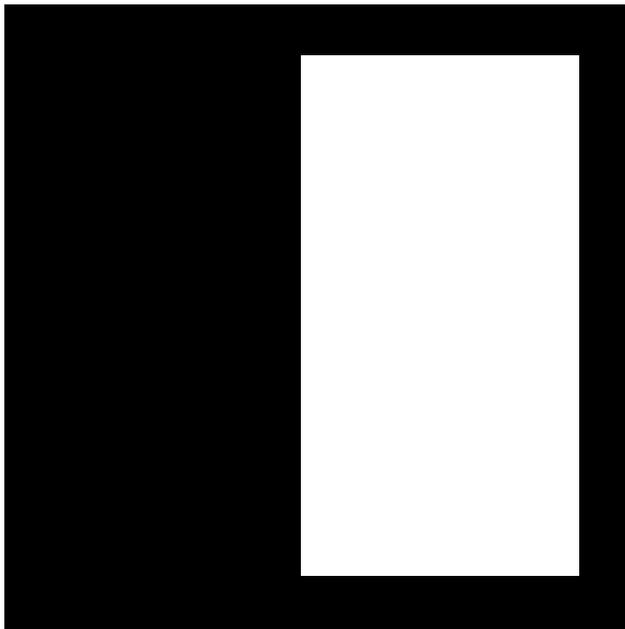


kontraste

Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik



GESUNDHEIT IM SOZIALEN KONTEXT

SPEKTRUM

BUCHTIPPS

VERANSTALTUNGEN

9 | Oktober 2008

Gesundheit im sozialen Kontext

Soziale Faktoren beeinflussen Gesundheitsverhalten	4
Gender Medizin	5
Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen	12
Studie zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	15
Leben mit Rheuma	16
Hinschauen statt wegblicken!	20
Krankenhaussozialdienst hilft in Krisensituationen	24
Plädoyer für nachhaltige Sicherung des Gesundheitssystems	26

Spektrum

Feldforschungen sind tödlich für Vorurteile	29
Vertreibung nach der Flut	33

Buchtipps

34

Veranstaltungen

35

Liebe Leserin, lieber Leser!

Die dramatischen Entwicklungen auf den internationalen Finanzmärkten, aber auch das aktuelle nationale politische Geschehen lassen beinahe vergessen, was zuletzt auf der innenpolitischen Agenda stand: nämlich die Gesundheitsreform. Zur Erinnerung: Von den Sozialpartnern war ein Reformvorschlag ausgearbeitet und der Öffentlichkeit präsentiert worden, der dann in der Folge von verschiedenen Seiten, allen voran der Ärztekammer, heftig kritisiert wurde. Eine Anfang Juni im Parlament eingebrachte – dem Sozialpartnervorschlag weitgehend entsprechende – Regierungsvorlage sah unter anderem eine Aufwertung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger mit mehr Durchgriffsmöglichkeiten auf die einzelnen Träger, eine Neuregelung der Verordnung und Abgabe von wirkstoffidenten Medikamenten (sog. aut-idem-Regelung), die Ermöglichung von Einzelverträgen und der Kündigung von Kassenverträgen sowie die Verpflichtung der Ärzte vor, den Versicherten einen Leistungsnachweis (sog. Patientenquittung) auszustellen (vgl. Parlamentskorrespondenz Nr. 568, 12.06.2008). Zu einer Beschlussfassung kam es dann aufgrund der Neuwahlen allerdings nicht mehr.

Doch auch die nächste Regierung wird sich prioritär mit der Thematik beschäftigen müssen – aus einem einfachen Grund: dem drohenden Defizit bei den Krankenkassen. Denn für heuer hat der Hauptverband ein Gesamtdefizit von 286 Millionen Euro prognostiziert. Die Gründe hierfür sind vielfältig und sowohl einnahmen- wie ausgabenseitig bedingt. Der Vorstandsvorsitzende des Hauptverbandes, Erich Laming, spricht im Standard (28.03.2008) von einem "Mengenproblem", da zuletzt sowohl die Arztfrequenz als auch die Medikamentenkosten deutlich gestiegen sind. Um dem besonders starken Anstieg bei den Folgebesuchen, also den Wiederbestellungen durch Arzt oder Ärztin, entgegenzuwirken, will Laming gemeinsam mit den ÄrztInnen über ein intelligenteres Honorarsystem nachdenken. Auch die Steigerung im Medikamentenbereich ist zum Teil "mengenverursacht", d.h. es werden mehr Arzneien verschrieben als früher. Zudem sind die Kosten pro rezeptpflichtigem Medikament etwa bei der OÖ Gebietskrankenkasse in den letzten zehn Jahren um 64 Prozent gestiegen. Die Arbeiterkammer fordert daher eine Überprüfung, inwieweit die Kostensteigerungen

durch tatsächliche Innovationen gerechtfertigt sind, sowie eine Senkung der Handelsspannen in diesem Bereich.

Die AK weist weiters darauf hin, dass die Finanzierungsprobleme in der sozialen Krankenversicherung nicht zuletzt durch eine Einnahmenerosion verursacht sind. Denn die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt auf Basis der Löhne und Gehälter. Das stetige Absinken der (gesamtwirtschaftlichen) Lohnquote führt insofern zu einer sukzessiven Verschmälerung der Finanzierungsbasis. Aber auch diverse Gesetzesänderungen der letzten Jahre trugen hierzu bei. So wurde etwa 2001 der Bundesbeitrag zu den Spitalskosten gestrichen und seit 2002 wird den Kassen der Krankenversicherungsbeitrag für Arbeitslose nicht mehr voll abgegolten. Allein durch die Rücknahme dieser sowie der übrigen erfolgten Belastungen wäre nach Angaben des Rechnungshofes eine Sanierung der Krankenversicherung möglich.

Zur mittel- bis langfristigen Absicherung des Systems erscheint jedoch eine zusätzliche Stoßrichtung erforderlich, und zwar die Schwerpunktverlagerung von der bloßen "Reparaturmedizin" in Richtung Prävention. Laut Statistik Austria werden derzeit weniger als zwei Prozent der Gesundheitsausgaben für präventive Maßnahmen ausgegeben. Das ist eindeutig zu wenig. So wäre etwa im Bereich der Zahnmedizin zu überlegen, ob nicht gewisse Leistungen wie Kieferregulierungen oder Mundhygiene von der Krankenversicherung übernommen werden sollten, zumal sich dies – wie auch bei anderen Vorsorgemaßnahmen – für die Kassen später rechnen würde. Da Untersuchungen zufolge vor allem NiedrigeinkommensbezieherInnen Vorsorgeuntersuchungen weniger in Anspruch nehmen, sollte man in erster Linie versuchen, diese Bevölkerungsgruppe zu einer vermehrten Inanspruchnahme zu bewegen. Besonders geeignet erscheinen niederschwellige Angebote, etwa Vorsorgeuntersuchungen am Arbeitsplatz durch mobile Teams, wie sie beispielsweise von der Stadt Wien angeboten werden. Der Umstand, dass soziale Faktoren nach wie vor auf die gesundheitliche Situation und damit auf die Lebenserwartung durchschlagen, sollte jedenfalls als Arbeitsauftrag für die Gesundheitspolitik verstanden und keinesfalls fatalistisch hingenommen werden, meint

Ihre
Kontraste-Redaktion

Soziale Faktoren beeinflussen Gesundheitsverhalten

Wie stark beeinflussen die Lebensumstände und die Lebenssituation das Gesundheitsverhalten? Diese Frage stand im Mittelpunkt einer vom Gesundheitsministerium beauftragten Analyse der Daten, welche die Statistik Austria im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 erhoben hat.

Als wenig förderlich für die Gesundheit erweisen sich der Studie zufolge etwa geringe schulische Bildung oder Arbeitslosigkeit. Beides führt dazu, dass gesundheitliche Risikofaktoren wie Rauchen und extremes Übergewicht bei sozial benachteiligten Gruppen häufiger, präventives Verhalten (Vorsorgeuntersuchungen) dagegen seltener anzutreffen ist. Dies erklärt unter anderem auch, warum Akademiker/innen durchschnittlich länger leben als Personen, die lediglich über einen Pflichtschulabschluss verfügen.

Rauchen, Übergewicht und Vorsorgeverhalten

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur stellen sich die bildungsspezifischen Unterschiede im Rauchverhalten wie folgt dar: Männer

ohne eine über die Pflichtschule hinausgehende schulische Bildung rauchen doppelt so häufig (35%) wie Männer mit Matura oder Hochschulabschluss (17%). Bei den Frauen sind die Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen etwas geringer, aber immer noch hoch signifikant (27% gegenüber 17%). Ein ähnliches Bild zeigen die Daten der Gesundheitsbefragung hinsichtlich des Risikofaktors Übergewicht, wobei hier die Unterschiede bei den Frauen besonders ausgeprägt sind. Extremes Übergewicht (Adipositas) ist bei Frauen mit Pflichtschulabschluss 2,6 Mal häufiger zu finden als bei Frauen mit Matura oder darüber hinausgehender formaler Bildung. Wie stark sich soziale Benachteiligungen auf das Gesundheitsverhalten auswirken können, zeigen auch die Unterschiede zwischen erwerbstätigen und arbeitslosen Personen. 32 Prozent der erwerbstätigen, aber 44 Prozent der zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslosen Männer rauchen und extrem übergewichtig sind neun Prozent der erwerbstätigen, aber 22 Prozent der von Arbeitslosigkeit betroffenen Frauen (altersstandardisierte Werte).

Auch im Vorsorgeverhalten belegen die Daten entsprechende bildungsspezifische Unterschiede. So liegt die Häufigkeit von Brustkrebs-Vorsorgeuntersuchungen, Krebsabstrichen bzw. Tests zur Prostatakrebs-Früherkennung bei formal besser gebildeten

Methodische Informationen

Basis der Analyse war eine Befragung zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten bei 15.500 Frauen und Männern. Sie ist repräsentativ für die österreichische Bevölkerung ab 15 Jahren (6,9 Mio. Personen). In die Detailanalysen zum Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit wurden lediglich jene Personen einbezogen, die derzeit erwerbstätig sind bzw. eine frühere Erwerbstätigkeit angegeben haben (etwa 90% der Personen im Alter von 15 und mehr Jahren).

Folgende Aspekte wurden in die Untersuchung einbezogen: tägliches Rauchen, extremes Übergewicht (Adipositas), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), chronische Angstzustände und Depressionen, Allergien, fehlender Impfschutz (gegen Grippe, Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung (Polio), Zeckenkrankheit (FSME), Pneumokokken, Hepatitis A und B), keine Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bei Männern und

Frauen über 40 Jahren sowie die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes.

In einem ersten Analyseschritt wurde der Einfluss einzelner sozio-demographischer und sozio-ökonomischer Merkmale (Äquivalenzeinkommen, Art der beruflichen Tätigkeit etc.) auf die genannten Aspekte untersucht, wobei der Einfluss unterschiedlicher Altersstrukturen rechnerisch berücksichtigt wurde (Altersstandardisierung). Da zwischen den Merkmalen jedoch zum Teil starke Zusammenhänge bestehen (z.B. Pflichtschulabschluss und einfache manuelle Tätigkeit), wurde in einem weiteren Analyseschritt mit Hilfe eines Regressionsmodells der Einfluss jedes einzelnen Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle der jeweils anderen Faktoren berechnet.

Die Ergebnisse dieser Detailanalysen können als PDF von der Homepage der Statistik Austria (www.statistik.at; Menüpunkt Gesundheit / Publikationen) heruntergeladen werden.

Personen deutlich über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung.

Subjektive Gesundheitsbeurteilung und Lebenserwartung

Die in den Daten erkennbaren sozialen Unterschiede im Gesundheitsverhalten setzen sich in weiterer Folge auch in der Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und schließlich auch in der Lebenserwartung fort. Formal höher gebildete Personen beurteilen (wiederum altersstandardisiert) ihre Gesundheit zu 88 (Männer) bzw. 85 Prozent (Frauen) mit zu-

mindest "gut". Von den Personen mit lediglich Pflichtschule tun dies nur 70 Prozent der Männer bzw. 68 Prozent der Frauen. Wie bereits im Jahr 2007 publizierte Ergebnisse zu den bildungsspezifischen Unterschieden der Sterblichkeit zeigen konnten, gibt es zwischen höchster (Hochschulabschluss) und niedrigster (Pflichtschule) Bildungsstufe erhebliche Unterschiede in der Lebenserwartung, insbesondere bei den Männern: Für diese beträgt der Unterschied nämlich 6,2 Jahre, für Frauen dagegen "nur" 2,6 Jahre.

Quelle: Presseinformation der Statistik Austria vom 08.07.2008

Indikatoren zum Gesundheitsverhalten, subjektive Gesundheitsbeurteilung nach Schulbildung Erwerbsstatus und Geschlecht

	Rauchen (täglich)		Extremes Übergewicht (Adipositas)		Vorsorge (PSA-Test)/ Mammographie)		Gesundheitsbeurteilung "sehr gut/gut"	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
in Prozent (altersstandardisiert)								
Höchste abgeschlossene Schulbildung								
Pflichtschule	35,3	26,9	13,3	18,6	38,4	57,0	69,5	67,5
Lehre/BMS ³⁾	33,0	24,2	13,1	10,7	50,2	77,1	78,0	78,8
Höhere Schule/ Hochschule	17,3	16,6	7,7	7,1	53,6	76,8	87,7	85,3
Gesamt	27,8	21,3	11,8	12,0	48,8	69,4	78,8	77,4
Erwerbsstatus								
Erwerbstätig	32,0	26,1	11,5	9,3	40,8	80,2	87,6	86,1
Arbeitslos	46,1	44,0	11,5	21,8	29,8	75,7	68,7	56,5

Q: STATISTIK AUSTRIA, Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten der Gesundheit, Wien, 2008. 1) Nur Männer und Frauen über 40 Jahre; die angeführten Prozentwerte sind nicht altersstandardisiert. - 2) PSA-Test auf Prostata-Krebs (PSA = Prostata-spezifisches Antigen). - 3) BMS = Berufsbildende Mittlere Schule.

Gender Medizin

Überblick über die Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung und deren Umsetzung in die Praxis

1. Frauengesundheit oder Gender Medizin in Kliniken?

Im Sinne gesellschaftlicher Konstruktionsmechanismen wird Gesundheit neben biologischen Funktionalismen ebenso durch soziale Normen, Verhaltenserwartungen und Werthaltungen determiniert und gesundheitsrelevantes Handeln beinhaltet neben Handlungs- und Verhaltensmustern auch stark soziokulturell geprägte Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata (Rosenmeier, 1991).

Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens, ihres Gesundheitsbewusstseins, ihres Krankheitsspektrums und ihrer Art der Krankheitsbewältigung. Die Ursachen für diese Unterschiede finden sich einerseits in den jeweiligen biologisch - anatomischen Voraussetzungen, andererseits aber auch ganz wesentlich in den unterschiedlichen Stereotypen der Geschlechtsrollen und den unterschiedlichen soziokulturellen Rahmenbedingungen. Vor allem im Spitalsbereich werden Gesundheit und Krankheit meist einzig naturwissenschaftlich gesehen. Als Krankheit wird das Vorliegen von Symptomen und/oder Befunden bezeichnet, welche als Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht interpretiert werden, als Gesundheit gilt folglich ein „normales“ physiologisches Gleichgewicht. (Siegrist, 1995)

So soll Frauengesundheit, wie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefordert, interdisziplinär und in einer Gesamtheit verstanden werden. Frauengesundheit schließt soziale, medizinische, umweltbedingte und gesellschaftliche Faktoren in die Behandlung und Therapie von Frauen mit ein. Diese Bereiche gilt es ebenso im Krankenhaus zu untersuchen und mittels standardisierter Leitlinien zu überprüfen. Die ideale Form zur Implementierung von Frauengesundheit im Sinne der WHO ist eine breit angelegte Informationsplattform mit spezifischen, problemorientierten Abstufungen, die individuell eingesetzt werden kann. Gut ausgebildetes Personal und das Funktionieren der einzelnen differenzierten Bereiche sind genauso wichtig wie die Zusammenarbeit mit extramuralen Bereichen. Durch einen permanenten Kontakt und Austausch mit anderen Institutionen kann Frauengesundheit erstens von einer übergeordneten Perspektive betrachtet und zweitens regional bedürfnisorientiert verbessert werden.

An Kliniken wurde Frauengesundheit in gynäkologischen und internistischen Abteilungen erstmals in den 1980er Jahren diskutiert. Frauengesundheit war nicht mehr ausschließlich ein gesellschaftspolitisches Thema, sondern wurde auch in die tägliche Medizin eingebunden.

„Frauen sind anders“, dies merkten auch die Mediziner und Forscher auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Forschung. Auf der einen Seite bewerten Frauen Schmerzen und Befindlichkeiten anders und auf der anderen Seite reagieren und handeln Frauen weniger schnell – beispielsweise um einen Arzt zu kontaktieren. So suchen Frauen nach den ersten Anzeichen für eine koronare Herzkrankheit (KHK) später den Arzt auf als Männer. (Fiebach, 1991) Der Myokardinfarkt (MI) ist bei Frauen seltener eine erste Manifestation (34%) als bei Herzerkrankung von Männern (50%). Die ersten Episoden verlaufen bei Frauen zu 39 Prozent tödlich, bei Männern hingegen zu 31 Prozent. MI werden bei Frauen seltener von Ärzten diagnostiziert, da wie oben angeführt, Frauen später den Arzt konsultieren. (Greenland et al., 1991; Goldberg et al., 1991; Welthy, 1991; Wenger et al., 1993) Frauen nehmen nach einem Infarkt ihre normale Tätigkeit früher wieder auf als Männer und brauchen länger zur Genesung. (Boogaard et al., 1984)

Werden Studien kritisch betrachtet, so zeigen sich auf sehr vielen Gebieten Unterschiedlichkeiten, die bis heute in der medizinischen Wissenschaft nicht geschlechtsspezifisch mitbedacht wurden. Es ist eine sehr wesentliche Forderung der Frauenforschung,

genau auf diese Unterschiede eine/n Mann/Frau zu untersuchen.

Im Unterschied zu anderen Organisationen liegt die besondere Aufgabe von Krankenhäusern in der Arbeit an Menschen, sie sind „people processing organisations“. In ihnen halten sich sehr viele Menschen auf, die entweder in der Rolle als PatientIn oder in der Rolle als professionelles Mitglied in ständiger Auseinandersetzung mit Gesundheits- und Krankheitsproblemen stehen. Deshalb sind Krankenhäuser ideale Einrichtungen für Gesundheitsförderung. Sie beeinflussen die Gesundheit und Krankheit nicht nur ihrer Patienten, sondern auch ihres Personals, und sind durch ihre Modell- und Vorbildfunktion auch für viele Besucher und Kontakteinrichtungen ein Orientierungspunkt. (Pelikan, 1999)

Geschlechtssensible Gesundheit im Krankenhaus kann in zwei Bereiche unterteilt werden, in die geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung und in das Krankenhaus als geschlechtsgerechten Arbeitsplatz.

In die letzte Kategorie fallen alle betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen, die Organisationen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zum „Wohlfühlen“ der Mitarbeiter im Betrieb setzten. Krankenstandsverminderungen, zufriedenerer MitarbeiterInnen, weniger Ausfallkosten, längere Verweildauer etc. sind positive Faktoren, die für die Umsetzung solcher Gesundheitsverbesserungen sprechen. In Österreich ist in den Krankenanstalten, besonders aufgrund des hohen Frauenanteils in Pflegeberufen, ein überwiegender Anteil der Beschäftigten weiblich.

Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung

Gesundheit wird in aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Theorieansätzen mehrdimensional konstruiert und definiert. Neben der unmittelbaren individuellen Befindlichkeit, der Fähigkeit des Organismus zur Aufrechterhaltung der die Gesundheit stabilisierenden Regulationsmechanismen, gehören psychische, psycho- und ökosoziale Rahmenbedingungen genauso wie Verhaltens- und Interaktionsmuster zu den wesentlichen Dimensionen einer begrifflichen Annäherung an das wissenschaftliche Gesundheitsverständnis (Antonovsky, 1987).

