

kontraste

Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik



GESUNDHEITSPOLITIK

SPEKTRUM

BUCHTIPPS

VERANSTALTUNGEN

9 | November 2010

Gesundheitspolitik	
Wieviel Medizin ist gesund?	4
Die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum	7
Gesundheitsversorgung von Frauen mit Behinderungen	10
Geburtsbetreuung bei Frauen mit Migrationshintergrund	15
Diskriminierung behindert AIDS-Vorsorge	18
Arbeitslosigkeit und Gesundheit	20
Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit	25
Spektrum	
Undurchsichtige Bankgebühren	27
Integrationspotenziale im ländlichen Raum	28
Buchtipps	30
Veranstaltungen	31

Liebe Leserin, lieber Leser!

Werden die ÖsterreicherInnen immer kränker? Der beobachtbare Trend beim Medikamentenverbrauch würde diese Annahme jedenfalls stützen. Denn der Arzneimittelkonsum hat in den letzten zehn Jahren um über 30 Prozent zugenommen. Gegenwärtig werden pro Jahr in Österreich ca. 180 Millionen Arzneimittel konsumiert – Zahlen, die nicht gerade auf eine Unterversorgung mit Medikamenten schließen lassen. Dennoch wird eine solche von Seiten der pharmazeutischen Industrie mit gezieltem Marketing für bestimmte Bereiche (z.B. Osteoporose) regelmäßig insinuiert. Und die selektive Publikation klinischer Studien trägt dazu bei, dass die Wirkung vieler Medikamente – etwa von Antidepressiva – oft maßlos überschätzt wird, berichtete Andreas Sönnichsen von der Privaten Medizin Universität Salzburg beim Linzer Forum 2010 (vgl. Beitrag S. 4). Die Folge: Zumindest teilweise werden PatientInnen medikamentös behandelt, die keine derartige Therapie benötigen würden.

Das ist alles andere als unproblematisch: So besteht bei der Polypharmakotherapie – also der gleichzeitigen Einnahme verschiedener Medikamente – die Gefahr wechselseitiger Interaktionen. Wirkstoffverstärkungen oder –abschwächungen sind wahrscheinlich, Organschädigungen und –störungen sind möglich, so Jochen Schuler von der Salzburger Universitätsklinik für Innere Medizin (ebd.). Dass es hierzulande jährlich zu 50.000 bis 100.000 Krankenhausaufnahmen allein als Folge von Arzneimittelkonsum kommt, kann da kaum noch verwundern.

Schulers Lösungsansatz: Priorisierungslisten, bei denen die Arzneimittel nach ihrer Wichtigkeit für den Patienten bzw. die Patientin geordnet werden; Medikamente am Ende der Liste sind potenzielle Streichkandidaten. Dadurch können die Medikamentenlisten um bis zu 25 Prozent reduziert und bis zu 50 Prozent der möglichen Interaktionen vermieden werden. Dieser Ansatz beruht auf der Evidenzbasierten Medizin (EbM), einer Richtung, die verlangt, dass bei jeder medizinischen Behandlung patientenorientierte Entscheidungen auf der Grundlage von klinischen Studien und medizinischen Veröffentlichungen – der sogenannten externen Evidenz – getroffen werden. Das Problem dabei: Insbesondere Studien der Entwickler eines Medikaments oder Heilbehelfs sowie wissen-

schaftliche Studien aus den USA weisen häufig nicht reproduzierbare Ergebnisse auf, wie in einem internationalen Forschungsprojekt zu publizierten Ergebnissen nach einer Implantation künstlicher Gelenke nachgewiesen wurde (ebd.). Dass sich dies in anderen medizinischen Bereichen nicht grundsätzlich anders darstellt, ist zu vermuten.

Insofern erscheint die Forderung des Ernst Strüngmann Forums an der Universität Frankfurt nach einer international akkordierten Rechtsvorschrift zur vollständigen und transparenten Berichterstattung über alle medizinischen Forschungsergebnisse nachvollziehbar. Auch bei der direkten Verbraucherwerbung sollte nach Ansicht des Forums eine transparente und vollständige Berichterstattung über die Vor- und Nachteile der jeweiligen Arzneimittel (einschließlich vergleichender Wirksamkeit) durchgesetzt werden. Dies wären neben einer umfassenden Gesundheitserziehung und der verstärkten Miteinbeziehung der Risikobewertung in die medizinische Ausbildung zwei wesentliche Punkte im Sinne einer anzustrebenden demokratisierten Gesundheitsversorgung, bei der PatientInnen und ÄrztInnen Entscheidungen über die medizinischen Vorteile und Risiken einer Behandlung idealiter gemeinsam treffen können (idw-Pressemitteilung, 04.11.2009).

Eine demokratische Gesundheitsversorgung setzt aber auch voraus, dass alle BürgerInnen einen gleichberechtigten Zugang zu medizinischen Leistungen haben. Insofern wäre es bedenklich, wenn die regelmäßig erhobenen Vorwürfe zutreffen würden, dass privat Zusatzversicherte bei der Vergabe von Operationsterminen deutlich bevorzugt werden (vgl. Report, ORF 2, 16.11.2010). Abhilfe schaffen könnten hier die von der Arbeiterkammer vorgeschlagene flächendeckende Einführung eines transparenten Wartezeiten-Managements und dessen legistische Verankerung in den Krankenanstaltengesetzen der Länder (vgl. AKOÖ-Mediendienst, 07.10.2010). Auf diese Weise könne die Terminplanung ausschließlich nach Dringlichkeit und auf Basis von standardisierten medizinischen und sozialen Kriterien erfolgen. Denn wie rasch es zu einem Operationstermin kommt, darf nach Ansicht der AK nicht vom Vorliegen einer privaten Zusatz-Versicherung abhängen. Dies meint auch

Ihre
Kontraste-Redaktion

Wie viel Medizin ist gesund?

