten alle Schüler/innen – begleitet durch Expert/innen aus der Burschen- und Mädchenarbeit, im Rahmen von 12 sechsstündigen geschlechtergetrennten Workshops gesundheitsfördernde Interventionsvorschläge 2011/12.

Nach einem **partizipativen Auswahlprozess** erfolgte anschließend im Rahmen der schulinternen Steuergruppe Gesundheit die Auswahl von **4 Themenschwerpunkten**, zu welchen folgende Interventionen geplant und durchgeführt wurden:

Die konkreten Aktivitäten wurden von allen Beteiligten gemeinsam entwickelt und fanden im Schuljahr 2011/12 statt:

#### Themenschwerpunkt „Gewaltprävention/Klassengemeinschaft“

Durchführung und Konzeption der **prozessorientierten Workshopreihe „Gemeinsam sind wir Klasse“** mit einer „Problemklasse“ innerhalb der Schule. Themen wie Mobbing, Selbstbewusstsein, Selbstbehauptung, Kommunikation, Sexualpädagogik wurden in den Workshops bearbeitet. Die Workshops wurden hintereinander, prozessorientiert, auf die Bedürfnisse der Schüler/innen zugeschnitten, konzipiert.

**Weitere Workshops** zu den oben genannten Themen aus dem Angebot unserer Kooperationspartner/innen wurden auch mit anderen Klassen durchgeführt.

#### Themenschwerpunkt „Körper/Schönheit“

Teilnahme am **Schulwettbewerb des Wr. Programms für Frauengesundheit**

„I like Everybody“ – Unsere Schule gegen Schlankeitswahn

Workshops zum Thema Selbstbewusstsein - Mädchenworkshops fanden in der Beratungsstelle **sprungbrett** statt, Burschenworkshops im MEN. Kooperation mit MEN und FEM – dem Institut für Frauen- und Männergesundheit, sowie **sprungbrett** fanden noch weitere Workshops zu diesem Thema an der Schule statt.

Themenschwerpunkt „ Sexualität“

Sexualität wurde in den „Gemeinsam sind wir Klasse“-Workshops inhaltlich bearbeitet, In Kooperation mit MEN und FEM – weitere Workshops zu diesem Thema an der Schule

Themenschwerpunkt „Räumliche Veränderung“

Umsetzung einer kreativen Gestaltung einiger Betonsäulen in den Gängen der Schule, sowie der Bibliothek und einer Nische in der Aula innerhalb des Werkunterrichtes. Matratzenüberzüge für Kuschelecke wurden hergestellt, eine Klasse wurde ausgemalt

Projektabschluss und Nachhaltigkeit

Um die direkte Arbeit mit den Schüler/innen abzurunden fand am Ende des Schuljahres 2011/12 ein großes MÄGI Abschlussfest an der Schule statt. Es gab einen Gesundheitstationenparcour mit Stationen zu den Themen Bewegung, Körperwahrnehmung, Kooperation, Genuss/Ernährung und Gesundheit welcher von den Lehrkräften gestaltet und betreut wurde. Zusätzlich wurden vom Projektteam während des Abschlussfestes eine Gesundheits-Millionenshow durchgeführt, ein Videoworkshop sowie Reportagen von Schülerinnen als Gesundheitsreporterinnen. Als Ergebnis wurde ein **youtube Film** produziert, welcher das Projekt MÄGI dokumentiert.

Weiters gibt es nun eine MÄGI Lehrer/innen Broschüre mit vielen Infos links und Unterrichtsvorschlägen zu den MÄGI Themen.Diese wurde im Rahmen einer Lehrer/innenweiterbildung im Herbst 2012 präsentiert. Kontakte, die während der Projektlaufzeit zu außerschulischen Institutionen geknüpft wurden, werden weiterhin genutzt.

Informationen über den Trägerverein: [www.sprungbrett.or.at](http://www.sprungbrett.or.at); [sprungbrett@sprungbrett.or.at](mailto:sprungbrett@sprungbrett.or.at)

### **Lutz Köllner, Christoph Schönsleben**

#### **Com.mit – ein Projekt an der Schnittstelle von Gesundheitsförderung, Jugendarbeit, Erwachsenenbildung und Regionalentwicklung**

Das Projekt com.mit wurde vom Bildungs- und Heimatwerk Niederösterreich (BHW) entwickelt und gemeinsam mit dem Regionalverband noe-mitte umgesetzt. Es folgt dem Ansatz zur Gesundheitsförderung nach Jürgen Pelikan, im speziellen war der Focus auf den Bereich der mental health gerichtet.

Im Setting von Gemeinden im ländlichen Raum werden die Perspektiven und Verantwortlichkeiten sowohl der Jugendlichen als auch der Erwachsenenwelt einbezogen.

Oft sind es konkrete, unangenehme Anlässe wie Vandalismus oder Probleme in Jugendzen-

tren, die das Interesse der Erwachsenen an „der Jugend“ wecken. In den Gemeinden steht dann meist das Ziel „die Probleme mit den Jugendlichen rasch lösen“, auf der Agenda. Hier setzt com.mit an: Jugendliche und Erwachsene sollen in einem Dialog auf Augenhöhe Probleme lösen und darauf aufbauend auch Ideen verwirklichen können. Sie sollen gemeinsam tragfähige lokale Strukturen, Kompetenzen und Vereinbarungen für ein gutes Miteinander schaffen und leben.

Diese Dialogfähigkeit auf allen Seiten schafft die Voraussetzung für die Jugendlichen, einen zunehmend selbstbestimmten Lebensstil zu entwickeln und ein soziales Beziehungsnetz aufzubauen, das tragfähig ist im Sinne der sozialen Gesundheit.

Auf Seiten der Erwachsenen wird eine differenziertere Sichtweise auf „die Jugend“ erarbeitet und Wissen vermittelt. Ziel war es die Fähigkeit, im Dialog zu bleiben und die notwendige Unterstützung genauso wie den notwendigen Freiraum zur Verfügung zu stellen, zu erweitern. In der Haltung arbeitet das Projekt unter anderem nach dem reflecting-Ansatz, der Risiko als Erprobungsraum zulässt und mit einem Auffangnetz und Reflexion begleitet.

com.mit stellte für die dreijährige Projektlaufzeit Ressourcen für die Arbeit vor Ort bereit, beispielsweise angestellte Jugendarbeiter/innen zur Intensivbetreuung der teilnehmenden Gemeinden und des regionalen Netzwerks sowie Weiterbildungen und Netzwerkarbeit für alle Dialoggruppen.

Es wurde mit einer Palette an Methoden gearbeitet, um den unterschiedlichen Bedürfnislagen vor Ort gerecht zu werden. Diese umfasst Vermittlung von Projektmanagementtools, Moderations- und Kommunikationsmethoden, aufsuchende Jugendarbeit, gemeinwesenorientierte Arbeit, Erlebnispädagogik, Einbindung neuer Medien,...

Als Ergebnisse – zusätzlich zu den einzelnen Umsetzungen in den Gemeinden – können einerseits die Pilotierung eines Jugendcoachings für Gemeinden in NÖ und andererseits die dauerhafte Vernetzung auf regionaler Ebene zum Thema Jugend und Gesundheitsförderung genannt werden.

Der Regionalverband noe-mitte war bei com.mit Projektpartner des BHW und übernahm die organisatorische und finanzielle Abwicklung für die teilnehmenden Gemeinden, organisierte die regionalen Vernetzungsaktivitäten mit und war Anstellungsträger der Mitarbeiter/innen. Das Projekt wurde in der Zeit von 01.01.2010 bis 31.08.2012 mit 12 teilnehmenden Gemeinden durchgeführt.

### **Resümée und Handlungsempfehlungen für die weitere Arbeit**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben sich auf 5 Handlungsempfehlungen geeinigt:

- Partizipation als Grundarbeitshaltung
- Zielgerichtetes Steuern auf Basis der Gesundheitszielen und Strategien
- Vernetzung als Qualitätskriterium implementieren und finanzieren
- Wertschätzung als Grundhaltung
- Sektorenübergreifendes Denken und Handeln



## Workshop

### Armut und Gesundheit in der Konsumgesellschaft

In der Vergangenheit waren materielle Güter und Lebensmittel häufig knapp, heute stehen uns jedoch viele Konsumgüter, Lebensmittel und Speisen täglich zur Verfügung - aber nicht alle Menschen in unserer Gesellschaft können sich diese leisten. Auch aus der Fülle des Angebots die richtige Auswahl zu treffen fällt oft schwer, sodass die verlockenden Angebote (Schnäppchenpreise, Preisreduktion, Kauf auf Raten, einkaufen rund um die Uhr,...) zu Überkonsum vor allem bei Lebensmitteln oder sogar zu Verschuldung führen können. Dieser Wandel bedingt in der heutigen Gesellschaft direkt und indirekt unsere Gesundheit mit.

Gesundheit wird laut Ottawa Charta 1986 im Alltag hergestellt, dort wo Menschen leben, arbeiten, lieben und spielen. Neuerdings erweitert Ilona Kickbusch diese Definition um den Nachsatz „dort wo sie einkaufen, googeln, reisen,...“. Klassische Settings wie beispielsweise die Stadt oder die Gemeinde sind weit mehr als kommunale Settings, sie sind Orte für Freundschaften, Arbeit, Alltag, Freizeit, Konsum, Mode. Genau dort setzt Gesundheitsförderung an – in allen diesen vielfältigen Lebens- und Konsumwelten des modernen Alltags. Augenmerk wird daher verstärkt auf Sozialräume von Menschen gelegt, in denen sie handeln bspw. Einkaufszentren, Bahnhöfe, Kinozentren, Straßenbahnhaltestellen, Messen, Parks und viele mehr. Besonders die Konsum- und Freizeitwelten bieten dabei vielversprechende Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung.

Dabei geht es nicht nur darum, die Inhalte und Botschaften der Gesundheitsförderung in diesen modernen Lebenswelten zu vermitteln, vielmehr sollen diese auch gesundheitsförderlich gestaltet werden. Dies erfolgt im Fokus der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit und intersektoralen Zusammenarbeit. Zahlreiche Daten und Lebensstilanalysen bestätigen den direkten Zusammenhang von Armut und Gesundheit, nämlich, dass Armut, niedriger sozialer Status und Bildungsstand die Gesundheit des Menschen negativ beeinflussen und Menschen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger von Übergewicht, Adipositas und anderen Erkrankungen betroffen sind.

Im Workshop Armut und Gesundheit in der Konsumgesellschaft wurde dieser Zusammenhang mit vielen Akteuren aus unterschiedlichen Sektoren diskutiert, in der Folge sollen neue Wege der Gesundheitsförderung besprochen werden.

### Themenüberblick und Situationsdarstellung

#### Martin Schenk

#### Armut und Gesundheit in Österreich

Was führt zum höheren Krankheits- und Sterberisiko Ärmere? Es sind die (1) Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den (2) Bewältigungsressourcen und Erholungsmög-

lichkeiten, in der (3) gesundheitlichen Versorgung und die Unterschiede im (4) Gesundheits- und Krankheitshandeln. Das eine bedingt das andere. Stress durch finanziellen Druck und schlechte Wohnverhältnisse geht Hand in Hand mit einem geschwächten Krisenmanagement, und hängt unmittelbar mit mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einem ungesunden Lebensstil zusammen.

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.

Gute Gesundheitsdienste sind uneingeschränkt von immenser Bedeutung. Aber man muss auch wissen, dass gleicher Zugang zur Krankenversorgung keinen Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zur Folge hat, wenn gleichzeitig die Kluft zwischen arm und reich steigt. Die WHO stellt dazu lapidar fest: „Auch wenn die medizinische Versorgung bei einigen schweren Erkrankungen zu verlängerter Lebenserwartung und besserem Krankheitsverlauf führen kann, so sind die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, die die Menschen krank und hilfsbedürftig machen, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung weitaus wichtiger.“ Und ein Nachsatz: „Allgemeiner Zugang zu medizinischer Versorgung ist allerdings selbst eine der sozialen Determinanten von Gesundheit.“

Hier wird die Relevanz sozialer Ungleichheit für Gesundheitsförderung und Prävention sichtbar: Die Gesundheitsdienste müssen den Zugang, die Inanspruchnahme und die Qualität unabhängig von Einkommen und Herkunft gewährleisten. Menschen müssen in ihren Selbsthilfepotentialen und Ressourcen gestärkt werden; was auch Auswirkungen auf einen gesünderen Lebensstil hat. Gesundheitsförderndes Verhalten ist am besten in gesundheitsfördernden Verhältnissen erreichbar. Und sozialer Polarisierung können wir entgegenreten. Die Daten sprechen für sich: Sozialer Ausgleich ist eine gute Medizin.

## Christa Peinhaupt

### Mehr Chancengerechtigkeit bei Gesundheit: Gesundheitsziele für Österreich

#### Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

Der Ministerrat hat im August 2012 die von Gesundheitsminister Alois Stöger präsentierten Rahmen-Gesundheitsziele beschlossen. Die zehn Ziele dienen als Rahmen für die Steuerung des Gesundheitswesens und geben die Handlungsschwerpunkte für die nächsten 20 Jahre vor.

Ziel ist es, dass die Österreicherinnen und Österreicher zwei Jahre länger gesund leben können. Dazu werden von einem Fachgremium konkrete Maßnahmen erarbeitet, zur Umsetzung der zehn Gesundheitsziele.

Die Ziele wurden unter aktiver Beteiligung von mehr als 30 unterschiedlichen Institutionen erarbeitet. Zusätzlich haben 4.300 Bürger/innen meinungsgebend über die Internet-Plattform mitgewirkt.

#### Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen:

**Ziel 1** Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

#### Gesundheitliche Chancengerechtigkeit:

**Ziel 2** Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen

#### Gesundheitskompetenz:

**Ziel 3** Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

#### Umwelt und Gesundheit:

**Ziel 4** Natürliche Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

#### Sozialer Zusammenhalt:

**Ziel 5** Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

#### Gesundes Aufwachsen:

**Ziel 6** Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen

#### Ernährung:

**Ziel 7** Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

#### Bewegung:

**Ziel 8** Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

Psychosoziale Gesundheit:

**Ziel 9** Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern

Gesundheitsversorgung:

**Ziel 10** Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Link zu den Österreichischen Rahmengesundheitszielen: [www.gesundheitsziele-oesterreich.at](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at)

### **Claudia Muri**

#### **Gesundheitsförderung für armutsgefährdete Menschen**

Gesundheit zählt für die meisten Menschen zum wertvollsten Gut. Die Sicherung der Gesundheit ist in Österreich eine gesetzlich verankerte Aufgabe der öffentlichen Hand (=GfG, Gesundheitsförderungsgesetz 1998).

Armut verringert die Chance auf ein gesundes Leben. Menschen, die in Armut leben, sind wesentlich öfter krank, sie sind schwerer krank und sterben früher als Menschen in ähnlichen Lebenssituationen mit höherem Einkommen. Bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit wird unterschieden zwischen

- a) der sozioökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (=ARMUT macht krank)
- b) der Gesundheitszustand beeinflusst den sozioökonomische Status (=Krankheit macht arm),

Die Bevölkerung unter der Armutsgrenze weist laut Statistik Austria einen 3x schlechteren Gesundheitszustand (11%) auf als die Bevölkerung mit hohem Einkommen (4%) bzw. ist doppelt so häufig krank wie Bevölkerungsgruppen mit mittleren Einkommen (7%). Auch in der Lebenserwartung macht sich Armut bemerkbar – sozial benachteiligte bzw. armutsgefährdete Männer sterben etwa 6,2 Jahre, Frauen 2,8 Jahre früher. Diese gesundheitliche Ungleichheit ist mittlerweile so oft belegt worden, dass an ihrer Existenz nicht mehr gezweifelt wird.

Die Gründe für den beeinträchtigten Gesundheitszustand von sozial benachteiligten und armutsgefährdeten Personen können u.a. erklärt werden durch:

- Private Lebensform: Partnerwahl- und Beziehung, Familienstand, Familiengröße
- Persönliche Faktoren: Bildungsgrad (fehlende BILDUNG und fehlende Bildungsabschlüsse; sie verhindern stabile Beschäftigungen mit entsprechenden Verdiensten); Fehlendes Wissen von gesundheitsförderlichen Verhalten, im Kindesalter werden Lebensweisen erlernt und kopiert; genetische Disposition, Krankheitsgeschichte, Lebensgewohnheiten (Rauchen, falsche Ernährung, Übergewicht), fehlende Bewegung, Gesundheitsbewusstsein.
- Lebenslage: Belastende Wohnverhältnisse (niedriges Einkommen – niedrige Miete, enge Wohnung in schlechter Lage), Lärm- und Luftverschmutzung, Versicherungsschutz.
- Arbeitsbedingungen: Höhere Arbeitsbelastung (dies führt zu früher Alterung und frühem

körperlichem und geistigen Verschleiß), gering qualifizierten Jobs mit erhöhter psychischer u. physischer Belastung, Eintönigkeit, Einkommen, Berufsposition, Gestaltungsspielräume, Unsicherheit erzeugt Stress, Zukunftsperspektiven,

→ Medizinische Faktoren: Erreichbarkeit, Leistungsangebot, mediz. Wissensstand, Qualität der Versorgung.

Armut manifestiert sich oft in ständiger Existenzangst, Stress, psychischen Belastungen, sozialer Isolation, emotionalen Störungen, gefolgt von gesundheitlichen Problemen aller Art (Herz- Kreislauf Störungen, Magenprobleme, Diabetes, Schlafstörungen etc.). Bei den wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten zeigen sich deutliche statusbedingte Unterschiede, hier ein Auszug:

→ - 52% der Frauen (57% der Männer) mit Pflichtschulabschluss sind übergewichtig bzw. adipös, unter Universitätsabsolventinnen sind es nur 28% (Männer: 47%).

→ - 20% der Pflichtschulabsolventinnen sind 1x pro Woche körperlich aktiv (Männer: 26%), bei den Universitätsabsolventinnen sind es 30% (Männer: 34%)

→ - 28% der männlichen Pflichtschulabsolventen rauchen, aber nur 18% der männl. Universitätsabsolventen (bei Frauen keine Unterschiede, jeweils 17%) .

Je höher das Haushaltseinkommen ist, desto höher ist auch der subjektiv empfundene Gesundheitszustand

Armutsbetroffene Menschen sind zudem großen sozialen und wirtschaftlichen Zwängen unterworfen, die ihre Lebensbedingungen verschlechtern und ihre individuelle Entscheidungsfreiheit beschränken. Dadurch haben sie weniger Chancen auf ein gesundes Leben.

Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit müssen an den „sozialen Determinanten“ der Gesundheit ansetzen - Francois van der Linde nennt für die sozialen Determinanten konkrete %Sätze : So hänge der Gesundheitszustand 10-15 % vom Gesundheitsversorgungssystem ab, 20% von Umwelt und Ökosystem (z.Bsp. Wohnbedingungen), 20-30% von genetischer Veranlagung, 40–50% von sozioökonomischen Bedingungen & Lebensstil (Kultur, Bildung, Wirtschaft, Ernährung).

Als „Risikogruppen“ bzw. von Armut betroffen sind vor allem zu nennen: Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche, Langzeitarbeitslose, ältere Frauen, Menschen mit geringer Bildung, Singles, Migrant/innen, Familien mit mehreren Kindern.

Das Armutsrisiko von Kindern und Jugendlichen liegt in Österreich bei 15% (= 264.000 Personen unter 19 Jahren), dies macht mehr als 1 Viertel (27%) aller armutsgefährdeten Personen in Österreich aus. Jeder 4. Armutsbedrohte in Österreich ist ein Kind oder ein/e Jugendliche!

„Armut muss mehr sein als eine Frage des Einkommens – Armut ist eine Verletzung der Menschenrechte (Irene Khan, Der Spiegel 27, 2010, S. 46)“

Wege zur Gesundheitlichen Chancengleichheit für armutsgefährdete Menschen – mögliche Anknüpfungspunkte:

- Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit müssen an den sozialen Determinanten der Gesundheit ansetzen und Rahmenbedingungen schaffen, die den Handlungsspielraum armutsbetroffener Menschen erweitern und die gesundheitlicher Chancengleichheit verbessern. (Definition „soziale Determinanten“ von Gesundheit sind die Bedingungen, in welchen die Menschen geboren werden, in welchen sie aufwachsen, leben und altern).
- Der Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit soll für alle Menschen FAIR und gerecht sein. Alle Menschen sollen die gleiche Möglichkeit haben, ihre Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten.
- Gesundheitsförderungsprojekte schaffen Gesundheitsbewusstsein (Health Awareness), mit einhergehender Orientierung an den Lebenswelten und Zielgruppen (Schule, Lehre, Arbeitsplatz, Senior/innen, Migrant/innen, Alleinerzieher/innen, benachteiligte Gruppen) (Statusbedingte Unterschiede schaffen Risikofaktoren; Arme Menschen gehen seltener zum Facharzt)
- Öffentlichkeitsarbeit mit Bewusstseinsbildung (Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung; Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und über seelische, geistige und soziale Faktoren, die Gesundheit beeinflussen)
- Ausbau der Kinder – und Jugendbetreuung in Bezug auf Armutsprävention, Sucht- und Suizidpräventionsstrategie, um zukünftige Lebens- und Teilhabechancen zu verbessern
- Gesunde Schule (Bewegung, Ernährung z.Bsp. gesunde Pause in der Schule, psychische Gesundheit, Sucht, Umwelt)
- Frauengesundheitsförderprogramme im Niedriglohnbereich
- Bildung ist der Schlüssel zu höheren Einkommen und damit besserer Chancen auf Gesundheit (Höhere Bildung schafft bessere Vorsorge und Sensibilisierung für das Thema Gesundheit)
- Gesundheitsförderungsprogramme am Arbeitsplatz „Friendly work space“
- Rollende Gesundheitsbusse touren durch Österreich (Bsp. Uniqua Versicherung)
- Stützung „Hilfe zur Selbsthilfe“ durch Hilfsorganisationen (Empowerment)
- Praxisbeispiele aus der Caritas Kärnten (...)

### **Hubert Löffler**

#### **Soziale Netzwerke und Armut**

Ich beginne mit 3 Beispielen aus unserem aktuellen Gesundheitsförderungsprojekt, die den Zusammenhang von Armut und sozialer Vernetzung beleuchten:

- Einer alleinerziehenden Mutter mit drei Kindern, die Mindestlohnempfängerin ist, wurde für ihr jüngstes 4-jähriges Kind die Teilnahme in einer Kindertanzgruppe ermöglicht. Erstmals eine Freizeitaktivität ohne Geschwister, das Zusammensein mit anderen gleichaltrigen Kindern und die Vernetzung der Mutter mit anderen Müttern: Kosten: 60,- €
- Eine Pensionistin besucht aus gesundheitlichen Gründen schon länger ein Fitnesscenter. In diesem Fitnesscenter hat sie ihre wichtigsten Freundschaftsbeziehungen. Aufgrund des Privatkonkurses kann sie sich diese Freizeitaktivität nicht mehr leisten. Ein 3-Monatsabo mit 190,- € wurde ihr bezahlt.

→ Einem alleinstehenden Langzeitarbeitslosen und Notstandhilfeempfänger, der wegen Unterhaltsrückständen unter das Existenzminimum exekutiert wird, blieb kaum noch etwas zum Leben. Einzige und wichtige Bezugsperson ist sein Bruder. Gemeinsam teilen sie das Hobby „Angeln“, welchem er nun aus finanziellen Gründen nicht mehr nachkommen kann. Es erfolgte eine Unterstützung mit 180,- € für die Fahr- und Angelkarte.

3 von 100 konkreten Beispielen aus unserem Projekt „trotz allem vernetzt“, in denen kleine finanzielle Unterstützungen ganz gezielt zur Förderung des sozialen Netzwerkes einzelner Menschen eingesetzt werden. Und das als Gesundheitsförderung von Menschen, die in Armut oder an der Armutsgrenze leben und dadurch nicht nur in ihrer physischen Existenz sondern noch viel mehr in ihrer sozialen Existenz gefährdet sind. Drei Beispiele, die auch zeigen, wie materielle Armut die soziale Armut nach sich ziehen kann.

Soziale Vernetzung ist ein wesentlicher Gesundheitsfaktor. Eine Metastudie<sup>2</sup>, in der 148 Gesundheitsförderungsstudien in Bezug auf den Einfluss der sozialen Vernetzung auf Krankheit und Sterblichkeit untersucht wurden, kam zu dem fast unglaublichen Schluss, der da heißt: Wenn Menschen 15 Zigaretten am Tag rauchen, sind diese Personen weniger gesundheitsgefährdet als Menschen, die nur ganz wenige soziale Kontakte haben. Ja sogar Übergewicht ist weniger mit Gesundheit korreliert als das Fehlen sozialer Integration.

Gemäß dem salutogenetischen Konzept von Antonovsky (1997)<sup>3</sup> birgt ein soziales Netz Raum für positive Interaktionen. Wer niemanden kennt, wird sich allein durchschlagen müssen und hat z.B. bei Stress weniger Chancen auf eine helfende Hand. Sozial Integrierte erkranken seltener und können ihren Stress besser verarbeiten. Wer hingegen bei kritischen Lebensereignissen wenig Unterstützung findet, der erkrankt in der Regel häufiger.

A. Klocke zeigt, dass Kinder und Jugendliche in deprivierten Soziallagen über deutlich weniger soziales Kapital verfügen als ihre Altersgleichen in höheren sozialen Lagen.<sup>4</sup>

Auch eine neue Veröffentlichung des Netzwerks europäischer Gesundheitsförderungsorganisationen „EuroHealthNet“ zeigt, dass durch soziale Integration gesundheitliche Ungleichheiten abgebaut werden.<sup>5</sup>

Ausführlich beschäftigt sich der Bericht der Weltgesundheitsorganisation Europa in<sup>6</sup> „Soziale Determinanten der Gesundheit – die Fakten“ mit diesem Thema. Dort wird z.B. über den empirisch gefundenen Zusammenhang zwischen dem Grad der sozialen Integration und dem Mortalitätsniveau in fünf prospektiven Studien berichtet.