In programmatischen Überlegungen zur Charakterisierung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung wurden von Jahn und Kolip (2003) unter anderem folgende Grundprinzipien genannt:

- Die Berücksichtigung der jeweiligen *Lebenswelt von Frauen*, indem psychische und soziale Ursachen (Stress, familiäre oder berufliche Belastungen) und psychosoziale Folgen von Erkrankungen (Trauer, Verlust, Nachsorge) in die medizinische Versorgung integriert werden.
- Das Vermeiden von *Über-, Unter- und Fehlversorgung* durch bedarfsgerechte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Behandlungskonzepte unter Einbeziehung schonender Behandlungsalternativen.
- Ein Angebot an ausführlicher und umfassender *Gesundheitsinformation und -aufklärung* als Entscheidungsgrundlage (mündige Patientin, shared decision-making) unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Frauen.
- Die Reduktion von *Ungleichheiten und Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung*, z.B. von Frauen mit unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit, sozialer Lebenssituation und in ländlichen Regionen.
- Die Nutzung und Förderung *vorhandener frauenspezifischer Infrastrukturen* (Frauengesundheitszentren, Frauenberatung, Frauengesundheitsforschung) und deren Erweiterung z.B. durch Gesundheitskonferenzen oder Koordinationsstellen für Frauengesundheit.
- Das Einbeziehen der Diskussion über eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in die *allgemeine Diskussion des Gesundheitswesens* (Finanzierung, NutzerInnenorientierung, Qualitätssicherung).
- Das Formulieren und Verfolgen von *Gesundheitszielen*, die frauenspezifische und Gender-Aspekte berücksichtigen.
- Die Förderung von *Vernetzung* (Schnittstellenproblematik, Versorgungsketten, multiprofessionelle und interdisziplinäre Vernetzung, Praxiskooperationen, Psychosomatik).
- Die Qualifizierung und Sensibilisierung der in den *Gesundheitsberufen Tätigen* (Aus-, Fort- und Weiterbildung durch Vermitteln von Gender- und Diversitätskompetenz).

Die Frage Frauengesundheit oder Gender Medizin lässt sich anhand der angeführten Unterschiedlichkeiten einfach erkennen. Frauen brauchen in bestimmten Bereichen der Medizin eine andere, eine spezifischere Versorgung als Männer. Umgekehrt ist es ebenso wichtig, das männliche Geschlecht gerade

in der Forschung und der Praxis mit einzubeziehen. Gender Medizin ist eine Disziplin, die noch einen Schritt weiter geht als einzig den Blick auf die Frau zu konzentrieren. Primär gilt es jedoch, weil Frauen in unserer Gesellschaft in vielen Lebensbereichen „schlechter“ gestellt sind, Frauen zu fördern und den Fokus zuerst auf sie zu richten.

2. Was ist Gender Medizin?

Der Begriff Gender gehört mittlerweile auch im deutschen Sprachgebrauch zum Standardvokabular von Politik und Wissenschaft und wird im Zusammenhang mit Gender Mainstreaming, Gender Studies, etc. häufig verwendet. (Kuhlmann/Kolip, 2005) Im Englischen existieren aber zwei Begriffe für das Wort Geschlecht. Während „Sex“ für die Bezeichnung des „*biologischen Geschlechts*“ verwendet wird, beschreibt „Gender“ das „*soziale Geschlecht*“. Unter Gender oder sozialem Geschlecht versteht man demnach die Aufgaben, Funktionen und Rollen, die den Frauen und Männern von der Gesellschaft zugeschrieben werden. (Jahn, 2002) Biologische Unterschiede bestimmen nur begrenzt das Verhalten von Frauen und Männern. „Typisch weibliche“ und „typisch männliche“ Verhaltensweisen sind sozial geprägt und eng mit gesellschaftlichen Verhältnissen verbunden. (Babitsch, 2005)

Gender Medizin wird in der Literatur als geschlechtsspezifische, geschlechtssensible oder geschlechtergerechte Medizin bezeichnet. (Rieder/Lohff, 2004; Voß, 2007) Diese umfasst alle Fachbereiche der Medizin und meint die vermehrte Miteinbeziehung von geschlechtsspezifischen Aspekten. (Wimmer-Puchinger, 2006) Gender Medizin beschränkt sich demnach nicht auf geschlechtsspezifische medizinische Felder wie Gynäkologie, Urologie, Mammae-Chirurgie oder Reproduktionsmedizin, sondern umfasst alle medizinischen Bereiche. Wichtig bei den Forschungsansätzen der Gender Medizin ist die Berücksichtigung beider Geschlechter. Nur so lassen sich Defizite erkennen und Lösungen finden. (Dieplinger, 2007)

Gender Medizin untersucht, ob Frauen und Männer bei gleichen Erkrankungen auch gleich behandelt werden bzw. wo Unterschiede im Behandlungsverlauf, Diagnose, Symptomatik etc. mitbeachtet werden müssen. Wesentlich für die Gender Medizin ist, dass neben den biologisch determinierten Unterschieden in der Gesundheitsversorgung und Krankheitsbehandlung auch soziale Aspekte zu berücksichtigen sind. Verhalten und Erleben von Krankheiten, Lebens- und Arbeitsbedingungen und Einflussfaktoren wie Gender Bias in der Behandlung werden in der Gender Medizin aufgezeigt.

Die Definition von Gender Medizin von Marianne Legato (Columbia University, 2007) lautet wie folgt: „*Gender-specific medicine is the science of how normal human biology differs between men and women and how the manifestations, mechanisms and treatment of disease vary as a function of gender.*“

Trotz der unzureichenden Beweise über die Auswirkungen von geschlechtsspezifischen Aspekten in der Gesundheitswissenschaft kann man Legato zufolge davon ausgehen, dass sich nahezu jedes physiologische System des weiblichen und männlichen Körpers unterscheidet. Ebenso ist die subjektive Wahrnehmung von Erkrankungen, wie zum Beispiel die Symptome eines Herzinfarktes, von Gender-Aspekten beeinflusst. (Wimmer-Puchinger, 2006)

Die Aufgabe der Gender Medizin besteht nun darin, alle biologischen, sozialen und psychologischen Aspekte in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen, um eine optimale Versorgung der PatientInnen gewährleisten zu können.

Es besteht in der Forschung mittlerweile kein Zweifel mehr darüber, dass unsere Gesundheit nicht nur von Genen und Geschlechtshormonen beeinflusst wird, sondern soziale Faktoren, wie gesellschaftlicher Status, Einkommen, private Lebensform, u.v.a., in hohem Maße für unseren Gesundheitszustand mitverantwortlich sind. Oft ist es sogar nahezu unmöglich zu unterscheiden, ob bestimmte Erkrankungen biologische Ursachen haben oder alleine der individuelle Lebensstil bzw. die Lebenssituation dafür verantwortlich ist. (Legato, 2004)

Das über Gesundheit vorhandene Wissen stammt zum Großteil aus einer biomedizinisch und männlich geprägten Forschung, ohne Berücksichtigung von Frauen und deren besondere Lebenslagen. (Kuhlmann, 1997) Um diesem Ungleichgewicht entgegenzuwirken, hat die WHO im Jahre 2003 das „Department of Gender, Women and Health“ (WHO-GWH) eingerichtet. (WHO, dl: 25.09.2007) Die diesbezüglichen Ziele der WHO sind:

- Die Berücksichtigung der unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse von Männern und Frauen bei der Prävention und Behandlung.
- Die Ausrichtung der medizinischen Betreuung auf die spezifischen Anliegen der Frauen und Männer. Frauenspezifische Gesundheitseinrichtungen dürfen sich beispielsweise nicht nur auf die reproduktiven Funktionen von Frauen konzentrieren, sondern müssen auch Frauen vor und nach dem reproduktiven Alter adäquat behandeln. Im Ge-

gensatz dazu finden die reproduktiven Gesundheitsbedürfnisse der Männer bislang zu wenig Berücksichtigung im Gesundheitssystem.

- Den ExpertInnen der öffentlichen Gesundheit anhand von speziellen Instrumentarien, Richtlinien und Aus- und Weiterbildungen ein tieferes Verständnis für die Gender-Perspektive zu vermitteln.
- Der Ausgleich von geschlechtlichen Benachteiligungen in Gesundheitsberufen.
- Der Ausbau von Forschungsaktivitäten in Bezug auf die Gender-Dimension in der öffentlichen Gesundheit.
- Die Schließung von bestehenden Forschungslücken, die zu einer unzureichenden Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals und in weiterer Folge zu Fehldiagnosen führen. (WHO, 2005)

3. Die Implementierung von Gender Medizin in ein Krankenhaus

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat 2005 im Österreichischen Frauengesundheitsbericht Daten über die Gesundheit von Frauen veröffentlicht und daraus Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der „Frau in Österreich“ formuliert. Im Ziel 7 (Frauengesundheitsbericht, 2005) ist die „bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung von Frauen“ in Krankenhäusern definiert.

Auf Basis dieser Qualitätskriterien von Frauengesundheit (Details siehe Kasten) wurden in einer Arbeitsgruppe am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz Kriterien zur Implementierung von Gender Medizin formuliert. „Gender Friendly Hospital“ sind Leitlinien für Gender Medizin, die für jedes Krankenhaus gelten können. Diese stellen die Basis für eine Implementierung von Gender Medizin dar. (Dieplinger/Labek, 2007)

Inhalt des Projektes war es, anhand der bereits bestehenden Literatur allgemeingültige Leitlinien eines „Gender Friendly Hospital“ zu erstellen, wobei sowohl die Seite der PatientInnen (Jahn/Kolip, 2002; Wimmer-Puchinger, 1996; BMGF, 2005) als auch diejenige der Angestellten (Brandenberger, 2000; Arbeitsmedizinischer Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung) berücksichtigt wurde. Für das „Gender Friendly Hospital“ wurden folgende Leitlinien festgelegt:

1. Geschlechtsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung
2. Geschlechtssensibler Umgang
3. Transparenz und Public Relation
4. Respektieren und Berücksichtigen der psychosozialen Lebenswelten

Auszug aus dem Frauengesundheitsbericht 2005

Ziel 7: Qualitätssicherung und Transparenz sowohl in der primären Gesundheitsversorgung als auch in der Krankenhausversorgung von Frauen:

- Frauengesundheit intersektorial verankern (in gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen und unterstützenden Sektoren)
- Förderung der Selbsthilfe des einzelnen Menschen, von Familien und Bevölkerungsgruppen
- stärkere Einbeziehung der Selbsthilfe in die Gesundheitsversorgung
- quantitative und qualitative Sicherstellung der psychosozialen Versorgung
- Weiterentwicklung der niederschweligen und aufsuchenden Angebote zur besseren Erreichung benachteiligter Gruppen
- bessere Koordinierung der Versorgungsebenen

- Sicherstellung der pflegerischen Versorgung
- Berücksichtigung der Patientinnenzufriedenheit im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung
- Erfolgskontrolle der Krankenhausleistungen an Patient/innengesundheit, -zufriedenheit, Epidemiologie
- Bereitstellung von weiblichem Personal für weibliche Patientinnen in Krankenhäusern
- Entwicklung von geschlechtsspezifischem Wissen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe
- Entwicklung frauenspezifischer, evidenzbasierter Leitlinien
- Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für geschlechts-/ genderspezifische Gesundheit
- Schaffung spezialisierter Zentren für die gesundheitliche Versorgung von Frauen (Tageskliniken, psychosomatische Ambulanzen, Brustzentren,...)

5. Bedarfsgerechte geschlechtsspezifische Kranken- und Gesundheitsversorgung
6. Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung
7. Individuelle Beratung, Information und Aufklärung
8. Transparenz und Nutzung geschlechtsspezifischer Infrastrukturen
9. Koordination extra- und intramuraler Nahtstellen
10. Verbesserter Zugang und Reduktion von Barrieren im Krankenhaus
11. PatientInnenzufriedenheit – Evaluierung und Maßnahmen zur Verbesserung

Die erstellten Leitlinien wurden anhand von Unterpunkten näher aufgeschlüsselt. Dabei wurden praxisrelevante Inhalte berücksichtigt, Zielsetzungen festgelegt und Ideen für weiterführende Projekte gesammelt. Als letzter Schritt kam es zur Festlegung von Zielen und Maßnahmen.

4. Die Umsetzung von Gender Medizin in die Praxis

Ausgewählte Punkte der Leitlinien wurden mit Aktionen, Projekten und Veränderungsmaßnahmen in die Praxis umgesetzt. Die Leitlinien des Gender Friendly

Hospital umfassen Überdimensionen, zu denen Maßnahmen formuliert werden können. So kann jedes Krankenhaus selber entscheiden, welche Schwerpunktsetzungen und welche Ziele vorrangig behandelt werden.

Die nachfolgende Aufzählung enthält Beispiele von Maßnahmen, die schon im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz laufen oder die bereits abgeschlossen oder noch in der Planungsphase sind.

- Erste Leitlinie: „Geschlechtsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung“: Vorträge in der Medizinischen Akademie zum Thema Gender Medizin; Gender Dialog – eine Veranstaltung, die jährlich in Kooperation mit Frauengesundheitszentren unter Einbindung der Region stattfinden wird; Männergesundheitstag – hat schon eine lange Tradition im Veranstaltungsbereich; Weiterbildung für Vortragende
- Zweite Leitlinie: „Geschlechtssensibler Umgang“: Überprüfung der Gender-Kompetenz bei Bewerbungen
- Vierte Leitlinie: „Respektieren und Berücksichtigen der psychosozialen Lebenswelten“: Geschlechtsspezifische Dienstleistungen des Sozial-

dienstes; individuelle Motivation und Beratung von Frauen und Männern unter Beachtung unterschiedlicher Zugänge, Motive und Ressourcen

- Siebte Leitlinie: „Individuelle Beratung, Information und Aufklärung“: Projekt migrantInnenfreundliches Krankenhaus; Sensibilisierungsprojekt „Gewalt bei Frauen“
- Neunte Leitlinie: „Koordination extra- und intramuraler Nahtstellen“: Kooperation mit extramuralen Institutionen (z.B. Frauengesundheitszentrum Linz, Männerberatungsstellen); Vernetzung, z.B. mit dem Frauenforum oder der Betriebsmedizin

Die Praxis von geschlechtsspezifischer Medizin hat gezeigt, dass Top-down-Implementierungsversuche wenig bis gar nicht gelingen. Am ehesten findet Aufklärung, Sensibilisierung und Information zum Thema Gender Anklang. Oft ist zu beobachten, dass zwar viele von Gender reden, aber wenig darüber wissen, was Gender ist oder ausmacht. Gerade in der Medizin herrscht ein sehr hoher Anspruch an Wissenschaftlichkeit und Vollständigkeit in der Behandlung von PatientInnen und gerade dieser Zugang macht es der Gender Medizin einfach. Mit dem Aufzeigen von Lücken in der Forschung, nicht erklärbaren Daten und Unstimmigkeiten und offenen Fragen erreicht man ein sehr hohes Interesse bei allen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung.

In den letzten Jahren wurden im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz erste geschlechtsspezifische Studien durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen ganz klar, dass Frauen und Männer eine jeweils spezifische Diagnostik, Therapie und Betreuung brauchen. „Gleich-behandlung“ mag sonst in unserer Gesellschaft ein wichtiges Thema sein – im Krankenhaus ist eine „Un-gleich-behandlung“ der Geschlechter eher anzustreben.

5. Die Evaluierung von Gender Medizin

Die Überprüfung von Zielen und Maßnahmen muss im Bereich der Gender Medizin von zwei wissenschaftlichen Disziplinen betrachtet werden. Einerseits umfasst Gender das soziale Geschlecht und betrifft überwiegend die Forschungsmethoden der Sozialwissenschaften und andererseits ist Gender Medizin ein Fachgebiet der klassischen Naturwissenschaft, also eher quantitativ orientiert. Um ein evaluativ eindeutiges Ergebnis zu erzielen, sind qualitative und quantitative Methoden in der Erhebung unbedingt erforderlich. Das heißt für die Praxis, dass nur ein fachspezifisches, interdisziplinäres, deskriptives und statistisches Erheben von Daten die Vollständigkeit von

Gender Medizin treffen kann. Bloß physiologische Daten ohne die Mitbeachtung von sozialen Umfeldfaktoren (s.o. Ausführungen zum Myokardinfarkt) können nur einen Teilbereich von Fragen beantworten.

Unter dem Begriff „Gender Friendly Hospital“ wurden Leitlinien formuliert, die konzeptuell und strategisch in ein Krankenhaus implementiert werden können. Die Überprüfung von Zielen und die Evaluierung von Maßnahmen können nur in einem Gesamtkonzept (quantitative Kennzahlen und qualitative Daten) Ergebnisse zeigen.

Gender Health ist sicherlich ein aktuelles und wichtiges Thema, nicht nur im Krankenhaus. In Zeiten, in denen immer mehr auf Qualität geachtet wird, dürfen so gravierende Bereiche wie eine geschlechtsspezifische Kranken- und Gesundheitsversorgung nicht vernachlässigt werden. Für die EntscheidungsträgerInnen von Krankenhäusern kann es bedeuten, die Zufriedenheit von KundInnen und MitarbeiterInnen in den Vordergrund zu stellen und individuellen Bedürfnissen mehr Raum zu geben. Eine ausreichende Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden kann die Zufriedenheit von KundInnen fördern, ökonomische Möglichkeiten eröffnen und eine gelebte Gleichstellungspolitik positiv unterstützen.

Anna Maria Dieplinger

Die Autorin ist Gesundheitssoziologin und Leiterin der Abteilung Sozialdienst am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz sowie als Lektorin an der Johannes Kepler Universität Linz, an Fachhochschulen und in Medizinischen Akademien und Fachschulen für Gesundheitsberufe tätig.