Dieser Fragestellung widmete sich das diesjährige Linzer Forum, das am 21. Oktober bereits zum dritten Mal im Medizinischen Ausbildungszentrum des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Linz stattfand.¹

Eröffnet durch die Linzer Vizebürgermeisterin Christiana Dolezal, den Medizinischen Direktor des Akh Linz, Heinz Brock, Professor Josef Weidenholzer von der Johannes Kepler Universität Linz und den Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, Felix Hinterwirth, wurde den über 120 Teilnehmern des Forums auch dieses Jahr ein spannendes Thema geboten:

Die Medizin hat in den letzten Jahrzehnten viel geleistet, neue Diagnostik und Therapien tragen zur Gesundheit der Bevölkerung bei. Aber wie schon Paracelsus sagte: „Die Dosis macht das Gift.“ – Zu viel des Guten kann auch schaden.

Beim Linzer Forum 2010 wurde daher das Thema „*Risiko Medizin*“ unter die Lupe genommen. Fehl-, Überdiagnostik und Fehlversorgung durch die verschiedenen Player im Gesundheitswesen legen sich in die Waagschale mit der Qualität des Gesundheitssystems, aber auch mit der Eigenverantwortung und der selbstgelebten Gesundheit der Bevölkerung. Datenbanken voll vertraulicher Gesundheitsdaten und intransparente Finanzierungssysteme machen die Medizin zu einem brisanten Thema für Mensch und System.

In den nachstehend auszugsweise wiedergegebenen Vorträgen wurde insofern der Frage nachgegangen: Inwieweit ist die Medizin ein Risiko?²

Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Allgemeinmedizin

In Österreich werden pro Jahr 180 Millionen Arzneimittel konsumiert. Mehr als jeder zehnte Patient wird mindestens eine unerwünschte Arzneimittelwirkung davontragen, nicht selten mit gravierenden Folgen. Nach internationalen Vergleichszahlen ist mit 50.000 bis 100.000 Krankenhausaufnahmen pro Jahr allein in Österreich als Folge der Einnahme von Arzneimitteln zu rechnen, berichtete *Andreas Sönnichsen* von der PMU Salzburg in seinem Eröffnungsvortrag.

Mit gezieltem Marketing und der Hilfe von so genannten Experten schafft es die pharmazeutische Industrie, die Bevölkerung reichlich mit unnötigen und oftmals unsicheren Medikamenten zu versorgen und gleichzeitig noch auf eine vermeintliche Unterversor-

gung hinzuweisen. So werden einerseits schon heute zu viele Antidepressiva verschrieben, deren Wirkung aufgrund selektiver Publikation klinischer Studien maßlos überschätzt wird. Andererseits wird den Hausärzten vorgeworfen, depressive Patienten unzureichend zu erkennen und zu behandeln. Mit zweifelhaften Screening-Instrumenten werden zahlreiche falsche positive Befunde produziert, was zumindest teilweise zur Behandlung von Patienten führt, die keine medikamentöse Therapie benötigen.

Zwischen „Shit happens“ und „Der Krug geht so lange zum Brunnen, bis er bricht“

Das Risiko- und Fehlermanagement im Krankenhaus war Gegenstand des Vortrags von *Manfred Zottl* vom Krankenhaus Hietzing in Wien.

Ob Fehlerkultur, CIRS oder Analysemethoden – manche Systeme sind bereits bestens erforscht, manche sehr unwegsam – und auch einige Holzwege kennt man mittlerweile sehr gut, so Zottl. Um Risikomanagement im Krankenhaus sinnvoll und nachhaltig betreiben zu können, bedarf es einiger Festlegungen und Rahmenbedingungen.

Die „Landkarte Risikomanagement“ gliedert sich in zwei Bereiche:

- 1) Methode
- 2) System

ad 1) Zur „Methode“ zählen insbesondere: wie Risiken definiert werden; mit welchen Methoden welche Art von Zwischenfällen analysiert wird; wie die Ergebnisse aus Risiko- und Fehleranalysen abgearbeitet werden; wie die Wirksamkeit risikominimierender Maßnahmen evaluiert wird.

ad 2) Im „System“ ist unter anderem Folgendes festzuhalten: nach welchen Werten und Zielsetzungen Risikomanagement betrieben wird; welche „Rollen“ im Risikomanagement nötig sind und welche Aufgaben, Kompetenzen und Ressourcen diesen Rollen zugeordnet werden; wie die Entwicklung des Risikomanagementsystems auf Haus- und Abteilungsebene geplant und evaluiert wird; wie Wissen und Kompetenz bezüglich Risikomanagement vermittelt, entwickelt und geteilt wird; welche Interventionen zur Entwicklung der Risiko-, Fehler- bzw. Sicherheitskultur getätigt werden.