---

2 <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000316>

3 Antonovsky, A. 1997. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.

4 Klocke, Andreas 2004: Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In: Jungbauer-Gans, Monika (Hg.): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Verlag Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

5 <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/infos/archiv/soziale-integration-fordert-gesundheit>

6 [http://www.armutskonferenz.at/WHO\\_sozaledeterminanten.pdf](http://www.armutskonferenz.at/WHO_sozaledeterminanten.pdf)

Wer arm ist, hat viele Dinge, die in unserer Gesellschaft üblich sind, nicht mehr: Hobbys, Weggehen und Urlaub werden zum Problem und die Scham wegen dieser Armut fördert den persönlichen Rückzug.

Nun wieder zurück zur Praxis unseres Projektes:

Die ca. 500 Teilnehmer/innen am Projekt „trotz allem vernetzt“ sind armutsgefährdet oder leben in Armut. Wir bekommen Zugang zu ihnen über die IfS-Schuldenberatung oder über die IfS-Familienarbeit mit Hilfe des Jugendamtes.

Kernstück unseres Projektes ist die Erstellung einer persönlichen Netzkarte: eine genaue Analyse der persönlichen Situation der Betroffenen. Es werden Lebensbereiche wie Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und Beruf abgefragt. Die Netzkarte zeigt dann, wo und wie die betroffene Person im Abseits steht und was mögliche Ursachen dafür sind. Und dann kann entweder individuell oder durch Teilnahme der Betroffenen in einem von sechs Modulen gezielt gegengesteuert werden.

Die gezielte finanzielle Unterstützung, zu der ich am Beginn 3 Beispiele brachte, ist eines dieser Module und heißt bei uns netz.pass.

Ein anderes Modul nennen wir das familien.netz: Wir bilden Gruppen mit etwa 5 bis 8 Familien, die zu 8 Nachmittagen in ihrer Region eingeladen werden. Diese Nachmittage werden von uns moderiert, es gibt teilweise Kinderbetreuung, einfache thematische Inputs oder Spiele und sie enden immer mit gemeinsamen Kochen und Abendessen. Nach diesen 8 Wochen kann die Gruppe selbstständig weitermachen. Und sie machen weiter, wenn sie eine minimale finanzielle Unterstützung von 50,- € pro Treffen erhalten. Alle bisher durchgeführten sechs Familiengruppen, die wir so gestalteteten, machen nun selbstständig weiter. Seit Monaten. Die Kontakte zu den anderen werden als sehr positiv erfahren.

Ein anderes Modul ist unser sog. gemeinde.netz: einzelne Projektmitarbeiter/innen stellen sich als Expert/innen für die Vereine und Aktivitäten in den 50 Gemeinden unserer Region zur Verfügung. Diese Expert/innen haben Kontakte zu den Vereinen und ihren Mitgliedern und stellen sich als Vermittler für unsere Teilnehmer/innen in diese sozialen Gruppierungen auf Gemeindeebene aber auch auf überregionaler Ebene zur Verfügung.

Unsere Erfahrungen in diesem Projekt zeigen: Armut und soziale Integration hängen eng zusammen und bilden eine belastende Spirale, die zu einer Kettenreaktion auch im gesundheitlichen Bereich führt.

Der Ansatz, die soziale Vernetzung auch trotz Armut aufrechtzuerhalten, erscheint daher vielversprechend.

„Trotz allem vernetzt“ – meint bei unserem Projekt vor allem – „Trotz Armut vernetzt“ – die Stigmatisierung durch den Begriff „Armut“ haben wir aber vermieden – daher: „trotz allem vernetzt“, also trotz der vielen widrigen Umstände, in denen sich von Armut betroffene Menschen befinden.



## Essen in der Konsumgesellschaft

### Stefan Kaulich

#### Essen im Schlaraffenland?

Brücke zwischen Überfluss und Mangel:

Jährlich werden in Wien rund 70.000 Tonnen Lebensmittel vernichtet. Zeitgleich weist Wien mit 17% der Bevölkerung das größte Armutsrisiko auf. Neben den geschätzten 800 permanent Obdachlosen nehmen über 7.100 Menschen zeitweise Obdachloseneinrichtungen in Anspruch. Die Wiener Tafel (WT) sammelt Lebensmittel und Hygieneartikel (Überproduktionen oder Lagerware vor Ablauf des Haltbarkeitsdatums) aus Industrie und Handel. Diese Warenspenden bringt sie umgehend zu anerkannten Sozialeinrichtungen, wo sie Bedürftige unentgeltlich erhalten (Wohnungslose, Flüchtlinge, sozial schwache Familien, usw.). Armut macht krank und einsam. Sie grenzt aus, entwürdigt den Menschen, schwächt ihn und die Gesellschaft. Nur Sozialeinrichtungen, die begleitende Maßnahmen zur Armutsbekämpfung anbieten, werden von der WT beliefert: Da Almosengabe niemanden aus der Armut befreit, setzt die WT seit nunmehr 12 Jahren auf die enge Zusammenarbeit mit professionellen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen. Hier wird mit den Armutsbetroffenen an einer Verbesserung ihrer Lebenssituation gearbeitet. Die WT unterstützt über 12.000 Bedürftige in über 80 sozialen Einrichtungen im Großraum Wien.

Die Tafeln liefern Gesundheit.

Die WT übernimmt keine Produkte, von denen nachgewiesener Weise gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgehen (diverse Suchtmittel, wie alkohol- und nikotinhaltige Artikel, usw.). Die WT übernimmt aus gesundheitsrechtlichen und ethischen Gründen ausschließlich ansehnliche, nicht abgelaufene, unverdorbene und (noch) genießbare Lebensmittel.

In Österreich muss (Gott sei Dank) niemand verhungern. Aber wer täglich „von der Hand in den Mund“ lebt, kann sich nicht um gesunde Lebensweise kümmern. Die Lieferungen der WT helfen den Sozialeinrichtungen, gesunde, ausgewogene Nahrung anzubieten. Neben Obst, Gemüse, Milchprodukten und Brot bereiten auch gelegentliche Zugaben von Backwaren und Schokolade eine nicht alltägliche Freude.

Oft unterschätzt wird das Problem der Armutsbetroffenen, die nötigen Hygieneartikel zu beschaffen. Die WT bemüht sich, diesem Umstand Rechnung zu tragen. Warenspenden sind bei diesen Produkten leider viel seltener (z.B. Zahnpasta od. Windeln haben kein Ablaufdatum), sie bilden daher einen Schwerpunkt der Warenakquise.

Nicht zuletzt bietet die ehrenamtliche Arbeit bei der WT vielen Menschen eine sinnvolle Tätigkeit. Vier Liefer-Teams sind täglich mit Lieferwagen voll Kisten unterwegs. Eine verantwortungsvolle Beschäftigung mit einem gewissen Maß an körperlicher Anstrengung, bekanntlich besonders wichtig zur Erhaltung auch der eigenen Gesundheit!

## **Franz Floss**

### **Konsument/innen – Täuschung? Konsument/innen – Schutz?**

Lebensmittel sind sicherer als je zuvor. Das Lebensmittelangebot wächst rasant und sie werden mit vielfachen Zusatznutzen (Gesundheit); Herkunftsangaben (Region) und Produktionsweisen (Bio, Fair Trade) beworben. Die idyllischen bunten Wiesen und die sprechenden Schweine bewerben das Bild der heilen Welt. Doch nur zu oft werden die Verbraucher in die Irre geführt:

Schöne Früchte am Etikett und nur Aromastoffe drinnen, Rot-Weiß-Rote Fähnchen und Rohstoffe aus dem Ausland, „Light“ Produkte mit reduziertem Fettanteil und so viel Zucker dass sie kaum kalorienreduziert sind.

Mehr als 100 „Gütezeichen“, eigentlich „Lobende Auszeichnungen“ stellen einen Gütezeichenschungel für die Konsumenten dar.

Informationen über gesunde Ernährung dürfen in keinem Magazin, in keiner Zeitschrift und auch in den elektronischen Medien fehlen. Gleichzeitig gibt es immer mehr übergewichtige und auch adipöse Kinder und Erwachsene. Eine objektive, faktenbasierte Information fehlt. Das Ergebnis: immer weniger Konsumenten trauen den Verpackungsangaben und suchen Rat beim Verein für Konsumentinformation.

## **Rosemarie Zehetgruber**

### **Chancengleichheit beim Essen? Gedanken aus dem Projektalltag**

Essen ist mehr als Nährstoffaufnahme. Essen ist ein Kultur- und Alltagsthema. Es geht um Identität, Gemeinschaft und Abgrenzung, Lebensfreude und Genuss. Beim Essverhalten spielen viele kulturelle, soziale, emotionale, persönliche und praktische Faktoren eine entscheidende Rolle. Wer isst schon, um sich gesund zu erhalten? Unsere Zeit verlangt den Menschen bei der Bewältigung des Essalltags einiges Knowhow ab. Dieses wird in der Familie, in der Schule meist nicht adäquat vermittelt, und zwar insbesondere in sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen.

Selbstbestimmt zu essen bedingt aber ein Bündel an Kompetenzen, wie etwa Entscheidungskompetenzen beim Umgang mit dem Überangebot, mit Kampagnen und Erlebnisofferten, Kompetenzen in der Zubereitung von Mahlzeiten, Reflektieren der Einflüsse auf das eigenen Essverhaltens etc.

Verhältnispräventive Maßnahmen im Setting Schule erreichen Kinder (und ihre Eltern), unabhängig von ihrem sozialen Kontext und über Jahre hinweg. Der Zugang zu benachteiligten Gruppen wird in nicht diskriminierender Weise ermöglicht. Gesundheitsschädigende Ernährungsweisen treten bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischem Status gehäuft auf. Ob eine gesunde Ernährung umgesetzt wird, hängt stark davon ab, ob sie

schmeckt. Was als wohlschmeckend empfunden wird, ist kulturell geprägt und individuell unterschiedlich. Vorbildwirkung von Kontaktpersonen (Eltern, PädagogInnen, peer group) und das Kennenlernen von verschiedenen Geschmackseindrücken in der Kindheit wirken sich positiv auf die Entwicklung von Geschmacksvorlieben aus. Ein Haupteinflussfaktor für das Essverhalten ist die Verfügbarkeit. Oder anders ausgedrückt: was im Alltag (zu Hause, in der Schule,..) ständig vor Augen ist, erscheint positiver, ansprechender und wird – wenn es Lebensmittel oder Speisen sind – dann auch lieber und öfter verzehrt.

In der Psychologie ist dieses Phänomen als „Mere-Exposure-Effekt“ bekannt. Gewohnheit prägt also die Geschmacksvorlieben. Daher ist es besonders entscheidend, was Schüler/innen tagtäglich essen und trinken. Im Sinne der Gesundheitsförderung profitierten Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status besonders an verhältnispräventiven Maßnahmen wie z.B. der Einführung eines kostenlosen Schulfruchtprogrammes oder klaren Vorgaben für die Schulverpflegung. Dies hilft Kosten für die Behandlung von ernährungsmitbedingten Krankheiten zu vermindern und verbessert die Chancengleichheit.

Eine in Norwegen angestellte Modellrechnung zeigt, dass sich die Investitionen in Schulfruchtprogramme gesundheitsökonomisch bereits amortisieren, wenn nur 10% der Kinder dauerhaft täglich 25 g mehr Obst und Gemüse essen. (Kaiser, Schönberger, 2009)

### **Petra Lehner**

#### **Politik schützt Bevölkerungsgesundheit**

Politik ist die Summe aller Prozesse, Praktiken und Inhalte zur Einrichtung und Steuerung von Staat und Gesellschaft. Gestützt auf ausgewogene Entscheidungen (Abwägung individueller, kollektiver und wirtschaftlicher Schutzgüter, Rechte und Interessen) schafft sie Rahmenbedingungen für gerechte Teilhabe, Entscheidungsautonomie, ausreichend Schutz und Sicherheit und folgt gesellschaftliche Werte widerspiegelnden Zielen.

„Die Politik“ ist kein homogener Körper, sie umfasst mehrere Ebenen (EU, Bund, Land, Kommune) und Dimensionen, verschiedene Player und persönliche Haltungen der jeweiligen Gestalter/innen, die wir bei Wahlen auswählen. Der nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e) beschreibt erstmals Ernährungsziele für Österreich. Die gesündere Wahl soll für alle die leichtere werden, das ist nationaler Konsens. Gelingen soll dies durch Kombination verschiedener Steuerungsinstrumente (ordnungspolitisch, ökonomisch, vertraglich, informationsgestützt) sowie Multi-Task- (Health in all Policies) und Multi-Level-Governance (lokal bis global).

Machbarkeit, Akzeptanz, Kontinuität und Korrekturmöglichkeiten von Fehlentscheidungen bestimmen die Wirksamkeit. Bisher überwogen Kostenfragen, damit informationsgestützte Maßnahmen (kostengünstig, konfliktarm dh kaum politische Kosten). Alleine sind sie allerdings unwirksam. Der NAP.e schafft Transparenz und wird im Sinne der Wirksamkeit eine Balance der Maßnahmen bringen.

## Hilde Wolf

### Konsumverhalten von Migrant/innen

Etwa 1,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund leben aktuell in Österreich und stellen damit einen Bevölkerungsanteil von etwa 20% (Statistik Austria, 2012). Neben der Zuwanderung aus EU-Ländern sind dabei die Nachfolgeländer des ehemaligen Jugoslawiens sowie die Türkei zahlenmäßig relevant.

Dennoch sind Konsum- und Ernährungsgewohnheiten von Migrant/innen wenig bekannt. Essen und Trinken sind spezifische Verhaltensweisen, die - eingebettet in familiäre und kulturelle Strukturen - besonders identitätsstiftend wirken. Gleiche Küche und gleiche Vorlieben und Geschmäcker können Menschen über Zugehörigkeiten aneinander binden bzw. fremde oder unbekannte Speisen auch soziale Schranken aufbauen. An Nahrungsmittel werden Vorstellungen geknüpft, die als soziale Zeichen zu verstehen sind. Religiöse Deutungssysteme und Festsetzungen schreiben darüber hinaus Nahrung Sinn zu und prägen Essgewohnheiten und Ernährungsstile.

Traditionelle Ernährungsgewohnheiten basieren häufig auf einer gesunden, empfehlenswerten Ernährungsweise, man denke beispielsweise an die mediterrane Küche. Studien weisen allerdings nach, dass durch den Rückgang der tradierten Lebens- und Ernährungsweise und eine Übernahme der Ernährungsgewohnheiten der „Aufnahmegesellschaften“ die Prävalenz von ernährungsbedingten Krankheiten bei Migrantinnen und Migranten ansteigt.

Um zielgruppenorientierte Gesundheitsförderungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen, sind Informationen über Ernährungs- und Konsumverhalten essentiell. Im Institut für Frauen- und Männergesundheit werden seit vielen Jahren Projekte mit kultursensiblen Zugang durchgeführt, insbesondere im Kontext von Lebensstil und Adipositas. Dabei wurden Praxiserfahrungen und Daten gewonnen im Hinblick auf das Ernährungs- und Konsumverhalten von Migrantinnen und Migranten. Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden im Rahmen des Workshops präsentiert.

Quellen:

Schmid, B. (2003). Ernährung und Migration: Empirische Untersuchungen zum Ernährungsverhalten italienischer, griechischer und türkischer Migrantinnen in Deutschland. Herbert Utz Verlag: München.

Statistik Austria (2012). migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2012. Wien.

Statistik Austria (2008). Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.

Winkler, G. (2003). Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Ernährungs-Umschau 50, Heft 5, 170-175.

## Sozialräume in der Konsumgesellschaft

**Rita Mayrhofer**

### Spielräume im öffentlichen Bereich

Überall im deutschsprachigen Raum werden seit einigen Jahren sogenannte Generationenparks errichtet. Es gibt inzwischen eine Fülle von Anbietern und Geräten, die auf junge Erwachsene, Middle Ageds und speziell auf Menschen über 50 Jahren zugeschnitten sind. Das Angebot, in öffentlichen Parkanlagen zu trainieren, ist vielfältig und attraktiv. Aber das Konzept geht nicht auf: Studien (Beobachtungen) zeigen, fast alle dieser Geräte werden überwiegend von Kindern und Jugendlichen, etwas von Erwachsenen und gar nicht von Menschen der älteren Generationen benutzt.

Was läuft hier schief?

Obwohl die Angebote teilweise speziell auf ältere Erwachsene abgestimmt und intensiv beworben wurden, nutzen diese Zielgruppen das Angebot nicht - weder allein, noch mit jüngeren Menschen gemeinsam. Es ist allgemein unbestritten, dass Bewegung ein Schlüsselfaktor zu einem gesunden Altern darstellt. In fast jedem Magazin sind dahingehende Hinweise und Anregungen zu finden und obwohl Gesundheit bei diesen Altersgruppen eine große Rolle spielt, können Sie die Bewegungsgeräte offensichtlich nicht für sich in Anspruch nehmen. Das Bemühen von Kommunen, Politiker/innen, Planer/innen und Parkbetreuer/innen auch Menschen über 50 mit diesem kostenfreien und allgemein zugänglichen Angebot zu mehr Bewegung anzuregen, schlägt bisher in Deutschland und Österreich fehl.

Gemma raus!

Zwischen 2009 und 2011 haben Sportwissenschaftlerinnen und Landschaftsplanerinnen in Wien gemeinsam in einem Forschungs- und Aktivierungsprojekt untersucht, wer die Bewegungsgeräte in fünf Parkanlagen nutzt und wie das Angebot für die Zielgruppe 60+ attraktiver gestaltet werden kann. Das Projekt mit dem Namen Gemma raus! GESundheitsfördernde MitMachAktionen für ältere FRAUen und Männer in BewegungsparkS wurde gefördert aus Mitteln des Fonds Gesundes Österreich, des Österreichischen Sportministeriums und der Stadt Wien. Beobachtungen, Focusgruppen, Bewegungsanleitungen und Multiplikator/innen-ausbildungen zeigten sehr deutlich, dass es für viele Menschen der älteren Generationen einige Hemmschwellen zu überwinden gilt, diese neuen Angebote zu nutzen.

Die Hemmnisse

Anders als im asiatischen Raum gibt es in Österreich keine Tradition der Bewegung Erwachsener in öffentlichen städtischen Parkanlagen. Also gilt es erst mal eine gewisse Scheu zu überwinden. Erst in den 1990er Jahren wurde in Wien das Verbot zum Betreten der Rasenflächen offiziell aufgehoben. Junge Menschen setzten sich seit vielen Jahren über diese Regel hinweg, ältere Menschen hingegen waren bislang eher damit beschäftigt, diese Regel einzufordern. Auch die in den Köpfen wirksamen Bilder von älteren Menschen auf der Parkbank scheinen eine offene, neugierige Haltung zu neuen Angeboten zu blockieren. Anders als Kinder, die sich experimentierfreudig und bewegungshungrig auf alle benutzbaren Geräte stürzen, betrachten sie diese Angebote skeptisch und viele von uns Befragten kamen gar

nicht auf die Idee, dass diese Geräte auch für sie sein könnten. Groß ist auch die Angst sich öffentlich lächerlich zu machen, wenn Mann oder Frau verschwitzt oder ungelenkt auf einem Gerät werkt. Und die Angst ist umso größer, je mehr Kinder und Jugendliche in der Nähe sind, die so viel geschickter und schneller wirken.

#### Generationenübergreifendes Spielen

Die Beobachtungen über zwei Jahre zeigten, dass sobald sich Kinder nähern, Erwachsene die Geräte verlassen oder gar nicht hingehen. Kinder nehmen alles, was in einem Park wie ein Gerät aussieht selbstverständlich für sich in Anspruch, dieses Selbstverständnis haben ältere Menschen derzeit nicht. Auch wenn der Wunsch aller nach gemeinsamen Aktivitäten groß ist und generationenübergreifender Dialog ein wichtiger Schlüssel für ein friedliches Miteinander ist, lässt es sich so nicht erzwingen. Die derzeitige Kluft zwischen den Generationen scheint zu groß, als dass sie heute in den Parkanlagen im gemeinsamen Tun ohne Moderation überwunden werden kann. Auch der Begriff „Spielen“ macht die Sache nicht leichter, viele Menschen der älteren Generationen haben hier eine große Scheu und wollen nicht als kindisch oder senil gelten. Der Name Generationenspielplatz wird daher rundweg abgelehnt. Und wenn tatsächlich Großeltern mit Enkelkindern den Generationenpark besuchen, dann sind sie in der Rolle der Betreuungsperson und unterbrechen eigen Aktivitäten sofort, wenn die Kinder ihre Hilfe brauchen oder das Interesse verlieren. Ein eigenes Trainieren ist so nicht möglich. Was die Teilnehmer/innen unserer offenen Bewegungsanleitungen im Park jedoch sehr genossen haben, war der Kontakt und die Gespräche mit den jungen Trainer/innen. Hier hat generationenübergreifendes gemeinsames Tun funktioniert.

#### Ausblick in die Zukunft

Grundsätzlich trifft dieses Angebot auf eine wachsende Nachfrage, zeigen doch internationale Studien zur Bewegungsaktivität älterer Menschen, dass die derzeitige Generation 60+ sich vorwiegend in selbstorganisierter Form und am liebsten im Freien bewegt. Der Bedarf ist gegeben. Aber momentan brauchen die Bewegungsangebote noch eine spezifischere, an den Ort und seine Nutzer/innen angepasste Planung sowie begleitende Maßnahmen. Kurz gesagt: ein sauberes WC, ein Trinkbrunnen, etwas Schatten und angenehme Tische und Bänke gehören zu einem attraktiven Umfeld und verhindern den Ausschluss von Menschen, die auf diese Ausstattung angewiesen sind. Die Anleitungen in einer offenen Gruppe zu einer bestimmten Zeit mit geschulten Trainer/innen wurden in Wien sehr gerne angenommen und haben viele der genannten Barrieren abbauen können. Leichte Aufwärmübungen und gemeinsame Spiele, eine kompetente Antwort auf die Frage „kann ich mit meiner operierten Hüfte auf diesen Air-Walker“ und gemeinsames Lachen über die Bemerkung eines Hortkinde am Pedalo „schaut, jetzt will die Alte fahren“, machen vieles möglich, was Mann oder Frau alleine nicht einmal ausprobieren möchte.

#### Quelle:

Diketmüller, R., Kolb, B., Mayrhofer, R. & Staller, S. (2010). Projekt „Gemma raus!“. Online unter: <http://gemmaraus.univie.ac.at>

## **Manuela Brandstetter**

### **Gemeinwesenarbeit im ländlichen Raum**

In Referat geht es um die vom Ilse Arlt Institut der Fachhochschule St.Pölten verantwortete Bedarfsanalyse sowie die darauf bezugnehmenden gemeinwesensspezifischen Interventionen in einer Kleinstadt des nördlichen Waldviertels zwischen 2010 -2012, welche vom FGÖ mit-finanziert wurden.

Als typische Abwanderungsgemeinde sei man in der nördlichen Kleinstadt Niederösterreichs mit einem gegenwärtigen Bevölkerungsstand von 4.185 Einwohner/innen (Statistik Austria 2010), aufgrund der Sorge um die bis zu 50 von Armut betroffenen Familien überfordert, so die Auftraggeber/innen des Projekts. Zuzug in die Gemeinde sei insgesamt gering und wenn er erfolge, dann handle es sich in der Regel um „sozial schwache und armutsgefährdete Familien“ und so genannte „Hartz IV-Familien“, die zuwandern. Die Migration in die Gemeinde werde verursacht durch die Sogwirkung des vergleichsweise billigen Wohnraums, was die erste Problemdefinition eines lokalen Projektteams bildete, das als Auftraggeber für die Studie fungierte. Die Kinder von „gefährdeten Familien“ erkenne man an ihrer äußerlich sichtbaren, schlechten gesundheitlichen Verfassung und an den offensichtlichen Mängeln in der Versorgung.

In Anlehnung an jüngere Theorien zur Gesundheitsförderung geht es aber bei „Gesundheit“ um die Verwirklichung einer gesundheitsorientierten Lebenspraxis in einem durchaus sozialpolitisch zu verstehendem Zugang (bspw. Frieden, angemessene Lebensbedingungen, Bildung und Soziale Gerechtigkeit) zum Thema „Gesundheit“. (vgl. dazu Sting 2002:419, Hurrelmann 2007)

Gesundheit bedeutet also ein durchaus im biographischen Sinne realisiertes Kohärenzgefühl, worunter man eine „Orientierung versteht, die in einem Gefühl der Übereinstimmung dahingehend lebt, sich selbst und die Welt als begreif- und handhabbar zu erleben“. (vgl. Antonovsky 1997:36) Es bezeichnet ein „Gefühl der Übereinstimmung und des Vertrauens darauf, dass die umgebende Welt verstehbar, die daraus erwachsenden Anforderungen handhabbar und die zu deren Bearbeitung notwendigen Anstrengungen bedeutende Herausforderungen sind, für die es sich zu engagieren lohnt.“ (ebd.)