Literatur

- Antonovsky A.: 1987, *Unraveling the mystery of health*, Jossey-Bass, San Francisco, London
- Babitsch B.: 2005, *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*, Verlag Hans Huber, Bern.
- Brandenberger D.: 2000, *Rahmen- und Gleichbehandlungsprogramm des Magistrates der Stadt Linz*, unveröffentlicht
- Goldberg R.J.; Gore J.M., Yarzebski J.; Albert J.S.: Sex differences in the incidence and survival rates after myocardial infarction: a community based perspective. Paper presented at the Conference on Women, Behaviour and Cardiovascular Disease, The national Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda, Maryland
- Boogaard M. A.; Brody M.: 1984, Comparison of the rehabilitation of men and women post-myocardial infarction, *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* Vol.5, So. 379-384

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005, Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheit, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- Dieplinger A.: 2007, Fehldiagnose Frau – wie Krankheiten und Symptome sich bei Frauen anders zeigen, Böhlau Verlag, Wien, Köln, Weimar
- Dieplinger A.; Labek A.: 2007, Gender Friendly Hospital – Entwicklung von Leitlinien für eine Gesundheitseinrichtung, Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, OÖ Gebietskrankenkasse, Linz
- Fiebach N. H.: 1991, Biobehavioural and psychosocial factors in the diagnosis and treatment of coronary disease in women. Paper presented at the Conference on Women, Behaviour and Cardiovascular Disease, The National Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda, Maryland
- Greenland P.; Reicher-Reiss H.; Goldbourt U.; Behar S.; The Isrewhli Spring Investigators: 1991, In-hospital and 1-year mortality in 1.524 women after myocardial infarction, *Circulation* 81
- Hurrelmann Klaus: 2000, Gesundheitssoziologie – Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Juventa Verlag, Weinheim, München
- Jahn I.; Kolip K. (Hrsg.): 2002, Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung, in: Hurrelmann, Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Männer und Frauen im Vergleich, Verlag Hans Huber, Bern
- Legato M. J.: 2004, Evas Rippe, Ullstein Verlag, Köln
- Legato M. J.: 2004, Principles of Gender-Specific Medicine, Elsevier Academic Press, San Diego
- Legato M. J.: 2007, Partnership of Gender-Specific Medicine at Columbia University: URL: <http://www.cumc.columbia.edu/dept/partnership/index.html> (dl: 27.09.2007)
- Kuhlmann E.: 1997, Geschlecht – ein Gesundheitsrisiko? Eine Anwendung des Gendering-Konzepts in der Gesundheitsforschung, *Feministische Studien*, Heft 1
- Kuhlmann E.; Kolip P.: 2005, Gender und Public Health, Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik, Juventa Verlag, Weinheim, München
- Pelikan J. M. (Hrsg.): 2000, Frauengesundheit – Männergesundheit, die Darstellung von geschlechtsspezifischen Zuschreibungen im Zusammenhang mit Gesundheitsthemen in Printmedien, Schriftenreihe des Institutes für Soziologie, Universität Wien
- Rieder A.; Lohff B.: 2004, Gender Medizin, Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis, Springer Verlag, Wien, New York
- Rosenmeier H. P.: 1991, Medizinische Psychologie und Soziologie, Enke Verlag, Stuttgart
- Siegrist Johannes: 1995, Medizinische Soziologie, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Stamm I.: 2005, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005, Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheit, Wien
- Voß A.: 2007, Frauen sind anders krank als Männer, Plädoyer für eine geschlechtsspezifische Medizin, Heinrich Hugendubel Verlag, Kreuzlingen, München
- Welty F.K.: 1991, Gender differences in survival and recovery following cardiovascular diagnosis and treatment. Paper presented at the Conference on Women, Behaviour and Cardiovascular Disease, The national Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda, Maryland
- Wenger N.K.; Speroff L.; Packard B.: 1993, Cardiovascular health and disease in women, *N. England J. Med.* Vol. 329
- Wimmer-Puchinger B.: 2006, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, Wien
- WHO: 2005a, Gender, women and health: incorporating a gender perspective into the mainstream of WHO's policies and programmes, EB 116/13
- WHO: 2005b, Das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die europäische Region der WHO, Aktualisierung 2005, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 7, Kopenhagen
- WHO: 2007, The department of Gender, Women and Health (GWH), URL: <http://www.who.int/gender/en/> (dl: 25.09.2007)

Akademische Lehrgänge zu Sucht- und Gewaltprävention

Die Fachhochschule OÖ, das Institut Suchtprävention, die Johannes Kepler Universität und die Pädagogische Hochschule OÖ haben drei Lehrgänge ins Leben gerufen, deren TeilnehmerInnen theoretische sowie praktische Kenntnisse im Bereich Sucht- und Gewaltprävention vermittelt werden: einen Zertifikatslehrgang (2 Semester), einen Hochschullehrgang (4 Semester) und einen Masterlehrgang (8 Semester).

Das Angebot richtet sich an Schlüsselpersonen aus relevanten gesellschaftlichen Bereichen (z.B. Schule, Sozialarbeit, Bewährungshilfe). Alle Varianten werden in Blockveranstaltungen angeboten und können daher berufsbegleitend absolviert werden.

*Kontakt: Dr. Rainer Schmidbauer
Institut für Suchtprävention
Tel. 0732 778936, Fax DW 20
Mail: info@praevention.at
Anmeldeformular unter: www.ph-ooe.at*

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen

Dargestellt am Beispiel von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation in der Madrider Erklärung „Gender Mainstreaming in Health“ aus dem Jahr 2001 besagen, dass in allen Belangen des Gesundheitswesens lokale Strategien für eine gendergerechte Gesundheitsversorgung zu entwickeln und umzusetzen sind. Eine gendergerechte Gesundheitsversorgung wird den Bedürfnissen und Lebensrealitäten von Männern und Frauen gerecht (vgl. WHO, 2001).

Terminologie

Zunächst kurz zur Genese der Begriffe Gender und Gender Mainstreaming: Während die Konzeption von Gender als soziale Konstruktion auf Beauvoir (1992) im Jahre 1949 zurückgeführt wird, die die Ansicht vertrat, man werde nicht als Frau geboren, sondern dazu gemacht, findet sich die eigentliche Terminologie Gender erstmals in der feministischen Wissenschaft der 1970er Jahre wider. Die Unterscheidung zwischen Sex und Gender im gesellschaftspolitischen bzw. feministischen Kontext wird auf Oakley (1972) und Rubin (1975) zurückgeführt. In der englischen Sprache wird zwischen den Begriffen „sex“ und „gender“ insofern unterschieden, als ersterer das Geschlecht im biologischen Sinne begreift und letzterer das Geschlecht als soziale und kulturelle Konstruktion. „Gender“ subsumiert erlernte, jedoch veränderbare Rollen, Rechte und Pflichten von Männern und Frauen (vgl. Brück, Kahlert, Krüll, Milz, Osterland & Wegehaupt-Schneider, 1992).

Die Gender Mainstreaming-Strategie entstammt ursprünglich der Entwicklungszusammenarbeit und wurde auf der 3. Weltfrauenkonferenz im Jahre 1985 in Nairobi als Strategie vorgestellt und diskutiert. Im Mittelpunkt der Strategie stand die Forderung, den Lebensbedingungen und Wertvorstellungen der Frauen in der Entwicklungszusammenarbeit höheren Stellenwert einzuräumen. Auf der 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking wurde Gender Mainstreaming als Strategie verabschiedet. Um nicht eine Zusatzkomponente bisheriger Programme darzustellen, soll Gender Mainstreaming als Querschnittsaufgabe in allen institutionellen und programmpolitischen Strukturen eine geschlechterdifferenzierende Sichtweise gewährleisten (vgl. Schöninger, 2000).

In Österreich gibt es bereits verschiedene Bemühungen, Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen zu fördern und zu implementieren, dennoch besteht diesbezüglich noch ein großer Forschungsbedarf (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2005).

Unterschiedlicher Zugang zum Gesundheitssystem

Die Grundprinzipien für ein gendergerechtes Gesundheitssystem möchte ich am Beispiel von Herz-Kreislauferkrankungen, der Haupttodesursache von Frauen in Europa und den USA, darstellen. Denn bei dieser Erkrankungsform zeigt sich die Relevanz eines gendergerechten Gesundheitssystems sehr anschaulich, da sich sowohl die Symptompräsentation als auch der Zugang zu Gesundheitssystem und Medikation wesentlich von der des Mannes unterscheiden (vgl. ClinCum, 2007). So formuliert Healy (1991) pointiert: „Frau muss erst beweisen, so herzkrank zu sein wie ein Mann, um dieselbe Behandlung zu erhalten.“ Die Qualität, Effizienz und Effektivität eines Gesundheitssystems wird wesentlich von der Gender-Perspektive bestimmt. Das biologische Geschlecht und Gender als die soziale Geschlechterrolle beeinflussen - neben anderen Faktoren wie Bildungs- und Einkommenschicht sowie Zugehörigkeit zu einer ethnischen Bevölkerungsgruppe - den Gesundheitszustand, das Risikoverhalten, die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit sowie den Zugang zu medizinischen und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen von Männern und Frauen erheblich (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2005).

Mithilfe der Gender-Perspektive werden Ansätze zur Entwicklung und Verbesserung von Angeboten in Forschung, Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation abgeleitet, die auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Kosten im Gesundheitssystem von großer Relevanz sind (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Gesundheit, 2006).

Geschlechtsspezifische Dimension vernachlässigt

Gesundheitsbezogene Forschungen vernachlässigten oftmals geschlechtsspezifische Dimensionen. Die kardiologische Forschung blendete jahrzehntelang die Frauen speziell bei Medikamentenstudien aus. Begründet wurde dies mit dem Schutz der Frauen im reproduktionsfähigen Alter. Nach dem Auftreten des Contergan-Skandals in den sechziger Jahren mit 5.000 bis 10.000 Kindern, die behindert zur Welt kamen, nachdem ihre Mütter das als sicher geltende

Beruhigungs- und Schlafmittel Contergan eingenommen hatten, hatte diese Vorsicht eine gewisse Berechtigung. Aber auch der Einfachheit halber, insbesondere um z.B. Einflussgrößen wie den Hormonstatus nicht berücksichtigen zu müssen, wurden Studien oft nur mit Männern durchgeführt und die Ergebnisse später einfach auf Frauen übertragen.

Allerdings bedeutet dies zugleich, dass Frauen Medikamente einnahmen, die nicht an ihnen getestet wurden. Erst seit den 1990er Jahren werden Frauen in kardiologischen Studien einbezogen und die Daten nach dem Geschlecht dargestellt. So zeigt sich, dass Frauen weniger Zugang zu kardiologischer Spitzenmedizin haben, längere Wege innerhalb der Kardiologie auf sich nehmen, eine höhere Mortalität bei Herzinfarkten aufweisen und sich Unterschiede in der Symptompräsentation zeigen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2005; CliniCum, 2007). Auch zeigt sich zunehmend, dass die Wirkung von Medikamenten bei Frauen und Männern unterschiedlich ist und Frauen dadurch oft z.B. eine zu niedrige oder zu hohe Dosierung von Medikamenten erhalten.

Eichler, Fuchs & Maschewsky-Schneider (2000) plädieren für eine Gender-Perspektive bei empirischen Arbeiten im Gesundheitswesen. So fordern die Autoren eine Gender-Perspektive in allen Phasen des Forschungsprozesses und entwickelten eine Checkliste mit Fragenkatalog. Ein Auszug aus den Fragestellungen der Autoren lautet wie folgt:

- Sind im Titel und im Abstract der Studie beide Geschlechter berücksichtigt?
- Sind beide Geschlechter in der Forschungsfrage berücksichtigt?
- Werden die Theorien auf geschlechtsspezifische Unterschiede geprüft?
- Liegt eine geschlechtsspezifische Datenerhebung vor?
- Werden die Daten geschlechtsspezifisch analysiert?
- Sind in Tabellen und Abbildungen beide Geschlechter berücksichtigt?
- Werden in den Schlussfolgerungen geschlechtsspezifische Ergebnisse berücksichtigt?
- Sind Verallgemeinerungen in den Schlussfolgerungen auf beide Geschlechter formuliert, obwohl in der Datenerhebung nur ein Geschlecht erhoben wurde?

Beispielsweise sind Frauen in der Rehabilitation von Herzkrankheiten deutlich unterrepräsentiert. Dies gilt sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Rehabilitation. Die medizinischen Gesellschaften haben dieses Manko erkannt und widmen sich sowohl in der Forschung als auch in den Empfehlungen und deren Umsetzung zunehmend dieser Frage. Die europäische kardiologische Gesellschaft stellte ihre jährliche Tagung im Jahre 2005 sogar unter das Motto „Frauen und Herzkrankheiten“ und veröffentlichte spezielle Empfehlungen für Prävention und Behandlung von Herzkrankheiten bei Frauen. Die österreichische Gesellschaft für Kardiologie hat eine eigene Task Force mit dem Namen „Gender Kardiologie“ initiiert (vgl. CliniCum, 2007).

Gender-Perspektive unentbehrlich

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen darf jedoch nicht zu einer ungewollten Erhärtung des Denkens in Richtung einer biologischen Determiniertheit des Geschlechts führen. Besonders am Beispiel der Rehabilitationsmaßnahmen bei weiblichen Herzpatienten wird deutlich, dass dies unzureichend wäre und dem Anliegen nicht gerecht wird. Wie erwähnt nehmen weibliche Herzpatienten im Vergleich zu den Männern seltener stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Eingriff wahr. Viele können das Angebot nicht wahrnehmen, weil sie ehestmöglich zuhause ihre Haus- und Erziehungsarbeit aufnehmen müssen. Es besteht Forschungsbedarf, ob Frauen eine ambulante Rehabilitation in der Nähe ihres Wohnortes eher wahrnehmen würden. An diesem Beispiel zeigt sich, wie wichtig es ist, das Geschlecht nicht nur auf das Biologische zu reduzieren, sondern auch die Bedürfnisse von Frauen, die sich aus ihrem sozialen und kulturellen Kontext ergeben, mit zu berücksichtigen.

Dass eine Gender-Perspektive im Gesundheitswesen unentbehrlich ist, begründet Riggers (2000) wie folgt: Es gibt Krankheiten, die aufgrund physiologischer Voraussetzungen nur Frauen betreffen, wie etwa Schwangerschaftsbeschwerden. Ferner gibt es Krankheiten, die bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern, wie etwa Depressionen, Essstörungen oder Medikamentenabhängigkeit, sowie Krankheiten, die bei Männern und Frauen unterschiedlich entstehen und sich unterschiedlich entfalten, wie etwa Herz-Kreislauferkrankungen. Es ist daher wichtig, dass Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen die unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten von Frauen und Männern mitberücksichtigt.

Aus Sicht der Verfasserin sollte die Gender-Perspektive auch systematisch in die Aus- und Weiterbildung bei Gesundheitsberufen und bei den MitarbeiterInnen, die in der Verwaltung im Gesundheitswesen tätig sind, integriert werden, um eine Unter- und Fehlversorgung von Frauen zu vermeiden. Denn eine Grundvoraussetzung für Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen ist nach Bergmann & Pimlinger (2004) die Kenntnis über Strukturen und Mechanismen geschlechtsspezifischer Ungleichheiten und das methodische Know-how zu deren Umsetzung.

Gender-Wissen muss daher auch kontextualisiert werden. Ein Grundverständnis bei den MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen kann mittels Gender-Trainings vermittelt werden, aber es bedarf spezieller ExpertInnen in diesem Bereich, die bei der methodischen Umsetzung des Gender Mainstreaming zum Einsatz kommen. So postuliert auch Weber (2008), dass die Verknüpfung von fachbezogenem und allgemeinem Gender-Wissen bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen unentbehrlich ist.

Kritisch zu sehen ist aus Sicht der Verfasserin die Doppelstrategie zwischen Frauenförderungs politik und Gender-Mainstreaming Strategie im Gesundheitswesen. So vertritt beispielsweise das Frauenbüro der Stadt Wien (2000) die Ansicht, dass Gender Mainstreaming und Frauenförderpolitik als zwei komplementäre Strategien zu verstehen seien.

Die Verfasserin dieses Artikels vertritt jedoch eine andere Ansicht: Die Gender Mainstreaming-Strategie ist ursprünglich als Kritik an den bisherigen Frauenförderungsstrategien konzipiert worden. Die Frauenförderpolitik hat nur die Frauen im Blick und ist in der Regel Aufgabe spezieller organisatorischer Einheiten und sieht die Benachteiligung von Frauen als Ansatzpunkt für spezielle Themen und Handlungsbedarfe. Die Gender Mainstreaming-Strategie hingegen ist Aufgabe aller in der Gesamtorganisation und hat beide Geschlechter im Blick (vgl. Weber, 2008).

Sarvenas Enayati

Die Autorin ist Managing Director der entwicklungspolitisch tätigen Two Wings Stiftung und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Sozial- und Gesundheitsforschung am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik.

Literatur

- Beauvoir, S. De (1992): Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau. Reinbeck [1949].
- Bergmann, N./Pimlinger, I. (2004): PraxisHandBuch Gender Mainstreaming. Konzept. Umsetzung. Erfahrung.
- Brück, B./Kahlert, H./Krüll, M./Milz, H./Osterland, A. & Weghaupt-Schneider, I. (1992): Feministische Soziologie. Eine Einführung. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005.
- CliniCum (2007): Gender-Medizin: Das Herz der Frau. Nr. 3.
- Eichler, M./Fuchs, J./Maschewsky-Schneider, U. (2000): Richtlinien zur Vermeidung von Gender-Bias in der Gesundheitsforschung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (4), 293-310.
- Frauenbüro Magistrat der Stadt Wien (2000): Leitfaden Gender Mainstreaming. Wien: Selbstverlag.
- Healy, B. (1991): The Yentl Syndrome. New England Journal Medicine, 325: 274-276.
- Kolip, P./Altgeld, T. (2005): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim: Juventa.
- Oakley, A. (1972): Sex, Gender and Society. London.
- Riggers (2000): Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales. 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 7. Dezember 2000 in Hannover.
- Rubin, G. (1975): The Traffic in Women. Note on the "Political Economy" of Sex. In: Reiter, R. (Hrsg.) Toward an Anthropology of Women. In: Monthly Review Press, New York, 157-210.
- Schöninger, I. (2000): Empowerment – Für eine geschlechtergerechte Entwicklung. In: DED-Rundbrief, Ausgabe 4/2000. [Im Internet downloadbar unter: <http://www.bpb.de/files/G850XG.pdf>]
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Gesundheit (2006): Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006: Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten.
- Weber, M. (2008): Gender Mainstreaming in Gesundheitspolitik und -versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 51, N.1.
- WHO-World Health Organization (1998): Gesundheit 21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO-World Health Organization (2001): Mainstreaming gender in health: the need to move forward. A Discussion paper ("Madrid Statement"). Spanish Ministry of Health, The Spanish Institute of Women, WHO Euro, Madrid 2001. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Studie zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Eine in Oberösterreich durchgeführte Umfrage hat gezeigt, dass nur jede/r Zweite die Möglichkeit einer Vorsorgeuntersuchung nützt. Mehr als die Hälfte der Befragten geben an, dass sie ihre Lebensweise hinsichtlich einer gesünderen Ernährung, mehr Bewegung und eines besseren Umgangs mit psychischen Belastungen verändern möchten. Das Wissen um die Bedeutung der Arbeitsplatzsituation für die Gesundheit der Menschen setzt sich zunehmend durch: Fast alle Befragten sind der Meinung, dass die Arbeitswelt etwas zur Gesundheit beitragen kann und fast 60 Prozent sind der Meinung, dass in diesem Bereich noch zu wenig getan wird.

Die Umfrage „Gesundheitsvorsorge und -verhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich“ führte das Institut für Gesundheitsplanung im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich und in Kooperation mit dem Land Oberösterreich und der Gebietskrankenkasse (OÖGKK) durch. Im November des Vorjahres wurden 10.000 Fragebögen zum Thema Gesundheitsvorsorge und -verhalten an Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse versendet. Die Rücklaufquote betrug 35 Prozent.

Rund die Hälfte der Bevölkerung nutzt Vorsorgeuntersuchungen

Rund 50 Prozent der Befragten waren innerhalb der letzten zwei Jahre bei einer Vorsorgeuntersuchung. Dabei ist davon auszugehen, dass die Befragten nicht nur die klassische Vorsorgeuntersuchung vor Augen haben, sondern auch andere Früherkennungsmaßnahmen als „Vorsorge“ einstufen. Beispiele dafür sind Prostatauntersuchung, Blutbild und die Mammographie.

43 Prozent dieser „Vorsorge-Nutzer“ gehen regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung und nennen dies auch als unmittelbaren Auslöser für den letzten Besuch. Weitere häufig genannte Auslöser waren Arztbesuche aus anderen Gründen (23%), der Umstand, dass sie von ärztlicher Seite direkt darauf aufmerksam gemacht wurden (23%) sowie gesundheitliche Beschwerden (22%). Lediglich 15 Prozent folgten einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung. Der schon seit längerem bestehende Gesundheitspass ist in der

Bevölkerung wenig bekannt: Nur fünf Prozent besitzen einen derartigen Pass und er war für kaum jemanden ein Grund, zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen.

Bildung und Einkommen beeinflussen das Vorsorgeverhalten

Der Großteil der Befragten hält die Vorsorgeuntersuchung grundsätzlich für sinnvoll (87%). 70 Prozent sind der Meinung, dass durch die Vorsorgeuntersuchung Krankheiten frühzeitig erkannt werden können und 45 Prozent, dass durch die Vorsorgeuntersuchung schwere Erkrankungen verhindert werden können.

Die unmittelbaren Anlässe, zu einer Vorsorgeuntersuchung zu gehen, variieren jedoch deutlich nach Bildungs- und Einkommensschicht. Personen mit niedrigerem Einkommen nennen häufiger bereits bestehende Beschwerden, Arztbesuch aus anderem Grund (z.B. wegen einer Impfung), weil sie vom Arzt/von der Ärztin darauf angesprochen wurden und eine Einladung als unmittelbaren Grund, zur Vorsorge zu gehen. Ähnliches gilt für untere Bildungsschichten.