Zottl berichtete in der Folge von den Erfahrungen mit Risiko- und Fehlermanagement im Krankenhaus Hietzing. Üblicherweise sind mehrere Sicherheitsbarrieren eingebaut, sodass ein einzelner Fehler das Sicherheitssystem in der Regel nicht zum Einsturz bringt.



Manfred Zottl informierte über das Risiko- und Fehlermanagement am Krankenhaus Wien-Hietzing.
Foto: Linzer Forum

Das geschieht erst, wenn mehrere Fehler zusammentreffen und eventuell auch noch Pech dazukommt. Ist ein Fehler passiert und ein Schaden eingetreten, geht es darum, diesen zu analysieren, um den Schaden (insbesondere pro futuro) zu minimieren. Wenn hingegen offiziell kein Fehler passieren darf, wird auch keiner davon erfahren – für Zottl eindeutig der falsche Ansatz. Denn Fehler passieren immer wieder einmal, wo bzw. wenn Menschen am Werk sind. Zottl empfiehlt insofern, sowohl anonyme wie auch nicht anonyme Fehlermeldungen, also mehrere Kanäle, zuzulassen.

Stellenwert wissenschaftlicher Publikationen zu Ergebnissen nach einer Implantation künstlicher Gelenke

Die Implantation künstlicher Gelenke ist hinsichtlich des Zugewinns an Lebensqualität einer der erfolgreichsten Eingriffe. Die Fallzahlen ebenso wie die volkswirtschaftlichen Kosten steigen mit einer zunehmend alternden Bevölkerung und den zunehmend steigenden Ansprüchen der Bevölkerung an die Mobilität im Alter. Trotz aller Erfolge muss aber einer von neun Patienten, der mit einem künstlichen Gelenk versorgt wurde, im Laufe seines Lebens mit mindestens einer Revisionsoperation rechnen, berichtete *Nikolaus Böhler*, der Vorstand der orthopädischen Abteilung des Akh Linz.

Zwischen einzelnen Abteilungen eines Landes sind Unterschiede in der Revisionsrate von 500 Prozent zu beobachten. Für diese Unterschiede sind neben der Qualität der Chirurgen und den Patienten vor allem Operationstechniken und die Wahl des Implantates wesentliche Faktoren. Aussagekräftige Daten für die Wahl des besten Produktes und Operationsverfahren

sind für die Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung essentiell.

Wie im Bereich der Pharmakologie ist auch bei Medizinprodukten wie künstlichen Gelenken die Reproduzierbarkeit von Ergebnissen klinischer Studien in der durchschnittlichen Patientenversorgung ein kontroversiell diskutierter Punkt. Orthopädische Fachgesellschaften haben in den letzten Jahren allerdings deutliche Fortschritte beim Aufbau von umfassenden Registerdatensätzen erzielt. Register umfassen alle Eingriffe eines Landes mit wesentlichen Parametern wie Indikation und – im Falle einer Revision – den Versagensgrund, betroffene Implantate oder chirurgische Techniken. Sie stellen einen sehr guten Referenzdatensatz für die Ergebnisqualität dar, mit dem die Reproduzierbarkeit von publizierten Ergebnissen klinischer Studien in der Routineversorgung geprüft werden kann.

Im Zuge eines einschlägigen Forschungsprojekts, an dem 30 Zentren in Europa und Nahost beteiligt waren, trat zutage, dass insbesondere Publikationen der Entwickler und wissenschaftliche Studien aus den USA auffällig häufig nicht reproduzierbare Ergebnisse aufweisen. So weisen 60 Prozent aller in den USA untersuchten Datensätze Ergebnisse auf, die im klinischen Alltag weltweit nicht reproduziert werden können. Insbesondere Veröffentlichungen von Entwicklern zeigen einen erschreckend geringen Qualitätsgrad. Wissenschaftliche, von Interessensgruppen wie Entwicklern und Firmen unabhängige Studien stellen in den USA im Gegensatz zu Kontinentaleuropa eine Randgröße dar. Auch wenn die Gründe hierfür mannigfaltig sind, erscheint laut Böhler der Einfluss des Systems auf die Qualität der publizierten Ergebnisse wahrscheinlich.

„Doktor, bin ich gesund?“

Heide Said von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse referierte zu der Frage, was Screening leistet – und was nicht. Screening oder Früherkennungsuntersuchungen werden an Menschen durchgeführt, die sich gesund fühlen, frei nach dem Motto: „Vorbeugen ist besser als heilen.“ Ob jemand erkrankt oder nicht, können sie aber nicht beeinflussen, mit Früherkennung werden Krankheiten nicht verhindert, sie werden früher diagnostiziert.

Jede Untersuchung sollte darauf geprüft werden, welchen Nutzen und welche Risiken sie bringen kann, so Said. Wie bei fast allen medizinischen Maßnahmen gelte es, die möglichen Vor- und Nachteile abzuwägen, bevor man sich selbst für oder gegen eine Teilnahme entscheidet.