Im Zuge der gemeinwesensspezifischen Begleitung, die über die Durchführung der beauftragten Bedarfsanalyse hinausging, galt es in diesem Sinne als handlungsleitend, die genannten auch in der Ottawa-Charta festgeschriebenen Ziele der Gesundheitsförderung in der Kleinstadt zu propagieren. Die in der Kleinstadt verbreitete Ideologisierung von Gesundheit trug – so Bedarfsanalyse – „zur Stigmatisierung jener bei, deren Chancen, dem Gesundheitsideal zu entsprechen, am geringsten sind.“ (vgl. Sting 2002:422).

Insbesondere der Vermittlung einer gesundheitsbezogenen Erziehung von Kindern und Jugendlichen kam in der genannten Kleinstadt eine große Bedeutung zu. So galt es, jene verhaltensbezogene Aktivitäten bzw. solche Tendenzen aus dem pädagogischen Spektrum auszusparen, welche die „Fitness“ als Ausdruck einer „diffus-universellen Leistungsbereitschaft“ (vgl. Sting 2002:416) fokussierten. All jene Zielsetzungen, welche aber das subjektive Gefühl

der Zufriedenheit aller Kinder und Jugendliche mit der eigenen Gesundheit reduzieren sowie die Gefahr des Scheiterns an den Anforderungen gesundheitsbezogenen Handelns erhöhen, sollten unspezifischen, bevölkerungs- und gemeinwesenbezogenen Maßnahmen weichen.

Mit anderen Worten und vor einem anderen theoretischen Bezugsrahmen gestellt: was in der politikwissenschaftlichen Forschung als „dunkle Seite des Sozialkapitals“ (vgl. Putnam 2000) zusammengefasst wird, offenbarte sich in der untersuchten Kleinstadt an der Debatte um die Zugezogenen. Diese Metapher bezeichnet die Kehrseite der Integrationsleistung, welche mit einer engen Schließung der Community einhergehen kann. Communities mit einem hohen Anteil an bonding capital zeichnen sich in der Regel durch soziale Verkarstung, mangelnde Flexibilität und hohem Konformitätsdruck (soziale Kontrolle) auf die Individuen aus (vgl. Vogt 2005:154). Intensiven Vertrauensverhältnisse stehen dann in der Regel hohe Kosten auf Seiten der restlichen Gesellschaft gegenüber. Ob und inwieweit im Fall der untersuchten Kleinstadt dieses soziale Kapital als Konformitätsdruck vorliegt und Zugezogene als „Aussteiger-Typen“ klassifiziert, konnte aber in der gegenständlichen Studie nicht restlos geklärt werden.

Zusammenfassend: der Bedarfsanalyse waren die Bedürfnisse von so genannten „sozial schwachen“ und vornehmlich zugezogenen Familien in der Gemeinde erhoben worden; in der Phase der formativen Evaluierung wurde die Hilfe-Arbeit in Gestalt befähigender Unterstützungsmaßnahmen jenseits der Kontrollidktion von Arbeitsmarkt und Jugendamt für die genannte Zielgruppe entwickelt. Letzterer Prozess wurde in Moderation und Umsetzung begleitet und bildet den Fokus des gegenständlichen Referats. Punktuelle Einblicke in die Bedarfsanalyse, in den Prozess der Hilfe-Arbeit sowie in die Neu-Konzeption von Gemeinde-Arbeit und Beteiligungsverfahren für Bürger/innen werden zur Diskussion gestellt. Eine knappe Anbindung an den deutschsprachigen Fachdiskurs zur Helfeforschung im ländlichen Raum erfolgt; der Forschungsbedarf wird hier als steigend ausgewiesen.

#### Literatur- und Quellenverzeichnis

Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco.

Hurrelmann, K. (2007): *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung.* 9. Weinheim und München: Juventa. aktualisierte Auflage.

Putnam, R. (2000): *Bowling alone: The collapse and the revival of American community.* New York.

Sting, S. (2002): *Gesundheit.* In: Schröer, Wolfgang; Struck, Norbert; Wolff, Mechthild (Hg.): *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe.* Weinheim und München: Juventa. 413 – 427

Vogt, L. (2005): *Das Kapital der Bürger. Theorie und Praxis zivilgesellschaftlichen Engagements.* Frankfurt am Main



## **Inge Zelinka-Roitner**

### **Gesundheitsförderung im Stadtteil**

Das SMZ Liebenau betreibt seit beinahe 30 Jahren Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil. Der Arbeitsschwerpunkt liegt dabei auf der Einbeziehung vulnerabler Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit niedrigem Einkommen und/ oder Menschen mit Migrationshintergrund. Drei Jahre lang setzten wir mit dem FGÖ-Projekt „sta.ges“ einen besonderen Akzent in Richtung soziale Netzwerkbildung in zwei benachteiligten Grazer Stadtteilen: Grünanger und Schönausiedlung. Das Setting ist durch einen überproportional hohen Anteil an Gemeindefrauen gekennzeichnet, der Anteil der Alleinerzieherinnen ist um mehr als 10% höher als im Grazer Schnitt, und 42,4% der Menschen im Projektgebiet verfügen lediglich über einen Pflichtschulabschluss.

Die Förderung individueller Verhaltensprävention ist in solchen Gebieten wenig zielführend. Unser Ansatz in der Gesundheitsförderung konzentriert sich demnach darauf, die Menschen miteinander zu vernetzen, ihnen Multiplikator/innen an die Seite zu stellen und mit ihnen gemeinsam konkrete Teilprojekte zu planen und durchzuführen. Einige Ergebnisse dieser erfolgreichen Gesundheitsförderung mit vulnerablen Gruppen sollen im Rahmen des Workshops präsentiert werden.

## **Richard Oswald**

### **Die Freizeitwelt als Lebensraum**

Willkommen am Dritten Ort

Die eigenen vier Wände, unsere Wohnung, das Haus, sind der „Erste Ort“ an dem wir uns wohl fühlen. Die Gestaltung und individuelle Einrichtung ist Ausdruck unseres Ich. Zu Hause fühlen wir uns geborgen und sicher. In den sechziger Jahren entdeckte man in Amerika wie wichtig es ist, auch den Arbeitsplatz ästhetisch zu gestalten. Die Mitarbeiter wurden weniger oft krank, waren motivierter und identifizierten sich stärker mit dem Unternehmen. Der Arbeitsplatz wurde zum inszenierten Lebensraum und zum „Zweiten Ort“. In den achtziger Jahren wurde auch der öffentliche Raum zunehmend erlebnisorientierter. Die Menschen verbrachten ihre Freizeit nicht mehr ausschließlich an klassischen Orten der Unterhaltung wie Kino oder Fußballplatz sondern auch bei sogenannten Events, in der Erlebnisgastronomie und Einkaufszentren. Diese Orte, an denen man sich vorübergehend wie zu Hause fühlt und die emotional so stark sind, dass sie ihren Besuchern die Möglichkeit geben, sich selbst emotional aufzuladen nennt Dr. Mikunda „Dritte Orte“.<sup>7</sup>

ATRIO – das erste thematisierte Shopping Center Österreichs

Ich verbinde Ihre Augen, fliege mit Ihnen in irgendeine mittelgroße europäische Stadt und führe Sie dort in ein Shopping Center. Wenn ich Ihnen dann die Augenbinde abnehme, werden Sie Mühe haben, das Land in dem wir uns befinden, zu erkennen. Warum?

---

7

Dr. Christian Mikunda, Marketing spüren, 2002 ebenda

Weil die meisten Shopping Center irgendwie gleich aussehen und in Zeiten der Globalisierung überall die gleichen Handelsketten auftreten. Ein H&M, Zara, Esprit, Vero Moda und wie sie alle heißen, sind überall anzutreffen und lassen eine Lokalisierung des Standortes nicht zu. Da müssen Sie schon ein Café oder Restaurant aufsuchen um aufgrund der Sprache des Personals auf die Nationalität des Shopping Centers schließen zu können.

Diese Tatsache erfordert für Shopping Center neue Ideen und Konzepte. Eine Innovation in diesem Bereich ist das „Thematisierte Shopping Center“. Das Shopping Center wird in diesem Fall nicht allein durch seinen Standort, Erreichbarkeit, Größe und Branchenmix definiert, bzw. charakterisiert sondern wird von einem generellen Thema „überlagert“.

Das ATRIO ist das erste thematisierte Shopping Center Österreichs. Am Autobahnknoten südlich von Villach, in unmittelbarer Grenznähe zu Italien und Slowenien, liegt das Thema „senza confini“ (ohne Grenzen / grenzenlos) sprichwörtlich auf der Hand. Dieses Thema ist für die Menschen der gesamten Region nachvollziehbar und authentisch.

Senza Confini wird im ATRIO auf vielfältige Weise gelebt. Die drei Sprachen der Region findet man bei der Begrüßung und Verabschiedung bei den Ein- und Ausfahrten zu und von den Parkplätzen, in der Warteschleife der Telefonanlage, auf der Homepage, in fast allen Drucksorten des Marketings, an den Informatoren in der Mall und selbstverständlich kann man sich an der Center Information in allen drei Sprachen informieren lassen.

Zur besseren Orientierung besitzt das ATRIO eine vertikale Farbcodierung, die auf den Parkplätzen im Untergeschoss beginnt und über die Liftkerne auf den Parkplätzen am Dach endet. Die Farben, Rot für Kärnten, Grün für Italien und Blau für Slowenien, sind den jeweiligen nationalen Flaggen entnommen und symbolisieren auf ihre Art den Gedanken senza confini. Die meisten Veranstaltungen und Events stehen ebenfalls unter dem Motto „ohne Grenzen“. Ein senza confini Bauernmarkt mit Spezialitäten aus der Region, ein jährliches, großes senza confini Fest, ein grenzüberschreitendes Schachturnier und vieles mehr machen diese Philosophie erlebbar.

Die konsequente Umsetzung der Thematisierung erzeugt für den Kunden Mehrwert in Form von Informationen und Begegnungen aus der Alpen-Adria-Region, Wohlfühlen und Einzigartigkeit. Aspekte, die Einkaufsverhalten und Kaufentscheidungen immer stärker beeinflussen und somit zum nachhaltig, wirtschaftlichen Erfolg beitragen. Das ATRIO hat seit der Eröffnung im Jahr 2007 insgesamt 9 nationale und internationale Auszeichnungen erhalten. Darunter auch den „Best-of-the-Best Award for Sustainable Design“ der ICSC (International Council of Shopping Centers) und somit den Titel „Nachhaltigstes Shopping Center der Welt“. Das ATRIO wird von SES Spar European Shopping Centers GmbH gemanagt. SES ist ein Unternehmen der SPAR-Österreich-Gruppe.

ATRIO Kunden und Mitarbeiter haben`s besser  
Regelmäßige Marktforschungsstudien weisen für das ATRIO einen sehr hohen Sympathiewert und angenehme Atmosphäre aus. In der Studie von 2012 bezeichnen sich 80% der Befragten als Stammkunden.

Dieser hohe Grad an subjektivem Wohlbefinden liegt in vielerlei Tatsachen begründet. Angenehmes Raumklima und viel Tageslicht sind ein nicht zu unterschätzender Faktor. Der LOB-Award (Lebensraum ohne Barrieren) 2011, verliehen vom Gleichstellungsbeirat der Stadt Klagenfurt bescheinigt dem ATRIO ein hohes Maß an Barrierefreiheit. Der kostenlose Verleih von Rollstühlen, Gehilfen und Kinderbuggys sind ein selbstverständliches Service der ersten Stunde. Der Gratis-Apfel an der Kunden-Information, die jährlichen Lebensenergietage und diverse Gesundheitskampagnen öffentlicher Institutionen bieten den Kunden das ganze Jahr über Mehrwert in punkto „gesünder leben“.

Die Mitarbeiter-Vorteilskarte bietet neben vielen finanziellen Vorteilen der hauseigenen und externen Partner auch Kursangebote wie „Flamenco-Tanz“ und „Rückenfit“. Im Jahr 2013 sollen Lauftreffs und Vorträge über gesunde Ernährung dieses spezielle Angebot weiter ergänzen.

Die Arbeitsplätze der Mitarbeiter im Center-Management werden regelmäßig von Arbeitsmedizinern evaluiert. In Zusammenarbeit mit der AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) werden Präventivmaßnahmen besprochen, individuelle Hilfestellungen angeboten und Schulungen durchgeführt.

Das ATRIO ist in vielen Belangen ein „etwas anderes Einkaufszentrum“, auch in Hinblick auf Mitarbeitervorsorge, Prävention und Aufklärung und ist dadurch auch ein „Dritter Ort“.

## **Resümee und Handlungsempfehlungen für die weitere Arbeit in der Gesundheitsförderung**

### **Handlungsempfehlungen für Strukturelle Ansätze**

- Integrierte Sozial- und Gesundheitszentren aufbauen
- Kooperation mit Wohnbaugenossenschaften und Hausverwaltungen
- Nachbarschaften initiieren
- Gemeinwesen und Gemeinden einbeziehen
- Partnerschaften für Nachhaltigkeit
- Bestehende Treffpunkte, wie Bahnhöfe, Einkaufszentren, Parks, etc. nützen
- Fördertöpfe aus anderen Bereichen (nicht Gesundheit) nützen
- Verständnis für Gesundheit und Gesundheitsförderung in anderen Sektoren schaffen

### **Interventionen**

- Die richtige Sprache wählen und auf Menschen gezielt zugehen, Botschaften verständlich machen
- Angebote für die Allgemeinbevölkerung sollen alle erreichen
- Armutsgefährdete und Armutsbetroffene nicht stigmatisieren, sondern „mit nehmen“
- Auf Partizipation achten
- Realistische Ziele, in kleinen Schritten vorgehen

## Strategien

- Gemeinsames Schulfrühstück, gratis Obst und Gemüse für Kinder in Schulen
- Mindeststandards für Gemeinschaftsverpflegung umsetzen
- Verfügbarkeit von Möglichkeiten
- Wissen um Lebensmittel erhöhen und verständliche Info auf Verpackungen (ev. farbliche Kennzeichnung, Health claims,...)
- Gemeinwesenentwicklung (Empowerment, Anwaltschaft,...)

Was funktioniert bislang in Gesundheitsförderungsprojekten?

- Gemeinsames Gärtnern
- Schulfruchtprogramme (erreichen auch sozial Benachteiligte Kinder in Schulen)
- Feste und Großgruppenmoderation (bringen viele Zielgruppen zusammen, ohne eine bestimmte Zielgruppe zu stigmatisieren)
- Schaffung von Beziehungsangeboten an Orten, wo sich die zu erreichenden Zielgruppen aufhalten (Einkaufszentrum, Cafés und anderen Lokalen, Kinocenter, ...)
- Vernetzung (Bsp. Netzkarte im Projekt Trotz allem vernetzt)
- Aufsuchende Hilfe für bestimmte Zielgruppen

## Workshop

### Auf gesunde Nachbarschaft

Mit der Ottawa-Charta von 1986 verortet die Weltgesundheitsorganisation WHO Gesundheitsförderung richtungsweisend im sozialen Kontext. Gesundheit und Gesundheitsförderung sind demzufolge nicht einfach nur Sache bzw. Zustand des/der Einzelnen, sondern ein Potenzial, das in der Interaktion mit anderen Menschen immer wieder neu verwirklicht wird.

Von der Ottawa-Charta abgeleitet ist auch das Prinzip, Gesundheitsförderung in Settings anzusiedeln. Ein Setting, das lange Zeit wenig beachtet wurde, ist das der Nachbarschaft. Nachbarschaft bedeutet Wohn- und Siedlungsnähe und daraus resultierende soziale Beziehungen. Die Besonderheiten dieses Settings bestehen in der andauernden räumlichen Nähe der Akteure und Akteurinnen, deren Heterogenität und dem informellen Charakter. Nachbarschaft ist ein relativ schwach regulierter Bereich mit wenigen formalen Eingriffen von außen. Nachbarschaft wird von den Nachbarinnen und Nachbarn weitgehend selbst gestaltet.

Wie wirken sich nun unterstützende Nachbarschaften auf unsere Gesundheit aus? Die wissenschaftlichen Befunde zu diesem Thema sind derzeit noch recht dünn gesät. Der Zusammenhang zwischen funktionierenden Nachbarschaften und Gesundheit wurde bislang wenig untersucht. Es lassen sich allerdings durchaus Hinweise darauf finden, dass soziale Netzwerke positive Auswirkungen auf unsere Gesundheit haben.

Im Workshop „Auf gesunde Nachbarschaft!“ wurden verschiedene Zugänge zum Thema „Nachbarschaft“ diskutiert, und auch oben erwähnte Zusammenhänge mit Gesundheit erläutert.

Vor allem aber wurde versucht, Bedingungen für unterstützende Nachbarschaften zu identifizieren, zahlreiche Projekte aus unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen wurden vorgestellt.

## **Auf gesunde Nachbarschaft: Gesellschaftliche Bedingungen**

**Jens Wietschorke**

### **Ist Nachbarschaft planbar?**

Die Wiener Architekten und Stadtforscher Marcus und Rüdiger Krenn haben 2004 mit einem bemerkenswerten Videoprojekt begonnen, das sich in innovativer Weise mit dem Thema „Nachbarschaft“ auseinandersetzt. Entlang einer auf dem Stadtplan gezogenen Linie wurden Querschnitte durch Häuser und Wohnungen abgefilmt, um das urbane Nebeneinanderwohnen abbilden zu können. Der Vortrag nimmt dieses Projekt zum Ausgangspunkt, um nach der Bedeutung und den historischen Konjunkturen des Begriffes „Nachbarschaft“ und seiner sozialen Wirklichkeit zu fragen: Ist räumliche Nähe immer auch mit sozialer Nähe verbunden? Ist Nachbarschaft als sozialer und emotionaler Zusammenhang – als belonging und togetherness – planbar und herstellbar? Nach welcher Logik formieren sich Nachbarschaften auf dem Dorf, in der Kleinstadt, in der Großstadt? Und wie wurde Nachbarschaft im gesellschaftlichen Diskurs zu verschiedenen Zeiten bewertet?

Entwickelt wird die These, dass Nachbarschaften deshalb nicht planerisch implementiert werden können, weil sie historisch gesehen vor allem in zwei Varianten funktionsfähig waren: entweder als Notgemeinschaften (z.B. in der ländlichen Vormoderne) oder auf der Basis freier Wahlverwandtschaften (z.B. in der Großstadt der Moderne). Hinzu kommt ein weiterer Punkt: Räumliche Nähe allein „stiftet keine Nachbarschaft im Sinne sozialer Beziehungen“, so die Stadtsoziologen Hartmut Häußermann und Walter Siebel. In diesem Sinne ist Nachbarschaft heute eher als flexibles Netzwerk zu denken, das nach den Prinzipien freier Wahl, sozialer Nähe und gegenseitiger sozialer Anerkennung funktioniert.

**Antje Richter-Kornweitz**

### **Bedingungen für unterstützende Nachbarschaften und Zusammenhang mit Gesundheit**

Was wissen wir über Nachbarschaft? Und gibt es eventuell einen Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit? Betrachtet man diese Fragen unter der Perspektive der Netzwerkbildung im lokalen Nahraum, dann steht die Theorie der sozialen Netzwerke mit ihren Deutungsmustern parat: Soziale Netzwerke, vor allem primäre oder persönliche, können integrativ wirken. Integration in diese Netzwerke fördert Wohlbefinden und wirkt primärpräventiv. Sie verhindert, dass bestimmte Belastungen überhaupt auftreten. Soziale Unterstützung als zentrale Funktion sozialer Netzwerke kann dazu beitragen, Gesundheit zu erhalten, Krankheit zu vermeiden bzw. deren Bewältigung unterstützen. Dies alles ist vielfach belegt.

Wir wissen außerdem - vermittelt über die Theorien zur sozialen Integration und sozialen Unterstützung in Netzwerken -, dass sich dies vor allem in Notlagen positiv auf die psychische Gesundheit auswirken kann, indem es als Puffer zwischen externen Anforderungen und individuellen Kompetenzen fungiert und wie ein „soziales Immunsystem“ die Belastungsbewältigung fördert (Weinhold 2012).

Die Tatsache, dass soziale Kontakte bestehen, reicht jedoch allein nicht aus, um Aussagen über die Wirkung von Nachbarschaft auf Wohlbefinden und Gesundheit zu machen. Über den Beziehungsaspekt hinaus sind die Tragfähigkeit von Kontakten, das Potential zur Mobilisierung und das „Anstiften“ zum Engagement für andere wichtig. Und letztendlich erweist sich das Vertrauen in die nachbarschaftlichen Beziehungen als entscheidendes Kriterium für die Qualität der Kontakte. Durkheim (1973), der sich als einer der ersten Soziologen mit den sozialen Determinanten von Gesundheit beschäftigt hat, hat dafür den Begriff Soziale Kohäsion geprägt. Danach sind vertrauensvolle Beziehungen sozusagen das „Kapital“, in das alle gemeinsam investieren, um auch gemeinschaftlich zu profitieren.

Gemeinsame Ziele, gemeinsame Lernprozesse und vor allem das Gefühl von Zugehörigkeit fördern in Verbindung mit einem Austausch von Ressourcen, Wissen, Information und Hilfeleistungen den Zusammenhalt (Siegrist et al. 2009).

Dazu kommt, dass die individuellen Vorstellungen von Nachbarschaft erheblich variieren (Chaskin 1995). Räumliche Größe und Grenzen eines Wohnumfeldes bestimmen, was man als Nachbarschaft erlebt und zusätzlich charakterisieren das Maß an „sozialer Interaktion“ und die „Heterogenität“ (der Bewohnerschaft) sowie das Zusammenspiel dieser Faktoren die subjektive Wahrnehmung der Nachbarschaft (Richter/Wächter 2009).

Die Lebensbedingungen in der Nachbarschaft werden erheblich durch sozialstrukturelle Merkmale geprägt. In der Diskussion sind im Zusammenhang damit häufig sozial benachteiligte Nachbarschaften. Sie können mit Sicherheit Gefühle von Anomie erzeugen, z.B. wenn die Wohngegend nicht freiwillig gewählt wurde, als Beleg des eigenen sozialen Abstiegs gesehen oder als zusätzliche Belastung zur Fülle der eigenen Probleme empfunden wird. Eine hohe Fluktuation in der Nachbarschaft kann diese Problematik noch verschärfen (GdW, 1998). Sicher ist aber auch, dass benachteiligte Nachbarschaften nicht zwingend auch arm an sozialem Kapital sein müssen (Richter/Wächter 2009).

Als entscheidende Ressourcen in fördernden Nachbarschaften gelten unterstützende Netzwerke und institutionelle Angebote (Kronauer und Vogel, 2001). Kommt es zu einer tragfähigen Strukturbildung, dann kann Nachbarschaft zu einem „Speicherort für soziales Kapital“ werden. (Kawachi und Berkman 2003). Befürworter von nachbarschaftlichem Engagement betonen daher das gesundheitsfördernde Potential von gemeinsam verfolgten Zielen, vertrauensvollen Beziehungen und sozialem Zusammenhalt. Diese Überlegungen zielen im Kern ebenfalls auf die oben erwähnte Bedeutung sozialer Kohäsion, die Bildung von Vertrauen als zentraler Qualität menschlicher Beziehungen und die Bedeutung von sozialer Bindung und unangestregten sozialen Kontakten für Gesundheit und Wohlbefinden (Dörner 2007).

Ein Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit scheint also möglich zu sein. Die entscheidende Frage lautet: Unter welchen Voraussetzungen entwickeln sich effektive Hilfsstrukturen in der Nachbarschaft und wie lassen sich Initiative und Dynamik auf Dauer erhalten?

Pauschale Antworten gibt es darauf nicht, denn zunächst müssen die lokalen Bedingungen und Bestandsaufnahmen gemacht werden. Dies kann eine umfassende Aufgabe sein, doch der kompliziertere Themenkomplex ist die Frage nach Erreichbarkeit und Einbeziehung der Bewohner selbst. Und- nur die gemeinsame Analyse mit der Bewohnerschaft bringt akzeptierte Lösungen hervor.

Angebote müssen alltagsnah, praktikabel, leicht erreichbar sein, eingedenk der Faustformel der Gesundheitsförderung: „Make the healthy choice the easy choice“. Als Erfolgsformel für selbstorganisierte Nachbarschaftsinitiativen, wie auch für solche, die von Hauptamtlichen begleitet werden, gilt: Selbstständig handeln, entscheiden, selbst Aufgaben bewältigen bzw. Betroffene zu Akteuren machen. Die Bewältigung existentieller Probleme kann ein Motiv sein, sich in ein Nachbarschaftsnetzwerk einzubringen, oft ist aber in belasteten Nachbarschaften Freude, Spaß, das Bedürfnis gebraucht zu werden und etwas Sinnvolles zu tun, das stärkere (Richter-Kornweitz 2012a, 2012b).

Die größte Herausforderung für Initiatoren von Unterstützung in Nachbarschaftsnetzwerken liegt darin, nicht zu viel, aber trotzdem genug zu tun, einerseits initiativ zu wirken und andererseits kontinuierlich auf vorhandene Ressourcen, Verselbständigung und Selbstorganisation der Aktivitäten zu orientieren. Zu glauben, dass die anderen in der Lage sind, ihre eigenen Lösungen zu finden, ist leichter gesagt als getan. Es erfordert nicht nur die Übergabe von Entscheidungsmacht, sondern auch ehrliche, kontinuierliche Reflexion eigener Bilder und Wertvorstellungen und eine spezifische innere Haltung als wesentliche Grundlage professionellen Handelns.

Literatur:

Chaskin R. J. 1995. *Defining Neighborhood: History, Theory and Practice*. Chicago: The Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago..

Cohen, S. 2004. Social Relationships and health. In: *American Psychologist*, 59 (8), S. 676-684..

Dörner K. *Leben und Sterben, wo ich hingehöre – Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Neumünster. Paranus Verlag. 2007.