Ob eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen wird, hängt auch mit den vorhandenen Ressourcen zusammen. So kämpfen niedrigere Einkommensschichten deutlich mehr mit Problemen der Mobilität oder mit Zeitmangel (z.B. weil sich die Arbeitszeiten nicht mit den Ordinationszeiten vereinbaren lassen).

Arbeitswelt hat höchste Relevanz für die Gesundheit

Die Befragten erkennen, dass viele verschiedene Lebensbereiche einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Der Lebensbereich mit der höchsten Relevanz für die Gesundheit ist für die Befragten der Bereich Arbeitswelt. Erst an zweiter Stelle folgt die medizinische Versorgung. Ebenfalls als hoch relevant für die Gesundheit werden die Bereiche Wohnumgebung, Lebensmittelversorgung, Information/Bildung und Schule eingestuft. Festgestellt wurde im Rahmen der Studie außerdem, dass Menschen mit höherem Einkommen und höherer Bildung auch bessere Voraussetzungen in der Arbeitswelt und im Bildungswesen vorfinden. Menschen mit niedrigerem Bildungsabschluss nehmen eher die „Reparaturmedizin“ in Anspruch, Vorsorge spielt bei ihnen eine geringere Rolle.

Defizite werden vor allem im Bereich Betrieb/Arbeitswelt gesehen, wo mehr als die Hälfte der Befragten angibt, dass in diesem Bereich noch zu wenig für die Gesundheit getan wird. Rund 40 Prozent der Befragten sehen Defizite in den Bereichen Gastronomie,

Mobilität/Verkehr, Wohnumgebung und Schule und rund ein Drittel im Bereich Lebensmittelversorgung. Ein Fünftel bis ein Viertel meint, dass in den Bereichen Freizeitangebot, Information/Bildung und medizinische Versorgung noch zu wenig für die Gesundheit getan wird.

Teil der Erwerbstätigen geht auch krank zur Arbeit

21 Prozent der befragten Erwerbstätigen geben an, dass sie auch krank zur Arbeit gehen, um einen Krankenstand zu vermeiden und weitere 39 Prozent neigen zu dieser Einstellung. Bei Frauen ist der Anteil etwas höher als bei Männern. Im Durchschnitt verfügen Beschäftigte, die auch krank zur Arbeit gehen, über ein geringeres Einkommen und weisen außerdem einen niedrigeren Bildungsgrad auf.

Darüber hinaus ist diese Gruppe deutlich stärker von beruflichen und persönlichen Belastungen betroffen. Im privaten Bereich spielen vor allem finanzielle Probleme, aber auch Doppelbelastungen (Betreuungsaufgaben) eine wesentliche Rolle.

Ebenso Vorteil für Betriebe

„Die Studie hat uns wieder einmal gezeigt, dass die Arbeitswelt die höchste Relevanz für die Gesundheit

hat. Die Betriebe sind also mehr denn je gefragt, ihren MitarbeiterInnen einen gesundheitsfördernden Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen“, kommentierte GKK-Obmann Alois Stöger die Ergebnisse. Er verwies auf diesbezügliche Unterstützungsangebote der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse in Form von Gesundheitsbefragungen, Begleitung oder konkreten Projekten an.“ Diese böten auch Vorteile für die Betriebe: „Eine umfassende Gesundheitsförderung im Unternehmen führt zu erhöhter Arbeitszufriedenheit und Arbeitsproduktivität und somit zu einer gesteigerten Produkt- und Dienstleistungsqualität.“

Stöger sprach noch einen weiteren Aspekt an: „Für Menschen aus niedrigeren Einkommensschichten ist die Einladung zur Vorsorgeuntersuchung durch den Hausarzt wichtig, deswegen ist die Rolle der praktischen Ärzt/innen im Bereich der Vorsorgeuntersuchung besonders hervorzuheben.“ Ärzt/innen komme insofern auch eine ausgleichende Funktion zwischen den sozialen Schichten zu.

Quelle: Institut für Gesundheitsplanung: Neue Umfrage bestätigt: Gesundheitsvorsorge ist wichtiges Anliegen der Oberösterreicher. Unterlagen zur Pressekonferenz in Linz, 05.08.2008

Leben mit Rheuma

Evaluation der 1. Linzer Rheumaschule des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Linz

Rheuma und die Rheumaschule

Chronische Polyarthritis ist eine nicht heilbare Krankheit, von der etwa ein Prozent der Bevölkerung betroffen ist, vor allem Frauen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren. Im Krankheitsverlauf werden zuerst die Gelenke schmerzvoll entzündet, dann zerstört. Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Behandlung, die den Krankheitsverlauf lindern oder anhalten. Weltweit werden aber nur etwa 25 Prozent der PatientInnen richtig diagnostiziert und therapiert.

Die/Der typische Betroffene macht folgende Erfahrungen im Laufe ihrer/seiner Krankheitsgeschichte:

- Sie/Er erfährt eine schubweise Verschlechterung in der Bewegungsmöglichkeit und damit immer größere Einschränkungen im Alltag. Sie/Er wird

ein Mensch mit Behinderung und muss lernen, damit umzugehen. Etwa 30 Prozent der Betroffenen leiden an Depressionen.

- Sie/Er verliert ihre/seine Arbeit (etwa 50 Prozent werden innerhalb von fünf Jahren größtenteils arbeitsunfähig) und ist gezwungen, ihr/sein Leben umzustellen und muss sich staatliche Sozialleistungen organisieren.
- Zudem soll sie/er einer Therapie folgen. Es ist ausschlaggebend für den späteren Krankheitsverlauf, die Therapie einzuhalten. Besonders in den ersten beiden Jahren gibt es ein Zeitfenster, in dem es entscheidend ist, ob eine Therapie stattfindet. Zudem erfordert eine optimale Behandlung, dass die PatientInnen schon mit der Medikation beginnen, während sie noch gar keine Schmerzen haben. Die Medikamente wirken erst nach zwei bis sechs Monaten.

Um hier Unterstützung zu geben, wurde das Kleingruppenseminar '1. Linzer Rheumaschule' das erste Mal im März 2004 im Allgemeinen Krankenhaus

(AKh) der Stadt Linz durchgeführt, es fand bisher (Stand August 2008) zwölf Mal statt.

Die Rheumaschule hat zum Ziel:

- Betroffenen zu zeigen, wie sie mit der Krankheit im Alltag bestmöglich umgehen können ('coping'). Es werden unter anderem sehr viele Kleinigkeiten vermittelt, z.B. wie man es trotz starker Bewegungsbeeinträchtigung schafft, eine Flasche zu öffnen.
- ganzheitliche Informationen zum Umgang mit der Krankheit zu geben. Es wird über neue Therapien und Medikamente, alternative Behandlungsformen und Bewegungstherapien informiert. Weiters gibt es Informationen zu Ergotherapie (wie viel Bewegung ist gut?), Ernährungstherapie, zu einem Verfahren zur psychologischen Schmerzbewältigung sowie zur Sozialberatung.
- den PatientInnen zu ermöglichen, Fragen an die einzelnen ExpertInnen zu stellen und sich mit anderen Betroffenen auszutauschen.
- Ängste und Zweifel abzubauen, indem die Betroffenen viel über die Krankheit lernen, und damit die Therapiewilligkeit und Therapiefollowing, die

bei dieser Krankheit ja so entscheidend, aber auch problematisch sind, zu steigern.

Ausgangspunkt des Projekts

Die „1. Linzer Rheumaschule“ schien erfolgreich und hilfreich für die PatientInnen, sie wurde ja dafür konzipiert. Mit geringem Ressourceneinsatz wurden zwei Fragebögen konzipiert und ausgeteilt, einer direkt nach den Seminaren, einer ein halbes Jahr später. Die Ergebnisse wurden vorerst nicht statistisch ausgewertet.

Die Verfügbarkeit von wissenschaftlichem Know-how und Arbeitskräftepotential versprach für die Rheumaschule aus folgenden Gründen einen sehr großen Nutzen:

- Die bereits ausgefüllten Fragebögen der letzten Jahre könnten nun wissenschaftlich korrekt ausgewertet werden.
- Die Rheumaschule könnte wissenschaftlich ganzheitlich beleuchtet werden, zum einen, um Qualität und Nutzen feststellen zu können, und andererseits, um Verbesserungspotentiale aufzudecken.

Online-Information zum Thema Rheuma

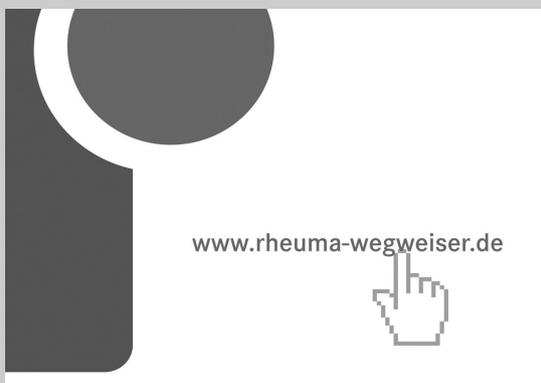
Für Rheuma-PatientInnen, die auch online nach Informationen über ihre Erkrankung suchen, hat eine Projektgruppe unter <www.rheuma-wegweiser.de> erstmals eine Liste empfehlenswerter Webseiten zu verschiedenen rheumatischen Krankheitsbildern zusammengestellt.

Gibt man in eine Internetsuchmaschine den Begriff "Rheuma" ein, erscheinen mittlerweile mehr als zwei Millionen Treffer. Angesichts dieser Informationsflut ist es für Laien fast unmöglich, die "guten" von den "schlechten" Angeboten zu unterscheiden. Tatsächlich ist die Zahl neutraler und ärztlich geprüfter Internetseiten vergleichsweise gering.

Das war Motivation für die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, eine Projektgruppe aus Rheumatologen und Vertretern der Selbsthilfe mit der Sichtung und Bewertung von Webseiten zu beauftragen. Maßgeblich für die Aufnahme der Seiten in den Rheuma-Wegweiser waren die Kriterien: Wie neutral und aktuell ist die Seite?

Ist sie industrieunabhängig und der Anbieter dahinter erkennbar? Sind die Inhalte für Laien verständlich?

Nur die Webseiten, die diese Kriterien erfüllen, sind unter <www.rheuma-wegweiser.de> als empfehlenswerte Informationsquelle gelistet. Jeder Link bietet einen zusammenfassenden Kommentar über Inhalte und Vorzüge. Das Angebot wird regelmäßig aktualisiert und soll künftig noch stärker dem Informationsbedarf der Betroffenen angepasst werden.



- Ein Bericht könnte erstellt werden, in dem alle Vorgehensweisen, Befunde und Anregungen über die Rheumaschule dokumentiert und für alle Interessenten einsehbar sind. Besonders in Hinblick auf die mögliche Übernahme des Konzepts der Rheumaschule durch andere Einrichtungen ist die wissenschaftliche Evaluation ein notwendiger Schritt.
- Es könnten mit den Erkenntnissen der gesamten Untersuchung zwei neue Fragebögen erstellt werden, die wissenschaftlichen Standards voll entsprechen.

Ulrike Stuby, Oberärztin am AKh Linz, wandte sich dazu an die Johannes Kepler Universität (JKU) Linz. Im Sommersemester 2008 wurde im Rahmen des Kurses ‚Projektmanagement‘ von einer Studentengruppe (23 Studierende und zwei Projektbetreuerinnen) der Studienrichtung Sozialwirtschaft unentgeltlich die Rheumaschule evaluiert in Bezug auf Zufriedenheit, Nutzen und Mehrwert für die PatientInnen. Alle Ergebnisse, die Vorgehensweise und alle Instrumente der wissenschaftlichen Evaluation sind in einem Bericht (110 Seiten) aufgeführt,¹ zudem wurden neue Fragebögen erstellt.

Die Evaluation

Die Aufgabenstellung war es, die Rheumaschule in Bezug auf den Nutzen und Mehrwert für die PatientInnen wissenschaftlich zu evaluieren. Durch die Kombination von quantitativen und qualitativen Verfahren konnte eine große Methodenvielfalt erzielt werden. Zum Einsatz kamen:

- eine freie, offene teilnehmende Beobachtung in einem Modul der Rheumaschule
- ein Fokusgruppen-Interview mit einer Gruppe von PatientInnen nach einem Modul
- ExpertInnen-Interviews mit den Vortragenden der Rheumaschule mittels teilstandardisiertem Interviewleitfaden
- die Auswertung der bereits vorhandenen beantworteten Fragebögen mittels normierter Berechnungsmethoden

Dies ermöglichte eine breite wissenschaftliche Beleuchtung der Rheumaschule aus verschiedenen Perspektiven. Der Befund umfasste ein sehr breites Gebiet, unter anderem wird Auskunft darüber gegeben, wie die PatientInnen zur Rheumaschule gefunden haben, wie die ExpertInnen ihren Vortrag gestalten oder welche Atmosphäre im beobachteten Modul herrscht hat.

Ergebnisse der Evaluation

Im Folgenden ein kleiner Auszug aus den Befunden und Anregungen, die in dem Bericht enthalten sind:

- Der Raum ist sehr gut ausgestattet, die PatientInnen sind sehr interessiert an den Vorträgen, schreiben viel mit, stellen Fragen, tauschten sich aber kaum untereinander aus.
- Dass es die Rheumaschule gibt, ist sehr schwer herauszufinden wenn der/die PatientIn nicht im AKh direkt behandelt wird, kaum jemand kennt die Rheumaschule außerhalb.
- Die PatientInnen konnten sich unter dem Begriff „Rheumaschule“ schlecht etwas vorstellen, die Alternative „Leben mit Rheuma“ wurde vorgeschlagen.
- Zu über 90 Prozent bewerteten die PatientInnen den Nutzen der Rheumaschule mit ‚sehr hoch‘ oder ‚hoch‘.
- Ein halbes Jahr nach der Rheumaschule haben 41 Prozent der Befragten mindestens ihre Ernährung, ihre Medikamente und/oder ihre Beziehung zum Arzt geändert.

Bei 60 Prozent der PatientInnen hat sich nach einem halben Jahr der Gesundheitszustand zumindest leicht verbessert (obwohl im typischen Verlauf der Krankheit diese eigentlich immer schlimmer wird).

Wie die Rheumaschule bei den TeilnehmerInnen ankam, beleuchteten auch die nachstehenden, im Zuge des durchgeführten Fokusgruppeninterviews getätigten Aussagen:

„Ich wurde aufgeklärt, es sind mir Ängste genommen worden. [...] keine angenehmen Sachen, aber ich weiß Bescheid, was für mich sehr wichtig ist.“

„Die Rheumaschule ist super, keine Frage. Aber man konnte sich nichts darunter vorstellen.“

„Wirklich fundiert, nicht zu viel, nicht zu wenig.“

„Man hat alles brauchen können.“

Effekte der Evaluation

Es gibt drei hauptsächliche Auswirkungen der wissenschaftlichen Evaluation der Rheumaschule:

- Die Umsetzung der vielen Verbesserungsvorschläge, die im Bericht ausgeführt sind, durch die Rheumaschule.
- Die zwei mit großer Sorgfalt erstellten Fragebögen, die der Rheumaschule in den weiteren Jahren immer wieder helfen werden, weitere Verbesse-

rungspotentiale zu entdecken sowie den Nutzen zu belegen.

- Die wissenschaftliche Evaluation der Rheumaschule in Form des Berichts kann starke Auswirkungen haben auf die mögliche Übernahme des Konzepts der Rheumaschule durch andere Einrichtungen. Dies ist wertvoll, weil in der Evaluation herausgefunden wurde, dass die Rheumaschule einen sehr hohen Nutzen für RheumapatientInnen hat.

Die neuen Fragebögen

Es gab mehrere Grundlagen für die neuen Fragebögen. Zum einen wurden die alten Fragebögen nach den enthaltenen Dimensionen durchleuchtet. Des Weiteren wurden Erkenntnisse aus den teilweise auftretenden Auswertungsschwierigkeiten der alten Fragebögen genutzt. Das Fokusgruppeninterview, die teilnehmende Beobachtung und die Experteninterviews boten viele Anhaltspunkte für Fragen.

Die zwei neuen Fragebögen wurden so konzipiert, dass einer unmittelbar nach dem Besuch der Rheumaschule und der andere später, zu einem definierten Zeitpunkt nach dem Besuch eingesetzt werden kann.

Folgende Dimensionen wurden festgelegt:

- *Information:* Bezieht sich auf die Frage, wie die PatientInnen auf das Angebot der Rheumaschule aufmerksam geworden sind (durch das AKH Linz, ein anderes Krankenhaus, den Hausarzt usw.).
- *Organisation allgemein:* Diese Dimension bezieht sich auf den Anmeldevorgang (sehr einfach – eher einfach – eher schwierig – schwierig). Auch kritische Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge sollen geäußert werden.
- *Organisation/Kurs Rheumaschule:* Dieser Fragenblock veranlasst die PatientInnen, die Organisation der Rheumaschule im Allgemeinen (den Ablauf der einzelnen Module, die Anzahl der Pausen und die Atmosphäre) auf einer Notenskala von 1 (sehr gut) bis 5 (nicht genügend) zu bewerten.
- *Kommunikation:* Der/Die PatientIn soll ankreuzen, wie er/sie sich in Bezug auf die Gesamtgruppe fühlt (erhielt der/die TeilnehmerIn erstmals die Gelegenheit, mit anderen PatientInnen über chronische Polyarthritiden zu diskutieren? War die Gesprächssituation angenehm? Sind die Vortragenden auf individuelle Fragen eingegangen? etc.).
- *Gesundheit:* Anhand einer Farbskala (1=sehr schlecht, ..., 10=sehr gut) sollen momentane Ist-

Zustände ermittelt werden (Gesundheitszustand, Lebensqualität und seelischer Zustand).

- *Leben:* Die PatientInnen sollen den Grad ihrer Einschränkung in bestimmten Alltagssituationen (z.B. Ankleiden/Auskleiden, Einkaufen, Haushalt, etc.) beurteilen.
- *Zufriedenheit mit Rheumaschule:* Angaben zur Zufriedenheit der Patienten mit dem Nutzen der Materialien/Unterlagen, dem Nutzen des Erlernten in Hinblick auf die bessere Bewältigung des Alltags und ähnliches.
- *Verständlichkeit:* Grad der Verständlichkeit/Nicht-Verständlichkeit der einzelnen Module und Informationsmaterialien und inwieweit auf die gestellten Fragen der PatientInnen näher eingegangen wurde.
- *Wünsche:* Die TeilnehmerInnen sollen ihren Gesamteindruck von der Rheumaschule auf einer Skala von 1-5 beurteilen und den Grad der Weiterempfehlung bestimmen (auf jeden Fall – eher schon – eher nicht – auf keinen Fall).
- *Demographische Daten:* In der letzten Dimension werden allgemeine Daten über Alter, Geschlecht, Einkommen und Beruf/Ausbildung der PatientInnen erfasst.

Zu jeder dieser Dimensionen wurden offene oder geschlossene Fragenkomplexe formuliert. Anschließend wurde ein Pretest zur Überprüfung der Handhabung der Befragungsinstrumente an zehn Personen durchgeführt. Dieser prüfte die Verständlichkeit, Aussagekraft und den Informationsinhalt. Nach dieser Adaptierung wurde die Endversion der Fragebögen mit einem Codeplan versehen. Die beiden Erhebungsinstrumente wurden nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft konzipiert und sind für die Rheumaschule voll einsetzbar.

Michael Koller
Angela Wegscheider

Anmerkung

- 1 Der am Institut für Gesellschaftspolitik der Johannes Kepler Universität Linz erstellte Bericht trägt den Titel: Rheuma macht Schule. Leichter leben mit Rheuma. Nutzen und Mehrwert der 1. Linzer Rheumaschule. Eine qualitative und quantitative Erhebung. Der Bericht ist zum Preis von EUR 10,00 erhältlich per Mail an: irene.auinger@jku.at

Hinschauen statt wegblicken!