Anna Labek (GKK; links) und Annemarie Dieplinger (Akh Linz), Koordinatorinnen des Linzer Forums 2010
Foto: Linzer Forum

Jede Früherkennungsuntersuchung und jedes Vorsorgeprogramm kann auch schaden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Kriterien zur Beurteilung von bevölkerungsweiten Früherkennungsuntersuchungen festgelegt. Die WHO betont, dass es nicht automatisch von Vorteil ist, eine Krankheit früh zu erkennen. Es muss nachgewiesen sein, dass eine frühe Diagnose und Behandlung zu besseren Ergebnissen führen (Lebenszeit, Lebensqualität). Wenn dies nicht der Fall ist, verlängert eine frühe Diagnose unnötig die Zeit, in der jemand in Sorge lebt und behandelt wird – ohne dass er davon profitieren würde.

Ob es sich lohnt, an einem Screening teilzunehmen, hängt stark davon ab, wie hoch das Risiko für die Erkrankung ist. Wenn eine Erkrankung entdeckt wird, bevor sie Beschwerden verursacht, ist das für die Betroffenen nicht immer von Vorteil. Nicht jede diagnostizierte Veränderung wird klinisch relevant. Ist dies nicht der Fall, besteht die große Gefahr einer „Übertherapie“, also einer (oft auch belastenden) Therapie für klinisch irrelevante Erkrankungen, gab Said zu bedenken.

Wie kann man Ordnung in lange Verschreibungslisten bringen?

Das Prinzip der Priorisierung war Thema des Vortrags von *Jochen Schuler*, dem verantwortlichen Leiter des Salzburger Pharmakovigilanzprojektes.

Wenn ein älterer Patient unter Diabetes, Hypertonie, einer koronaren Herzerkrankung, chronischem Vorhofflimmern, Osteoporose und einer Depression leidet, dann kann es sein, dass er – leitliniengerecht – 12 verschiedene Arzneimittel einnehmen soll. Wenn dann noch zwei oder drei Arzneimittel mit geringer oder fehlender Evidenz hinzukommen, dann resultiert

hieraus rasch eine der gefürchteten Arzneimittellisten, mit denen sich niemand mehr auskennt.

Polypharmakotherapie ist ein Phänomen der letzten 30 Jahre. Allein in der letzten Dekade hat der Arzneimittelkonsum in Österreich um mehr als 30 Prozent zugenommen. Pro Kopf werden heute mehr als 50 Medikamentenpackungen pro Jahr konsumiert. In Salzburg nimmt mittlerweile jeder Vierte der über 80-Jährigen regelmäßig mehr als 13 Wirkstoffe zugleich ein. Trotzdem ist nach Aussagen der Experten immer noch jeder Zweite mit Mitteln gegen Depression, Herzinsuffizienz, Osteoporose oder Schmerzen „unterversorgt“. Der Druck der Experten und Lobbyisten auf die Ärzte ist oft sehr groß, die Datenlage dagegen oft dünn.

12 Medikamente, wenn auch jedes für sich gut untersucht und begründet, wurden, parallel verordnet, nie wissenschaftlich erprobt. Rechnerisch sind bei 12 Arzneimitteln bis zu 66 Interaktionen möglich. Wirkverstärkungen oder -abschwächungen sind wahrscheinlich, Organstörungen und -schädigungen möglich. Polypharmakotherapie ist aus diesen Gründen Schuler zufolge irrational und nachweislich gefährlich.

Eine Möglichkeit, der irrationalen Polypharmakotherapie und ihren Risiken beizukommen, ist das Prinzip der Priorisierung. Hierzu werden die verordneten Arzneimittel für den Patienten nach ihrer Wichtigkeit geordnet.

Grundlage dieser Bewertungen ist die Evidence based medicine. Im Idealfall liegen randomisierte kontrollierte Studien vor, welche die number needed to treat (NNT) und number needed to harm (NNH) angeben und dies sogar für verschiedene Subgruppen (z.B. auch für Frauen und ältere Menschen).

Die 12 Medikamente lassen sich nach der Bewertung in ein Tabellensystem eintragen. Diejenigen, die am weitesten unten stehen, sind potenzielle Streichkandidaten. Mit Hilfe solcher Priorisierungslisten lassen sich die Medikamentenlisten um bis zu 25 Prozent reduzieren. Dadurch können bis zu 50 Prozent der potenziellen Interaktionen vermieden und im Idealfall die Therapiesicherheit erhöht werden, was allerdings noch bewiesen werden muss.

Patientensicherheit in Österreich

Abschließend berichtete *Ulrike Holzer* über aktuelle Projekte der Gesundheit Österreich GmbH zur Patientensicherheit. In vielen österreichischen Krankenhäusern gibt es Fehlermeldesysteme, die zur Verbesserung der Patientensicherheit dienen. Solche Systeme

können sehr unterschiedlich gestaltet sein. Im Projekt „Leitfaden Reporting & Learning“ wurden die Erfahrungen gebündelt, die in Krankenhäusern mit verschiedenen Fehlermeldesystemen gemacht wurden. In gemeinsamen Workshops wurde daraus ein Leitfaden für Fehlermeldesysteme entwickelt. Dieser Leitfaden ist in erster Linie als Unterstützung für Krankenhäuser gedacht, die bisher noch kein Fehlermeldesystem betreiben.

Das Pilotprojekt *CIRSmedical.at* wurde von der Österreichischen Ärztekammer in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Frühjahr 2009 initiiert. Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen war in die Entwicklung des Pilotprojektes, insbesondere der Regelwerke, eingebunden, erstellte ein Evaluationskonzept und führt die laufende sowie die abschließende Evaluation des Pilotprojektes durch.