Durkheim E. 1973. *Der Selbstmord*. Neuwied, Berlin: Luchterhand.

GdW Bundesverband deutscher Wohnungsunternehmen e.V. (Hrsg). 1998. *Überforderte Nachbarschaften. Zwei sozialwissenschaftliche Studien über Wohnquartiere in den alten und den neuen Bundesländern*. Köln / Berlin, GdW Schriften 48.

GdW Bundesverband deutscher Wohnungs- und Immobilienunternehmen e.V. 2010. *Erfolgsfaktoren sozialer Quartiersentwicklung. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von Projekten der „Sozialen Stadt“*. GdW Analyse und Konzepte. Berlin..

- Hamm, B. 1998. „Nachbarschaft“. In: Häußermann, Hartmut (Hrsg.): Großstadt. Soziologische Stichworte. Opladen, S. 172-181.
- Kawachi I., Berkman L.F. 2003. Introduction. In: Kawachi I, Berkman LF, eds. Neighborhoods and Health. Oxford: Oxford University Press: 1-19..
- Kronauer, M., Vogel, B. 2001. Erfahrung und Bewältigung von sozialer Ausgrenzung in der Großstadt: Was sind Quartierseffekte, was Lageeffekte? In: Soziale Ausgrenzung in der Großstadt. SOFI-Mitteilungen Nr. 29/2001, S. 54-58
- Nestmann, F. Soziale Unterstützung – Social Support. In: Schröer, W.; (2010), Schweppe, C. (Hrsg.): Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online (EEO) Fachgebiet Soziale Arbeit. Weinheim; München. Abrufbar unter: [www.erzwissonline.de](http://www.erzwissonline.de)
- Putnam, Robert D. (Hrsg..) 2001. Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich. Gütersloh. Bertelsmann Stiftung..
- Richter A., Wächter M. 2009. Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 36. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.. Abrufbar unter: <http://www.bzga.de/bigpix.php?id=e24866761688775ef13bf91ec6876ed5&w=514&h=700>
- Richter-Kornweitz, Antje. 2012a. Alt ,arm, krank und allein? – Wie unterstützende Strukturen in Nachbarschaften entstehen. In: Kümpers, Susanne / Heusinger, Josefine (Hrsg.). Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Huber, Bern. S. 135 – 148..
- Richter-Kornweitz, Antje. 2012b. With a little help from my friends – Nachbarschaft und Gesundheit. Public Health Forum. Volume 20, Issue 2, , Pages 22.e1–22.e3.
- Schwarzer, R., Leppin, A. 1990. Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R. (Hrsg.) Gesundheitspsychologie. Göttingen, S. 395-414.
- Siegrist, J., Dragano, N., von dem Knesebeck, O. 2009. In: Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus: Gesundheitliche Ungleichheit, Grundlagen, Probleme, Konzepte. 2. Auflage. Wiesbaden..S. 167-179.
- Weinhold, K. 2011. Soziale Netzwerke und deren Einflüsse auf die Gesundheit. In: Impulse für Gesundheitsförderung Nr. 73. 4. 2011. S. 5. Hannover. Abrufbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/LVG-Newsletter-Nr73-Web.pdf>
- Weyers, S., Siegrist, J. 2011. Soziale Beziehungen und Gesundheit In: Impulse für Gesundheitsförderung Nr. 73. 4. 2011. S. 2-3. Hannover. Abrufbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/LVG-Newsletter-Nr73-Web.pdf>



## Auf gesunde Nachbarschaft: Perspektiven unterschiedlicher Gesellschaftsbereiche

### Erdtrud Mühlens

#### Das Netzwerk Nachbarschaft: Plattform unterschiedlichster Interessen

In früheren Jahrhunderten bedeutete Nachbarschaft eine überlebenswichtige Gemeinschaft. Heute regelt der Sozialstaat viele Bereiche des Lebens. Aber nicht überall gut. Ob das die alleinerziehende Mutter ist oder das junge Ehepaar mit Kind, die keinen Kitaplatz finden, die ältere Frau oder der Nachbar mit Migrationshintergrund, die sich ausgegrenzt fühlen oder die Jugendlichen, die mit dem Freizeitangebot in der Nähe nichts anzufangen wissen – viele Menschen wünschen sich Verbesserungen in ihrem Wohnumfeld. Sie sind bereit, sich dafür aktiv einzusetzen. Gute Nachbarschaft spielt dabei eine gewichtige Rolle. Das Meinungsforschungsinstitut Gallup hat herausgefunden, dass das Vertrauen der Menschen in ihre Nachbarn größer ist als in die Polizei. Jeder Vierte vertraut seinen Schlüssel dem Nachbarn an, bei den über 60-Jährigen macht es sogar jeder zweite. Aufmerksame Mitmenschen helfen Einbrüche, häusliche Gewalt oder Vereinsamung verhindern. Kurz: Was uns manchmal an Nachbarn stört, ihre unausweichliche Nähe, verschafft ihnen eine Sonderstellung in unserem Leben.

Gute Nachbarschaft ist gesund...

Ablehnung, Misstrauen und Einsamkeit machen krank. Gute Nachbarschaft kann dagegen viel bewirken. Sie ist ein sozialer Anker. Sie schafft es, dass sich Menschen in ihrem Umfeld wohl und geborgen fühlen, gesünder leben, weniger Stress haben und länger fit bleiben. In unserer schnelllebigen Zeit, in der sich Verwandtschafts- und Familienbande immer früher und immer häufiger auflösen, stellt sie einen hohen Wert dar.

...und kann gedeihen

Vieles in der Nachbarschaft gedeiht von selbst, für anderes ist Eigeninitiative gefragt. Die geht in alle Richtungen und schafft vor allem eins: das gute Gefühl der Zusammengehörigkeit. Wo sich Nachbarn mit ihren unterschiedlichen Talenten einbringen, entstehen oft überraschend einfache und innovative Lösungen für den Lebensalltag. Straßenfeste, Flohmärkte, Tauschbörsen, Fortbildungskurse von Nachbarn für Nachbarn, Einkaufsgemeinschaften, Gemeinschaftseinrichtungen, Solargemeinschaften, Spielplatzprojekte, Hausaufgabenhilfen, Senioren-WGs, Pflanzaktionen – überall in Deutschland und Österreich sind diese Gemeinschaftsprojekte von Wahl-Nachbarn auf dem Vormarsch. Sie machen vor, wie lebensnah, sinnvoll und vorteilhaft nachbarschaftliches Engagement ist.

Beispiele: Gute Ideen & Tatkraft

Man wirft aus Platznot etwas weg – und weiß doch sicher, dass es jemanden gibt, der das gut gebrauchen könnte. Doch wer? Mitglieder des Netzwerk Nachbarschaft beschlossen: „Wir gründen einen Verschenk-Markt“ und machten ein kleines Ladengeschäft auf. Geschirr, Kleidung, Spielsachen und Bücher werden hier angenommen und kostenlos abgegeben. Größere Gegenstände wie Möbel vertreibt man über die Verschenk-Markt-Webseite. Alle profitieren. Selbst die Stadtverwaltung. Allein in diesem konkreten Fall werden so, ganz nebenbei, geschätzt 60 Tonnen Sperrmüll pro Jahr eingespart.

Im österreichischen Monte Laa haben sich 24 naturbewusste Nachbar-Familien zum Gärtnern zusammengefunden und genießen nun eine lebendige Nachbarschaft im Grünen.

Die Bürgerinitiative Margaretenbad aus Graz (Steiermark) eroberte sich drei Tage lang den öffentlichen Raum zurück. Mit zahlreichen Aktionen von Kindern und für Kinder verwandelten die Nachbarn die Grillparzerstraße zu einer Gemeinschaftsoase der besonderen Art. Sie stellten ein öffentliches Bücherregal auf, organisierten Wasserspiele, einen Flohmarkt, Tischtennis-Turnier und einen Yoga-Event. Die Idee der „Ferienstraße“ bekam eine Auszeichnung im Wettbewerb „Die schönsten Straßenfeste 2012“.

„Liebt Eure Nachbarn“

Das Netzwerk Nachbarschaft fördert diese Aktionen mit einer zentrale Plattform, auf der Nachbarn ihre Best Practise Beispiele vorstellen und sich untereinander austauschen. Die Community erfährt breite Unterstützung durch Sponsoren, Vereine und durch die Politik. Der Künstler Janosch, Mitbegründer des Netzwerks, sagt: „Liebt Eure Nachbarn! Denn diese Kraft versetzt Berge!“

### **Kerstin Slamanig**

#### **Zusammenleben gestalten – Förderung von Initiativen im Sinne der Charta des Zusammenlebens**

Die Steiermark ist ein Bundesland, in dem Menschen zusammenleben, die unterschiedlich alt sind, aus unterschiedlichen Regionen stammen, die unterschiedliche Interessen, Traditionen und Sichtweisen haben, denen es wirtschaftlich und gesundheitlich unterschiedlich gut geht und die die verschiedensten Talente, Ideen und Potenziale mitbringen. Diese Vielfalt macht die Attraktivität der Steiermark aus, kann aber auch immer wieder einmal zu Missverständnissen und Konflikten im Alltag führen.

zusammenlebegestalten nennt sich die im Frühjahr 2012 vom Integrationsressort ins Leben gerufene Projektinitiative des Landes Steiermark, bei der mittels Mikroförderungen über einen Projektfonds in der Steiermark lebende Menschen motiviert werden, das Zusammenleben im eigenen Lebensumfeld selbst in die Hand zu nehmen und aktiv zu gestalten. Der Aufruf richtet sich sowohl an Einzelpersonen als auch an Vereine und andere Organisationsformen. Mitmachen können alle in der Steiermark lebenden Menschen, die eine Idee haben oder Initiative planen, die Menschen miteinander in Kontakt und in Austausch bringt, den aufmerksamen Umgang miteinander fördert und das gemeinsame Gestalten des eigenen Lebensumfeldes in den Mittelpunkt stellt.

Viele kleine Initiativen und Projekte sollen den Weg für Begegnungen ebnen und das Zusammenleben stärken. Das vom Integrationsressort für die Abwicklung eingerichtete Projektbüro-zusammenlebegestalten stellt dabei fachliches und inhaltliches Know-how zur Verfügung. Unterstützt wird die Umsetzung von Ideen unbürokratisch mit Mikroförderungen bis maximal 1.000 Euro. Einzelpersonen, Gemeinden, Vereine oder Unternehmen werden

dabei unterstützt, wertvolle Projekte auf die Beine zu stellen. Grundvoraussetzung ist es, dass die Ideen dem Zusammenleben dienen und gesellschaftlichen Mehrwert stiften. Menschen verschiedener Generationen, Herkunft, Religion und mit unterschiedlichem Bildungs- oder sozialen Hintergrund sollen einander näherkommen, Barrieren abgebaut und somit der gesellschaftliche Zusammenhalt gestärkt werden.

Die Zielsetzung der Initiative entspricht jener der „Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark“, welche am 21. Juni 2011 vom steirischen Landtag beschlossen wurde. In diesem Grundsatzpapier heißt es unter anderem: „Teilhabe an der Gesellschaft ist ein Zusammenspiel aus gemeinschaftlicher gesellschaftlicher Verantwortung und der Aufgabe jeder und jedes Einzelnen auch Eigenverantwortung zu übernehmen und sich zu engagieren.“<sup>1</sup>

Da die Projekte und Initiativen im persönlichen und alltäglichen Lebensumfeld der in der Steiermark lebenden Menschen stattfinden sollen, ist ein Fokus auf die Lebenswelt „Wohnen und Nachbarschaft“ eine logische Konsequenz. Die Stärkung der Beziehungen von Menschen, die sich ein Wohnumfeld teilen, ist von wesentlicher Bedeutung, was auch in den bisherigen Zahlen der umgesetzten Aktivitäten ablesbar ist. Siedlungs- und Straßenfeste, gemeinsames Gärtnern oder nachbarschaftliche Tauschbörsen: Ein Großteil der Umsetzungen ist dem unmittelbaren Wohnumfeld und somit nachbarschaftlichen Initiativen zuzuordnen.<sup>2</sup>

Die vielfältige Zusammensetzung von Menschen in einem Lebensraum wird mit der Initiative zusammenlebengestalten in unterschiedlichen Kleinprojekten positiv betont. Im gemeinsamen Austausch, im gemeinsamen Tun – durch eine diversitätsorientierte Interaktion – kann jede und jeder etwas beitragen und das Miteinander kann nachhaltig gestärkt werden. Eine große Heterogenität und die räumliche Nähe im städtischen Gebiet sowie die Zersiedelungen im ländlichen Gebiet stellen große Herausforderungen heute und morgen dar. Gerade in diesem Kontext sind Menschen oft auf die stützende Funktion, die eine funktionierende Nachbarschaft leisten kann, angewiesen.<sup>3</sup> Gegenseitige Hilfeleistungen, Unterstützung, Zusammenhalt und ein zivilgesellschaftliches Engagement sollen über Initiativen im Rahmen von zusammenlebengestalten gefördert werden.

Mit der niederschweligen Beratung, der Hilfe und Unterstützung bei Planung und Organisation durch das Projektbüro auf der einen Seite und den finanziellen Förderungen auf der anderen Seite können alle Menschen ihre Ideen für Initiativen auch umsetzen. Ausgangssituationen, mit denen sich die Fördernehmer/innen konfrontiert sehen, sind oft konfliktreiche Nachbarschaftsbeziehungen, Anonymität und fehlende Kontakte, Alltagsdiskriminierung oder ein fehlendes Gemeinschaftsgefühl. In Gemeinschafts-Aktionen – initiiert durch das starke Engagement der Fördernehmerinnen und Fördernehmer – wird sowohl das soziale als auch das räumliche Miteinander verbessert. So werden gemeinsam Lösungen und Strategien für ein besseres Miteinander gesucht oder auch Gemeinschaftsplätze und -räume gemeinsam gestaltet, renoviert oder verschönert.

Zwischen März und Oktober 2012 wurden rund 160 Kleinprojekte gefördert, die bis Ende November 2012 umgesetzt werden. Bis dahin werden rund 20.000 Personen in den Projekten erreicht worden sein. Aufgrund zahlreicher Anfragen für die Winterzeit wurde die Einreichfrist bis zum 28. Februar 2013 verlängert.

„Die Menschen in der Steiermark haben unterschiedlichste Bedürfnisse. Das, was uns jedoch alle verbindet, ist das Bedürfnis nach Frieden, Freiheit, Nahrung und Wohnraum, nach Sicherheit, nach Gesundheit, nach menschlicher Nähe und Familienleben, nach Entwicklung, Bildung und Sinnerfüllung und – nicht zuletzt – nach Achtung unserer Persönlichkeit und nach Teilhabe am öffentlichen Leben.“<sup>3</sup>

Zusammenleben gestalten soll einen Schritt setzen hin zu einer steirischen Gesellschaft, in der das Gemeinsame über das Trennende gestellt wird. Es soll die Lust geweckt werden, im eigenen Lebensumfeld aktiv zu werden und Verantwortung zu übernehmen. Somit soll das zivilgesellschaftliche Engagement im Zusammenleben gefördert werden.

- <sup>1</sup> Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark (2011), abrufbar unter: [http://www.zusammenleben.steiermark.at/cms/dokumente/11562700/3255b237/Charta\\_Unterlagen\\_22062011\\_Web.pdf](http://www.zusammenleben.steiermark.at/cms/dokumente/11562700/3255b237/Charta_Unterlagen_22062011_Web.pdf).
- <sup>2</sup> Die Abschlussberichte der Aktivitäten sind unter folgendem Link abrufbar: <http://www.zusammenlebegestalten.steiermark.at/cms/ziel/73407275/DE/>.
- <sup>3</sup> Vgl. Richter, Antje/Groeger-Roth, Frederick: Nachbarschaft und Gesundheit. Hannover 2007. URL: <http://www.stadtteilarbeit.de/themen/armutgesundheit/109-nachbarschaft-gesundheit.html> (20.10.2012).

### **Elisabeth Kapferer**

#### **Tu was, dann tut sich was!**

Auf gute Nachbarschaft! Dieser Wunsch ist häufig zu hören, wenn Menschen sich ihren näheren Lebensraum miteinander teilen. Was leicht gesagt ist, ist allerdings nicht immer auch so leicht in die Tat umgesetzt. Manche Widrigkeit in Nachbarschaft und Zusammenleben ist äußeren Umständen geschuldet, auf die wir kaum oder keinen Einfluss haben. Etliches aber lässt sich durchaus gestalten und zum guten Miteinander beitragen – vorausgesetzt es gibt Menschen, die hinschauen, nachdenken und schließlich „anpacken“. Was braucht es für ein gutes Zusammenleben? Welche Rahmenbedingungen sind dafür günstig, welche eher hinderlich? Was können die und der Einzelne für eine gute und somit auch produktive und kreative Gemeinschaft beitragen? Und wer zählt (oder wen zählen wir) eigentlich zu unserer Nachbarschaft? Solche und ähnliche Fragestellungen werden in Österreichs erstem Sozialfestival, Tu was, dann tut sich was., aufgegriffen.

Der Wunsch nach guter Nachbarschaft ist einer nach gutem Miteinander anstatt bloßen Nebeneinanders. Ein solches Miteinander steht auf mehreren Säulen. Es braucht Aufmerksamkeit: wer sind die Menschen um mich herum? Es braucht Interesse: was verbindet mich mit den Menschen in meiner Umgebung? Es braucht Gelegenheit: wo und wie kann ich Menschen über meinen gewohnten familiären oder beruflichen Kosmos hinaus begegnen? Es braucht Offenheit: was können wir voneinander gewinnen und lernen? Es braucht Visionen: was können und wollen wir gemeinsam erreichen? Und es braucht Freude am gemeinsamen Tun – ebenfalls ein Aspekt, dem der Festivalgedanke von Tu was, dann tut sich was. viel Raum gibt.

„Regionen gelebter Menschlichkeit“, so lautete der erste Arbeitstitel für das Sozialfestival. Diesem Arbeitstitel entsprechend will das Sozialfestival Anstoß sein, in der eigenen – individuellen wie regionalen – Umgebung über gute Nachbarschaft nachzudenken und aktiv zu werden; dazu also, Nachbarschaft aktiv zu leben. Tu was, dann tut sich was. fragt nach den konkreten Visionen für gutes Zusammenleben und unterstützt und begleitet bei der Umsetzung dessen, was sich tun soll. Angesprochen werden dabei all jene, die es am besten wissen müssen: jene Menschen nämlich, die in ihrer Umgebung aus ihren ganz alltäglichen, praktischen Lebenserfahrungen heraus die ersten Expertinnen und Experten für gutes Zusammenleben in ihrem Umfeld sind. Die Erfahrungen aus den ersten beiden Festivalregionen – dem Salzburger Lungau (2011) und der Steirischen Eisenstraße (2012) – bestätigen, wovon die Initiator/innen des Sozialfestivals von Anfang an überzeugt waren: überall gibt es Menschen mit kreativen und konstruktiven Ideen für ein gutes Zusammenleben. Beispiele wie etwa die rollstuhlgerechten Picknicktische an beliebten Ausflugszielen, der lebendige Adventskalender mit besinnlichen und freudigen Momenten des Zusammenseins, ein Generationenpark für ein Miteinander von Jung und Alt, ein Weihnachtsbäumchen-Rundum-Service für Senior/innen, eine Boutique-Ecke im Second-Hand-Kleiderladen oder ein Café International in einer international belebten Universitätsstadt sind nur einige Aktivitäten aus einer großen Auswahl, mit denen Menschen im Lungau und an der Steirischen Eisenstraße ihre Vorstellungen von guter Nachbarschaft in die Tat umsetzen. Und über den jeweiligen Effekt der einzelnen Initiativen hinaus geht es dabei auch noch um mehr: um ein gemeinschaftliches Erfahren dessen, was im Titel des Festivals so einfach formuliert ist: Denn dieser Titel – Tu was, dann tut sich was. – weist darauf hin, dass es sich lohnt, aktiv zu werden und die eigene Umgebung mitzugestalten, und dass ein erster Schritt weitere Schritte nach sich ziehen kann, gerade auch im Sinne achtsamer, gelingender Nachbarschaft.

Für nähere Informationen zum Sozialfestival sowie einen Überblick über die zahlreichen umgesetzten Tu was-Projekte siehe auch [www.tu-was.at](http://www.tu-was.at)

E. Kapferer/A. Koch/N. Kühn/C. Sedmak: Sozialatlas Lungau. Ideen und Projekte für ein besseres Zusammenleben. Wien: Mandelbaum Verlag 2012).

### **Hannes Guschelbauer, Ulrike Fleischanderl** **Gesunde Leopoldstadt**

Ausgangslage

Mit der Wiener Gesundheitsförderung – WiG – wurde im Jahr 2009 eine Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung in Wien geschaffen. Zentrales Anliegen ist, die Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Wien zu verbessern. Aktuell fördert die WiG unter anderem fünf Leitprojekte, deren Ziel es ist, in Wohnbezirken mit einem besonders hohen Anteil sozial benachteiligter Gruppen, die Chancengleichheit im Bereich Gesundheit zu stärken. Eines dieser Projekte, die Gesunde Leopoldstadt, wird von queraum. kultur- und sozialforschung umgesetzt.

#### Zielsetzung und Zielgruppen der Gesunden Leopoldstadt

Die Gesunde Leopoldstadt zielt darauf ab, „Verstärker“ zu sein. Hinter diesem Leitbegriff steht ein ressourcenorientierter Ansatz. Die im Bezirk bereits aktiven Personen, Organisationen und Strukturen sollen darin gestärkt werden, die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung mit den und für die Bewohner/innen der Leopoldstadt voranzutreiben, neu aufzunehmen bzw. in innovativen Initiativen neu zu positionieren und weiterzuentwickeln. So möchte das Projekt einen Beitrag dazu leisten, Gesundheit im Bezirk nachhaltig zum Thema zu machen und Nachbarschaftsaktivitäten anzuregen und zu stärken. Gesundheitsförderliche Aktivitäten im Bezirk, im Grätzel und in der Nachbarschaft sollen das Thema Gesundheit fest im Leben der Bewohnerinnen und Bewohner verankern.

Um dieses Ziel zu erreichen, setzt das Team der Gesunden Leopoldstadt Schwerpunkte in vier Bereichen:

- Informationsaustausch zum Thema Gesundheitsförderung zwischen den Akteur/innen der Leopoldstadt ermöglichen bzw. stärken: Um dieses Ziel zu erreichen, wurde eine „Gesundheits- und Sozialplattform“ etabliert. Diese richtet sich an alle Vereine und Organisationen sowie an engagierte Einzelpersonen aus dem Sozial- und/oder Gesundheitsbereich. In regelmäßigen Treffen wird über Aktivitäten der Gesunden Leopoldstadt informiert und ein sektorübergreifender Raum für Vernetzung, Informationsaustausch und Diskussion von Best-Practice-Beispielen im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung geboten.
- Wissen über Gesundheitsförderung vermitteln: Eine Fortbildungsreihe soll Akteur/innen sowie Multiplikator/innen der Leopoldstadt bei der Aneignung von Gesundheitswissen unterstützen und das Thema Gesundheitsförderung nachhaltig im Bezirk verankern.
- Die Öffentlichkeit sensibilisieren und informieren: Das Team der Gesunden Leopoldstadt ist seit September 2012 mit dem „Gesundheitsmobil“ im gesamten Bezirk unterwegs. Mit dabei sind eine Ausstellung zu Gesundheitsförderungsinitiativen von Bewohner/innen und Organisationen sowie aktivierende Angebote. Zudem nimmt die Gesunde Leopoldstadt regelmäßig an im Bezirk stattfindenden Plattformtreffen, Arbeitskreisen und Veranstaltungen teil bzw. organisiert Veranstaltungen (mit), wie etwa das Gesundheits- und Sozialfest im Herbst 2012. Flankierende Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. lokale Pressearbeit) sind ein weiteres wichtiges Element, Unterstützung kommt dabei auch von der Öffentlichkeitsarbeitsabteilung der WiG mit der „Life Lounge“.
- Ideen und Innovationen fördern: Das Herzstück des Projektes ist die Unterstützung und Förderung von gesundheitsfördernden Initiativen, die durch Bewohner/innen bzw. Vereine/Organisationen im Bezirk entwickelt und durchgeführt werden. Mit diesen Grätzel- bzw. Kooperationsinitiativen werden die Leopoldstädter/innen dazu motiviert, die eigenen Handlungsspielräume zu erkennen und sich mit nachhaltigen Ideen für die Gestaltung ihrer Lebenswelten und ihrer Nachbarschaften zu engagieren.

Die Gesunde Leopoldstadt richtet sich im Bezirk primär an folgende Zielgruppen:

- Sozial benachteiligte Bewohner/innen wie z.B. Migrant/innen, ältere Frauen und Männer, Menschen mit Behinderung, einkommensschwache Personen, Asylwerber/innen und
- Akteur/innen aus unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen wie z.B. Organisationen, Vereine, Anbieter/innen, politisch Verantwortliche, Interessensvertretungen, Einzelpersonen & Initiativen.

Initiativenförderung in der Gesunden Leopoldstadt

Die Initiativenförderung fördert die Partizipation von Bürger/innen und Akteur/innen. Diese werden dabei unterstützt, ihre eigenen Ideen für Gesundheitsinitiativen umzusetzen. Den inhaltlichen Rahmen bieten dabei die WiG-Schwerpunktt Themen Ernährung, Bewegung, seelische Gesundheit und gesunde Lebenswelten.

Unterschieden wird zwischen Grätzelinitiativen und Kooperationsinitiativen: Erstere werden von Teams aus mindestens zwei engagierten Bewohner/innen der Leopoldstadt umgesetzt. Zweitere sind Gesundheitsförderungsinitiativen, die von Vereinen bzw. gemeinnützigen Organisationen getragen werden.