Perspektiven der Wiener Gesundheits- und Sozialpolitik

Die Stadt Wien blickt auf eine lange Tradition einer sozial ausgerichteten Gesundheitspolitik zurück. Entsprechend dieser Tradition erfolgte auch im Jahr 2004 die Zusammenführung der Sozial- und Gesundheitsagenden in einer Geschäftsgruppe mit übergreifender politischer Verantwortlichkeit. Das Ressort „Gesundheit und Soziales“ verfügt über ein Budget von rund drei Milliarden Euro, das entspricht fast einem Drittel des Gemeindebudgets. Mit rund 32.000 MitarbeiterInnen sind mehr als die Hälfte der MitarbeiterInnen der Gemeinde Wien im Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt.

Diese Ressourcen ermöglichen eine flächendeckende und auch im EU-Vergleich ausgezeichnete Versorgung mit Gesundheits- und Sozialdienstleistungen. Die hohe Zufriedenheit der Wiener Wohnbevölkerung, wie zuletzt im „Urban Audit Perception Survey“ festgestellt, bestätigt dies. Allerdings stellen geänderte gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen, wie sie in den meisten europäischen Städten zu beobachten sind, auch Wien als österreichische Großstadt vor besondere Herausforderungen. Dazu zählen die Alterung der Gesellschaft, der Rückgang an Vollzeitbeschäftigten, die Überschuldung privater Haushalte und damit im Zusammenhang die Zunahme von armutsgefährdeten Personen sowie die Veränderungen durch Migration.

Übergreifende und synergetische Planung ist unumgänglich, um den BürgerInnen auch in Zukunft ein den hohen Ansprüchen einer modernen Gesellschaft gerechtes Leistungsspektrum bieten zu können. Eine dafür neu geschaffene Planungsabteilung, die Magistratsabteilung 24, widmet sich dieser Aufgabe.

Demographische Entwicklung

Dank der Zuwanderung und der steigenden Geburtenrate befindet sich die Wiener Wohnbevölkerung nach wie vor im Wachsen. Der Geburtenüberschuss betrug 2006 1.316 Personen und erreichte damit ein Rekordniveau. Laut Statistik Austria wohnten 2006 rund 1,6 Millionen Menschen in der Bundeshauptstadt, davon waren 52 Prozent weiblich – der Frauenanteil nimmt mit steigendem Alter zu. 14,5 Prozent waren unter 15 Jahre und 22 Prozent über 60 Jahre alt. 19 Prozent waren nicht-österreichische StaatsbürgerInnen, davon 73 Prozent jünger als 45 Jahre –

bei den österreichischen StaatsbürgerInnen waren dies nur 55 Prozent. Derzeit wird prognostiziert, dass die Wiener Wohnbevölkerung auch in den nächsten Jahren ansteigen und im Jahr 2040 die Zwei-Millionengrenze überschreiten wird. Bei ungefähr gleichbleibendem Anteil der unter 15-Jährigen wird die Zahl der über 60-Jährigen überdurchschnittlich wachsen, dies gilt besonders für die Zahl der Hochbetagten. So wird sich die Zahl der WienerInnen über 85 bis 2050 auf fast 100.000 verdreifachen, die über 95-Jährigen werden mit über 10.000 Personen einen noch nie dagewesenen Bevölkerungsanteil erreichen.

Wie in den meisten europäischen Großstädten ist auch im Ballungszentrum Wien die Lebenserwartung bei der Geburt im Vergleich zum übrigen Österreich niedriger und beträgt bei Frauen 81,7 Jahre (Gesamtösterreich 82,7 Jahre) und bei Männern 76,4 Jahre (Gesamtösterreich 77,1 Jahre). Im internationalen Städtevergleich liegt Wien damit aber im Mittelfeld.¹ Das im Österreichdurchschnitt schlechtere Abschneiden der Wienerinnen und Wiener liegt sowohl in sozioökonomischen Faktoren – ein höherer Anteil an sozialen Risikogruppen – als auch Lebensstilfaktoren (Rauchen, Alkoholkonsum, zu wenig Bewegung und unausgewogene Ernährung) sowie einer geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen begründet.

Trotz des deutlichen Rückgangs in den letzten Jahren stellen Herz-Kreislaufkrankungen immer noch die Haupttodesursache dar, gefolgt von Krebserkrankungen. 46 Prozent der 16.000 verstorbenen WienerInnen im Jahr 2006 fielen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, 27 Prozent einer Krebserkrankung zum Opfer.²

So evident der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheitszustand mittlerweile ist, so differenziert sind die Einflussfaktoren zu betrachten, um umsetzbare Konzepte zur Verbesserung der Lebensbedingungen sozial schwacher Personen zu entwickeln.³ Vorrangig ist für mich als politisch Verantwortliche dabei, soziale Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Betroffenen – das gilt vor allem für besonders vulnerable Gruppen, wie zum Beispiel Menschen mit Behinderungen, sozial schwache Familien, psychisch Kranke oder Wohnungslose – abgesichert sind. Des Weiteren bedarf es im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention ausreichender Information, niederschwelliger Beratung sowie konkreter Angebote in unterschiedlichen Settings. Parallel dazu sorgt eine umfassende medizinische Versorgung, die allen zur Verfügung steht, für die entsprechende Heilbehandlung.

Maßnahmen zur sozialen Absicherung in Wien

Neben den bundesweiten sozialversicherungsrechtlichen Angeboten, wie Kranken-, Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung, stellt die Sozialhilfe nach wie vor das wichtigste Instrument auf Landesebene zur sozialen Absicherung dar – auf jeden Fall solange nicht eine Harmonisierung der neun Sozialhilfegesetze und die Einführung einer bedarfsorientierten österreichweiten Mindestsicherung umgesetzt werden können. Die Stadt Wien hat sich intensiv an den Verhandlungen zwischen dem Bund und den Ländern zur Ausarbeitung einer Vereinbarung nach Art.15a B-VG beteiligt, begrüßt den nun vorliegenden Vorschlag und erwartet dessen rasche Umsetzung.

In Wien leben mit rund 88.000 SozialhilfebezieherInnen zwei Drittel der SozialhilfebezieherInnen österreichweit. Die hohe Dichte lässt sich zum einen auf großstadtspezifische Faktoren zurückführen, zum anderen aber auf die hohe Inanspruchnahme von Sozialhilfe in Wien. Österreichweit beantragen nur 40 bis 50 Prozent der Anspruchsberechtigten Sozialhilfe, in Wien sind dies 80 Prozent.⁴ Gründe dafür liegen sicherlich im Rechtsanspruch, in der Anonymität der Großstadt und darin, dass in Wien seit langem Regress weder gegenüber Angehörigen noch gegenüber den SozialhilfebezieherInnen geübt wird.

Nach den letzten Reformen in der Sozialhilfe erfolgen die Berechnung und Auszahlung des Sozialhilfeanspruchs sowie die sozialarbeiterische Betreuung in zehn Sozialzentren durch ReferentInnen und SozialarbeiterInnen.

Während die Zahl der VollsozialhilfeempfängerInnen in den letzten Jahren nahezu gleich geblieben ist, ist die Zahl der RichtsatzergänzungsbezieherInnen stark angestiegen. Das sind jene Menschen, die ein Erwerbseinkommen oder eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung beziehen, das unter dem gültigen Sozialhilferichtsatz liegt. Dieser beträgt 2008 439 Euro zuzüglich einer Mietbeihilfe von bis zu 263 Euro (für Einzelpersonen) sowie einer Heizbeihilfe von 42 Euro monatlich und wird jährlich – meist analog zu den Pensionen mit Ausgleichszulage – erhöht. Neben dem monatlichen Bezug werden auch individuell bedarfsabhängige Zusatzleistungen zur Begleichung von Energierückständen, Mietrückständen oder Anmietkosten übernommen. So konnten im Jahr 2006 2.700 Delogierungen durch Übernahme von Mietrückständen in Höhe von insgesamt 3,5 Millionen Euro verhindert werden.

Darüber hinaus bietet Wien als einziges Bundesland MindestpensionistInnen neben einer Wohnbeihilfe der Magistratsabteilung 50 auch eine Mietbeihilfe aus Mitteln der Sozialhilfe. Ferner erhalten aus Alters- oder Krankheitsgründen arbeitsunfähige SozialhilfebezieherInnen mit der sogenannten Dauerleistung eine Leistung in Höhe der ASVG-Ausgleichszulage. Die Gesamtausgaben der Sozialhilfe betragen im Jahr 2007 rund 277,5 Millionen Euro.

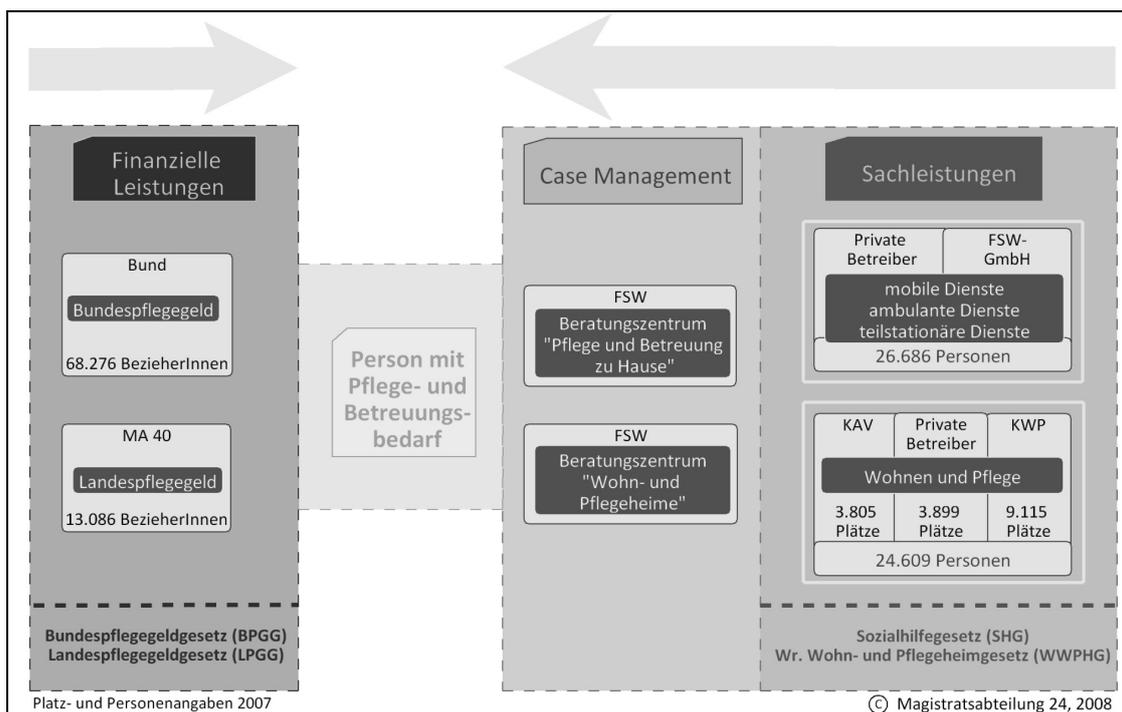
Die Stadt Wien reagiert auf den Anstieg von Bezugsberechtigten mit mehreren Maßnahmen. Es werden zusätzliche Raum- und Personalressourcen zur Verfügung gestellt, die persönlichen Vorsprachen durch die sogenannte „Wiederkehrende Leistung“ reduziert und durch die schriftliche Antragsstellung wird eine raschere Abwicklung ermöglicht.

Für das wichtigste Instrument im Sinne einer langfristigen und nachhaltigen Armutsbekämpfung halte ich die Integration in den Arbeitsmarkt. Obwohl die Arbeitslosigkeit in Wien gesunken ist, bedarf es weiterhin spezieller Maßnahmen, um die strukturellen Veränderungen des Arbeitsmarktes und die damit im Zusammenhang stehende Ausgrenzung von bildungs- und arbeitsmarktferneren Menschen zu verhindern. Die Stadt Wien bietet durch die Sozialhilfebehörde, Magistratsabteilung 40, und den Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (waff) gemeinsam mit dem Arbeitsmarktservice (AMS) spezielle Projekte zur Integration von SozialhilfebezieherInnen an. Im Jahr 2007 konnten 2.200 Menschen an diesen Angeboten teilnehmen, die Kosten für die Stadt beliefen sich auf 7,7 Millionen Euro.

Ein neues Angebot zur Mobilitätssteigerung und sozialen Eingliederung stellt seit April 2008 der Wiener Mobilpass dar. Es können damit Sozialhilfe- und AusgleichszulagenbezieherInnen um 15,20 Euro im Monat die 120 Wiener U-Bahn-, Straßenbahn- und Buslinien benützen und erhalten Ermäßigungen beim Eintritt in die städtischen Bäder, die Bibliotheken und bei der Hundesteuer. Sozialhilfe- und MietbeihilfebezieherInnen erhalten den Pass automatisch zugestellt. Für diese Leistung investiert die Stadt Wien jährlich rund 12 Millionen Euro.

Pflege und Betreuung älterer BürgerInnen

Bevölkerungsprognosen sagen einen Anstieg von älteren und hochbetagten WienerInnen voraus, womit auch eine Steigerung des Pflege- und Betreuungsbedarfs zu erwarten ist. Diesem begegnet Wien mit einem dichten Netz vielfältiger Angebote an ambulanten Diensten, Tageszentren, Besuchsdiensten,



sowie stationären Wohn- und Pflegeeinrichtungen, die für alle Wiener BürgerInnen ungeachtet ihrer finanziellen Möglichkeiten leistbar sind. Seit langem wird kein Regress gegenüber den Verwandten in absteigender Linie (Eltern für ihre volljährigen Kinder bzw. Kinder für ihre Eltern) geübt.

Ein besonderer Focus liegt auf den ambulanten und teilstationären Leistungen, um den Menschen, die das wollen, so lange wie möglich den Verbleib in ihren eigenen vier Wänden zu gewährleisten. Das Geriatriekonzept der Stadt sieht darüber hinaus die Errichtung von wohnortnahen kleineren Wohn- und Pflegeeinrichtungen nach Qualitätsstandards gemäß dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz vor. Mit der Umsetzung wurde bereits begonnen, bis 2015 werden in die Errichtung mehr als 350 Millionen Euro investiert. Der Schwerpunkt liegt in der Kombination von Wohnen in privater und behaglicher Atmosphäre mit medizinischer Versorgung auf höchstem Niveau.

Im Jahr 2007 standen rund 17.000 Wohn- und Pflegeplätze für ältere Menschen zur Verfügung. Die Stadt Wien investierte in stationäre und ambulante Pflege rund 681 Millionen Euro, wobei rund 510 Millionen Euro auf den stationären Bereich entfielen.

Gesundheitsdienstleistungen

Entsprechend der politischen Vorgabe, Spitzenmedizin für alle, unabhängig von Geschlecht, Alter, Her-

kunft oder sozialer Zugehörigkeit, zu gewährleisten, verfügt Wien über die größte Dichte an Spitalsbetten in Österreich. In den 13 Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbands werden jährlich rund 400.000 PatientInnen stationär betreut. Darüber hinaus betreibt der Wiener Krankenanstaltenverband als größter Ausbilder Österreichs verschiedenste Schulen für Gesundheitsberufe.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention wird gerade in Zeiten steigender Gesundheitsausgaben immer mehr Bedeutung zuerkannt. Die Stadt Wien führte bis dato eine Vielzahl von spezifischen Einzelprojekten zur Gesundheitsförderung durch. Diese werden ab nächstem Jahr unter einem Dach zusammengeführt. Ab dann wird ein Paket von settingorientierten Maßnahmen angeboten. Vorrangiges Ziel dabei ist es, vor allem die Gruppe derer zu erreichen, die aufgrund sozialer oder sprachlicher Barrieren über weniger Informationen und Möglichkeiten verfügen oder Hemmungen haben, bestehende Angebote in Anspruch zu nehmen.

Ein niederschwelliges Angebot zur Vorsorgeuntersuchung

Seit den 1950er Jahren bietet die Magistratsabteilung 15 (Gesundheitsdienst der Stadt Wien) als niederschwelliges Angebot die Vorsorgeuntersuchung in fünf Außenstellen an. Darüber hinaus bieten mobile

Teams als besonderes Service für die berufstätige Bevölkerung die Vorsorgeuntersuchung am Arbeitsplatz an.

Um die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zu erhöhen, bieten zwei Gesundenuntersuchungsstellen der MA 15 gemeinsam mit dem Frauengesundheitsprogramm in Bezirken mit hohem Migrationsanteil Untersuchungen durch Ärztinnen türkischer Herkunft an. Das Angebot wird stark in Anspruch genommen. 80 Prozent der Frauen waren zuvor noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung. Die Koppelung mit psychosozialer Begleitung ermöglicht einen innovativen, ganzheitlichen Aspekt.

Frauengesundheit

Besonders wichtig in der Gesundheitsversorgung ist auch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern. Wien hat EU-weit beispielgebend als erstes Bundesland Österreichs bereits 1998 ein Frauengesundheitsprogramm installiert und zu dessen Umsetzung eine Frauengesundheitsbeauftragte eingesetzt.

In den zehn Jahren seines Bestehens hat das Wiener Frauengesundheitsprogramm nach state of the art eine Vielzahl von konkreten Projekten und Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung umgesetzt. Beispielhaft für das umfangreiche Angebot sind die Essstörungshotline sowie mehrsprachige Informationsbroschüren zum Gesundheitssystem, zur Aufklärung und Verhütung und für Frauen mit Behinderungen zu nennen. Gemeinsam mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund wurden Projekte gegen Postpartale Depression (PPD, Wochenbettdepression) und zum Umgang mit Frauen und Kindern als Gewaltopfern umgesetzt. Die beiden Frauengesundheitszentren FEM und FEMsüd gehen ebenfalls auf die Initiative der Frauengesundheitsbeauftragten zurück.

Brustkrebsfrüherkennung

Im Rahmen der österreichweiten Modellprojekte zum Mammographiescreening führte die Stadt Wien gemeinsam mit der Wiener Gebietskrankenkassa unter Beteiligung des Bundes in drei einkommensschwachen Gemeindebezirken mit hohem Migrantinnenanteil ein qualitätsgesichertes Screeningprogramm zur Verbesserung der Brustkrebsfrüherkennung durch. Jede der in diesen drei Bezirken gemeldeten Frauen zwischen 50 und 69 Jahren erhielt ein mehrsprachiges Einladungsschreiben, eine mehrsprachige Informationsbroschüre und einen Terminvorschlag in drei

in den Bezirken etablierten qualitätsgesicherten Mammographie-Screeningzentren.

Die begleitende Projektevaluation zeigt, dass von 2.876 Teilnehmerinnen 65 Prozent aus Österreich, 20 Prozent aus Bosnien, Serbien oder Kroatien stammen und neun Prozent aus anderen europäischen und außereuropäischen Ländern. 40 Prozent der Teilnehmerinnen mit türkischer Herkunft hatten noch nie eine Mammographie vornehmen lassen. Generell lässt sich sagen, dass dieses niederschwellige Angebot vor allem sozial schwache Frauen unterschiedlicher Herkunft sehr gut erreichen konnte. Die Zahl der Mammographien in diesen Bezirken konnte um 10,6 Prozent gesteigert werden. Eine flächendeckende Ausrollung des Programms auf ganz Wien wäre wünschenswert, ist aber nur mit einer entsprechenden finanziellen Beteiligung des Bundes möglich.

Wiener Wohnungslosenhilfe

Die Wiener Wohnungslosenhilfe bietet umfassende Beratung und Hilfestellung sowie passende Schlaf- und Wohnmöglichkeiten für wohnungslose Menschen an. Ein Tageszentrum, NächtigerInnenquartiere und Dauerwohnplätze sind ebenso Teil des Angebots wie Unterkünfte nur für Frauen, Familienwohnhäuser oder Mutter-Kind-Einrichtungen. Primäres Ziel ist die Reintegration, um wohnungslosen Menschen wieder ein eigenständiges Leben in einer eigenen Wohnung oder in einer passenden Einrichtung zu ermöglichen. 3.500 Wohnplätze wurden im Jahr 2007 mit 24,5 Millionen Euro finanziert.

Psychosozialer Liaisondienst in Wohnungsloseneinrichtungen

In der Wohnungslosenhilfe wird seit einigen Jahren ein vermehrtes Auftreten von KlientInnen mit oft umfangreicher psychischer Beeinträchtigung festgestellt.