Patientenorientierung ist ein wichtiger Aspekt der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen. Ziel des *Qualitätsberichts „Patienteninformation“* ist es, Patienteninformation und -aufklärung am Beispiel eines häufig elektiven Eingriffs³ zu untersuchen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Gesundheitsinformationen zählen zu den meistgesuchten Inhalten im Web. Das *öffentliche Gesund-*

heitsportal (www.gesundheit.gv.at) stellt laut Holzer seriöse und qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen bereit und beschreibt Leistungen des österreichischen Gesundheitswesens.

Martina Weilguny
ARGE Sozial- und Gesundheitsforschung
Kordinatorin Forum 2010

Informationen zur Tagung und allen Abstracts findet man unter: www.jku.at/konferenzen/linzerforum2010. Die Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung steht jederzeit für Fragen und Anregungen zur Verfügung.

Anmerkungen

- 1 Veranstalter waren die Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung, das Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz, das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Linz und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.
- 2 Die Auszüge basieren im Wesentlichen auf den Abstracts der Vortragenden.
- 3 Elektiv bedeutet auswählend, herausnehmend. Eine Elektivoperation ist eine Operation, deren Zeitpunkt gewählt werden kann und die nicht notfallmäßig durchgeführt werden muss. Quelle: wissen.de/Gesundheit

Die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum

Allgemeinmedizin im Wandel

Bedingt durch die Altersstruktur der niedergelassenen Allgemeinmediziner rückt die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich zunehmend in den Blickpunkt von Politik und Medien. Die Nachbesetzung von Kassenstellen im ländlichen Raum verläuft immer schwieriger, diese Situation wird sich aufgrund der derzeitigen Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte in den nächsten Jahren weiter verschärfen.

Das Thema der hausärztlichen Versorgung berührt die Politik in vielfältiger Weise, ein drohender Mangel an niedergelassenen Allgemeinmediziner ist nicht nur ein gesundheitspolitisches, sondern auch ein gesellschaftspolitisches Problem.

Die medizinische Versorgung als Standortfaktor

Für Gemeinden im ländlichen Raum ist die gesundheitliche Versorgung ein wichtiger Gradmesser für die Lebensqualität der Menschen. Das Vorhandensein von niedergelassenen Ärzten spielt eine entscheidende Rolle für die Lebensqualität der Bevölkerung. Der Hausarzt ist im Bewusstsein der österreichischen Bevölkerung tief verankert, rund 90 Prozent der erwachsenen Bevölkerung haben einen Hausarzt, zu dem sie gehen, wenn sie krank sind oder einen medizinischen Rat benötigen. Diese Bindung ist in Gemeinden bis 2.000 Einwohner noch höher. Die ausreichende Versorgung mit Hausärzten im Bezirk, welche gut erreichbar sind und bei Bedarf Hausbesuche anbieten, ist ein Indiz für die subjektive Zufriedenheit der Menschen in ihrer Wohnumgebung (vgl. „Leben im Bundesland Oberösterreich 2008“).

Anzahl der Patientenbesuche 2009

Bezeichnung	Anzahl
Besuch bei Tag an Werktagen (ausgen. Alten- oder Pflegeheim)	266.948
Besuch im Alten- oder Pflegeheim	291.429
weiterer Besuch bei Tag am selben Ort und unmittelbarer Zshg.	26.348
dringender Besuch während der Ordinationszeit	12.286
Besuch an Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen (7 Uhr bis 20 Uhr)	28.890
Besuch bei Nacht (22 Uhr bis 7 Uhr)	10.576
Besuch bei Nacht (20Uhr bis 22 Uhr)	10.039
Patientenbesuche insgesamt	646.516

Ist es Patienten aufgrund ihrer Erkrankung nicht möglich, einen Arzt aufzusuchen, machen viele niedergelassene Ärzte Hausbesuche. Außerhalb der üblichen Praxiszeiten stellt der ärztliche Bereitschaftsdienst die wohnortnahe hausärztliche Versorgung der Patienten sicher. Diese findet während der sprechstundenfreien Zeit statt. Eine Übersicht über die Patientenbesuche im Bundesland Oberösterreich außerhalb der Ordinationszeiten gibt die obenstehende Tabelle.

Für die Bevölkerung in ländlichen Regionen hätte ein Ärztemangel nicht nur längere Wartezeiten und weitere Anfahrtswege zur Folge. Eine geringere Praxisdichte hat auch Auswirkungen auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst, die Einsatzgebiete würden noch größer werden und die Wartezeiten im Bedarfsfall würden sich erheblich verlängern.

Ursachen des Nachwuchsmangels im niedergelassenen Bereich

Trotz der noch immer vorhandenen hohen gesellschaftlichen Wertschätzung für den ärztlichen Berufsstand (vgl. Allensbacher Berufsprestige Skala, 2008) und im Besonderen für „ihren Hausarzt“ entscheiden sich immer mehr Ärzte gegen eine Niederlassung in ländlichen Regionen.