Für die Umsetzung der Ideen der Leopoldstädter und Leopoldstädterinnen bietet das Projektteam der Gesunden Leopoldstadt je nach Bedarf in drei Bereichen Unterstützung an:

- Finanziell: Für Grätzelinitiativen ist eine Startfinanzierung von 300 Euro möglich. Kooperationsinitiativen erhalten bis zu 1.000 Euro.
- Inhaltlich: Das Team der Gesunden Leopoldstadt hilft bei der Formulierung der Projektidee sowie bei der Berichtslegung an die WiG.
- Organisatorisch: Die Initiator/innen werden bei der Vernetzung und Kooperation mit relevanten Akteur/innen im Bezirk und bei der konkreten Umsetzung ihrer Initiative unterstützt.

Seit dem Frühjahr 2011 wurden bereits unterschiedlichste Grätzelinitiativen aus der Bevölkerung und Kooperationsinitiativen von Vereinen und Organisationen aus dem Bezirk erfolgreich umgesetzt oder befinden sich derzeit in Umsetzung (siehe auch [www.gesunde-leopoldstadt.at](http://www.gesunde-leopoldstadt.at)). Dazu kommen noch Gesundheitsförderungsangebote, die im Rahmen der Gesunden Leopoldstadt von der WiG im Bezirk umgesetzt und finanziert werden (Abbildung: abgeschlossene (rot), aktuelle (grün) und geplante (schwarz) Initiativen sowie Projekte der WiG (blau) - Stand: Oktober 2012).

Resümee

Die meisten der Initiativen sind nachhaltig im Bezirk verankert und führten zu Folgeaktionen. So wird beispielsweise der „Blumenspitz Am Tabor“ noch immer von den Nachbar/innen und Anrainer/innen gemeinsam betreut und der „Sommer im Hof“, ein Hoffest für Nachbar/innen, findet nun regelmäßig einmal pro Jahr statt.

Die Inhalte, Zielgruppen und Methoden der Initiativen sind sehr unterschiedlich, doch sie haben eines gemeinsam: Sie kommen direkt aus den Grätzeln und tragen viel zum Zusammenhalt, zur Lebensqualität und zur Gesundheit der Leopoldstädterinnen und Leopoldstädter bei.

Die Initiativförderung ist ein gutes Instrument, um Gesundheitsförderung in kommunalen Setting voranzutreiben. Sie kann eine dynamische Entwicklung auslösen und begünstigt das Engagement bei Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen von Organisationen. Damit sie ihre Wirkung entfalten kann, ist ein gut betreuter Rahmen mit entsprechenden Ressourcen sowie eine strukturelle Einbindung in die Aktivitäten innerhalb des Grätzels bzw. des Bezirks notwendig.

### **Elisabeth Wachter**

#### **Auf gesunde Nachbarschaft! Ein Modellprojekt im ländlichen Raum**

Die Wissenschaft geht längst davon aus, dass das Vorhandensein gesunder nachbarschaftlicher Beziehungen einen wichtigen Beitrag zur seelischen Gesundheit leistet. Diese Tatsache ist in der Bevölkerung allerdings noch wenig bekannt. Das Projekt „Auf gesunde Nachbarschaft!“ will das Wissen um den Zusammenhang von funktionierenden sozialen Beziehungen und seelischer Gesundheit vergrößern. Das vorliegende Projekt wird in der Modellregion Waldviertel – Niederösterreich umgesetzt. Der regionale Projektpartner des Fonds Gesundes Österreich ist die NÖ Dorf- und Stadterneuerung, Regionalbüro Waldviertel.

Die Aufgabe der NÖ Dorf- und Stadterneuerung ist es, Orte in Niederösterreich bei ihren Aktivitäten betreffend der Dorf- und Stadterneuerung, Gemeinde- und Regionalentwicklung zu unterstützen und weiter zu entwickeln. Der ländliche Raum soll in seiner kulturellen Eigenart nachhaltig erhalten und gestaltet werden. Die Eigenständigkeit der Dörfer, Gemeinden, Städte und Regionen soll durch Förderung der Allgemeinheit bei Erneuerungs- und Entwicklungsprozessen sowie der Entwicklung der Eigenverantwortung der Bevölkerung gestärkt werden.

Die Modellregion Waldviertel besteht aus den Bezirken Gmünd, Horn, Krems, Waidhofen/Thaya, Zwettl und dem Nordwestteil des Bezirks Melk. Hier leben rund 220.000 Menschen. Die Modellregion ist überwiegend ländlich strukturiert.

Das besondere im Modellprojekt „Auf gesunde Nachbarschaft“ ist die Verknüpfung von Methoden der endogenen Regionalentwicklung mit jenen der Gesundheitsförderung und –vorsorge. Projektziel ist es, den Wert funktionierender Nachbarschaftswerke für die seelische und körperliche Gesundheit aufzuzeigen und unterstützende Nachbarschaftsinitiativen zu entwickeln und zu fördern.

Zielgruppen der Initiative sind in erster Linie Menschen mit privaten Pflege- und Betreuungspflichten, Mitglieder von Vereinen und Interessensvertretungen, ältere Menschen, Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Jugendliche, Alleinerzieher/innen und Menschen mit Migrationshintergrund.

Ein wesentlicher Aspekt im Projekt ist die Anwendung des bottom-up Ansatzes. Mittels direkter Ansprache der Bevölkerung soll es gelingen, das Interesse der Menschen vor Ort zu wecken. Die Zielgruppen werden so zu „Betroffenen“, denen es ein persönliches Anliegen ist sich zu engagieren.



Ein Herzstück des Projektes ist eine Ausschreibung, in der die Bevölkerung dazu eingeladen wird, Initiativen im Sinne einer gesunden Nachbarschaft durchzuführen. Das Ziel der Einzelaktionen soll es sein, das Miteinander in Dorfgemeinschaften und Nachbarschaften zu fördern und zugleich den Aspekt der Gesundheitsförderung in den Vordergrund zu stellen. Entstehende Kosten für die Umsetzung der geplanten Maßnahmen können zur Förderung eingereicht werden (max. 300,- pro Förderfall, in Summe werden 30 Initiativen gefördert). Beraten und begleitet werden die örtlichen Aktionsgruppen bei ihren Initiativen ab dem Zeitpunkt ihrer Planung bis hin zur Umsetzung und administrativen Abwicklung von den Betreuerinnen der NÖ Dorf- und Stadterneuerung, Regionalbüro Waldviertel.

Das Projekt „Auf gesunde Nachbarschaft“ profitiert natürlich auch von einer begleitenden Öffentlichkeitsarbeit. Auf diese Weise soll das Wissen um den Zusammenhang von Gesundheit und gesunden Nachbarschaften in der Bevölkerung etabliert werden. Als Medien werden verschiedene Lokale und regionale Printmedien (z.B. Gemeindezeitungen, Regionalzeitungen) aber auch das Internet genutzt. Auch Directmailings an Multiplikator/innen werden durchgeführt. Bei verschiedenen Weiterbildungsangeboten wird das Thema „Auf gesunde Nachbarschaft“ behandelt und so auch nachhaltig im Denken und Handeln der Bevölkerung implementiert.

Folgende Multiplikator/innen werden im Projekt besonders angesprochen: Bürgermeister/innen und Sozialkoordinator/innen der Waldviertler Gemeinden, Dorferneuerungsobleute und Gesunde-Gemeinde-Arbeitskreisleiter.

Kooperationen und Netzwerkarbeit sollen dabei helfen, die Projekthalte auch nachhaltig in der Modellregion zu verankern. Ein wichtiger Kooperationspartner im Projekt ist die Organisation „Tut gut!“. Ziel dieser Initiative ist es, die Eigenverantwortung der Niederösterreicher/innen für ihre Gesundheit und Lebensqualität zu stärken. Mittels Information, Motivation und Beratung im Rahmen von Programmen, Projekten, Aktionen und Schwerpunktthemen agiert „Tut gut!“ als Drehscheibe für Gesundheitsförderung und Prävention in Niederösterreich. Durch die Zusammenarbeit zweier bekannten Organisationen (NÖ Dorf- und Stadterneuerung und „Tut gut!“) im Projekt „Auf gesunde Nachbarschaft“ kann die Grundidee des Fonds Gesundes Österreich „Partizipation in der Gesundheitsförderung“ hochqualitativ und nachhaltig umgesetzt werden.

Das Projekt „Auf gesunde Nachbarschaft!“ läuft in der Modellregion Waldviertel von September 2012 bis Dezember 2013.

Quellen:

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Hg.), 2012, „Gesunde Beziehungen“ in: Alle Achtung! – Das Sicherheitsmagazin der AUVA, Jänner/Februar 2012, S. 8-11

Borgetto, Bernhard, 2011: „Zur gesundheitlichen Bedeutung von sozialen Beziehungen in Selbsthilfeszusammenschlüssen“ in: Impulse für Gesundheitsförderung, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hg.), 4. Quartal Dez. 2011, S. 12 - 13

Christine Oberdorfer, 2012: „Das Netzwerk beginnt am Gartenzaun“ in: Gesunde Stadt – Das Magazin der Wiener Gesundheitsförderung, Frühling 2012, S. 6 - 8

Fonds Gesundes Österreich, 2011: „Seelische Gesundheit – Bewusst lebt besser“ Broschüre, (<http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/broschueren-folder/broschure-seelische-gesundheit-pdf-981-kb/2011-11-10.2269018177>)

Initiative „Tut gut“, [www.noetutgut.at](http://www.noetutgut.at)

NÖ Dorf- und Stadterneuerung - Verband für Landes-, Regional- und Gemeindeentwicklung, [www.dorf-stadterneuerung.at](http://www.dorf-stadterneuerung.at)

Richter, Antje und Wächter, Markus, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), 2009, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 36, Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit, Köln

Weinhold, Kathy, 2011: „Soziale Netzwerke und deren Einflüsse auf die Gesundheit“ in: Impulse für Gesundheitsförderung, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hg.), 4. Quartal Dez. 2011, S. 5

Weyers, Simone und Siegrist, Johannes, 2011: „Soziale Beziehungen und Gesundheit“ in: Impulse für Gesundheitsförderung, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hg.), 4. Quartal Dez. 2011, S. 2 – 3

## **Auf gesunde Nachbarschaft: Handlungsempfehlungen für die Arbeit mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen**

**Ingrid Spicker**

### **Kommunale Gesundheitsförderung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen: Was bewährt sich (nicht)?**

Einleitung

Kommunale Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Rahmenbedingungen im Setting „Gemeinde/Kommune“ oder „Stadtteil/Grätzl“ gesundheitsförderlich zu gestalten und dauerhafte Strukturen für Gesundheitsförderung zu schaffen. Um hier erfolgreich zu sein, bedarf es nicht nur des Zusammenwirkens unterschiedlichster Akteur/innen. Es bedarf ebenso – vor allem in der Arbeit mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen – einer Arbeitsweise, die an die Lebenswelten der Menschen vor Ort angepasst und auf Beteiligung ausgelegt ist. Entscheidend für die Wirksamkeit kommunaler Gesundheitsförderungsprojekte ist daher vor allem die Wahl der Methoden. Die in den verschiedenen Projektphasen zum Einsatz kommenden Methoden sollen helfen, gesundheitliche Bedürfnisse zu artikulieren, Fragestellungen zu konkretisieren, Handlungsbedarfe zu erheben, Maßnahmen zielgerichtet umzusetzen und Ergebnisse zu bewerten.

### Breites Spektrum an Methoden

Mittlerweile gibt es ein breites Spektrum an Methoden, die in der Praxis der kommunalen Gesundheitsförderung Anwendung finden. So können die Methoden beispielsweise nach dem Grad der ermöglichten Partizipation der Zielgruppe gegliedert werden – von nicht oder weniger partizipativ bis hin zu stärker partizipativ ausgerichteten Methoden, zum Beispiel (mod. nach Wright 2010):

- Beobachtung
- Erfassung von Anliegen der Zielgruppe
- Blitzbefragung
- Interviews mit Schlüsselpersonen
- Fokusgruppen
- angeleitete Arbeitsgruppen (z. B. Gesundheitszirkel)
- Open Space, World Cafe, Zukunftswerkstatt
- Netzwerkarbeit

### Herausforderungen für die Praxis

Die Praxis zeigt, dass sich die Umsetzung von stärker beteiligungsorientierten Methoden in der Arbeit mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen – also von Gruppen mit niedrigem Einkommen, niedrigem beruflichen Status und niedriger Schulbildung – nach wie vor oft schwierig gestaltet, auch wenn die Projektteams partizipativ arbeiten wollen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Sie liegen einerseits in der großen Heterogenität der Zielgruppen: Die Lebenswelten sozial benachteiligter Menschen sind sehr divers (z. B. Kinder, Jugendliche, Erwerbstätige, Nicht-Erwerbstätige, Familien, Alleinerzieher/innen, Senior/innen aus unterschiedlichen Herkunftsländern). Große Unterschiede bestehen bezüglich Betroffenheit, Interesse, Organisationsgrad, Entscheidungsmacht und sozialem Kapital (Willener et al. 2008). Weitere Gründe liegen nach Wright (2010) in den:

- Grenzen des projektförmigen Arbeitens (kurzfristiger Zeitrahmen von Projekten vs. Kontinuität, Langfristigkeit, Nachhaltigkeit)
- institutionellen Grenzen (institutionelle Logik hat Vorrang vor Anregungen der Zielgruppe)
- Grenzen der Menschen aus der Zielgruppe (Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitwirkung sind nicht immer gegeben)
- persönlichen und professionellen Grenzen der Projektmitarbeiter/innen (Menschen aus der Zielgruppe nicht als defizitär, sondern als Expert/innen in eigener Sache wahrnehmen)

### Zwei Blickrichtungen bei der Auswahl der Methoden

Die skizzierten Herausforderungen weisen darauf hin, dass die Methoden in der Gesundheitsförderung mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen sorgfältig ausgewählt werden müssen. Die Methoden sind dann am wirksamsten, wenn sie den Zielgruppen angepasst sind, differenzierte Partizipationsmöglichkeiten schaffen und den Kontext, in den das Gesundheitsförderungsprojekt eingebettet ist, berücksichtigen. Die Vorgehensweisen der Projektverantwortlichen sollten so ausgerichtet sein, dass die unterschiedlichen Bedürfnisse und Ressourcen der Zielgruppe(n) eingebracht werden können, Möglichkeiten und Hindernisse berücksichtigt werden und Gesundheitsförderung dadurch insgesamt besser auf die Bedürfnisse der Menschen in den unterschiedlichsten Lebenswelten abgestimmt werden kann. Eine offene, respektvolle und ressourcenorientierte Haltung ist Voraussetzung für die Wirksamkeit der eingesetzten Methoden.

Seitens der Zielgruppen braucht es Interesse, Vertrauen in die Verantwortlichen (Personenvertrauen) wie in das Projekt (Systemvertrauen), die Bereitschaft, mitzugestalten und Mitverantwortung zu tragen. Es geht oft weniger darum, die Gesamtheit bestimmter Gruppen in den Prozess einzubeziehen, als vielmehr darum, jene Personen zu finden und zu ermutigen, deren Lebenssituation das Einlassen in einen solchen Prozess im Moment überhaupt zulässt. Oft braucht es hier gezieltes Empowerment, um bestimmte Personen für die Teilnahme an Projektgruppen oder -sitzungen zu befähigen (Willener et al. 2008).

#### Resümee

Verallgemeinerbare Aussagen bzw. Handlungsempfehlungen im Hinblick auf Methoden für die Arbeit mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu formulieren, ist kaum möglich. Die Schwierigkeit liegt darin, dass die Umsetzung der Methoden in verschiedenen Kontexten mit verschiedenen Zielgruppen und Partner/innen erfolgt und sie die Methoden dementsprechend unterschiedlich bewähren (oft findet keine Evaluation über die Effekte statt). Um den Herausforderungen einer qualitativvollen kommunalen Gesundheitsförderung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen künftig noch besser zu begegnen, wird es v. a. darum gehen, Methoden kreativ und flexibel einzusetzen, sie situationsangepasst weiterzuentwickeln und laufend anzupassen.

#### Quellen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2007: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. BZgA: Köln.

Kolip, Petra et al., 2012: Gesundheitsförderung mit System. Quint-essenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber: Bern.

### **Karin Mezgolic**

#### **Auf gesunde Nachbarschaft! Ein Modellprojekt im städtischen Raum**

Ein stadtgebietsbezogenes Gesundheitsprojekt in Auwiesen- Kleinmünchen/Linz  
Unterstützende Nachbarschaften haben einen positiven Einfluss auf das eigene psychische und physische Wohlbefinden und sind somit eine gesundheitsförderliche Ressource für jeden von uns. Im Rahmen der Gesundheitsförderung will „Auf gesunde Nachbarschaft“ ein funktionierendes Miteinander in der Nachbarschaft, also im gemeinsamen Wohn- und Lebensraum, fördern und stärken. Während des gesamten Umsetzungszeitraumes bis Ende 2013 soll das Thema „Unterstützende Nachbarschaften und Gesundheit“ für die Wohnbevölkerung mit verschiedenen Angeboten und Aktivitäten erlebbar, begreifbar und sichtbar gemacht werden. Durch Veranstaltungen, Nachbarschaftstreffs, Aktionstage im öffentlichen Raum, Beratungsangebote, Initiativenförderungen, Workshops für Kindergartenkinder und einen Medienworkshop für Jugendliche. Für relevante Akteur/innen (Vereine, Bildungseinrichtungen und Organisationen) und Kooperationspartner/innen werden aufsuchende Informationsgespräche und regelmäßige Vernetzungstreffen angeboten, um den Informations- und Ressourcenaustausch zu fördern sowie bedarfsorientierte Weiterbildungsmöglichkeiten

(PGA) für Multiplikator/innen anzuregen. Das VSG Projekt wird vom Fonds Gesundes Österreich gefördert und in Kooperation mit dem PGA - Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit und der Stadt Linz umgesetzt.

Das Thema Gesundheitsförderung im unmittelbaren Wohnumfeld – eine funktionierende und aktiver Nachbarschaft als Ressource für die eigene Gesundheit:

1. Meine/Deine Nachbarschaft

Zu einer Nachbarschaft gehören jene Menschen, die in einem bestimmten Wohngebiet wohnen und durch räumliche Nähe und/oder durch alltägliche Begegnungen miteinander verbunden sind. Ebenso zählen Bildungseinrichtungen, Organisationen und Vereine, Supermärkte, Lokale, etc., die in dem Stadtgebiet angesiedelt sind, dazu. Menschen aus der Umgebung zu treffen und/oder täglich die gleichen Menschen zu sehen, die in der Nachbarschaft arbeiten und leben, vermittelt ein Gefühl von Sicherheit und trägt zum Wohlbefinden bei. Der gemeinsame Wohnort wird zum verbindenden Element. Neben der räumlichen Komponente hat Nachbarschaft auch eine soziale Komponente: Durch Begegnungen und den gemeinsamen Wohnort können Freundschaften und aktive Beziehungen zwischen benachbarten Menschen entstehen.

2. Gesundheit in seiner Vielfalt begreifen

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als einen Zustand von vollständigen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Wobei der Begriff Zustand nicht als etwas Statisches zu verstehen, sondern als eine immer wieder neu und aktiv herzustellende Balance zu begreifen ist. Die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Anteile beeinflussen sich gegenseitig. Somit kann bei Gesundheit von einem Wohlbefinden in allen Dimensionen des täglichen Lebens gesprochen werden.

3. Nachbarschaft als ein Ort, wo Gesundheit entsteht und gefördert wird

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: Dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man für sich und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, WHO 1986) Gesundheit entsteht also im sozialen Lebensraum, in den jeweiligen Lebens- und Arbeitswelten der Menschen: In Städten, Gemeinden, im eigenen Zuhause, in der Nachbarschaft, in der Wohnumgebung. Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit.

Positive Beziehungen fördern das Wohlbefinden und die Gesundheit. Mit dem Projekt „Auf gesunde Nachbarschaft“ sollen zum einen Nachbarschaften gefördert und zum anderen vorhandene Ressourcen und Stärken im Wohnumfeld bewusst gesehen und erlebt werden. Dabei liegt der Fokus bei diesem Projekt unter anderem im unmittelbaren Wohnumfeld und darin, zu erfahren, wie sich Beziehungen und Begegnungen hier gestalten. Die alltäglichen Begegnungen mit den Menschen im eigenen Wohnumfeld und mit den Nachbar/innen und eine sich gegenseitig unterstützende Nachbarschaft bilden eine wichtige Grundlage zur Gesundheitsförderung. Durch gegenseitige Unterstützung entsteht auch ein Gefühl der Sinnhaftigkeit, wenn man für andere da sein und Hilfe leisten kann. Ein aktives soziales Netzwerk

kann vor Vereinsamung schützen, was vor allem für ältere Menschen und bei Menschen, deren Mobilität eingeschränkt ist, von besonderer Bedeutung ist. Gleichzeitig können die Umsetzung von gemeinsamen Ideen und gemeinsame Aktivitäten ebenfalls zur Stärkung von Nachbarschaften beitragen.

Eine gelingende und funktionierende, aktive Nachbarschaft fördert somit das eigene Wohlbefinden, die eigene Gesundheit und auch die der Mitmenschen. Sie wird jeden Tag aufs Neue gelebt und hergestellt.

Mit diesem Projekt wollen wir während des Projektzeitraumes:

→ Informieren & Sensibilisieren

Wir wollen ein Bewusstsein für das Thema und den Zusammenhang von unterstützenden Nachbarschaften und Gesundheit schaffen sowie Informations- und Aufklärungsarbeit bei den Institutionen, Vereinen und Bewohner/innen im Stadtteil Auwiesen-Kleinmünchen leisten.

→ Aktivieren

Wir wollen mit dem Projekt Bewohner/innen und Akteur/innen im Stadtteil erreichen und dafür begeistern, sich aktiv an angebotenen Aktionen zu beteiligen oder eigene Ideen mit der Unterstützung der Projektmitarbeiter/innen umzusetzen. Ziel ist es, den Menschen Möglichkeiten zu bieten, Nachbarschaften als gesundheitsfördernde Ressource zu erkennen, den aktiven Austausch untereinander anzuregen sowie selbst aktiv zu werden.

→ Vernetzen & Lernen

Wir wollen den Informations- und Ressourcenaustausch sowie Weiterbildungsmöglichkeiten im Stadtteil anregen, da wir alle aktiven Nachbarschaften, Vereine, Institutionen und Gruppen vor Ort als wichtige soziale Stütze für das Stadtgebiet sehen.

## **Franz Wutte**

### **Das Thema Nachbarschaften in der „Gesunden Gemeinde“ in Kärnten**

Unter „Nachbarn“ versteht man prinzipiell die in den angrenzenden oder nächstgelegenen Gebäuden bzw. Wohnungen lebenden Personen. Man kann aber auch im übertragenden Sinn von Nachbarn bei angrenzenden Gemeinden, Bundesländern, Staaten und in der Astrologie von der kosmischen Nachbarschaft der Sonne und der Milchstraße sprechen. In Wien werden Teile von Wohnbezirken – Nachbarschaften – Grätzl genannt, in ländlichen Gebieten kann der Begriff die angrenzenden Ortschaften umfassen.

Nachbarschaft ist als ein Gefüge sozialer Beziehungen von Bewohnern einer Region zu sehen, die in überschaubarer Nähe leben und in gewissem Umfang an gleichen Einrichtungen partizipieren. (Kawachi und Berkman, 2003)

Nach den fünf vorrangigen Handlungsfeldern und Ebenen der WHO in der Gesundheitsförderung sind einige gesundheitsförderliche Projekte in „Gesunden Gemeinden“ in Kärnten

entstanden, die gemeindeübergreifend konzipiert sind. Wenngleich diese Projekte erst am Anfang stehen, kann es der Beginn einer Entwicklung im Setting Nachbarschaft sein. Grundlegende Kategorien von Nachbarschaft sind räumliche Nähe, soziale Integration und Heterogenität. Die angewendete Strategie dabei ist die Netzbildung. Über Netzwerke wird all das transportiert, was als Bedarf und Bedürfnis auf Seiten der Mitglieder festgestellt wird. Die räumliche Nähe hat positiven Einfluss auf die Qualität der persönlichen Beziehungen, der Informationsübermittlung und auf das Erkennen individuellen Bedarfs. (Richter und Wächter, 2009)

Im Rahmen der Initiative „Gesunde Gemeinde“ wurde in Kärnten im Auftrag des FGÖ das Modellprojekt „Mein Herz und ich! Gemeinsam gesund!“ (2008-2011) im Bezirk Völkermarkt durchgeführt. Neben vielen anderen Projekten und Maßnahmen im kommunalen Setting, konnte vor allem bei diesem Modellprojekt festgestellt werden, welche nachhaltigen gemeinschaftlichen Initiativen sich dadurch wiederum herauskristallisiert haben (z.B. Verein „Fit & Gesund“ und „Integrationszentrum“).

Das Besuchsnetz vom Familienforum Mölltal – FamiliJa

Das Mölltal ist hinsichtlich der demografischen Entwicklung im Zusammenhang mit der Abwanderung, eines der am stärksten betroffenen Täler in Kärnten.

Ziel:

Das soziale Netz für ältere oder zu pflegende Menschen mit einer freiwilligen Dienstleistung des Besuchers zu ergänzen.

Eine professionelle Unterstützung und Begleitung für Ehrenamtliche

Zielgruppe:

Insbesondere ältere Menschen zu Hause, freiwillige Frauen und Männer

Freiwillige Besucher/innen bekommen eine fachspezifische Einschulung, Weiterbildung und Begleitung. Es gibt regelmäßige Gruppentreffen zum Austausch und zur Stärkung der eigenen Gesundheitskompetenzen.