Seit Sommer 2005 gibt es deshalb in vielen stationären Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe das Angebot des psychosozialen Liaisondienstes. FachärztInnen für Psychiatrie bieten den BewohnerInnen dieser Einrichtungen aufsuchende, ambulante psychosoziale Versorgung an - mit dem Ziel der Anbindung an das zuständige Ambulatorium des Psychosozialen Dienstes. Auch im Tageszentrum für Obdachlose und Straßensozialarbeit "Josi" steht diplomiertes psychiatrisches Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zur Verfügung. Die Angebote werden sehr gerne angenommen und ermöglichen den KlientInnen einen niederschweligen und entstigmatisierten Zugang zu psychiatrischer Versorgung.

Behindertenhilfe – sicher und selbstbestimmt leben

Die Behindertenhilfe der Stadt Wien hat sich zum Ziel gesetzt, Menschen mit Behinderung in ihrem Streben nach Selbstbestimmung zu unterstützen. Dafür steht ein umfassendes und zeitgemäßes Angebot, das von der Frühförderung über eine Vielzahl an Hilfsmitteln bis zu unterschiedlichsten teil- und vollbetreuten Wohnangeboten reicht. Im Jahr 2007 wurden dafür rund 181 Mio Euro investiert. Seit April 2008 wird mit der neuen Pflegegeldergänzungsleistung mehr als 130 Menschen mit schweren Behinderungen eine Leistung von bis zu 7.200 Euro monatlich – inklusive Pflegegeld – zur Finanzierung ihrer persönlichen AssistentInnen zur Verfügung gestellt.

Resümee und Ausblick

Österreich ist ein sehr reiches Land. Ein großer Teil der Menschen hierzulande kann sich abgesicherter Lebensverhältnisse erfreuen. Nichtsdestotrotz ist evident, dass die Einkommensschere immer weiter auseinander klafft, Armut und mangelnde soziale Teilhabe für einen immer größeren Teil der Bevölkerung Alltag geworden sind. Es ist der Stadt Wien ein großes Anliegen, ihren Teil zur sozialen Integration zu leisten. Die dafür notwendigen finanziellen Mittel werden im Konsens von allen Geschäftsgruppen bereitgestellt.

Aber es braucht mehr als soziale Absicherung, um der gesellschaftlichen Realität der sozialen Ungleichheit nachhaltig entgegenzutreten. Die Entwicklung der SozialhilfebezieherInnen zeigt deutlich, dass die Sozialhilfe, die ursprünglich als Überbrückungshilfe für kurzfristige Notsituationen gedacht war, immer mehr

als Einkommensersatz für mehrere Monate, oft Jahre dient. Auch wenn eine Existenzabsicherung selbstverständlich gewährleistet werden muss, dürfen sich Politik und Gesellschaft damit nicht zufrieden geben. Es geht vielmehr auch darum, den Menschen darüber hinaus Perspektiven zu eröffnen, um sozialer Ungleichheit aktiv entgegenzutreten. Die Einführung der bundesweiten bedarfsorientierten Mindestsicherung mit einer engen Verzahnung von bisheriger Sozialhilfe und Arbeitsmarkt, eine Reform des Bildungswesens, die Chancengleichheit von Frauen, wertschätzende Integration von ZuwanderInnen, all das sind wichtige und unabdingbare Bausteine zu mehr sozialer Gerechtigkeit.

Am wichtigsten ist und bleibt mir dabei die Vision und das Ziel einer solidarischen Gesellschaft, die ohne Ausgrenzungen, Schuldzuweisungen und Stigmatisierung, Chancengerechtigkeit und gleiche Teilhabe für alle ermöglicht.

Sonja Wehsely

Die Autorin ist seit Juli 2004 amtsführende Stadträtin in Wien und seit Jänner 2007 für das Ressort Gesundheit und Soziales zuständig.

Anmerkungen

- 1 Stadt Wien, 2003, Lebenserwartung und Mortalität im internationalen Vergleich.
- 2 Stadt Wien, 2008, Gesundheitsbericht 2008, i.p.
- 3 Mielck A., Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern 2000
- 4 Fuchs M., Social Assistance – no, thanks? Empirical Analysis of Non-Take-Up in Austria 2003, EUROMOD Working Paper No. EM4/07.

Krankenhaussozialdienst hilft in Krisensituationen

Interview mit Anna Maria Dieplinger, Leiterin des Sozialdienstes am Allgemeinen Krankenhaus Linz

Frau Dr. Dieplinger, seit wann gibt's den Sozialdienst am AKh Linz? Wer hatte die Idee, gab es Vorbilder?

Den Sozialdienst gibt es seit 22 Jahren, initiiert wurde das Ganze vom oberösterreichischen Soziallandesrat Josef Ackerl. Vorbilder gab und gibt es in allen großen Spitälern (Innsbruck, AKh Wien, ...)

Was sind die wesentlichen Aufgabenfelder, in welchen Bereichen werden Sie vor allem aktiv? Schon während des Spitalsaufenthalts oder primär im Anschluss daran?

Die Aufgabenfelder erstrecken sich von der vollkommenen Weiterversorgung nach dem Krankenhaus bis hin zu Kriseninterventionen im sozialen Umfeld oder auch bei persönlichen Anliegen. In der Praxis schaut es so aus: Wenn die KollegInnen von den medizinischen Abteilungen merken, dass der Gesundheitszustand eines/r Patienten/in in das soziale Umfeld ausstrahlt bzw. das weitere Leben nach dem Klinikaufenthalt beeinträchtigt, werden wir geholt.

Wie respektive von wem werden Probleme wahrgenommen? Wie werden die PatientInnen auf den Sozialdienst aufmerksam?

Die Anforderung des Sozialdienstes soll im Idealfall schon bei der Aufnahme passieren. Schnittstellenmanagement und Entlassungsplanung brauchen Zeit. Das Personal ist dahingehend auch geschult und weiß faktisch bzw. prognostisch, wann wir einzuschalten sind. In den meisten Fällen handelt es sich um KlientInnen, die alleine zu Hause leben, keine Versorgung haben oder mit einer Krise nicht zurecht kommen.

Welche Interventionen werden am häufigsten ergriffen? Funktioniert die Kooperation mit anderen Einrichtungen?

Die Kooperation mit den extramuralen Bereichen wie Hauskrankenpflege oder Altenhilfe funktioniert sehr gut – wir haben unsere direkten Ansprechpersonen und wissen regional und überregional, wer wofür mit



Quelle: AKh Linz, Sozialdienst

Krankheitsbewältigung

Der Sozialdienst am AKh Linz unterstützt PatientInnen und Angehörige in der Verarbeitung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung. Gemeinsam werden Strategien, Wege und Möglichkeiten individuell an die Bedürfnisse der KlientInnen und die Situation angepasst. Im Gespräch werden Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt und weitere Schritte eingeleitet.

Informationen über die Krankheit und die möglichen Auswirkungen auf das Alltagsleben werden mit den PatientInnen und Angehörigen in interdisziplinären Teamgesprächen bearbeitet. ÄrztInnen, diplomierte Krankenpflege, PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen besprechen mit den Betroffenen die weiteren Schritte der Behandlung und Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt.

*Kontakt: Dr. Anna Maria Dieplinger
AKh Linz, Sozialdienst
Krankenhausstr. 9, 4021 Linz
Tel. 0732 7806 73343,
E-Mail: anna.dieplinger@akh.linz.at*

welchem Umfang und Kapazitäten zuständig ist. Die häufigsten Interventionen sind "Weiterversorgung" und "Organisation der Entlassung", aber auch "Koordination von Heilverfahren" bzw. Rehabilitation.

Von wie vielen "Fällen" sprechen wir in etwa? Reichen Ihre räumlichen und personellen Kapazitäten?

Wir haben ca. 3.500 Fälle pro Jahr bei 55.000 stationären Aufnahmen im AKh, Personalstunden können mit 140 Stunden pro Woche gerechnet werden. Bei den 3.500 Fällen werden auch die Angehörigen beraten, was dann die Zahl der kontaktierten Personen sicherlich verdoppelt. Die Kapazitäten sind derzeit im Rahmen. Mehr Leistungen könnten nicht erbracht werden.

Was würden Sie sich an Verbesserungen wünschen? Woran scheiterte das bislang?

Verbesserungen sind derzeit eigentlich nicht vonnöten, weil wir versuchen, Termine zu vergeben, die Angehörigen mit einzubinden und alles sehr strukturiert abläuft. Einzig vielleicht, dass die Steigerung der kurzen Verweildauer im Krankenhaus zunehmend ein Versorgungsproblem darstellen wird. Viele Einrichtungen im extramuralen Bereich sind derzeit schon am Limit und wir sollen die PatientInnen noch schneller entlassen. Das wird ab 2009, wenn aufgrund ökonomischer Überlegungen die Verweildauer in der Prothesenchirurgie verkürzt werden soll, ein noch größeres Problem werden.

Frau Dr. Dieplinger, vielen Dank für das Gespräch.

Interview: Hansjörg Seckauer

Plädoyer für die nachhaltige Sicherung des Gesundheitssystems

Maßnahmen zu ergreifen, die unser Gesundheitssystem nachhaltig absichern, sieht die Arbeiterkammer Oberösterreich als vorrangige Aufgabe einer künftigen Bundesregierung. Die AK spricht sich vor allem für die Rücknahme der den Krankenkassen in den letzten Jahren aufgebürdeten Belastungen, eine strengere Kontrolle der Preissteigerungen bei Medikamenten sowie für eine Miteinbeziehung der Spitäler in die Gesundheitsreform aus.

Bei einem Pressegespräch Anfang September in Linz wurden zunächst die Gesundheitsziele, welche die AK verfolgt, dargelegt. Dazu zählen der freie Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen für alle nach dem Prinzip der solidarischen Krankenversicherung, eine Effizienzsteigerung ohne nachteilige Wirkungen für die Patienten/innen, die Ausrichtung öffentlicher Finanzmittel auf den medizinischen Bedarf, die Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität, das Erreichen einer höchstmöglichen Patienten/innenzufriedenheit und die Etablierung von Gesundheitsprävention als gleichwertige Gesundheitsleistung neben der kurativen Medizin.

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems sei allerdings gefährdet, da die Einnahmen der sozialen Krankenversicherung unter den derzeitigen Bedingungen auf Dauer nicht mehr ausreichen würden, den Bedarf an Gesundheitsleistungen finanzieren zu können. Wenn nicht rasch etwas geschieht, steht laut AK bei den ASVG-Versicherten ein genereller Selbstbehalt von 20 Prozent für Arzt- und Spitalsambulanzbesuche im Raum.

Defizit in der Krankenversicherung

Für das Jahr 2008 hat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger ein Gesamtdefizit von 286 Millionen Euro vorausgesagt (Gebietskrankenkassen 270 Millionen Euro, bundesweite Krankenversicherungsträger 16 Millionen Euro). Auch die Krankenversicherung der Gewerbetreibenden wird heuer voraussichtlich trotz eines 20-prozentigen Selbstbehaltes für Arztleistungen und geringerer Versicherungsleistungen (z.B.: kein Wochen- und Krankengeld) ein Defizit von etwa 42 Millionen Euro aufweisen. Bei der bisher

immer als Muster-Kasse vorgezeigten oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) wird das Geld ebenfalls immer knapper. Für 2008 wird hier ein Bilanzverlust von 12,6 Millionen Euro erwartet, 2009 werden es schon 52 Millionen Euro sein.

Die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt auf Basis der Löhne und Gehälter. Die Einnahmen durch Beiträge bleiben aber, bedingt durch die stetig sinkende Lohnquote, durch die zunehmende Zahl an chronisch Kranken und den medizinischen Fortschritt, hinter den steigenden Gesundheitskosten zurück. Zusätzlich hat der Bund durch Gesetzesänderungen der Krankenversicherung in den letzten Jahren laufend Einnahmen weggenommen, kritisiert die AK.

So konnte etwa bis zum Jahr 1997 die Mehrwertsteuer auf Medikamente von den Gebietskrankenkassen als eine Art Vorsteuer abgezogen werden. Seitdem wird sie nur mehr teilweise rückerstattet. Auch der Ersatz für das Wochengeld sei unzureichend. 2001 wurde zudem der Bundesbeitrag an Spitäler zu Lasten der Länder und der Krankenversicherung gestrichen und seit 2002 wird der Krankenversicherungsbeitrag für Arbeitslose nicht mehr voll abgegolten. Alleine dieser Einnahmenezug hat der OÖGKK bereits mehr als 360 Mio. Euro gekostet, das entspricht in etwa einem Viertel der Jahresbeitragseinnahmen. Der Rechnungshof habe bestätigt, dass alleine durch die Rücknahme dieser Belastungen eine Sanierung der Krankenversicherung möglich wäre. Sogar die finanziell stark angeschlagene Wiener Krankenkasse hätte damit von 2001 bis 2006 einen Bilanzüberschuss von 155 Millionen Euro zustande gebracht, sagte AK OÖ-Präsident Johann Kalliauer.

Eine weitere Ursache für die Finanzmisere sind die rasant steigenden Medikamentenkosten. Von 1997 bis 2007 sind bei der OÖGKK die Kosten je rezeptpflichtigem Medikament um 64 Prozent gestiegen. Ob die Preissteigerungen immer gerechtfertigt sind, bezweifelt der AK-Präsident. Selbst wenn nur Kleinigkeiten an der Zusammensetzung eines Präparats verändert werden, könne sich das auf den Preis auswirken. Hier gelte es zu kontrollieren, ob diese Preissteigerungen auch wirklich gerechtfertigt sind. Die AK fordert daher die Überprüfung der tatsächlichen Innovation neuer Medikamente sowie die Senkung der Handelspreisen.

Erhaltung der solidarischen Krankenversicherung

Freier Zugang zu den Gesundheitsleistungen für alle Menschen unabhängig von ihrer Herkunft, vom Ein-

kommen, vom Alter oder dem Geschlecht – das ist das Prinzip der solidarischen Krankenversicherung, auf das aus AK-Sicht auch künftig gebaut werden soll. Kalliauer kritisierte die Tendenz zur Zwei-Klassen-Medizin und brachte ein Beispiel: „Normale“ Patienten/innen, d.h. ASVG-Versicherte ohne private Zusatzversicherung, würden bei geplanten Hüft- oder Knieoperationen im Durchschnitt bis zu 3,5 Mal so lange auf einen Operationstermin warten wie privat Versicherte (siehe Kasten).

Einer Ausweitung der Selbstbehalte steht Kalliauer kritisch gegenüber: Schon jetzt müssten die Versicherten und deren Angehörige ein Viertel aller Gesundheitsausgaben aus der eigenen Tasche zahlen. Um weitere Selbstbehalte zu vermeiden, spricht sich die AK mittelfristig für eine „Verbreiterung der Finanzierungsbasis“ aus. Gedacht wird etwa an die Mitfinanzierung des Gesundheitssystems durch die Erträge aus einer künftigen Vermögenszuwachssteuer.

Einen grundlegenden Systemwechsel hält die AK nicht für erforderlich, da sich das System der Selbstverwaltung über Jahrzehnte bewährt habe und einen niedrigeren Verwaltungsaufwand aufweise als private Systeme: Während hierzulande 2,3 Cent pro Euro für

die Verwaltung ausgegeben werden, veranschlagen gewinnorientierte private Versicherer anderswo den Verwaltungsaufwand mit 15 bis 20 Cent pro Euro deutlich höher.

Ausbau der Gesundheitsprävention

Gesundheitsprävention sei ein weiteres zentrales Thema bei der Absicherung des Systems. Die Statistik Austria hat errechnet, dass das österreichische Gesundheitssystem weniger als zwei Prozent für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen aufwendet. Mit einem diesbezüglichen Budget von 400 Millionen Euro von insgesamt 23 Milliarden Euro (ohne Ausgaben für Langzeitpflege) ist unser Gesundheitssystem somit noch immer stark auf die „Reparaturmedizin“ ausgerichtet.

Im ASVG-Bereich sind etwa bestimmte gesundheits-erhaltende Maßnahmen in der Zahnbehandlung noch weitgehend selbst zu bezahlen. So können derzeit von den Gebietskrankenkassen z.B. festsitzende Kieferregulierungen „auf Krankenschein“ nicht angeboten werden. Eine oberösterreichische Familie musste deshalb im Jahr 2007 für eine festsitzende Kieferregulierung eines Kindes mehr als 1.300 Euro pro Behand-

Unterschiedliche Wartezeiten bei Operationen

Das Institut für Höhere Studien (IHS) hat im vergangenen Jahr eine Studie zu Wartezeiten auf geplante Operationen veröffentlicht und festgestellt: Für „normale Kassenpatienten“ ist die durchschnittliche Wartezeit bei der Hüftoperation doppelt so lang wie bei privat Versicherten, bei der Knieoperation sogar 3,5 Mal so lang. Patientinnen und Patienten ohne private Zusatzversicherung – und das ist der weit überwiegende Teil – werden also massiv benachteiligt.

Die Arbeiterkammer hat das vorhandene Datenmaterial um eigene Recherchen ergänzt. Das Ergebnis deckt sich mit jenem der IHS-Studie: Eine private Zusatz-Krankenversicherung wirkt sich beschleunigend auf die Terminvergabe bei geplanten Operationen aus. Von einem transparenten, gerechten Wartezeitenmanagement könne keine Rede sein. AK-Präsident Kalliauer kritisiert, dass es keine bundesweite Erhebung zur Wartezeitenproblematik gebe, obwohl das Gesund-

heitsqualitätsgesetz die verantwortlichen Stellen zu Transparenz und zur Erhebung von Qualitätsdaten im Gesundheitswesen verpflichten würde.

Die Arbeiterkammer fordert daher, dass das Gesundheitsqualitätsgesetz endlich bundesweit umgesetzt wird. In der Steiermark, wo bereits 2004 ein Wartelistenmanagement eingeführt wurde, konnte die Wartezeit für dringende Fälle auf maximal sechs Wochen reduziert werden. Zum Vergleich: In ganz Österreich beträgt die durchschnittliche Wartezeit laut Gesundheitsbefragung 2006 in der allgemeinen Gebührenklasse bei Hüftoperationen 3,2 Monate und bei Knieoperationen 2,6 Monate.

Bei nicht akuten Operationen fordert die AK verbindliche Maximalwartezeiten und die Dringlichkeit müsse auf Grundlage transparenter, nachvollziehbarer Kriterien eingestuft werden. Ein österreichweit gültiges und regional umgesetztes Wartezeitenmanagement müsse die Grundlage für eine gerechte Terminvergabe sein.

Quelle: AK-Mediendienst Nr. 9532, 07.05.2008

lungsjahr selbst bezahlen. Die Gebietskrankenkasse leistete zwar einen Kostenzuschuss, ein auf Bundesebene notwendiger Vertrag, um die gesamte Belastung zu übernehmen, ist bisher aber nicht zustande gekommen. Gerade Kieferregulierungen stellen aber (ebenso wie Mundhygiene) eine wichtige Präventionsleistung dar, um gravierende Spätfolgen vermeiden zu können. Deshalb schlägt die AK vor, dass derartige gesundheitserhaltende Maßnahmen „auf Krankenschein“ bezogen werden können.

Einbeziehung der Spitäler

Nach aktuellen Zahlen der Statistik Austria entfallen 40 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben auf den stationären Bereich mit einem Budget von mehr als zehn Milliarden Euro. Bei der Gegenüberstellung der öffentlichen Gesundheitsausgaben des sta-

tionären mit dem niedergelassenen Bereich fällt auf, dass erstere deutlich rascher angestiegen sind. Gegenüber dem Jahr 2000 betrug die Steigerungsrate in den Spitälern 31 Prozent im Vergleich zu 23 Prozent im niedergelassenen Bereich. Die AK erachtet es daher für unerlässlich, die Spitäler in die Gesundheitsreform einzubeziehen und die Spitalsfinanzierung zu evaluieren.