Die Gründe dafür sind vielfältig und lassen sich in drei Bereiche teilen:

- 1) der "doppelte demografische Wandel"
- 2) die Arbeitsbedingungen, insbesondere die zeitliche Belastung
- 3) Veränderungen der Lebensbedingungen

1. Der "doppelte demografische Wandel"

Eine der vordergründigsten Ursachen für einen zukünftigen Hausärztemangel ist einerseits die Alterung unserer Gesellschaft und damit verbunden ein Anstieg des Behandlungsbedarfs und andererseits die Veränderungen der Altersstruktur bei den berufstätigen Ärzten selbst. In den nächsten Jahren werden die geburtenstarken Jahrgänge 1956 bis 1965 in Pension gehen. Geht man von einem durchschnittlichen Pensionsalter von knapp 64 Jahren aus, so kann man allein in Oberösterreich damit rechnen, dass ab 2016 bis zu 200 Ärztinnen und Ärzte jährlich in Pension gehen. Derzeit gibt es in der oberösterreichischen Ärzteschaft insgesamt 1351 aktive Ärzte, die zwischen 1956 und 1962 geboren sind. Im Vergleich dazu gibt es nur 1040 um zwanzig Jahre jüngere Ärzte. Somit lässt sich schon rein rechnerisch ein Mangel an Ärzten klar vorhersagen.

2. Arbeitsbedingungen, insbesondere die zeitliche Belastung

Das Berufsbild des Hausarztes ist ein sehr anspruchsvolles, zusätzlich erschweren einige Rahmenbedingungen die ärztliche Berufsausübung im niedergelassenen Bereich.

Dazu gehören:

- *wenig attraktive Rahmenbedingungen*: hoher Administrationsaufwand und viel Bürokratie, unzureichende Vergütung von Hausbesuchen
- *hohe Arbeitsintensität, lange Arbeitszeiten*: Landärzte sind viel unterwegs, ihr Einsatzgebiet besonders in der Nacht und an Sonn- und Feiertagen ist groß und insbesondere für ältere Ärzte und

Ärztinnen, aber auch für Frauen mit kleinen Kindern, ist die Nacht- und Wochenendarbeit im Rahmen des Bereitschaftsdienstes eine starke Belastung.

- *finanzielle Aspekte:* Die Sorge, in einer ländlichen Region die Investition zu tätigen, um dort eine Praxis zu eröffnen, ist vielfach ein Grund, warum sich Ärzte gegen eine Niederlassung entscheiden.
- *Verlust von Hausapotheken:* Aufgrund von Gesetzesänderungen erhalten nun wesentlich weniger Ärzte als früher die Berechtigung, eine ärztliche Hausapotheke zu führen.

3. Veränderungen der Lebensbedingungen

Feminisierung des Arztberufes

Die Feminisierung wird einige entscheidende Veränderungen mit sich bringen, die Lebensarbeitszeit wird in Zukunft wegen Kinderpausen und Teilzeitarbeit deutlich kürzer sein. Mit diesem Trend zur Teilzeitarbeit wird jedoch der Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten in Zukunft unweigerlich noch größer werden.

Eine aktuelle oberösterreichische Studie zeigt, wie wenig der Arztberuf für Frauen mit einer Familie zu vereinbaren ist. Nicht einmal 30 Prozent der oberösterreichischen Ärztinnen unter 40 Jahren haben Kinder.

Für niedergelassene Ärztinnen ist es noch immer schwierig, lange in Karenz zu gehen. Ärztinnen mit Kassenvertrag, die sich aufgrund einer Karenzzeit länger als drei Monate vertreten lassen, brauchen dazu eine Bewilligung von Ärztekammer und Krankenkasse. Vielfach ist es auch nicht immer einfach, eine Vertretung für mehrere Monate zu bekommen.

Steigende Bedeutsamkeit privater Lebensgestaltung, verbunden damit die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Junge Ärzte suchen vermehrt ein Lebensumfeld in städtischen Regionen, in dem sich die gestiegenen Erwartungen an Lebensqualität besser erfüllen lassen. In der Vergangenheit, wo der Beruf Arzt noch sehr männerdominiert war und die gesellschaftlichen Ansprüche noch andere waren, spielte für die Berufswahl die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oft keine entscheidende Rolle. Heute jedoch haben immer mehr Ärzte Ehepartner, die sich ihrer eigenen Karriere widmen. Frauen, die ihren eigenen Beruf aufgeben und in der Praxis ihrer Männer als Ordinationsgehilfin arbeiten, werden zukünftig immer weniger.

Die Schaffung von Rahmenbedingungen, welche die Vereinbarkeit von Praxis und Familie ermöglichen, wird von jungen Ärzten immer stärker gefordert. Bis jetzt spielen in den gesundheitspolitischen Diskussionen Ansätze zu einer grundlegenden Reform der Arbeitsbedingungen im niedergelassenen Bereich nur eine untergeordnete Rolle. Sie werden jedoch in Zukunft unabdingbar sein, denn die Rekonstruktion des alten, in der Gesellschaft noch vielfach verankerten Hausarztbildes (ein Arzt, welcher rund um die Uhr erreichbar und für alles zuständig ist) wird es aufgrund des gesellschaftlichen Wandels nicht mehr geben.

Wenn der Beruf des niedergelassenen Allgemeinmediziners eine Zukunft haben soll, dann muss er an die veränderten Umfeldbedingungen angepasst werden. Eine Verbesserung der Möglichkeit zu Teilzeitmodellen im niedergelassenen Bereich und die Möglichkeit von Gruppenpraxen sind Schritte in die richtige Richtung.

Sabine Weißengruber-Auer

Die Autorin ist Mitarbeiterin des LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung.