Die Besucher/innen sind kontaktfreudige Frauen und Männer und offen für regelmäßigen Austausch und Weiterbildung in der Gemeinschaft des Besuchsnetzes. Regelmäßiges Besuchen, Gespräche, Informationen, Zuhören, Spielen, Einkaufen und Spaziergehen gehören zu den Aufgaben.

Baby – Kind – Netzwerk

Die Umsetzung der Angebote und Maßnahmen findet im oberen Lavanttal statt.

Ziel:

Eltern beratend und unterstützend zu begleiten und den Kindern einen Raum für die erste Kontaktnahme untereinander und für das gemeinsame Spiel zu geben.

Zielgruppe:

Eltern und Kinder in der Zeit vor und nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren.

Im offenen Netzwerk werden monatliche Eltern-Baby-Treffs mit parallel stattfindender Mütter- Hebammensprechstunde organisiert. In gemütlicher Atmosphäre wird Unterstützung zu den Themen Stillen, Flaschenernährung, Beikost, Gewichtszunahme und Größe, weinen ihre Babys, Zuwendung und Verwöhnen und vieles mehr angeboten.

Auch das aktuelle Projekt „Richtig essen von Anfang an“ bietet kostenlose Workshops für Schwangere und Stillende. Kostenlose Beratungsgespräche durch ein mobiles Beratungsteam, bestehend aus Jugendfürsorgeärzt/innen, Diätolog/innen/Ernährungswissenschaftler/innen und/oder einer Hebamme, gibt es einmal im Monat in jeder Gemeinde.

Dieses Netzwerk unterstützt die Implementierung gesundheitsförderlicher Strukturen und Rahmenbedingungen in Gemeinden, sowie die Vernetzung regionaler Anbieter/innen.

Lavanttaler Beschäftigungsinitiative

Hierbei handelt es sich um einen Verein, welcher intersektoral durch Institutionen wie die Lavanttaler Gemeinden, das Arbeitsmarktservice, Land und der Lavanttaler Wirtschaft gestützt, als Initiative zum Abbau von vor allem langzeitarbeitslosen Frauen gegründet wurde.

Ein Teilbereich der Aktivitäten ist das Projekt „Gesunde Schuljause“.

Ziel:

Mit regionalen Produkten soll im Bezirk Wolfsberg eine „gesunde Jause“ für Kindergärten und Schulen angeboten werden.

Zielgruppe:

Kindergärten und die Volksschulen im Bezirk Wolfsberg

Dieses jüngste Projekt startet mit dem Schuljahr 2012/2013 und wird zunächst drei Pilotschulen mit insgesamt 580 Kindern und Lehrer/innen mit gesunder Jause beliefern. Unterstützt und begleitet wird das Projektteam fachlich durch die mobile Beraterin des Projektes „unser Schulbuffet“ des Bundesministeriums über Vermittlung des Gesundheitslandes Kärnten.

Neben dem Aspekt der gesunden Ernährung führt dieses Projekt zur Wiedereingliederung von Frauen in das Berufsleben, senkt die Arbeitslosenrate in der Region und bietet den Kindern aus regionalen Lebensmitteln ein saisonales Jausenangebot.

Im Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit sind Empowerment und Partizipation von großer Bedeutung. Gemeinsame Probleme, Aufgaben und Ziele sind für die Entstehung von Nachbarschaft ebenso notwendig wie der Aufbau von kommunikativen und sozialen Strukturen. Die Kombination von positiver sozialer Interaktion und räumlicher Nähe sowie Nachbarschaften auf der Ebene der Ortschaften/Gemeinden haben Auswirkungen auf die Gesundheit. (BZgA Band 36, 2009)



**Almut Bachinger, Liane Hanifl**

**Gesunder Gemeindebau – Capacity building und Förderung von Gesundheitskompetenzen durch Beteiligungsprozesse**

Multiplikator/innenschulungen als Baustein der Kapazitätsentwicklung im „Gesunden Gemeindebau“

Hintergrund

Das Projekt „Gesunder Gemeindebau“ wird im Rahmen des Projekts „Gesundes Ottakring“ der Wiener Gesundheitsförderung GmbH (WiG) in Kooperation mit dem Forschungsinstitut des Roten Kreuzes durchgeführt. Das Projekt startete 2010 und hat eine Laufzeit von drei Jahren. Es wird in fünf Gemeindebauten im 16. Wiener Gemeindebezirk durchgeführt.

Ziel des Projekts

Ziel des Projekts „Gesundes Ottakring“ ist die Förderung der Gesundheit von Menschen mit mehrfaktorieller sozialer Benachteiligung. Das Setting Gemeindebau ist ein gemeinsamer Lebensraum sehr heterogener Gruppen, die mehr oder weniger in sozialer Interaktion stehen und einer Vielzahl von gesundheitsrelevanten Einflüssen ausgesetzt sind (Altgeld, 2004, S. 5f; Richter & Wächter, 2009, S. 38f). Mittels einer Multiplikator/innenschulung sollen gesundheitsförderliche Kapazitäten und Strukturen im Setting Gemeindebau etabliert werden. Dafür werden interessierte und engagierte Personen zu „Gesundheitsbeauftragten“ ausgebildet. Sie sollen als niederschwellige Ansprechpersonen für Gesundheitsanliegen der Bewohner/innen fungieren. Eingebunden in die Strukturen des Gemeindebaus werden sie mit relevanten Akteur/innen und Institutionen zusammenarbeiten. Die Gesundheitsbeauftragten können dazu beitragen, den Gemeindebau in ein gesundheitsförderndes Setting zu transformieren.

Methode

Das Projekt „Gesunder Gemeindebau“ soll zur Bewusstwerdung und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -kompetenzen der Gemeindebaubewohner/innen beitragen. Im Zentrum steht dabei ein positiver Gesundheitsbegriff, der neben der physischen, insbesondere die psychische und soziale Gesundheit sowie die Beeinflussung der Determinanten der Gesundheit thematisiert (Bsp. soziales Zusammenleben, Gestaltung des Wohnumfelds).

Dabei wird den Schlüsselstrategien der Gesundheitsförderung gefolgt: (1) Befähigung (Empowerment) gesundheitsbezogene Interessen wahrzunehmen, zu artikulieren und durchzusetzen, (2) Partizipation: aktive Teilhabe an der Planung, Durchführung und Evaluation einer Gesundheitsförderungsmaßnahme und Mitbestimmung in gesundheitsrelevanten Belangen sowie (3) die Entwicklung von gesundheitsförderlichen organisationalen Strukturen (Kilian, Geene, & T., 2004; Kuhlmann & Koch, 2009, S. 16f). Vorrangiges Anliegen ist es, einen engen und verhaltensorientierten Gesundheitsbegriff zu transzendieren und in die Verhältnisse einzugreifen.

Um dies zu erreichen, bedarf es der Struktur- und Kapazitätsbildung, d.h. zum einen der Vermittlung von Wissen und Kompetenzen, zum anderen der Verbesserung organisationaler Strukturen und von Netzwerken der Unterstützung (Smith, Tang, & Nutbeam, 2006). Um das zu erreichen wird auf der edukativen Ebene mittels einer Multiplikator/innenschulung ange-

setzt, um eine gesundheitsbezogene Gemeinwesenentwicklung zu initiieren, die in der Folge nachhaltig in den Strukturen verankert ist.

Die dazu entwickelte Ausbildung vermittelt den „Gesundheitsbeauftragten“ grundlegendes Wissen der Gesundheitsförderung sowie Kompetenzen, um initiativ zu werden. Organisatorische ebenso wie personale und kommunikative Fähigkeiten der Multiplikator/innen werden gestärkt. Es werden Projektmanagementkenntnisse vermittelt, um die Gesundheitsbeauftragten in die Lage zu versetzen, gesundheitsförderliche Aktivitäten zu planen, zu implementieren und zu evaluieren. Beispielsweise werden Techniken der Bedarfserhebung vermittelt, um eine partizipatorische Entwicklung der Aktivitäten sowie eine echte Beteiligung der Gemeindebaubewohner/innen von Beginn des Projektkreislaufes an sicher zu stellen. Dabei sollen insbesondere die Werte und Ziele einer möglichst breiten Basis der Gemeindebaubewohner/innen zum Ausdruck kommen, was aufgrund der Diversität der Interessenlagen und Gesundheitsanliegen der Bewohner/innen eine herausfordernde Aufgabe ist. Ein Schwerpunkt der Ausbildung liegt daher auch in der Stärkung des Bewusstseins für den Umgang mit Diversität und entsprechender kommunikativer und integrativer Fähigkeiten der Multiplikator/innen. Dem Aspekt der Herstellung von partizipativen Strukturen und Räumen soll dabei besonderes Augenmerk gewidmet sein. Das ist herausfordernd aufgrund der Tatsache, dass relevante Bereiche und Agenden von bestimmten Gruppen dominiert sind, während andere Gruppen weitgehend exkludiert von Interessenartikulation und Beteiligungsmöglichkeiten sind. Somit besteht die Gefahr, dass aufgrund von bestehenden Zugangsbarrieren zu diesen dominanten Strukturen und Personengruppen Ungleichheiten reproduziert und perpetuiert werden. Das heißt, dass beispielsweise Interessen bestimmter dahingehend privilegierterer Gruppen artikuliert werden, während andere nicht oder nur ungenügend vertreten sind. Nichtsdestotrotz ist die Bewusstseinsbildung, Kapazitätsbildung und gegebenenfalls intendierte Verhaltensänderung bei einer dominanten und entsprechend privilegierteren Gruppe ein möglicher Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung, wenn davon ausgegangen wird, dass die Beeinflussung dieser Gruppe eine entscheidende Strategie der Verhaltensänderung sein kann, und in weiterer Folge diese aufgrund ihrer Machtbasis auch Veränderungen auf der Verhaltenzebene der Bewohner/innen sowie auf der Verhältnisebene bewirken kann.

Die Ausbildung der Gesundheitsbeauftragten erfolgt in der Gruppe, wobei pro Gemeindebau zwei Personen ausgebildet werden. Es werden acht Module angeboten. Die Gesundheitsbeauftragten werden in ihrer Tätigkeit im Gemeindebau innerhalb der Projektlaufzeit mittels regelmäßiger Reflexionstreffen durch das Projektteam begleitet. Um die Nachhaltigkeit des Projekts zu gewährleisten, sollen die Multiplikator/innen eng mit den etablierten Strukturen im Gemeindebau (z.B. wohnpartner, Mieterbeiräte) zusammenarbeiten.

#### Diskussion und Schlussfolgerung

Der bisherige Verlauf des Projekts „Gesunder Gemeindebau“ und der bereits gestarteten Ausbildung zeigt folgende erste Ergebnisse:

- Der Zugang zur Zielgruppe der Gemeindebaubewohner/innen wurde am erfolgreichsten durch eine Tür-zu-Tür Befragung hergestellt. Das Projekt und seine Ziele konnten damit wirksam verbreitet werden. Es konnte eine sehr breite Population angesprochen werden.
- Die Aktivierung der Gemeindebaubewohner/innen war am erfolgreichsten in enger Zusammenarbeit mit den bestehenden organisationalen Strukturen, i.e. „wohnpartner“

und „Mieterbeirat“. Der überwiegende Teil der Gesundheitsbeauftragten wurde aus den Mieter/innenbeirat/innen rekrutiert oder auf der Grundlage von Empfehlungen von Mieter/innenbeirat/innen oder der wohnpartner.

- Aufgrund der Bedeutung dieser Organisationen (insbesondere des Mieterbeirates als Stakeholder) ist es für den Erfolg des Projekts wichtig, eine gute und konfliktfreie Zusammenarbeit aufzubauen.
- Eine Herausforderung liegt vor allem im Bereich des Zugangs zur Zielgruppe im Gemeindebau. Jene Gruppen, von denen angenommen wird, dass sie am stärksten von Ungleichheit und Exklusion (potentiell) betroffen sind, sind am schwierigsten zu erreichen, während Personen, die im Vergleich dazu weniger von Ungleichheit und Benachteiligung betroffen sind, auch in jene Strukturen, die einen Zugang zum Gemeindebau darstellen, besser vertreten sind und ihre Interessen dort artikulieren und durchsetzen können. Das birgt die Gefahr in sich, dass es zu einer ungleichen Darstellung und Wahrnehmung von Interessenlagen kommt. Dieses Problem des Zugangs bildet sich in der Zusammensetzung der Gruppe der Gesundheitsbeauftragten ab. Dennoch kann gerade diese Problematik genutzt werden, um Bewusstseinsbildung und Verhaltensänderungen zu bewirken, die in der Folge in der Verhältnisebene wirken können.
- Im Rahmen der Schulung haben die Gesundheitsbeauftragten bereits eine stabile Gruppe gebildet, in der gegenseitiges Vertrauen besteht und die ein hohes Engagement aufweist. Dem kommt vor allem in der Umsetzungsphase Bedeutung zu, wo die Gruppe den Gesundheitsbeauftragten Reflexionsmöglichkeit und gegenseitige Unterstützung bei ihrer Tätigkeit bieten kann.
- Das Konzept der Multiplikator/innenschulung wird gut angenommen und trifft auf hohes Interesse.

#### Literatur

Altgeld, T. (2004). Expertise Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Kilian, H., Geene, R., & T., P. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In Primärprävention im Kontakt sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zu BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“ (Vol. 1, pp. 151-232). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verl. für neue Wiss.

Kuhlmann, A., & Koch, K. (2009). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Dortmund: Bundesministerium für Gesundheit.

Naidoo, J., & Wills, J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Richter, A., & Wächter, M. (Eds.). (2009). Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Köln: BZgA.

Smith, B. J., Tang, K. C., & Nutbeam, N. D. (2006). WHO Health Promotion Glossary. New Terms. . Health Promotion International 4/21, 340–343.

**Daniela Kern-Stoiber**

**Methoden der gender- und kultursensiblen Gesundheitsförderung zur Erreichung sozial Benachteiligter**

Gesundheitsförderung steht heute vor der Herausforderung bisher eingeschlagene Pfade zu verlassen und sich entlang aktueller gesellschaftlicher Prozesse weiter zu entwickeln, mit dem Tempo sozialer Veränderungen mitzuhalten, Neues zu probieren und dabei Bewährtes zu integrieren. Ein möglicher Schlüssel für erfolgreiche Gesundheitsförderung, die ihren Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit leistet, ist die Fokussierung auf Gender und Aspekte von Diversity.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit ist mittlerweile evident und gehört zum state of the art aktueller Gesundheitsforschung und –förderung. Die Betonung des Genderfaktors als wesentlicher weiterer Einflussfaktor in Fragen der Gesundheit ist das Verdienst der Frauengesundheitsbewegung. Fügt man noch den Faktor Migrationserfahrung/-hintergrund hinzu, so scheint das Zusammenspiel komplex. Geschlecht, Gesundheit und soziale Lage sind untrennbar miteinander verbunden, bedingen und verstärken einander. Erfolgreiche Methoden der Gesundheitsförderung erfassen und berücksichtigen diese komplexen Zusammenhänge.

Aufbauend auf den Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland (BZgA, 2007) und basierend auf den mehrjährigen Erfahrungen aus der Praxis werden Handlungsempfehlungen mit Gender- und Kulturbezug diskutiert.

Folgende Fragen stehen dabei im Fokus:

- Welche soziale Gruppe ist am stärksten von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen?
- Welcher Beitrag wird zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in den jeweiligen sozialen Gruppen geleistet?
- Welche Zielgruppen müssen erreicht werden?
- Wie wird die Beteiligung der berücksichtigten sozialen Gruppen in der Konzeption wie auch in der Inanspruchnahme erreicht?
- Welche Hinweise liegen für den Einfluss einzelner sozialer Differenzierungsmerkmale und deren Interaktion vor?
- Welches Setting eignet sich für welche soziale Gruppe am besten?
- Wie kann die jeweils erforderliche Niederschwelligkeit erzielt werden?
- Welche Methoden eignen sich für die berücksichtigten sozialen Gruppen?
- Welche Aspekte müssen bei der Konzeptentwicklung für die jeweils betrachteten sozialen Gruppen berücksichtigt werden?
- Ist sichergestellt, dass die berücksichtigten sozialen Gruppen gleichermaßen bzw. adäquat profitieren?
- Wie wird gewährleistet, dass die Effekte des Projektes dauerhaft zum Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit beitragen?

(adaptiert von Babitsch, 2005)

Quellen:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/BZgA (2007). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Köln.

Babitsch, B. (2005). Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Huber, Bern.

### **Resümee und Handlungsempfehlungen „Auf gesunde Nachbarschaft!“ Was braucht es, um unterstützende Nachbarschaftsinitiativen zu initiieren?**

Praxis: Grundprinzipien der Gesundheitsförderung

- Partizipation in allen Handlungsebenen
- Verhältnisprävention vor Verhaltensprävention
- Gender und Diversity nicht vergessen!

Methoden, Umsetzung, Tools

- Zeit lassen
- Das Feuer entzünden
- Keine Vorgaben, nur Rahmenbedingungen
- Eigenverantwortung
- Engagement
- Themen herausfinden, Expertise nutzen
- Spielerische Elemente/Experimente ermöglichen
- Identifikation mit Projekten ermöglichen
- Auf das Stadtgebiet bezogen: Positivbeispiele

Strukturen, Begleitung

- Strukturen und Freiräume
- Kontinuität
- Umfassende Begleitung als Motivationsmoment
- „Sanfte“ Unterstützung

Kooperationen:

- Aktive Partner
- Schlüsselpersonen
- Kooperation mit relevanten Sozialvereinen
- Multiplikator/innen ansprechen
- Partnerschaften als Potenzial sehen

### **Fazit/ Zusammenfassung**

#### **Handlungsempfehlungen für die Projektpraxis**

Viele der Diskussionspunkte in den Arbeitsgruppen der Workshops beziehen sich auf Empfehlungen für die Projektpraxis. Vorrangig wurde die unmittelbare Arbeit mit den Zielgruppen,

hier insbesondere die Erreichung, Motivation und Partizipation der Zielgruppen, diskutiert. Wobei diese Unterteilung nicht trennscharf ist, sondern die Bereiche ineinander übergreifen. Hier gibt es Bedarf, Methoden weiterzuentwickeln und durch Zusammenführen und Austausch von good practice Beispielen zu lernen.

Zum Thema Zielgruppenerreichung:

Gesundheitsförderungsangebote niederschwellig (das heißt: andocken an/in der Lebenswelt der Zielgruppe, Wissen und Verstehen des Alltags und der Lebenswelt der Zielgruppe, kostengünstig, keine/wenig Formalitäten, Nutzung vorhandener Strukturen) durchführen, Verständnis und Commitment von Entscheidungsträgern einholen

Bestehende Treffpunkte (Sozialräume) wie Bahnhöfe, Einkaufszentren, Parks, etc. nutzen Zielgruppe, insbesondere bei Menschen mit Migrationshintergrund, direkt ansprechen und persönlich zur Teilnahme, etc. einladen. Schriftliche Einladungen (Flyer, Briefe) alleine reichen nicht aus.

Multiplikator/innen, Verbindungs- oder Schlüsselpersonen aus den Zielgruppen/Communities einsetzen, dabei aber auch beachten, welche Bedeutung/Konsequenzen diese Aufgabe für diese Personen hat und welcher Aufwand für die Personen sowie das Projekt (Rekrutierung, Schulung, Begleitung,...) daraus folgt.

„Offizielle“ Events anbieten, z.B. „Gesundheitsstraße“ in der Schuleingangsphase mit kostenlosen Untersuchungen und Beratung, Einladungen von Schüler/innen und Eltern in öffentliche Einrichtungen, Ambulanzen oder Arztpraxen, um Hemmschwellen abzubauen oder Angebote wie Mutter-Kind Beratung für eine innerfamiliäre Legitimation für die Frauen zur Teilnahme und zum Versorgen mit wichtigen Materialien wie z.B. Zahnbürsten für die Kinder. Kostenlose Angebote dann, wenn es den Projektzielen und den Zielgruppen entspricht.

Die richtige Sprache wählen und auf Menschen gezielt zugehen, Botschaften an den Lebenswelten orientieren und verständlich machen / Subjekt- bzw. Kulturbezogene Gesundheitsbegriffe der Zielgruppe berücksichtigen Angebote für die Allgemeinbevölkerung sollen auch alle erreichen.

Zum Thema Motivation:

- Positivbeispiele aufzeigen
- Identifikation mit dem Projekt ermöglichen, Feuer entzünden
- Spielerische Elemente und Experimente ermöglichen
- Umfassende Begleitung als Motivationselement, nur Rahmenbedingungen nicht zu starre Vorgaben vorgeben
- Wertschätzende Grundhaltung als Basis in Gesundheitsförderungsprojekten leben
- Informationen zu verteilen als alleinige Maßnahme greift zu wenig, es müssen Handlungskompetenzen gestärkt werden.
- Realistische Ziele, in kleinen Schritten vorgehen

Zum Thema Partizipation:

- Nachbarschaften initiieren (z.B. gemeinsames Gärtnern)
- Expertise der Zielgruppen bei der Planung und Umsetzung der Aktivitäten nutzen
- Partizipation in allen Handlungsebenen vorsehen und darauf achten
- Den jeweiligen kulturellen Hintergrund und die aktuellen Lebenslagen der Zielgruppen nicht nur zu beachten sondern ihn als Ausgangspunkt für die Aktivitäten zu nehmen.
- Ehrenamtliche Strukturen in den Gemeinden für Migrant/innen öffnen
- Armutsgefährdete und Armutsbetroffene nicht stigmatisieren, sondern „mit nehmen“
- Feste und Großgruppenmoderation als Methoden einsetzen. Dadurch kommen viele Zielgruppen zusammen, ohne eine bestimmte Zielgruppe zu stigmatisieren.
- Beziehungsangebote an Orten schaffen, wo sich die zu erreichenden Zielgruppen aufhalten (Einkaufszentrum, Gastro-Bereich, Kinocenter, ...)
- Vernetzung mit unterstützenden Partner/innen anstreben

### **Handlungsempfehlungen für die Projektkonzeption**

Weitere Handlungsempfehlungen und Diskussionspunkte betreffen die Planung und Konzeption von Projekten und hier insbesondere Fragen zur Nachhaltigkeit und Kooperation bzw. Partnerschaften, wobei letzteres auch als ein Aspekt von Nachhaltigkeit ist. Die Wichtigkeit von Partnerschaften in der Projektkonzeption und –umsetzung steht außer Zweifel. Unterstützungsbedarf besteht in der konkreten Umsetzung effektiver und effizienter Partnerschaften.

Zum Thema Nachhaltigkeit:

- Kontinuität und Nachhaltigkeit durch Verankerung im Sozialraum stärken
- Projekte sollten vorrangig Verhältnisprävention, aber auch Verhaltensprävention berücksichtigen
- Vernetzung als Qualitätskriterium implementieren und finanzieren
- Kooperationen mit Entscheidungsträgern eingehen, z.B. mit Wohnbaugenossenschaften, Hausverwaltungen, Gemeinwesen und Gemeinden für mehr Nachhaltigkeit
- Nachhaltigkeitskonzepte bzgl. Weiterfinanzierung bereits im Projektkonzept bzw. Projektverlauf unter Einbezug der Entscheidungsträger erarbeiten

Zum Thema Kooperation und Partnerschaften:

- Partnerschaften als Potential sehen
- Partnerschaften aktiv gestalten
- Wertschätzung als Faktor für Wertschöpfung verstehen
- Ressourcen für gute Kooperationen bereitstellen
- Multiplikator/innen und Schlüsselpersonen potentieller Partner/innen ansprechen
- Kooperation mit relevanten Sozialvereinen eingehen
- Potentiale einer besseren Verknüpfung und Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis besser nutzen
- Kooperation mit Entscheidungsträgern

Weitere Themen:

- Unterschiede zwischen Stadt und Land berücksichtigen, z.B. unterschiedlicher Ressourceneinsatz und Bedarf, mehr ehrenamtliches Engagement im ländlichen als städtischen Bereich
- Projektlaufzeiten so konzipieren, dass ausreichend Zeit vorhanden ist, um sozial Benachteiligte zu erreichen und Freiräume für Entwicklungsprozesse eingeplant sind
- Diversity und Gender Aspekte sollten in jedem Projekt berücksichtigt werden
- Fördertöpfe aus anderen Bereichen (nicht Gesundheit) nutzen. Regelfinanzierung anstreben
- Für bestimmte Zielgruppen aufsuchende Hilfe vorsehen

#### **Handlungsempfehlungen für strukturelle Maßnahmen:**

Handlungsempfehlungen für strukturelle Maßnahmen wurden sehr themenspezifisch formuliert, können aber teils auch auf andere Themen übertragen werden, wie z.B. Wissen zu Themen der Gesundheitsförderung erhöhen oder Kontinuität von Strukturen aufrechterhalten. Auch kann man die Betrachtung der unterschiedlichen Problemstellungen und deren Bedeutung für die Ebenen Gesellschaft, Organisation und Individuum, vornehmen. Projekte und Programme der Gesundheitsförderung sollten immer mehrere Ebenen in die Maßnahmen einbeziehen (Stichwort: Verhältnisse und Verhalten beeinflussen).