Im Zuge der Gesundheitsreform 2000 hat der Bund seinen finanziellen Beitrag an die Spitäler zu Lasten der Länder und der Krankenversicherung gestrichen. Allein der OÖ Gebietskrankenkasse hat das zusätzlich zur Spitalsfinanzierung bisher mehr als 58 Millionen Euro gekostet. Einfluss auf den Einsatz der Mittel oder auf die Angebotsplanung und Honorierung der Leistungen hat die Gebietskrankenkasse aber keinen. Ein Mitspracherecht der Krankenversicherung im Spitalsbereich ist aber nach Ansicht der AK unbedingt notwendig. Das hätte nämlich zur Folge, dass vorhandene Kooperationspotenziale zwischen Spitälern und niedergelassenem Bereich stärker genutzt werden könnten (z.B. bei der Anschaffung von Großgeräten). Ein Modell zur Zusammenarbeit und Effizienzsteigerung gelte es dafür gemeinsam zu entwickeln. Vorhandene Strukturen wie die oberösterreichische Gesundheitsplattform seien dazu nicht ausreichend, meinte der AK-Präsident.

Reibungslosen Ablauf sicherstellen

Kalliauer sprach sich auch für ein besseres Schnittstellenmanagement aus, das effizienzsteigernd wirken und Mehrfachuntersuchungen verhindern könne. Spitalswesen, niedergelassene Ärzte/innen, Pflege- und Rehaeinrichtungen müssten kooperierende Systeme sein, damit sie die besten Leistungen für die Patienten/innen erbringen können. Medikamentenverschreibungen müssten abgestimmt sein, Untersuchungsergebnisse „mitwandern“, eine möglichst lückenlose und aufeinander abgestimmte Betreuung müsse garantiert sein.

Ebenso müsse der Übergang vom Spitalsbett zu Pflegeeinrichtungen oder zur Pflege daheim reibungslos garantiert sein. Sonst wäre womöglich auch noch der Arbeitsplatz (pfleger) Angehöriger gefährdet bzw. könnten aufgrund der Überforderung durch die momentan unbewältigbare Situation bei den Angehörigen psychische Probleme auftreten. Dies gelte es auf alle Fälle zu vermeiden.

Quelle: AK für nachhaltige Sicherung des Gesundheitssystems, Unterlagen zum Pressegespräch am 2. September 2008, Presseclub Linz.

Skriptum zum österreichischen und europäischen Fremdenrecht

Das aktuelle Skriptum zum österreichischen und europäischen Fremdenrecht behandelt das Recht der Einwanderung und des Aufenthalts unter Berücksichtigung der jüngsten Judikatur. Neben Kernfragen des Migrationsrechts werden aus einer praxisnahen Perspektive auch die Wechselwirkungen zwischen dem Fremdenrecht und verschiedenen anderen Rechtsgebieten, wie dem Sozial- oder dem Familienrecht erörtert.

Behandelt werden zudem verwandte Rechtsgebiete wie das Staatsbürgerschaftsrecht und das Ausländerbeschäftigungsrecht. Auch das im Fremdenrecht praktisch sehr bedeutsame Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens und das Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte werden erörtert.

Das Skriptum richtet sich an alle, die sich in ihrer täglichen Arbeit oder im Rahmen ihrer Ausbildung mit Fragen des Migrationsrechts beschäftigen.

*Loos, Thomas / Zlatojevic, Ljiljana / Czech, Philip: Österreichisches und Europäisches Fremdenrecht. Österreichisches Institut für Menschenrechte, Salzburg 2008
114 Seiten, spiralgebunden, EUR 14,00*

Bestellungen unter: Tel. 0662 843158-15 bzw. Mail: office@menschenrechte.ac.at

Feldforschungen sind tödlich für Vorurteile

Über die Herausforderungen und Begrenzungen interkultureller Begegnungen in einer fragmentierten Welt

Sich auf eine Feldforschung zu begeben, bedeutet nicht nur, wissenschaftlicher Neugierde und einer Sehnsucht nach der Ferne nachzugeben, sondern auch Differenz zu Bekanntem – in kultureller, geographischer, sozio-ökonomischer und auch zeitlicher Sicht – herzustellen. Eine fremde Umgebung kann dabei der Abgrenzung vom Eigenen und Alltäglichen dienen und kann zu einem Ort werden, an dem reisende Subjekte wie FeldforscherInnen sowohl über vorher erworbene theoretische Zusammenhänge als auch über ihre eigene kulturelle Identität nachdenken können. So besteht eine Feldforschung aus einem Zusammenspiel daraus, wie ein gegebenes Subjekt sich selbst und andere, also die vorerst noch unbekannte, die fremde Welt wahrnimmt. Die Kriterien für die verschiedenen Wahrnehmungen können sich hierbei zum Teil widersprechen. Die Konstruktionen der Fremde und des Subjekts selbst bedingen sich in diesem Prozess gegenseitig, die wahrgenommene Fremdheit kann als Ausdruck dieses Beziehungsverhältnisses angesehen werden.

Die Fremde bedeutet in der reisenden Wahrnehmung von FeldforscherInnen das Erfahren des „Nicht-Eigenen“, des Unbekannten. In genau diesem Sinne kann es jedoch auch zugleich nur zusammen mit dem Subjekt selbst gedacht und durch die Setzung von Grenzen, welche mehr oder minder exakt die In- und Exklusion festlegen, definiert werden.

Über das Zurücklassen des europäischen Kulturgepäcks

Eine Feldforschung nach Sub-Sahara Afrika zu unternehmen, beinhaltet auch eine jenseits gängiger TouristInnenklischees bestehende Form des Kulturkontaktes mit Menschen im jeweiligen Land, bei dem nicht zuletzt die individuellen Persönlichkeiten der Reisenden eine nicht unbedeutende Rolle einnehmen. Man befindet sich vor Ort oft in den ökonomisch ärmsten Ländern der Welt. Dies bedingt unweigerlich eine Konfrontation mit schwierigen sozio-ökonomischen Gegebenheiten, die ungleich andere sind als die bekannten mitteleuropäischen. FeldforscherInnen selbst sind durch Faktoren wie Geschlechtszugehörigkeit, kulturelle Identität, soziale Schicht sowie per-

sönliche Einstellungen und Werthaltungen bestimmt und müssen in der ungewohnten Umgebung einen – wie auch immer gestalteten – Umgang mit der bestehenden sozio-ökonomischen und kulturellen Differenz finden. Auf welche Art und Weise dieser kreierte wird, hängt in einem hohen Ausmaß von der Interaktion der bestehenden Selbst- und Fremdwahrnehmung ab.¹

Der Umgang mit der sozio-ökonomischen und kulturellen Differenz von FeldforscherInnen gehört zu den wesentlichen Rahmenbedingungen des Verstehens der nicht bekannten Umgebung. D.h. die Konfrontation mit sehr unterschiedlichen sozio-ökonomischen und kulturellen Lebensrealitäten stellt die ForscherInnen vor gänzlich neue Anforderungen, insbesondere in Bezug auf die notwendige interkulturelle Kompetenz in sozialen Interaktionen.

Bei der Planung einer Feldforschung in einem afrikanischen Land findet man grundsätzlich andere Rahmenbedingungen vor, als dies bei einem Forschungsaufenthalt in einem Industriestaat des Nordens der Fall wäre. Diese umfassen infrastrukturelle Bereiche wie die Gesundheitsvorsorge (Impfungen gegen Gelbfieber, Malariavorsorge etc.), die schlichte Tatsache, dass man damit rechnen muss, unter Umständen zeitweise keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser oder hygienischen Sanitäreinrichtungen zu haben, bis hin zu dem Faktum, dass man sich vor Ort oft in Ländern mit zum Teil unzureichend ausgebauten Straßennetzen bewegt. So wird man etwa Fragen nach Transportkosten im Vorfeld nie exakt beantworten können, da sich der Preis für die Mitfahrt in einem Sammeltaxi² sehr flexibel gestalten kann, d.h. von den jeweiligen ChauffeurInnen abhängt. Wie der englische Ethnologe Nigel Barley (1986: 18) schreibt, gibt es irgendwo in Afrika sicherlich ChauffeurInnen, die ehrlich, friedfertig und höflich sind. Er hat leider nie herausgefunden wo.

Die schlechteren sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen bzw. die defizitäre Infrastruktur in afrikanischen Ländern stellen jedoch Herausforderungen dar, welche in der Praxis oft zu einem Ideenreichtum und einer Spontanität verhelfen, mit denen Feldforschende im europäischen Kontext nie konfrontiert würden. So wird man in Mitteleuropa nie ein paar Meter entfernt von Elefanten schlafen, sich mit Hilfe einer Mineralwasserflasche duschen oder mit einem jahrzehntealten Minibus, der als Fortbewegungsmittel vor Ort dient, zusammen mit zwanzig anderen Personen von einem Ort zum anderen befördert.

Bei einem wissenschaftlichen Aufenthalt in einem sub-saharischen Land wird von ForscherInnen die Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten über die bekannten Grenzen von Kultur-, Schicht- und Geschlechtszugehörigkeit und gewohntem Lebensstil hinweg gefordert. Dies impliziert insbesondere in sozialen Situationen verständigungsorientiert kommunizieren zu können, das im Reisegepäck quasi mitgenommene mitteleuropäische Wertekonglomerat eine Zeit lang beiseite zu schieben, und bedingt letztendlich auch das Vermögen zu situationsangepasstem Verhalten vor Ort. Generell erfordert inter-kulturelle Kompetenz ein inhaltliches Wissen über den spezifischen Kontext des/der „Anderen“, ein Wissen über die Funktionsweise von Normen und Werten in einem gegebenen kulturellen System und über die Bedingungen der Entstehung kulturspezifischer Identitäten.

Alle diese Faktoren implizieren, dass Feldforschungen in einem Teil des globalen Südens nicht nur wissenschaftliche Ergebnisse eines stattgefundenen Aufenthaltes sind, sondern auch immer in der Perspektive aktueller Diskurse um kulturelle Identitäten angesehen werden müssen. So gibt es auch bei einer wissenschaftlichen Reise – wie es ein Feldforschungsaufenthalt darstellt – kein herrschaftsfreies Vakuum.

Die Produktion von Diskursen hängt gemäß Michel Foucault (1996: 35ff) mit Institutionen der Macht zusammen; Orte, an denen bestimmt wird, auf welche Art und Weise über welche Themen gesprochen, geschrieben oder gedacht wird oder eben nicht. Diese Diskurse bestimmen die jeweilig bestehenden Identifikationsmuster, wobei exemplarisch die Ursachen für unterschiedliche Wahrnehmungsstrategien auch bei FeldforscherInnen in eben diesen Definitionen von Macht und Identität zu finden sind.

Der Blick auf verschiedene Publikationen, die auf Feldforschungen basieren, zeigt, dass die Thematik und der Umgang mit der fremden und der eigenen kulturellen Identität und den für EuropäerInnen ungewohnten sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen fast durchgängig, wenn auch oft von AutorInnen als solches nicht bewusst wahrgenommen, im Vordergrund steht. Die unbekanntere kulturelle und sozio-ökonomische Umgebung in Sub-Sahara Afrika wird von EuropäerInnen als Projektionsfolie unterschiedlich genutzt, die Sichtweise auf die „anderen“ Kulturen und ökonomischen Situationen des Kontinents mag oft zwischen Idealisierung der fremden Gesellschaft und Zivilisationskritik der eigenen Herkunftsgesellschaft hin- und herpendeln, muss jedoch immer reflexiv und selbstkritisch bleiben. Bei nicht reflektie-

render Betrachtungsweise würde ein verklärender Blick auf die „fremde“ Kultur eingenommen werden, indem deren Werte und Traditionen in den Vordergrund gestellt und als statisch präsentiert werden. Dadurch besteht die Gefahr, in den Bildern von der „Fremde“ unreflektiert Rassismen zu projizieren. So finden sich die unterschiedlichsten Umgangsweisen mit der Thematik der Wahrnehmung und des Zurechtfindens in einer „fremden Kultur“ und in einer sehr verschiedenen sozio-ökonomischen Umgebung, die alle oft auch einen ganz persönlichen Zugang zum bereisten Kontinent erahnen lassen. In der Analyse von Feldforschungsberichten, die auch persönliche Erlebnisse widerspiegeln, kommen diese sehr differierenden Herangehensweisen deutlich zum Tragen.

Das Überschreiten zwischen bekannten und fremden kulturellen Codes

Selbstverwirklichung, Abenteuersehnsucht und der Versuch des Überschreitens von Grenzen, welche selbst oder auch extern gesetzt worden sein können, sind ohne Zweifel Paradigmen einer Feldforschung in Sub-Sahara Afrika. Eine Feldforschung dorthin zu planen, zu organisieren und zu unternehmen, bedeutet für jede/n ein Überschreiten von Grenzen verschiedenster Art.

Pointiert formuliert kann man viel theoretisches Wissen über ein Land durch Bücher erwerben, ohne jemals dort gewesen zu sein. Etwas grundsätzlich anderes ist es jedoch, den Menschen eines Landes zu begegnen. So haben Studierende, die an Exkursionen nach Afrika teilnehmen, zumeist das erste Mal die Möglichkeit, ein sub-saharisches Land zu bereisen. Diese erste persönliche Begegnung mit Menschen eines Entwicklungslandes auf dem afrikanischen Kontinent löst oft eine Reihe von Lernprozessen aus, die sich bei Studierenden auch im weiteren Studienverlauf bemerkbar machen. Ein Land in Sub-Sahara Afrika im Rahmen einer Exkursion oder Feldforschung kennenzulernen, stellt für Studierende und WissenschaftlerInnen nicht nur eine vollkommen neue Erfahrung im universitären Alltag dar, sondern löst auch eine Reihe an Wahrnehmungsprozessen aus, die Nachwirkungen in der (zurückgekehrten) gewohnten Umgebung zeigen.

Feldforschungsberichte stellen oft implizit auch sehr persönlich gehaltene Wahrnehmungsmuster vor und müssen dennoch gleichzeitig dem Anspruch genügen, die Menschen, denen man begegnet ist, und ihre Arbeit und Lebensumstände objektiv zu beschreiben. So müssen ForscherInnen immer wieder durch kritische Selbstreflexion einerseits und andererseits durch die

vielseitige Zusammensetzung der inter-kulturellen Themen eine nicht unbedeutende Abgrenzung von herkömmlichen Publikationen vornehmen.

Europäische AutorInnen versuchen mit unterschiedlichen Mitteln, die Grenzen zwischen der eigenen und der "fremden" Kultur und sozio-ökonomischen Umgebung zu überwinden. Sie beschreiben ihre persönlichen Erlebnisse mit Hilfe der bei Feldforschungsaufenthalten gewonnenen Erfahrungen und den vor Ort stattgefundenen Begegnungen. Interessant scheint hierbei der Aspekt zu sein, dass sich Menschen in ihrer Rolle als schreibende Reisende neu erfinden können, sie haben gewissermaßen ein "Abenteuer bestanden" und können der Welt nun davon erzählen. Diese Eindrücke schreibend zu verarbeiten, ist insbesondere der Gattung der Reiseliteratur eigen, wobei hierbei eine geschlechtsspezifische Differenz zu konstatieren ist. Sobald Frauen ihre Selbst- und Fremderfahrungen beschreiben, strukturiert der Faktor Geschlechtszugehörigkeit und die daraus resultierenden Sonderformen der Wahrnehmung die Reiseberichte. Seit einigen Jahren sind Buchhandlungen voll von Reiseliteratur mutiger und außergewöhnlicher Frauen, die allein in entlegenste Gebiete führen und somit eine "bedeutende Bastion männlicher Dominanz" eroberten. Moderne Frauenreise-

berichte beschwören die Besonderheiten des "weiblichen Aufbruchs" in die Ferne und Fremde. Allein das Faktum, dass Frauen reisen, wird hierbei schon als emanzipatorisch bewertet. Welche anderen Potentiale und Problematiken darin verborgen sind, wird in den meisten Reiseberichten ignoriert oder schlichtweg geleugnet. Ein gemeinsamer Nenner bei Reiseberichten von Frauen ist, dass sich die Sehnsucht nach Freiheit und Unabhängigkeit in den Texten der reisenden Autorinnen manifestiert. Eine kritische Reflexion der vorhandenen Herrschafts- und Machtverhältnisse, innerhalb derer diese Reisen stattfinden, fehlt diesen Berichten gänzlich (siehe hierzu Hofmann 1998; Joris 2000; Morgan 1995).

"Diese erste persönliche Begegnung mit Menschen eines Entwicklungslandes auf dem afrikanischen Kontinent löst oft eine Reihe von Lernprozessen aus, die sich bei Studierenden auch im weiteren Studienverlauf bemerkbar machen. Ein Land in Sub-Sahara Afrika im Rahmen einer Exkursion oder Feldforschung kennenzulernen, stellt für Studierende und WissenschaftlerInnen nicht nur eine vollkommen neue Erfahrung im universitären Alltag dar, sondern löst auch eine Reihe an Wahrnehmungsprozessen aus, die Nachwirkungen in der (zurückgekehrten) gewohnten Umgebung zeigen."

Die Grenzziehung zwischen "Bekanntem bzw. Eigenem" und "Unbekanntem bzw. Fremdem" wird bei allen diesen Berichten von spezifischen, konkret formulierten Wahrnehmungen überlagert. In der Auseinandersetzung mit der Fremde wechseln dabei die Perspektiven der AutorInnen auf ihr Subjekt selbst. Um die Unterscheidung von Fremdem und Eigenem beibehalten zu können, müssen FeldforscherInnen herrschende Identifikationsmuster ständig in den Wahrnehmungsprozess mit einbeziehen, wobei die entworfenen Bilder reflektierend und kritisch auch auf gegenwärtige wissenschaftliche Diskurse bezogen sein sollten.

Feldforschung ist tödlich für Vorurteile

Forschungsaufenthalte in sub-saharischen Ländern können zuvor existente, negativ geprägte Bilder von Afrika³ als einem, da kolonial und neo-kolonial ausgebeuteten, verlorenen und hoffnungslosen Kontinent verändern und reformulieren. Diese Bilder verändern sich bei vielen FeldforscherInnen durch gewonnene Eindrücke hin zu jenen, die einen interessanten, schönen und heterogenen Kontinent reflektieren. Sind die ersten Erwartungen, die FeldforscherInnen vor ihrem Aufenthalt haben, geprägt von stereotypen Bildern, die mittels Printmedien in die Köpfe von EuropäerInnen trans-

portiert werden, so entsteht durch die Konfrontation mit der Realität gleichsam kontrastiv dazu ein ungleich vielfältigeres Bild, welches auch die hoffnungsvollen, faszinierenden Seiten des Kontinents beinhaltet.

Interkulturelle Kompetenz als die Fähigkeit, mit Menschen anderer cultural backgrounds erfolgreich kommunizieren zu können, um letztendlich auch Handlungskoordination in einem gegebenen Kontext zu erreichen, ist in vielen Situationen während eines Feldforschungsaufenthaltes Alltagsbedingung, da zwischen den AkteurInnen von Interaktionen keine gemeinsame Sprache bzw. auch kein gemeinsamer Verstehenshintergrund vorausgesetzt werden kann. In

den kommunikativen (verbalen wie auch nonverbalen) Interaktionen zwischen FeldforscherInnen und Einheimischen entstehen Situationen, in denen nicht nur unklar ist, was als "angemessen oder adäquat" anzusehen wäre, sondern in welchen zusätzlich noch die Fragestellung auftaucht, nach wessen "Spielregeln" diese eigentlich beantwortbar ist. Aus diesem Grund sind kommunikative (verbaler und auch nonverbaler Art) sowie soziale Kompetenzen in interkulturellen Interaktionen unabdingbar.

Missverständnisse – welche grundsätzlich in jeder kommunikativen Interaktion auftreten können – sind im Hinblick auf die kulturelle Differenz zwischen den AkteurInnen eine permanent gegebene Möglichkeit und alltägliche Grundkondition der Kommunikation, wobei dies nicht primär als durch Unfähigkeit oder Unwilligkeit des jeweiligen Gegenüber verursacht gesehen werden darf.