Literatur

- Bollinger H., Gerlach A., Pfadenhauer M. (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt am Main. Mabuse Verlag 2005
- Dreer-Topakian B.: Ärztinnenstudie Oberösterreich, 2010
- Hibbeler B., Korzilius H.: Arztberuf: Die Medizin wird weiblich. Deutsches Ärzteblatt 2008;105 (12): 609.621
- Mader F. H.: Allgemeinmedizin im Wandel der Zeit, Festvortrag zum 40. Kongress für Allgemeinmedizin, Graz 26.11.2009
- Meggeneder O., in WISO: Schwerpunktausgabe Nachhaltige Sicherung des österreichischen Gesundheitssystems. ISW: Linz 2009
- Neudeck W.: Das österreichische Gesundheitssystem: Eine ökonomische Analyse. Band 19. Verlag Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung: Wien 2002
- Schmacke N. (Hg): „Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte“, Abschlussbericht. Bremen 2000

Gesundheitsversorgung von Frauen mit Behinderungen

Trotz eines wachsenden gesellschaftlichen Bewusstseins für Barrieren sind ganz besonders Frauen mit Behinderungen von alltäglichen Diskriminierungen und sozialer Ausgrenzung, besonders im Gesundheitsbereich, betroffen. Studien zur Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen beschreiben, dass sie sich eher in prekären und unterversorgten Lebenssituationen als Männer mit Behinderungen oder nicht behinderte Menschen befinden.

Die Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen unterscheidet sich von derjenigen anderer in vielen Aspekten: in ihrer Sozialisation, in ihrem Zugang zu Bildung, in ihrer Situation auf dem Arbeitsmarkt, in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe und Möglichkeit zur Interessensvertretung, aber auch hinsichtlich der gesellschaftlichen Erwartungen, die an sie gestellt werden. Folglich sind sie häufiger von Armut, Gewalterfahrungen, schlechter Ausbildung, Arbeitslosigkeit, sozialer Ausgrenzung und psychischen Erkrankungen betroffen.¹ Eine Mitte der 1990er Jahre durchgeführte Studie berichtet, dass 64 Prozent der größtenteils intellektuell behinderten Frauen persönliche Erfahrungen mit sexueller Gewalt haben.² Ausgehend von den Thesen der doppelten Diskriminierung und des Intersektionalitätsansatzes besteht heute ein Konsens darüber, dass Frauen mit Behinderungen mehrfachen und multidimensionalen Diskriminierungen ausgesetzt sind.³

Gesellschaftspolitisch wie auch in der gesundheitlichen Versorgung werden Frauen und Mädchen mit Behinderungen zunächst der Gruppe der Menschen mit Behinderungen zugeordnet und erst später, wenn überhaupt, als Frau wahrgenommen. Im vorliegenden Artikel werden die Barrieren und Herausforderungen im Gesundheitssystem für Frauen mit Behinderung herausgearbeitet sowie die Konsequenzen der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen für die österreichische Gesundheitspolitik erläutert.

Barrieren und Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung

Der gleichgestellte Zugang von Frauen mit Behinderungen zum Gesundheitssystem stellt in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung für die Planung der medi-

zinischen Institutionen wie auch der gesundheitsfördernden und –erhaltenden Projekte und Programme dar. Bauliche Barrieren, Probleme in der Kommunikation und im Verständnis wie auch ökonomische Benachteiligung und gesellschaftlicher Ausschluss können den physischen und psychischen Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren sowie aufgrund geschlechtsspezifischer ungleicher Arbeitsteilung in der Familie zur Potenzierung von Gesundheitsrisiken führen. Es wird im Folgenden versucht nachzuzeichnen, mit welchen Aspekten der Benachteiligung und mit welchen Barrieren Frauen mit Behinderungen in der Gesundheitsversorgung konfrontiert sind.

Allgemeiner Zugang zu öffentlichen Gesundheitseinrichtungen

Österreichweit ist der barrierefreie Zugang zu medizinischer Versorgung und deren räumliche Adaptierung aufgrund der auch aktuell immer wieder vorgebrachten Forderungen der Betroffenen⁴ und nach Studienergebnissen zur Barrierefreiheit von Arztpraxen⁵ und anderen Gesundheitseinrichtungen als eine Herausforderung erkannt worden.

Seit dem Inkrafttreten (01.01.2006) des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes (BGStG) sollten Institutionen im Zuständigkeitsbereich des Bundes barrierefrei gestaltet sein (in vollem Umfang anzuwenden mit 1. Jänner 2016). In § 6 Abs. 5 BGStG wird geregelt, dass bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind, als barrierefrei gelten. Die Regelungen des BGStG gelten für Gesundheitseinrichtungen und Arztpraxen, die direkt dem Bund zugeordnet werden können. Im Zusammenhang mit der Beseitigung von Barrieren kann eine Zumutbarkeitsprüfung vorgenommen werden (§ 6 Abs. 1 und 2 BGStG). Ob eine Maßnahme zumutbar ist oder nicht, hängt insbesondere davon ab, welcher Aufwand mit dieser Maßnahme verbunden wäre und wie es um die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des für die Barriere Verantwortlichen bestellt ist (Fördermöglichkeiten sind zu berücksichtigen).