Zu unterschiedlichen Workshop-Themen:

- Gesundheit und Arbeitslosigkeit auf drei Ebenen betrachten: Gesellschaft, Organisation und Individuum
- Für Arbeitslosenarbeitschaft eintreten
- Neue Wege im AMS versuchen – mutige Pilotversuche entwickeln (z.B. sanktionsfreies AMS)
- Integrierte Sozial- und Gesundheitszentren aufbauen
- Mindeststandards für Gemeinschaftsverpflegung umsetzen
- Wissen um Ernährung und Lebensmittel erhöhen (z.B. Produkt-Kennzeichnung)
- Gemeinwesenentwicklung (Empowerment, Arbeitschaft, ...) stärken
- Gesundheit in den Mittelpunkt stellen: Gesundheitsförderung vor Prävention Hier von Relevanz?
- Kontinuität der Strukturen und Ansprechpartner/innen für die Zielgruppe und/oder für Partner/innen aufrecht erhalten

#### **Handlungsempfehlungen für sektorenübergreifende Zusammenarbeit:**

Die Bedeutung und Wichtigkeit sektorenübergreifender Zusammenarbeit scheint für die Teilnehmer/innen außer Frage zu stehen. Die Empfehlungen beziehen sich auf die notwendigen Schritte zur Umsetzung in die Praxis. Angesprochen können hier sowohl die Projektpraxis als auch Politik- und Verwaltungs-Ebene auf kommunaler, Landes- oder Bundesebene sein.

Zu sektorenübergreifender Zusammenarbeit:

- Verständnis für Gesundheit und Gesundheitsförderung in anderen Sektoren schaffen
- positive Haltung bei allen beteiligten Organisationen und (gesetzliche) Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Kooperationen schaffen
- Sektorenübergreifendes Denken und Handeln fördern
- Zielgerichtetes Steuern auf Basis von Gesundheitszielen, sowie Förderung mit ausreichenden finanziellen Ressourcen



- Sicherung von Grundrechten und Zugang zu diesen Rechten ermöglichen. Bewusstseinsbildung, Aufklärung und Umgang mit Rechten bei Behörden schaffen. Verantwortung und Kompetenzen zwischen Bund, Ländern und Behörden transparent gestalten (Recht auf Krankenbehandlung in der Muttersprache, Recht auf Betreuung und Versorgung – insbesondere im Alter, Recht auf Bildung, Wohnen und Arbeitssicherheit)

Handlungsempfehlungen in Bezug auf Wissenschaft:

Handlungsempfehlungen zum Thema Wissenschaft wurden nur in einem Workshop formuliert. Darüber hinaus wurde die Nutzung der Potentiale die durch eine bessere Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis entstehen können, empfohlen.

Themen mit Forschungsbedarf:

- Soziale Isolation und Unsicherheit beforschen und die Themen in der Gesellschaft sichtbar machen
- Differenzieren zwischen den Fragen zu prekären Arbeitsverhältnissen und zu Erwerbsarbeitslosigkeit.

## REFERENTINNEN UND REFERENTEN / MODERATORINNEN UND MODERATOREN



### **DSA VOLKER ATTENEDER**

Volkshilfe OÖ, Geschäftsführender Abteilungsleiter der Abteilung Kommunale Integration der Volkshilfe OÖ, davor Sozialarbeiter und Leiter eines Jugendwohnhauses für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge



### **DR. PHIL. ALMUT BACHINGER**

Politikwissenschaftlerin, seit 2010 Sozialwissenschaftlerin im Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Durchführung von EU-Projekten im Gesundheits- und Sozialbereich. Universitätslektorin an der Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Soziologie, Abteilung Theoretische Soziologie und Sozialanalysen. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung, Care, Arbeit, Gender und Migration.



### **KIRSTEN BARSKE**

Diplom Sportwissenschaftlerin, Outdoortrainerin, systemischer Business Coach (Steinbeis Hochschule Berlin), Teamentwicklung mit erlebnis- und erfahrungsorientierten Methoden, Incentives / Eventveranstaltungen, mobiles Projekt Familiennester, Mitspielevents in Tirol und Freiraum Wien, Entwicklung von Schulungskonzepten und Personalentwicklung, Trainerin für mehrtägige Schulklassenprogramme mit SP Sozialkompetenz, Seminarleitung, Trainings, Fachtagungen



### **DR. MARKUS BENESCH**

Studium der Geschichte und Politikwissenschaft an der Universität Wien, langjährige Tätigkeit im kommunalpolitischen Bereich in Wien mit Schwerpunkten im Bereich Bildung, Jugend, Integration, Gesundheit und Soziales, seit Juli 2011 Referent im Büro von Integrationsstaatssekretär Sebastian Kurz, zuständig für die Themenbereiche vorschulische Bildung, Bildung, Beruf, Gesundheit und Soziales



### **FH-PROF. MAG. DR. MANUELA BRANDSTETTER**

Department Gesundheit & Soziales an der FH St. Pölten. Lektorin an der Universität Wien, Universität Klagenfurt. Leiterin der Arbeitsgruppe Sozialer Raum, Arbeitsschwerpunkte: Regionale Helfeforschung, Gemeinwesenarbeit.



**DIPL.-PSYCH. STEFAN BRÄUNLING, MPH**

seit 2008 Mitarbeiter bei Gesundheit Berlin-Brandenburg, zuvor zehn Jahre lang als Sozialarbeiter in der Wohnungslosenhilfe tätig. Derzeitiges Hauptaufgabengebiet ist die Geschäftsstelle des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, und dort: Koordinierung der „Regionalen Knoten“, des kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“ und des Themenschwerpunkts „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“. Ebenfalls Teil des Regionalen Knotens Berlin für die Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen.



**MAG. ALEXANDER DE BRITO**

Jurist, Referent in der AK Wien, Abt. Sozialversicherung  
Spezialgebiet prekäre Beschäftigung, freier Dienstvertrag, Werkvertrag  
Berater im Projekt „Flexpower“ ÖGB/AK



**MAG. JUDITH DELLE GRAZIE**

Studium der Handelswissenschaften mit Schwerpunkt verhaltensorientiertes Management. Auslandssemester an der HEC Montréal, Kanada, seit 2006 Leiterin der Abteilung für Gesundheitsförderung und Prävention im Bundesministerium für Gesundheit, 2001-2006 Leiterin des PGA Wien und Burgenland – Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit; Unternehmensberaterin, Lebens- und Sozialberaterin, Coach, Trainerin.

Ausbildungen und Lehrgänge:

Resonanz-NLP Practitioner, -Master, -Trainer, -Coach, und -Gesundheitscoach; Externe Projektleiterin für BGF-Projekte; Maltherapieausbildung; Ausbildung für systemische Aufstellungen; Kinesiologie - Three-In-One-Concepts; Psychologische Astrologie; Train the Trainer Horse Assisted Education; Trainerausbildung in den Bereichen Rhetorik, Kommunikation, Gruppendynamik & Selbstmotivation.



**DR. BARBARA DROBESCH-BINTER**

Studium der Pädagogik, Psychologie, Philosophie und Anglistik  
Zusatzausbildungen:

Internat. Studienlehrgang „Organisationsentwicklung und Projektmanagement in der Gesundheitsförderung“, Ausbildungslehrgang zur Suchtprävention in Kiel, Hochschulkurs „Responsible Gaming“, Management College Entwicklung, Aufbau und Mitarbeit bei diversen Gesundheitsfördernden Maßnahmen und Angeboten in Kärnten (z.B. Vorläuferprojekte zur Gesunden Gemeinde oder dem Frauengesundheitszentrum). Konzeption und Aufbau der Landesstelle Suchtprävention, Netzwerkarbeit und Entwicklung von Qualitätsstandards in der universellen und selektiven Prävention, seit 2002 Leiterin der Landesstelle Suchtprävention Kärnten.



**MAG. (FH) KATHARINA EBNER**

Projektleiterin des Gesundheitsförderungsprojektes GAVA – Gesund und Arbeitsfähig von Anfang an. Seit 2011 Mitarbeiterin in der ÖSB Consulting GmbH im Bereich „Productive Ageing – Workplace Health Promotion“ tätig, u.a. im Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA) sowie fit2work. Frühere Mitarbeit in Projekten zur Gesundheitsförderung von Frauen und Mädchen, Vermittlung von Gesundheitskompetenzen (Health Literacy) sowie steirische Gesundheitsberichterstattung. Studium an der Fachhochschule Joanneum in Bad Gleichenberg „Gesundheitsmanagement im Tourismus“ mit Spezialisierung in den Fachbereichen Gesundheitssoziologie, Gesundheitsförderung und Prävention. Postgraduelle Weiterbildungen im Bereich Projekt- und Kooperationsmanagement und Public Health.



**DSA MARTINA EISENDLE, MSc**

Martina Eisendle, geb. 1972, Diplomsozialarbeiterin, Akademisch Politische Bildnerin, MSc (Politische Bildung). Seit 2007 Leiterin von invo - service für kinder- und jugendbeteiligung in Vorarlberg. Langjährige Erfahrung in Sozialarbeit (Beratung und Gewaltschutzarbeit) und Offenen Jugendarbeit. Selbstständige multimediale Projekte, Vorträge und Workshops mit Jugendlichen und Erwachsenen zu den Themen Gewalt, Mädchenarbeit, Politische Bildung und Partizipation.



**MAG. ULRIKE FLEISCHANDERL**

Studium der Soziologie an der Universität Wien, Trainerin, seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin bei queraum. kultur- und sozialforschung ([www.queraum.org](http://www.queraum.org)), Schwerpunkte Gesundheitsförderung und Projekte zur Förderung der Chancengleichheit benachteiligter Personengruppen. Im Team der Gesunden Leopoldstadt ist sie für Vernetzung unter den Kooperationspartner/innen sowie Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung für das Thema Gesundheitsförderung und Partizipation zuständig. Sie ist Ansprech- und Kontaktperson für Initiator/innen im Bezirk und unterstützt bei Organisation und Umsetzung der Gesundheitsförderungsinitiativen.



**ING. FRANZ FLOSS**

Seit Nov. 2005 Geschäftsführer Verein für Konsumenteninformation, über 30 Jahre Projektleitung Lebensmitteltests.



**LIESL FRANKL**

Projektleiterin und Geschäftsführerin des gemeinnützigen Vereins [beratungsgruppe.at](http://beratungsgruppe.at). Psychologie- und Philosophiestudium in Wien und Arbeit als angestellte Journalistin für ORF/Fernsehen sowie (ab 1985) freiberufliche Journalistin und Publizistin zu den Schwerpunktthemen: Bildung, Politische Bildung, Migration, Flüchtlingsarbeit, Berufswahl, Arbeitsmarkt, Frauen (Buch und Regie bei Dokumentationsfilmen, Erstellen von Broschüren). Dr. Bruno Kreisky-Preis für Verdienste um die Menschenrechte (1991) für die journalistische Tätigkeit zum Thema „Menschenrechtliche Situation von Migrant/innen“. Ab 1994 Qualifizierungen in der Erwachsenenbildung als Trainerin und Coach, 12 Jahre Praxis als Trainerin für Arbeitsuchende im AMS-nahen Bereich und ehrenamtliche Betreuung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen aus Afghanistan. 2006: Gründung von [beratungsgruppe.at](http://beratungsgruppe.at), Projektkonzeptionen, Entwicklung und Text von Projektmaterial, Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit.



**ING. MAG. HANNES GUSCHELBAUER**

ist seit März 2011 Gesundheitsreferent in der Wiener Gesundheitsförderung ([www.wig.or.at](http://www.wig.or.at)). Seine Schwerpunkte sind die „Gesunde Leopoldstadt“ und der Themenbereich „Diversity und sozial Benachteiligte“. Zwanzig Jahre Erfahrung in der Stadtteilarbeit der Gebietsbetreuung Leopoldstadt. Ausbildung: HTL-Absolvent Fachrichtung Tiefbau, Studium der Psychologie, Klinischer- und Gesundheitspsychologe.



**DR. SABINE HAAS**

Soziologin, koordiniert an der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG den Arbeitsbereich Prävention. Nach langjährigen Arbeitsschwerpunkten zu den Themen HIV/AIDS und Drogen/Sucht in den letzten Jahren vor allem mit Grundlagen von (struktureller) Prävention und Gesundheitsförderung, Strategien zur intersektoralen Verankerung von Gesundheit sowie mit den sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit befasst. Koordinatorin des im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Zeitraum 2011 – 2013 durchgeführten Projekts „Frühe Hilfen – Aufbereitung von Grundlagen“.



**MAG. BARBARA HAIDER-NOVAK**

ist Arbeits-, Klinische und Gesundheitspsychologin und seit 16 Jahren im Bereich berufliche Rehabilitation tätig. Seit 2006 Arbeitsschwerpunkt Sekundärprävention in Form von Beratung und Unterstützung für Personen im aufrechten Dienstverhältnis, die aufgrund gesundheitlicher Probleme Schwierigkeiten am Arbeitsplatz haben sowie für Personen die aufgrund gesundheitlicher Probleme den Arbeitsplatz bereits verloren haben. Zuerst als Case Managerin und später als Projektleiterin Lösungen erarbeitet, die eine der gesundheitlichen Situation entsprechende Weiterbeschäftigung bzw. eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ermöglichen. Aufbau und Durchführung entsprechender Beratungsangebote in Wien und Niederösterreich. 2011 im Rahmen des Projektes „C4C – Check for Chances“ intensive Beschäftigung mit der Zielgruppe der arbeitslosen Personen, die im Rahmen der „Gesundheitsstraße“ der PV für arbeitsfähig befunden wurden. Seit August 2012 Projektleiterin von fit2work Salzburg



**MAG. LIANE HANIFL**

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Arbeitspsychologin und Supervisorin. Bisherige Arbeitsschwerpunkte: Berufliche Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen, wissenschaftliche Tätigkeit an der Universität Wien und im Ch.Bühler-Institut für praxisorientierte Kleinkindforschung, Trainerin und Supervisorin im psychosozialen Bereich. Seit Februar 2011 Gesundheitsreferentin für den Themenschwerpunkt „Seelische Gesundheit“ und Ansprechperson für „Gesundes Ottakring“ in der Wiener Gesundheitsförderung.



**MAG. PHIL. ELISABETH KAPFERER**

Studium der Germanistik und Politikwissenschaft an der Universität Innsbruck, ist seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Ethik und Armutsforschung der Universität Salzburg (ZEA). Ihre Forschungsinteressen umfassen die Bedeutung von Kultur in der Armutsbekämpfung, Bedingungen von gutem (Zusammen-)Leben (u.a. am Beispiel des Sozialfestivals „Tu was, dann tut sich was.“), Lokales Wissen sowie Erinnerungskulturen und Armut/soziale Ausgrenzung und Repräsentationen von Armut/sozialer Ausgrenzung. Seit 2008 ist sie außerdem Koordinatorin der Aktion „Hunger auf Kunst und Kultur“ (Tirol), die armutsbetroffenen Menschen kostenlosen Zugang zu Kulturangeboten ermöglicht und somit kulturelle und soziale Teilhabe fördert.



#### **STEFAN KAULICH**

Matura Realgymnasium und HTL, ca. 10 Jahre als Elektronikingenieur in der Privatwirtschaft, 28 Jahre Einkäufer für technische Waren und Dienstleistungen in der IAEA (UNO-City Wien). Seit 2008 pensioniert, Beginn der ehrenamtlichen Tätigkeit bei der „Wiener Tafel“, seit 2011 Vorstandsmitglied der „Wiener Tafel“ Tätigkeiten bei der Wiener Tafel: Fahrer oder Beifahrer bei den Abhol- und Liefertouren, Mithilfe in der Warenakquise, Mithilfe bei der obligatorischen Schulung der Fahrer, Ansprechperson für Mitglieder



#### **MAG. DANIELA KERN-STOIBER MSC**

ist Klinische- und Gesundheitspsychologin, Arbeitspsychologin und Organisationsberaterin. Sie leitet seit 1998 das Frauengesundheitszentrum FEM in Wien. Sie ist nebenberuflich als Supervisorin und Coach tätig sowie als Lehrende an der FH Krems. Inhaltliche Arbeitsschwerpunkte sind soziale Aspekte der Gesundheitsförderung und Medizin, Armut, Chancengleichheit, Gender, Partizipation marginalisierter Bevölkerungsgruppen, intersektorale Kooperationen im Kontext Gesundheit.



#### **DR. JOHANN KERSCHBAUM**

studierte Soziologie an der Universität Wien mit Schwerpunktsetzung auf Methoden der empirischen Sozialforschung. 2007 dissertierte er an der Wirtschaftsuniversität Wien, Institut für Wirtschaftsinformatik. Nach anfänglicher Tätigkeit im Bereich der Migrations- und Integrationsforschung ist er seit 2005 wissenschaftlicher Sachbearbeiter des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG); nunmehr Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Seine Arbeitsschwerpunkte liegen vor allem auf den Gebieten Statistik, quantitative Methoden und Koordination des GÖG-Datenmanagements. Inhaltlich findet sich sein zuhause in den Arbeitsbereichen Prävention und Gesundheitsberichterstattung. Seit 2005 ist er externer Lehrbeauftragter der Universität Wien, Institut für Soziologie.



#### **LUTZ KÖLLNER**

Nach der Lehre zum Maschinenschlosser und der Schule für medizinisch-technischen Fachdienst, Ausbildung zum systemischen Coach, Lebens- und Sozialberater. Sozialpädagogische und sozialpädagogisch-therapeutische Betreuung Jugendlicher, 2010 – 2012 Jugendberater im Projekt com.mit im Bereich Projekt- und Gemeindebetreuung, seit 2012 Jugendberater und Jugendcoaching zuständig für Gemeinden in NÖ.



#### **MAG. KARIN KVARDA, BAKK.**

Ausbildung: 2005 –2012 Diplomstudium Ernährungswissenschaften, Universität Wien, Schwerpunkt Psychologie der Ernährung / Ernährungsberatung; Diplomarbeit: Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprojektes für männliche Lehrlinge 2006 –2009 Bakkalaureatsstudium Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, Universität Wien, Schwerpunkte Werbung, Markt- und Meinungsforschung Berufstätigkeit Seit September 2012 Ronge & Partner KG: Projektassistentin, administrative Unterstützung, Betreuung von Projekten: seit Mai 2012 Kid-Fit-Fun®: Referentin für die Themen Kinderernährung und Brain Food, seit Juni 2010 Pro-Gramm: Mitarbeit bei interdisziplinären Gesundheitsförderungsprojekten



#### **DR. HERBERT LANGTHALER**

studierte Ethnologie und Publizistik. Auslandsaufenthalte in Süd- und Südostasien, im Mittleren Osten und Ostafrika, arbeitet hauptberuflich für die Asylkoordination Österreich daneben als Journalist und als Trainer in verschiedenen Antirassismus- und Demokratieprogrammen. Lehraufträge an den Universitäten Wien (Kultur- und Sozialanthropologie), Klagenfurt (Erziehungswissenschaft), Bangkok (Ramkhamhaeng University), St. Pölten (FH Soziale Arbeit). Projekte (Auswahl): Civic participation of refugees in the EU Forschungsprojekt im Rahmen des „node“ (new orientations for democracy in europa) Programms des BMWF (2006/07) The Power of Older Refugees (2008/09) Transnationales Projekt gefördert aus Mitteln der EU-Kommission. IMPULS – Gesundheitsförderung für Asylwerber/innen in Gemeinden. (2010/11) Gefördert aus Mitteln des Fonds Gesundes Österreich und des Landes NÖ



#### **MAG. PETRA LEHNER**

Ernährungswissenschaftlerin; Vorsitzende der nationalen Ernährungskommission; Mitverfasserin des Nationalen Aktionsplans Ernährung seit Dezember 2008: Büro von Gesundheitsminister Alois Stöger (Ernährung, Lebensmittel, Veterinärwesen, Gentechnik) 1998–2008: Konsumentenpolitische Abteilung der Arbeiterkammer Wien (Ernährung, Lebensmittel, Gentechnik, Gesundheit, Produktsicherheit, EU-Koordination); Mitglied diverser Kommissionen (u.a. Gentechnikkommission, Codex-Kommission, Tierschutzrat, Abgrenzungsbeirat, Produktsicherheitsbeirat; AG „Lebensmittel“ und „Gesundheit“ des Dachverbands der europäischen Verbraucherschutzorganisationen BEUC) Mai-Nov 2004: Büro der Bundesarbeitskammer in der ständigen Vertretung Österreichs bei der EU (Konsumenten-, Lebensmittel-, Gesundheits-, Wirtschafts- und Umweltpolitik)



#### **DSA ANNEMARIE LENKO** Diplomierte Sozialarbeiterin

Zusatzausbildungen: Ausbildungslehrgang zur selektiven Suchtprävention, Trainerausbildung zu „movin“ - motivational interviewing in der Suchtprävention, Projektkoordination des Präventionsprogramms „PLUS“, Projektkoordination des Sucht- und Gewaltpräventionsprogramms „JUST for mi“. Ansprechpartnerin für die Suchtpräventionsbeamten der Kärntner Exekutive, Konzeptarbeit und Organisation von Lehrgängen im Rahmen der selektiven Suchtprävention, seit 2003 Mitarbeiterin der Landesstelle Suchtprävention im Amt der Kärntner Landesregierung



#### **CHRISTIAN LOIBNEGGER**

Seit 2009 bei der Magistratsabteilung 17 der Stadt Wien, Integration und Diversität im regionalen Bereich mit dem Fokus auf das Zusammenleben der Wiener und Wienerinnen zuständig, davor in einem großen österreichischen Dienstleistungsunternehmen im Bereich Personalmanagement, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit tätig. Bei der Integrationsabteilung der Stadt Wien maßgeblich an der Entwicklung und Umsetzung des Nachbarschaftsprojektes „Sei dabei“ beteiligt, das 2011 mit einem European Public Sector Award ausgezeichnet wurde. Als Leiter des Organisationsbüros der „Wiener Charta“ für den Aufbau, die Koordination und den Ablauf des Projektes verantwortlich.



#### **DR. HUBERT LÖFFLER**

Studium der Philosophie 1971-1973 in München (Bakalaureat), der Psychologie/ Psychopathologie und Psychiatrie: 1973 –1979 in Salzburg, Zusatzausbildungen in Psychotherapie, Gesundheitspsychologie, Klinische Psychologie. Tätigkeiten als Psychologe/ Psychotherapeut, Institut für Sozialdienste Bludenz (1983-1995), seit 1995 Geschäftsführung der IfS-Familienarbeit GmbH, Psychotherapie im institutionellen und selbständigen Rahmen, Gründung und Geschäftsführung des Förderkreises „Netz für Kinder“, Projektleitung der Gesundheitsförderungsprojekte „...trotz allem gesund“ und „trotz allem vernetzt“, Gründungs- und Vorstandmitglied des Dachverbandes Österreichischer Jugendwohlfahrtseinrichtungen DÖJ



#### **REINHARD MANN**

Diplompsychologe mit Schwerpunkt klinische Psychologie. Seit 1981 Leiter des Referates „Prävention von ernährungsbedingten Krankheiten; Gesundheitsvorsorge“ in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (BZgA).



#### **MAG. KARL-HEINZ MARENT MBA**

Klinischer- und Gesundheitspsychologe und Betriebswirt, seit 1982, GF www.sinnfabrik.eu  
Freiberufliche Tätigkeiten in den Bereichen Wirtschaftspsychologie, Marktforschung und Gesundheitspsychologie, Berater der Vorarlberger Landesregierung im Fachbereich Gesundheit und Soziales. Seit 2001 Lehrbeauftragter in den Studiengängen Soziale Arbeit und Mediengestaltung an der Fachhochschule Vorarlberg 1993 – 2006, Stiftung Maria Ebene, verantwortlich für Prävention, Wissenschaft, Evaluation und Projektentwicklung, 2003 Aufbau und Leitung der Supromobil (Sekundärprävention Vorarlberg)



#### **DSA SABINE MAURER**

Diplomierte Sozialarbeiterin, freiberufliche systemische Supervisorin ASYS, ÖVS  
Seit 1995 im Verein sprungbrett für mädchen tätig. Schwerpunkt Konzeption sowie Durchführung gesundheitsfördernder Angebote der Beratungsstelle wie Schulgruppenberatungen zu den Themen Sexualpädagogik, Selbstbehauptung, Körper/Schönheitsideale, Zukunfts- und Lebensplanung, Berufsorientierung. Aufbau des Schwerpunkt „Gewaltprävention“ innerhalb der Familienberatungsstelle. Durchführung und Konzeption von Mutter-Tochter Gruppen. Diverse Seminaraktivitäten im Bildungsbereich zu den Themen Genderpädagogik, Mädchenarbeit, Berufsorientierung, Sexualpädagogik. Im Auftrag des BMuKK Konzeption und Umsetzung eines online Seminars für Lehrkräfte zum Thema geschlechtssensible Berufsorientierung. Neben freiberuflicher Tätigkeit seit 2011 im sprungbrett ausschließlich für die Konzeption und Umsetzung des Mädchengesundheitsförderungsprojekts MÄGI tätig.



#### **JULIA MAYER, BSC, MSC**

derzeit Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Landeskrankenhaus- Universitätsklinikum Graz 2004-2010 Bachelor- und Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz: Masterthese: Migration & Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma, ausgezeichnet mit dem Forschungsstipendium des Österreichischen Integrationsfonds 2011. Berufserfahrung: 2011 - 2012 Projektkoordination eines Gesundheitsförderungsprojektes für Migrant/innen, Assistenz der Geschäftsführung und Öffentlichkeitsarbeit bei OMEGA- Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration, Graz.