Aufgrund zahlreicher Feldforschungsaufenthalte in sub-saharischen Ländern gehe ich grundsätzlich davon aus, dass es in Afrika immer wieder zu Begegnungen und Alltagssituationen kommen kann, die sehr schwer in europäische Erfahrungen einzuordnen sind. Bei der Planung eines Feldforschungsaufenthaltes oder auch einer Exkursion findet man nicht nur grundsätzlich andere infrastrukturelle, sozioökonomische Rahmenbedingungen als im europäischen Raum vor, sondern auch im soziokulturellen Bereich kommt es zu Begebenheiten mit Menschen, die ungleich andere sind als im europäischen Kontext. Es mag sozialromantisierend wirken, aber konkret berührend sind hierbei vor allem Situationen des menschlichen Miteinanders, des Respekts und der Freundlichkeit, mit der viele AfrikanerInnen einer Fremden wie mir immer wieder bei Aufenthalten begegnet sind.

Ein wesentliches Kriterium erfolgreicher interkultureller Kompetenz besteht in der Distanz, welche AkteurInnen zu eigenen Werthaltungen und Lebenseinstellungen gewinnen können, in denen die durch die eigene Herkunftsgesellschaft bestimmte Lebensform als selbstverständliches und nicht hinterfragtes Kriterium für die Wahrnehmung und Bewertung des Handelns anderer Menschen, egal welche geopolitischen, sozioökonomischen und kulturellen Positionierungen diese innehaben, gilt. Das Erreichen dieses Abstandes erfordert von FeldforscherInnen eine Reflexion über das "Bekannte bzw. Eigene". Ein Vorgang, welcher nicht nur zu neuen Einsichten auf individueller Basis führen kann, sondern auch zu einer Erweiterung der Wahrnehmung der Welt generell. Er beinhaltet die Möglichkeit einer veränderten Sichtweise der eigenen

Herkunftskultur und -gesellschaft, die sich in der Konfrontation mit dem "Anderen bzw. Fremden" als das Eigene mit unverwechselbaren Besonderheiten herauskristallisieren kann. Weiters bedeutet dies aber auch die Fähigkeit dazu, tradierte Auffassungen und eingefahrene Verhaltensmuster beiseite zu schieben und andere kulturelle Lebensformen und Weltdeutungen in etablierte Sichtweisen integrieren zu können. Kulturelle Identitäten sind überall auf der Welt weder als statisch noch als eremitisch anzusehen, sondern durch interaktive Praxis dynamisch und endogen zugänglich.

Ein Ziel von Feldforschungsaufenthalten ist in diesem Sinne nicht nur das kulturell "Unbekannte" in den Horizont des Verstehens der eigenen Herkunftskultur mit einzubeziehen, sondern auch gleichsam kontrapunktisch hierzu, mit Hilfe und aus der Perspektive eines "anderen" Gesellschaftssystems zu einer neuen Sichtweise der eigenen kulturellen Identität zu gelangen. Beide Seiten, jene der reisenden ForscherInnen als auch jene der "bereisten" Einheimischen, nehmen Unvorhergesehenes wahr und hinterfragen in diesem Sinne auch ihnen selbstverständlich Erscheinendes.

Bei europäischen ForscherInnen mögen hierbei bekannte soziale Strukturen und kulturell codierte Verhaltensmuster im reflektierten Kontrast zur fremden Umgebung pointierter hervortreten. Der Versuch des Aufnehmens und Verstehenswollens des Unbekannten und Fernen setzt in diesem Sinne auch Verständnis für die eigene Herkunftsgesellschaft und kulturelle Identität frei.

Die Frage des Sich-Orientieren-Könnens in einer sehr verschiedenen sozio-ökonomischen Infrastruktur und der Kultursensibilität im Rahmen einer Feldforschung ist zunächst eine Frage der Wahrnehmung. Es geht darum, kulturelle und sozio-ökonomische Differenzen überhaupt einmal wahrzunehmen, in einem weiteren Schritt können daraus dann (reflektierte) Folgerungen gezogen werden. Sozio-ökonomische Unterschiede und kulturelle Differenzen bestehen nicht nur zwischen Menschen in Nord und Süd, sondern auch zwischen Personen innerhalb eines gegebenen Landes, zwischen Männern und Frauen, zwischen den Generationen, ethnischen und religiösen Zugehörigkeiten etc. Um diese Differenzen wahrzunehmen und selbstkritisch zu reflektieren, braucht es Zeit und Vor-Ort-Erfahrungen; und es benötigt auch den Raum, in welchem diese Wahrnehmungen und Reflexionen gemacht werden können. Eine Möglichkeit, dies zu realisieren, ist der Versuch, trotz ungleicher geopolitischer und sozialer Positionierungen der interagieren-

den AkteurInnen in einen Dialog treten zu können. Ein Versuch der Annäherung in diese Richtung kann im Rahmen von Feldforschungen unternommen werden. In der Retrospektive bestehen bleiben verschiedene interpretierbare, jedoch lehrreiche Erinnerungen an diese Unterfangen, die jedoch nicht darüber hinwegtäuschen können, dass die Welt in sozio-ökonomischer Hinsicht eine stark fragmentierte ist und dass diese Tatsache auch ihre Spuren im interkulturellen Umgang hinterlässt.

Veronika Wittmann
Zentrum für soziale und interkulturelle Kompetenz
JKU Linz

Anmerkungen

- 1 Siehe zu dieser Thematik Kristeva 1990: 11ff. sowie Rommelspacher 1995: 22ff.
- 2 In sub-saharischen Ländern finden sich für diese Transportmittel unterschiedlichste Ausdrücke. In Tansania

werden sie als Dalla-Dalla, in Uganda als Matatu, in Ghana als Tro-Tros und in Südafrika als Black Taxis bezeichnet.

- 3 Hierunter fallen etwa soziale Verelendung, sog. tribalistische Kriege, politische Instabilitäten, mangelhaft ernährte Menschen etc.

Literatur

- Barley Nigel 1986: Die Raupenplage. Von einem, der auszog, Ethnologie zu betreiben. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Foucault Michel 1996: Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt a. M.: Fischer Verlag.
- Hofmann Corinne 1998: Die weiße Massai. München: A1 Verlag.
- Joris Lieve 2000: Mali Blues. München: Piper Taschenbuch.
- Kristeva Julia 1990: Fremde sind wir uns selbst. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Morgan Marlo 1995: Traumfänger. Die Reise einer Frau in die Welt der Aborigines. München: Goldmann Verlag.
- Rommelspacher Birgit 1995: Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht. Berlin: Orlanda Frauenverlag.

Vertreibung nach der Flut

Die sozialen Folgen des Hurrikans "Katrina" in New Orleans

Ende August 2005 wurden als Folge des Hurrikans Katrina weite Teile von New Orleans überschwemmt. Heute hat sich die Sozialstruktur der Stadt nachhaltig verändert. New Orleans ist weißer und wohlhabender geworden. Viele der ärmsten Bewohner sind nicht zurückgekehrt. Das sind die zentralen Ergebnisse einer Studie der Sozialwissenschaftler Christian Jakob und Friedrich Schorb vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen über die sozialen Auswirkungen der Naturkatastrophe vor drei Jahren.

Aussperrung von Sozialmietern

Verantwortlich dafür ist nach Auffassung der Bremer Wissenschaftler nicht zuletzt die Aussperrung von mehr als 20.000 Sozialmietern aus ihren weitgehend unbeschädigten Wohnungen in zentraler Innenstadtlage. Als das Wasser wich, zogen die Behörden Zäune um diese Häuser, verrammelten Türen und Fenster und stellten Polizei vor die Eingänge. Die BewohnerInnen konnten nicht zurückkehren. Heute leben sie verstreut im Süden der USA, sozial isoliert und meist ohne Arbeit. Ihre Häuserblöcke in New Orleans – einst soziale Brennpunkte mit den Begleiterscheinungen Gewalt und Kriminalität – wurden inzwischen von

privaten Immobiliengesellschaften abgerissen. Auf den lukrativen Grundstücken entstehen subventionierte Mustersiedlungen mit rigider Hausordnung und teuren Appartements. Nur für einen Bruchteil der einstigen BewohnerInnen wird dort Platz sein.

Paradigmenwechsel

Die Eliminierung von Armutsquartieren ist Teil eines Paradigmenwechsels der US-amerikanischen Sozialpolitik, den die Autoren so erklären: "Die Gründe für Armut werden nicht länger in der sich verschärfenden strukturellen und materiellen Ungleichheit, sondern in tatsächlichen und zugeschriebenen Verhaltensweisen der Armutsbevölkerung gesucht." Konkret bedeutet das: Die Sozialbauten werden demontiert, ohne für die Mehrzahl der ehemaligen Bewohner angemessenen Ersatz zu schaffen. "Dieser Prozess vollzieht sich in New Orleans – dank Katrina – im Zeitraffer", so die Schlussfolgerung von Jakob und Schorb.

Die beiden Sozialwissenschaftler haben im Frühjahr 2007 in New Orleans vertriebene Mieter, Verantwortliche aus Bundesbehörden, Manager von Immobilienfirmen, Aktivisten und Bürgerrechtler interviewt. Ihre Studie "Soziale Säuberung. Wie New Orleans nach der Flut seine Unterschicht vertrieb" ist heuer im Unrast Verlag, Münster, erschienen.

Quelle: Pressemitteilung der Universität Bremen, 12.08.2008

Migration und Integration im Blickfeld

Kaum ein Thema kann die tagespolitische Diskussion derart bewegen wie jenes der Zuwanderung und Migration. In den 1960er Jahren aufgrund des Arbeitskräftemangels ins Land geholt und als „Gastarbeiter“ erwünscht, sind MigrantInnen heute oftmals nur geduldet. Zuwanderer werden teilweise als Bedrohung erlebt, Fremdenfeindlichkeit ist die Folge. Spürbar und sichtbar wird Xenophobie im diskriminierenden Umgang mit MigrantInnen und durch politische Forderungen, die Grenzen dicht zu machen und AusländerInnen „nach Hause“ zu schicken. Jene, die ihre Stimmen für einen respektvollen Umgang mit MigrantInnen erheben, die sich kein Gegeneinander, sondern ein Miteinander wünschen, die Chancengleichheit und Maßnahmen für eine erfolgreiche Integration fordern, werden oftmals übertönt. Zu groß – so scheint es – ist die Angst davor, sich mit der Realität des Fremdseins in Österreich auseinanderzusetzen.

Mit ebendieser Realität beschäftigt sich der Armutsbericht Oberösterreich 2008, der von Studierenden der Sozialwirtschaft im Rahmen der Lehrveranstaltung „Armut und soziale Ausgrenzung“ an der JKU Linz erstellt wurde. In einem ersten Schritt wurden soziodemographische Daten analysiert. Daran schließt sich die Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen für einen Aufenthalt in Österreich sowie den Erhalt der Staatsbürgerschaft an, die für EU-Drittstaaten wesentlich restriktiver und selektiver sind als noch vor einigen Jahren. In weiterer Folge wurden die Schlüsselfaktoren für Chancengleichheit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, nämlich Bildung und Erwerbsarbeit, einer kritischen Betrachtung unterzogen. Hier zeigen sich wesentliche Benachteiligungen, die sich in der Position und am Einkommen von MigrantInnen auf dem Arbeitsmarkt widerspiegeln. Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung sind aber nicht nur durch materielle Aspekte bedingt. Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration sind Möglichkeiten zur kulturellen, politischen und sozialen Partizipation. Neben oberösterreichischen Integrationsmaßnahmen wird zum Abschluss des Berichts das aktuelle „Integrationsleitbild OÖ – Einbeziehen statt Einordnen“ kritisch gewürdigt.

Die Lehrveranstaltungsleiterinnen und Redakteurinnen des Berichts, Christine Stelzer-Orthofer und Martina Stadlmayr, sind der festen Überzeugung, dass mit den seit 2005 jährlich erscheinenden oberösterreichischen Armutsberichten eine Sensibilisierung für einen im reichen Österreich oft negierten Bereich ermöglicht wird. Die Armutsberichte verstehen sie zudem

als einen Appell an die politischen AkteurInnen, die soziale Lage für marginalisierte gesellschaftliche Gruppierungen nachhaltig zu verbessern.

*Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik (Hg.):
Armutsbericht Oberösterreich 2008. Migration und
Integration. Linz 2008, EUR 7,00*

*Hinweis: Der Bericht ist, solange der Vorrat reicht, für
Kontraste-AbonnentInnen kostenlos beziehbar unter:
irene.auinger@jku.at*

Fehlentwicklungen auf den internationalen Finanzmärkten

Im Zuge der US-Hypothekenkrise verloren hunderttausende Menschen ihre Arbeit und Unterkunft. Viele wurden in die Armut getrieben. Mächtige Investment-Fonds und internationale Anleger hingegen haben ihre Gewinne schon lange in Sicherheit gebracht. Eine endlose Serie von Finanzmarktkrisen findet immer neue Opfer und schlägt voll auf die Realwirtschaft durch. Was läuft schief auf den internationalen Finanzmärkten?

Die Publikation „Crash statt Cash“, herausgegeben vom globalisierungskritischen Netzwerk attac, versucht, eine Antwort auf diese Frage zu geben. Aufgezeigt werden die ökonomischen und sozialen Auswirkungen von dreißig Jahren Finanzmarktliberalisierung. Nicht Wohlstand für alle, sondern Instabilität und ein Anwachsen der Kluft zwischen Arm und Reich ist die Bilanz der AutorInnen. Das Buch beleuchtet die Rolle mächtiger Hedge- und Private-Equity-Fonds und die Bedeutung des Shareholder Values. Es analysiert die Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme in den Industrieländern und die Folgen für die Entwicklungsländer.

Neben fundierter Kritik zeigt das Buch auch Lösungen und Handlungsmöglichkeiten für die nationale und internationale Politik auf. Demokratische Politik müsse die Regeln bestimmen und wieder für stabile Finanzmärkte sorgen. Diese müssten die Realwirtschaft unterstützen, anstatt sie zu dominieren und zu destabilisieren. Finanzmärkte müssten im Dienst einer sozialen und nachhaltigen Entwicklung stehen und eine gerechte Verteilung ermöglichen, so die zentralen Forderungen.

*attac (Hg.):
Crash statt Cash. Warum wir die globalen
Finanzmärkte bändigen müssen
ÖGB-Verlag, Wien 2008
194 Seiten, EUR 19,90*

Im Netz(werk) des Neoliberalismus

Wie funktioniert das globale Netzwerk des Neoliberalismus? Wie konnte es über Jahrzehnte eine derartige Wirkmächtigkeit entfalten? Ist der Zenit überschritten, ist die Hegemonie dieser Ideologie zu Ende? Der Schweizer Forscher und Publizist Bernhard Walpen versucht in seinem Vortrag, Antwort auf diese Fragen zu geben.

Termin: 5. November 2008, 19.00 Uhr
Ort: AK-Bildungshaus Jägermayrhof, Römerstraße 98, 4020 Linz

Stahlstädte im Wandel. Industrieregionen seit 1945

Seit den 1980er Jahren kam es zu einer globalen Reorganisation der industriellen Produktion, wovon Bergbau- und Stahlregionen wie das Ruhrgebiet oder Linz besonders betroffen waren. Internationale ExpertInnen diskutieren bei der Tagung über die Politik der Transformation, die Auswirkungen des Strukturwandels auf den Arbeitsmarkt sowie über allfällige Impulse für die städtische Kulturentwicklung.

Termin und Ort: 14. – 15. November 2008, JKU Linz, Repräsentationsräume, 1. Stock
Anmeldung: daniela.wittmann@jku.at; www.ifz.jku.at

Welche Gesellschaft wollen wir?

50-Jahr-Feier der Katholischen Sozialakademie Österreichs (ksoe) mit Einblicken in die drei Gestaltungsräume der ksoe: Gesellschaftspolitik, politische Erwachsenenbildung und Organisationsentwicklung.

Termin und Ort: 21. November 2008, ab 15.00 Uhr, Kardinal König Haus, Kardinal König-Platz 3, 1130 Wien
Anmeldung: Tel. 01 310-5159, Fax DW 6828, Mail: marlene.rainer@ksoe.at

Sozialarbeit hat Recht

Die Sicherung des rechtlichen Fundaments ist eine unverzichtbare Voraussetzung für professionelle Sozialarbeit. Die Bundestagung des Berufsverbandes der SozialarbeiterInnen wird daher neben den rechtlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen Handlungsfeldern das Berufsgesetz für Sozialarbeit in den Mittelpunkt der Diskussion stellen.

Termin und Ort: 23. – 25. November 2008, Bildungszentrum der AK, Theresianumgasse 16-18, 1040 Wien
Anmeldung: www.sozialarbeit.at

Finanzierung der Pflege in Österreich

Die ÖKSA-Jahreskonferenz beschäftigt sich in erster Linie damit, wie das jetzige System weiterentwickelt werden kann, um qualitativ hochwertige Pflege auch in Hinkunft gewährleisten und finanzieren zu können. Aber auch die Entwicklung alternativer Modelle wird beleuchtet (Details siehe beiliegender Folder).

Termin und Ort: 27. November 2008, NÖ Landhaus, Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten
Anmeldung: office@oeksa.at

Case Management: Stand und Perspektiven

Die internationale Fachtagung beschäftigt sich mit dem Konzept des Case Management im Spannungsfeld zwischen steigenden Qualitätsansprüchen und Ökonomie. Sie thematisiert Erfolgskriterien, Hürden und Entwicklungsperspektiven. Eine integrierte Projektmesse zeigt die Vielfalt an praktischen Zugängen auf und forciert den Fachaustausch und die Vernetzung.

Termin und Ort: 28. November 2008, Universität Graz, Österreich
Anmeldung: Simone Madlmayr, OÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstr. 77, 4021 Linz. Tel. 05 7807 102300
 Fax: DW 66102300, Mail: oegcc@oegkk.at

KONTRASTE

Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik

Erscheinungsort Linz, P.b.b. Verlagspostamt Linz.

Wenn unzustellbar, zurück an die Redaktion KONTRASTE:

Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Altenbergerstr. 69, 4040 Linz

Herausgeber, Medieninhaber, Verleger:

Sozialwissenschaftliche Vereinigung, mit Unterstützung der Johannes Kepler Universität Linz (JKU), Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

Erscheinungsweise:

10 Ausgaben pro Jahr

Redaktionsadresse:

KONTRASTE: Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Altenbergerstr. 69, 4040 Linz

Tel.: 0732/2468-7168

Mail: hansjoerg.seckauer@jku.at

Web: <http://www.gespol.jku.at/> Menüpunkt Kontraste

Aboservice, Sekretariat: Irene Auinger, Tel.: 0732/2468-7161

Fax DW 7172 Mail: irene.auinger@jku.at

Redaktionsteam:

Mag. Hansjörg Seckauer, Dr. Christine Stelzer-Orthofer, Mag. Susanna Rothmayer, Mag. Bettina Leibetseder, Mag. Angela Wegscheider

Wir freuen uns über zugesandte Manuskripte, die Redaktion behält sich jedoch das Recht auf Kürzung und Entscheidung über die Veröffentlichung vor. Redaktionsschluss ist jeweils der 20. des Vormonats. Namentlich gekennzeichnete Beiträge können, müssen aber nicht die Meinung der Redaktion wiedergeben.

Wissenschaftliche Beratung:

Univ. Prof. Dr. Josef Weidenholzer

Univ. Prof. Dr. Irene Dyk-Ploss

a.Univ. Prof. Dr. Evelyn Schuster

Dr. Brigitte Keplinger

Lektorat; Satz:

Mag. Hansjörg Seckauer

Grafisches Konzept:

Mag. Gerti Plöchl

Kontraste finanzieren sich fast ausschließlich aus Abonnements und Mitgliedsbeiträgen: Jahresabo EUR 65,40; Halbjahresabo EUR 32,70;

StudentInnen, Arbeitslose und PensionistInnen EUR 36,30;

Gratis Probeabo für drei Monate

Alle Preise inklusive Versand. Einzelheft EUR 5,45 exkl. Versand.

Kündigung bis einen Monat vor Ablauf möglich.

Bankverbindung:

Sparkasse OÖ, BLZ 20320, Kontonr. 7500-002453