#### **DIPL. ING. RITA MAYRHOFER**

Gärtnerin, Landschaftsplanerin

Nach abgeschlossener Lehre als Landschaftsgärtnerin in München, Studium der Landschaftsplanung und Landschaftsarchitektur an der Universität für Bodenkultur Wien, danach Gesellschafterin der zirca7 oeg und seit 1999 Gesellschafterin der tilia mayrhofer.staller.studer og - Technisches Büro für Landschaftsplanung in Wien. Obfrau des Vereins Wirbel – Institut für feministische Forschung und Praxis





#### **DSA KARIN MEZGOLICH**

hat 1989 die Sozialakademie OÖ absolviert und seitdem vielfältige Erfahrungen im Sozialbereich gesammelt. Von 2009 - 2011 war sie als Stadtteilarbeiterin bei VSG VIEW Stadtteilarbeit Auwiesen/Schörghenhub tätig. Sie verfügt über Erfahrungen in sozialraumorientierten Arbeitsprojekten, in der Vernetzung und Kooperation mit städtischen Einrichtungen und Vereinen, in der Entwicklung, Planung und Umsetzung, Bewerbung und Evaluierung von Projekten. Leitungserfahrung konnte Frau Mezgolich im Medien Kultur Haus in Wels sammeln, da sie die Leitung und Konzeptarbeit der medienpädagogischen Vermittlungsprogramme der Kultureinrichtung über hatte. Bei VSG VIEW Stadtteilarbeit Auwiesen/Schörghenhub war sie stellvertretende Leiterin. Weiters hat sie durch die Ausbildung zur diplomierten Burnout-Prophylaxetrainerin auch zusätzliche Qualifikationen im Coaching und in der Gesundheitsförderung erworben. Weiterbildungen: 2004 – 2006 Akademielehrgang „Kunst- und Kulturvermittlung“; 2009 – 2010 Ausbildung zur Dipl. Burnout-Prophylaxetrainerin; 2010 - 2011 Ausbildung zur Dipl. Rainbows-Pädagogin; seit WS 2010 Studium an der Kunstuniversität Linz, Mediengestaltung auf Lehramt.



#### **ERDTRUD MÜHLENS**

Erdtrud Mühlens (60) war 20 Jahre lang als leitende Redakteurin – u.a. bei Gruner + Jahr, Bauer Verlag und Condé Nast – tätig. 1993 machte sie sich mit der Kommunikations-Agentur AMG Hamburg selbständig. Neben klassischer Pressearbeit spezialisierte sie das Unternehmen mit 12 Mitarbeitern auf strategische Netzwerke und Kampagnen für große Unternehmen im Bereich Bauen, Gesundheit, erneuerbare Energien und Ernährung. 2004 gründete Erdtrud Mühlens das Netzwerk Nachbarschaft in sozialer Unternehmerschaft. Heute betreut ein Team von 7 Mitarbeitern den Ausbau des Netzwerks. Mit 1.400 Nachbarschaftsgemeinschaften und rund 160.000 aktiven Mitgliedern ist das Netzwerk das größte bundesweite Aktionsbündnis von Nachbarn für Nachbarn. Es dient Initiativen als Präsentations-, Informations- und Kommunikationsplattform. In Wettbewerben lobt die Community vorbildliche Gemeinschaftsprojekte aus und holt Sponsoren mit ins Boot. Nachbarn, die Gruppenprojekte planen, können auf das gebündelte Know-how des Netzwerks zurückgreifen. Die Gründung einer gemeinnützigen GmbH ist in Arbeit.



#### **DR. CLAUDIA MUHR**

Nach dem Studium an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz als Juristin in der Familienberatungsstelle WIFF, Völkermarkt tätig, 1998 – 2010 Personalleiterin und Personalmanagerin bei verschiedenen Unternehmen in der Steiermark und in Kärnten, seit 2010 Leiterin Sozialberatung & Sozialhilfe, Ausländerberatung, administrative Leiterin Mobiler Krankenpflegedienst



#### **MAG. RICHARD OSWALD**

Lehramtsstudium für Italienisch und Leibeserziehung in Graz, ein Jahr Unterrichtspraktikum an der Handelsakademie in Klagenfurt, sechs Monate Assistent der Geschäftsleitung der Firma Reifen Plankenauer in St.Veit, seit 1.4.1990 im SPAR-Konzern, 1990-2002 Leitung der regionalen INTERSPAR Einkaufszentren in Osttirol, Kärnten, Steiermark und Burgenland, zuständig für Verwaltung, Vermietung und Öffentlichkeitsarbeit, 2003 Projektleitung Shopping Center EUROPARK Prag, Bau- und Vermietungsmanagement, Aufbau des Center-Managements, feierliche Eröffnung des Shopping-Centers, parallel dazu ab 1997 Projektleitung Shopping Center Villach, seit 1.1.2004 Geschäftsführer ATRIO Betriebsgesellschaft m.b.H., Positionierung des ersten, thematisierten Shopping Centers Österreichs, Aufbau des ATRIO zu einer Marke und Treffpunkt der Alpe-Adria-Region



#### **DR. PHIL. JÜRGEN M. PELIKAN**

ist Professor em. für Soziologie an der Universität Wien und Direktor des WHO-CC für Gesundheitsförderung im Krankenhaus und in Gesundheitseinrichtungen am Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (BIHPR) in Wien. Er war Gründer und langjähriger Leiter des IBI für Medizin- & Gesundheitssoziologie. In den letzten Jahren lag sein Forschungsschwerpunkt neben dem Setting Gesundheitsfördernde Krankenhäuser vor allem im Bereich Health Literacy / Gesundheitskompetenz. Er leitete ein EC-Sanco-Projekt zu Migrant-Friendly Hospitals und war Mitglied im Konsortium des EC-Sanco-Projekts Health Literacy Survey Europe (HLS-EU) und dort verantwortlich für die Datenanalyse und die Berichterstellung. Diese Studie erhielt den European Health Award 2012 beim European Health Forum Gastein. Im Zusammenhang mit dieser internationalen Studie wurden auch ein vergleichender Österreich-Bericht und eine Studie zur Gesundheitskompetenz von 15 Jährigen Jugendlichen in Österreich unter seiner Leitung erarbeitet. Prof. Pelikan wird verantwortlich an einem derzeit beginnenden EC-FP7-Projekt zu Diabetes Literacy mitarbeiten und bereitet eine Erhebung zur Gesundheitskompetenz von Migrant/innen in Österreich vor. Prof. Pelikan war Präsident der European Society for Health & Medical Sociology und ist Mitglied im Editorial Board der Zeitschriften Health Promotion International bzw. Clinical Health Promotion, sowie im Board of Trustees der International Union for Health Promotion & Education und im Governance Board des internationalen Netzwerks Health Promoting Hospitals.



#### **MAG. MARIA PRAMHAS**

Gesundheits-, Arbeits- und Wirtschaftspsychologin  
Tätigkeitsschwerpunkte: 7 Jahre Personalberatung: Bewerberauswahl, Inserate, Diagnostik, 15 Jahre berufliche Eignungsdiagnostik für schwer vermittelbare Jugendliche für das Arbeitsmarktservice Salzburg, Bewerbungstrainings für Arbeitssuchende für das BFI Salzburg und Bildungsberaterin für Erwachsene, 5 Jahre Personalberaterin/Betreuerin in einem sozioökonomischen Betrieb in Hallein für langzeitarbeitslose Frauen, Aufbau der Mobbingberatung in der Arbeiterkammer Salzburg, Referent/innentätigkeit in der Ausbildung zum Klinischen und Gesundheitspsychologen beim Berufsverband Österr. PsychologInnen, seit 1994 Durchführung und Begleitung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte, seit 2001 Betreuung und Begleitung der Gesunden Gemeinden in Salzburg, seit 2008 Bereichsleitung Gemeinde und Community bei AVOS mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung im regionalen setting, Projektplanung, -umsetzung, -dokumentation, -begleitung zahlreicher Gesundheitsförderungsprojekte.



#### **DR. HEDWIG PRESCH**

erwerbsarbeitslose Arbeitspsychologin, stellt ihre in den Bereichen psychosoziale Beratung, feministische Erwachsenenbildung, Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung erworbenen Kompetenzen ihrem Umfeld zur Verfügung – im Bekanntenkreis, in Frauengruppen, im Park, in diversen Vereinen und sozialen Netzwerken, manchmal auch in bezahlten Projekten. Projekte, durch die Gesundheits- und Alterskompetenzen gestärkt wurden: „gemeinsam g'sund“ - 1. BGF-Projekt in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen (Trägerverein BIKOO – Bildungskoooperative Oberes Waldviertel) Recherche „Potenziale arbeitsmarktpolitischer Beschäftigungsprojekte für Productive Ageing“ gemeinsam mit Friederike Weber, Fa. Prospect GmbH. Mitarbeit an Evaluationen von BGF-Projekten in Sozialeinrichtungen und Sozialen Integrationsunternehmen für Fa. Prospect GmbH. „Würde statt Stress! Solidarische Gesundheitsförderung durch kompetente Erwerbsarbeitslose“, Institut für Alterskompetenzen in Kooperation mit den Arbeitslosen-Initiativen: Aktive Arbeitslose, AMSand, AMSEL, sinnvoll tätig sein, Survival Club, Zum Alten Eisen Mitarbeit im Verein „entschleunigung und orientierung. institut für alterskompetenzen“ sowie in Arbeitsgruppen zum informellen Lernen und zur Kompetenzerfassung (Schwerpunkte Arbeitslosigkeit, Alter, Gesundheit)



#### **UNIV. PROF. DR. CHRISTOPH REINPRECHT**

Christoph Reinprecht lehrt und forscht, nach Promotion und Habilitation im Fach Soziologie, an der Universität Wien. Er ist (ao) Universitätsprofessor für Soziologie, Leiter der interdisziplinären Forschungsplattform „Migration and Integration Research“ sowie am „Centre de la Recherche sur l’Habitat“ (CRH) in Paris als Wissenschaftler assoziiert. Seine Forschungsinteressen schließen migrations- und stadtsoziologische Themen ebenso ein wie die Analyse von sozialen Ungleichheiten und sozialer Unsicherheit, sowie Sozialpolitik und politische Soziologie. Die Ergebnisse seiner vielfach international und interdisziplinär ausgerichteten Forschungen sind in acht Büchern sowie in zahlreichen Fachbeiträgen dokumentiert. Seit mehr als zehn Jahren forscht Reinprecht zum Thema Lebensqualität im Kontext von Migration, mit den Schwerpunkten gesundheitsbezogene Lebensqualität und Partizipationschancen von älteren ausländischen Arbeitskräften in Österreich. Zu diesem Thema liegen eine einschlägige Buchpublikation (Nach der Gastarbeit: Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft, Braumüller Verlag) sowie eine Vielzahl an Artikeln vor (vgl. etwa Migration als Determinante von Lebensqualität, in Baykara-Krumme/ Motel-Klingebiel/ Schimany (Hg.), Viele Welten des Alterns, Springer VS).



#### **MAG. PHIL. KARIN REIS-KLINGSPIEGL**

Seit 2006 Geschäftsführung von Styria vitalis. Davor Studium der Deutschen Philologie und Europäischen Ethnologie an der Karl Franzens-Universität Graz, Lehrgang Erwachsenenbildung der ARGE Erwachsenenbildung Steiermark, Arbeit als Kulturjournalistin. Mitarbeit bei Styria vitalis seit 1987 in der Öffentlichkeitsarbeit, schulischen und regionalen Gesundheitsförderung sowie in der internen Organisationsentwicklung, Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz (Univ. Prof. Dr. R. Horst Noack) bei wissenschaftlichen (Interventions-) Studien in den Bereichen schulischer und regionaler Gesundheitsförderung und pflegender Angehöriger zwischen 1992 und 2006, Lehre in der Erwachsenenbildung, in Universitätslehrgängen und an Fachhochschulen, Leitung des Lehrgangs Betriebliches Gesundheitsmanagement für das WIFI Steiermark



#### **DR. ANTJE RICHTER-KORNWEITZ**

Dr. Antje Richter-Kornweitz studierte Diplom-Pädagogik und erwarb die Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Nach zehn Jahren Tätigkeit in der Beratung und therapeutischen Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Eltern u.a. in Beratungsstellen des Deutschen Kinderschutzbundes promovierte sie von 1996 - 1999 berufsbegleitend an der Universität Oldenburg zum Thema „Wie erleben und bewältigen Kinder Armut? - Eine qualitative Studie über die Belastungen aus Unterversorgungslagen und ihre Bewältigung aus subjektiver Sicht von Grundschulkindern einer ländlichen Region.“ Seit 2001 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Fachreferentin bei der Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin e.V. für den Arbeitsbereich „Soziale Lage und Gesundheit“ verantwortlich. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen „Kinder und Jugendliche“, „Alter“, „Stadtteil“, „Resilienz“.



#### **DIPL. PÄD. MAG. RAINER SAURUGG-RADL**

Arbeitet seit 2005 bei ISOP Graz als Erwachsenenbildungstrainer im Bereich Alphabetisierung und Basisbildung und seit 2010 als Projektleitung in den FGÖ-Projekten „Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt“ (2012-2014) und „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“ (2009-2011). Studium der Soziologie (Karl-Franzens-Universität Graz) und Ausbildung zum Hauptschullehrer für Mathematik und Musikerziehung (Pädagogische Hochschule Graz). Nebenbei tätig als Nachhilfepädagoge (selbständig) und Trainer (BFI, FAB). Ehrenamtlicher Mitarbeiter der Evangelischen Jugend Österreich und Chorleiter bei „Die Liederlichen – vocal entertainment“. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Zielgruppen Sensibilisierung und Weiterbildung von Multiplikator/innen Die Rolle der „Gesundheitsvermittler/innen“ zwischen Erwachsenenbildung und Gesundheitsförderung

**MAG. GABRIELE SAX**

Studium Betriebs- und Wirtschaftsinformatik mit Schwerpunkt Soziologie. Erasmus Summer School for Public Health in Rotterdam (1993). Lehrgang für Organisationsentwicklung bei ÖAGG (Österr. Arbeitsgemeinschaft für Gruppentherapie und Gruppendynamik, 2000-2002). Seit 1990 Mitarbeiterin am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG; nunmehr GÖG). Arbeits-/Themenschwerpunkte sind derzeit die Begleitung des ÖGD-Reformprozesses und Mundgesundheit. Seit 1997 Vertreterin Österreichs im Council of European Chief Dental Officers (CECDO; www.cecd.org) und dort seit 2001 Mitglied im Executive Board.

**MAG. MARTIN SCHENK**

Studium der Psychologie an der Universität Wien, ist Sozialexperte der Diakonie Österreich und Mitinitiator der österr. Armutskonferenz. Seine Schwerpunkte sind welfare policy, Gesundheit und Kinder/ Jugend. Schenk ist Mitinitiator zahlreicher sozialer Initiativen: „Hunger auf Kunst und Kultur“ (Kultur für Leute ohne Geld), „Wiener Spendenparlament“ (Stimmen gegen Armut), Verein Hemayat (Betreuung schwer Traumatisierter), „Sichtbar Werden“ (Armutsbetroffene organisieren sich); lange Jahre Arbeit mit Wohnungslosen, der Begleitung von sozial benachteiligten Jugendlichen und der Flüchtlingshilfe, Lehrbeauftragter am Fachhochschul-Studiengang Sozialarbeit am Campus Wien. Aktuell erschienen: Bei Deuticke „Die Integrationslüge. Antworten in einer hysterisch geführten Auseinandersetzung“, 2012; „Es reicht! Für alle! Wege aus der Armut“, 2010; im Studienverlag „Handbuch Armut in Österreich“, 2009; und im Mandelbaum-Verlag „Abbilder der Folter. 15 Jahre Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen“.

**MAG. INGRID SCHMIDBAUER**

DSA, Soziologin, systemische Coaching- und Beratungsausbildung  
1994 – 2009: Leiterin der Abteilung Arbeitsmarktförderung des AMS NÖ, ab Mitte 2009: Aufbau und Leitung des betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekts VAMOS im AMS NÖ, seit 2011: Gesundheitsmanagerin und Gleichbehandlungsbeauftragte im AMS NÖ.

**CHRISTOPH SCHÖNSLEBEN**

Ist seit 2003 als Mitarbeiter des Bildungs- und Heimatwerks Niederösterreich tätig. Neben Vernetzungsaufgaben auf Landes- und Bundesebene ist er vor allem für Angebotsentwicklung sowie für Projektentwicklung und -leitung in der Erwachsenenbildung zuständig. Zu den wichtigsten Themen zählen und zählten...  
... die Implementierung von Lernarrangements für bildungsbenachteiligte Frauen mit dem Netzwerk learn forever (Transferprojekt gefördert von AMS und bmukk)  
... der Aufbau der Bildungsdatenbank für Niederösterreich www.lernende-gemeinde.at (gefördert von Leader / Lernenden Regionen)  
.... die Projektentwicklung und -leitung von „com.mit - Gesundheitsförderung und Communitybuilding mit Jugendlichen“ - gefördert vom Fonds Gesundes Österreich. Weitere Arbeitsgebiete waren die Beratung und Servicierung ehrenamtlich tätiger Menschen im Bildungsbereich, Aufbau der Basisbildung NÖ, Familienstammtische in Gemeinden und das Präventionsprojekt „Schwerpunkt: Suchtvorbeugung“.

**DR. DIETMAR SCHUSTER MBA**

Seit 2009 Beauftragter für Gesundheitspolitik, Gesundheitswirtschaft und betrieblicher Gesundheitsförderung der Wirtschaftskammer Österreich; davor Assistent der Geschäftsführung der Humanomed/care Management GmbH; Wirtschaftstrainee bei der WKÖ; Doktor der Rechtswissenschaft, MBA in Finance an der RIT-New York.



**MAG. (FH) KERSTIN SLAMANIG**

Seit Mai 2010 im Amt der Steiermärkischen Landesregierung, derzeit im Referat Integration-Diversität verantwortlich für Kommunikation und andere Arbeitsbereiche der neu aufzubauenden Verwaltungseinheit, interimistische Leitung seit September 2011. Von 1999 bis 2010 Kommunikationsberatung und Kampagnenmanagement für Auftraggeber aus Politik, Verwaltung und Wirtschaft mit Fokus auf strategische Positionierung und Kampagnenführung. Projektentwicklung und Standortleitung SSPW Graz. Studiengang Marketing mit Schwerpunkten Marketing Communication und International Marketing, Diplomarbeit zum Thema strategische Positionierung, Gastvortragende an der FH Wien



**MAG. INGRID SPICKER**

Soziologin, Organisationsentwicklungs-Beraterin; seit 2011 Leiterin der Bereiche „Gesunde Regionen“ und „Gesunde Organisationen“ in der Wiener Gesundheitsförderung – WiG ([www.wig.or.at](http://www.wig.or.at)); davor Projektleiterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsinstitut des Roten Kreuzes mit dem Arbeitsschwerpunkt settingorientierte Gesundheitsförderung



**MAG. MICHAEL STADLER-VIDA**

Studium der Soziologie an der Universität Wien und Universität Prag, Geschäftsführer von queraum. kultur- und sozialforschung. Das private Forschungsbüro hat langjährige Erfahrung in Koordination, Evaluation und Begleitforschung von (EU-)Projekten. Die Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte reichen von der Integration benachteiligter Personengruppen und der (kommunalen) Gesundheitsförderung über Qualitätssicherung und -entwicklung in sozialen Diensten bis hin zur sozialen Verantwortung von Unternehmen. Moderation von nationalen und internationalen Konferenzen und Workshops, Entwicklung und Umsetzung von Weiterbildungsangeboten im Bereich Gesundheitsförderung.



**MICHAELA STRAPATSAS**

Univ. Dipl. Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung, akad. eingetragene Mediatorin (eingetragen in die Liste des Justizministeriums). Ausbildung: Akad. Lehrgang Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung an der Universität Graz; Ausbildung zur akad. Mediatorin bei der ARGE Sozialpädagogik in Wien; Zahlreiche Aus- und Weiterbildungen, u.a. in systemischer Beratung, Mediation und Konfliktlösung; Tätigkeiten: Geschäftsführung der Organisationsberatung Diversity Consult Network mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung, Gender und Diversity Mainstreaming; Seit mehr als 10 Jahren in der Gesundheitsförderung tätig; Darunter zahlreiche Projekte für öffentliche Auftraggeber, u.a. Aufbau des Netzwerkes „Gesundheitsfördernde Schulen Österreichs“, Konzeption und Projektleitung in der kommunalen Gesundheitsförderung, u.a. des Österreich weiten Pilotprojektes „Gesunde Bezirke – Gesunde Stadt“ in Graz.



**CLAUDIA STUMPF**

Betriebliche Gesundheitsförderung, Kärntner Gebietskrankenkasse Verantwortlich für die Kärntner Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung 2004/2005 Zertifikatslehrgang „Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung“ (Fonds Gesundes Österreich, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz) dzt. MSc-Universitätslehrgang „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (Donau-Universität Krems, Department für Klinische Medizin und Biotechnologie, Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen) Projekt- und Prozessberatung für Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte Nachhaltigkeitsplanung und Schwerpunktsetzung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement Aktive Unterstützung von Gesundheitskampagnen und allgemeinen Gesundheitsförderungsprojekten und -programmen



**DIPL. ING. ELISABETH WACHTER**

Studium der Landschaftsplanung und Landschaftspflege an der Universität für Bodenkultur, Wien. Schwerpunkt in der universitären Ausbildung: endogene Regionalentwicklung. Seit 2001 Mitarbeiterin des Niederösterreichischen Verbandes für Landes-, Regional- und Gemeindeentwicklung. Diverse Zusatzqualifikationen (Ausbildung zur Mediatorin, Projektmanagement, Beratungstechniken, Moderation, Konfliktlösung,...). Berufliche Schwerpunkte: , Prozessbegleitung, Beratung und Entwicklung von mittel- und langfristigen Erneuerungsprozessen in Dörfern und Städten. Implementieren von Bürgerbeteiligungsprozessen in Dörfern, Städten und Gemeinden. Coaching und Projektleitung im kommunalen Setting.



**UNIV. ASS. DR. JENS WIETSCHORKE M.A.**

Studium der Empirischen Kulturwissenschaft/Europäischen Ethnologie in Tübingen, Wien und Berlin, Studienabschluss als M.A. im Jahr 2005. 2006-2008 Stipendiat der Gradiertenförderung des Berliner Senats (NaFÖG), daneben freie Mitarbeit u.a. im Westfälischen Industriemuseum Dortmund-Bövinghausen und bei der Geschichtsforschungsagentur facts & files in Berlin. Promotion 2009 an der Humboldt-Universität zu Berlin mit der Studie „Arbeiterfreunde. Eine historische Ethnographie der Sozialen Arbeitsgemeinschaft Berlin-Ost 1911-1933“. Seit Dezember 2009 als Universitätsassistent am Institut für Europäische Ethnologie der Universität Wien. Schwerpunkte in Forschung und Lehre: Stadtforschung und Stadtanthropologie, Historische Ethnographie und Kulturanalyse, Sozialgeschichte der Architektur und des Wohnens



**MAG. HILDE WOLF**

Studium der Psychologie an den Universitäten Wien und Salzburg, danach postgraduelle Ausbildung zur Klinischen und Gesundheitspsychologin. Seit 1998 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Österreichischen Akademie für Psychologie (Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen-BÖP), seit 1999 Leitung des Frauengesundheitszentrums FEM Süd im Kaiser Franz Josef-Spital (SMZ Süd) Arbeitsschwerpunkt: Gesundheitsförderung für Migrantinnen und sozial benachteiligte Frauen. Seit 2000 Vorstandsmitglied im Institut für Frauen- und Männergesundheit und bis 2006 Vorstandsmitglied im Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen, Mitglied des Psychologenbeirats im Bundesministerium für Gesundheit. Seit 2011 Arbeitspsychologin (BÖP-Zertifizierung)



**MAG. ALEXANDRA WUCHER**

Gesundheitspsychologin und Klinische Psychologin, Master of Public Health. 2000 – 2008 Leitung der aks Gesundheitsvorsorge GmbH, langjährige Erfahrung in der Konzeption, dem Projektmanagement und der landesweiten Umsetzung von Angeboten in der Gesundheitsprävention und -förderung. Derzeit Programmverantwortliche für „Netzwerk Familie“ bei der aks Gesundheit GmbH



**FRANZ WUTTE**

Ausgebildeter Radiologietechnologe, tätig im Landeskrankenhaus Klagenfurt, seit 1994 Referent für Krankenanstalten und Gesundheit am Amt der Kärntner Landesregierung, ab 1999 Sachgebietsleiter „Koordination ausgegliederte Projekte“ in der Landessanitätsdirektion, ab 2003 Unterabteilungsleiter „Projektmanagement – Gesundheitsförderung“ Landessanitätsdirektion, Ausbildung an der Akademie Projektmanagement FH Technikum Klagenfurt zum Projektmanager, 2006 Geschäftsführung Gesundheitsland Kärnten, seit 2010 Sachgebietsleiter „Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung“ in der Landessanitätsdirektion



**MAG. ROSEMARIE ZEHETGRUBER**

Ernährungswissenschaftlerin, Geschäftsführerin der Kailbinger & Zehetgruber OG – gutessen consulting. [www.gutessen.at](http://www.gutessen.at) Schwerpunkt: Gesundheitsförderungsprojekte in Bildungsinstitutionen (Kindergarten, Schule, Universität), zielgruppenangepasste Optimierung der Verpflegungsangebote, Nachhaltige Verpflegung in der Profiküche



**DR. INGE ZELINKA-ROITNER**

Doktoratsstudium Sozial- und Wirtschaftswissenschaften/Soziologie  
Seit 2001 Soziologin im SMZ Liebenau, Projektverantwortliche für die Bereiche Gesundheitsförderung und Gemeinwesenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungsorganisation, Durchführung/ Organisation soziologischer Studien; Seit 2010 Lehrbeauftragte an der Pädagogischen Hochschule Steiermark, seit 2012 Senior Lecturer am Institut für Soziologie/ Uni Graz