In der Apothekenbetriebsordnung 2005 wird für die öffentlichen Betriebsräume die Barrierefreiheit festgeschrieben,⁶ ebenso müssen seit 2010 Vertragsgruppenpraxen barrierefrei nach der ÖNORM B 1600 "Barrierefreies Bauen" sowie der ÖNORM B 1601 "Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Men-

schen" sein.⁷ Beim Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und seinen Mitgliedern laufen seit einigen Jahren Projekte, welche die Barrierefreiheit in ihren Einrichtungen und in bestehenden und neu eröffneten Einrichtungen von Vertragspartnern fördern. Der Hauptverband hat die Barrierefreiheit gemäß ÖNORM B 1600 und B 1601 als Vertragsbestandteilsrichtlinie in die Verhandlungen mit den Vertragsärzten aufgenommen.⁸ Die Ö-Normen haben lediglich Empfehlungscharakter. Die für das Baurecht zuständigen Länder haben in ihren Bauvorschriften weitgehend Regelungen über behindertengerechtes bzw. barrierefreies Bauen aufgenommen.⁹ Diese Vorschriften gelten aber im Wesentlichen nur für Neubauten.

Viele Neueröffnungen von Arztordinationen finden in bestehenden Gebäuden statt, wo die barrierefreie Planung nach den Mindeststandards für Barrierefreiheit noch nicht zwingend vorgeschrieben war. Daher wird von den Krankenkassen im Einzelfall geprüft, ob die barrierefreie Adaptierung wirtschaftlich auch zumutbar ist. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse ist aktuell bemüht, möglichst viele barrierefreie bzw. annähernd barrierefreie Praxen anbieten zu können. Mit der Oberösterreichischen Ärztekammer wurde vereinbart, dass bei Praxisneugründung und bei Praxisverlegung eine barrierefreie Praxis bezogen werden muss, sofern die Kosten und andere Vertragsbestandteile des Kauf- oder Mietvertrags zumutbar sind. In Zukunft soll die Einhaltung der Barrierefreiheit beim Bezug der neuen Praxis von Dritten geprüft werden und zudem noch Beratung für die noch durchzuführenden und im Bereich des Möglichen liegenden Adaptierungen angeboten werden.¹⁰

Die Ärztekammer für Wien arbeitet bereits seit längerem mit dem Behindertenberatungszentrum BIZEPS zusammen. Auch hier ist man sich bewusst, dass, falls die barrierefreie Praxis in vollem Umfang schwer möglich ist, zumindest versucht werden sollte, einzelne Elemente barrierefrei und für möglichst viele Menschen zugänglich zu gestalten. Zur Unterstützung werden Mindeststandards sowie Informationen und Bezugsquellen zur barrierefreien Gestaltung der Ordination von BIZEPS als Download zur Verfügung gestellt. Zudem wurden von BIZEPS Wiener Ordinationen vermessen und der Grad der Barrierefreiheit ermittelt. Diese Daten wurden in den Praxisplan der Wiener Ärztekammer aufgenommen und sind im Internet abrufbar.¹¹ Laut BIZEPS gibt es österreichweit nur wenige Ordinationen, die in wirklich allen Punkten den ÖNORMEN B 1600 und B 1601 entsprechen.

Seit 2006 läuft ein Qualitätssicherungsprozess, im Zuge dessen die Internetplattform www.arztbarrierefrei.at eingerichtet wurde (online seit 2007). Das virtuelle Barrierefreiheitsregister ist mit einer auf vielfältigen Kriterien aufgebauten Suchmaschine ausgestattet. Damit sollte der Zugang zu medizinischer Hilfe für Menschen je nach den individuellen Bedürfnissen erleichtert werden. Einschränkend ist jedoch festzustellen, dass die niedergelassenen Ärzte selbst messen und entscheiden, ob ihre Ordination barrierefrei ist. Eine umfassende Kontrolle der Einträge über die tatsächliche Einhaltung der Mindeststandards für Barrierefreiheit fehlt noch. Von den derzeit rund 19.000 eingetragenen Ordinationen wurden knapp 700 ÄrztInnen von einem Behindertenverband oder von Qualitätssicherungsbeauftragten der ÖQMed aufgesucht, welche die Angaben des Erhebungsbogens überprüft haben. Ob nun eine Ordination überprüft wurde, ist durch einen Stern in der Ausgabemaske der Online-Suchmaschine kenntlich gemacht.¹²

Eine vollständige Wahlfreiheit in Hinblick auf die medizinische Versorgung, d.h. zum Arzt des Vertrauens oder zu den Beratungsstellen zu gehen, scheitert noch immer an baulichen Barrieren. Auch durch das Fehlen von barrierefreien Untersuchungsgeräten im Falle von speziellen behinderungsspezifischen Bedürfnissen ist die Wahlfreiheit nicht gegeben, so Annemarie Srb-Rössler von BIZEPS. Die Wahlfreiheit scheitert weiters an der Kostenbarriere durch die Ökonomisierung der medizinischen Versorgung¹³ und durch ein mangelndes Angebot in der Versorgung mit Assistenzdienstleistungen.¹⁴ Manche Behandlungen, so die Expertin, werden aufgrund von Mehrkosten durch die Behinderung auch gar nicht gemacht und nicht außer Acht zu lassen sei die psychische Barriere: Menschen mit Behinderungen werden als PatientInnen mit hoher Betreuungintensität wahrgenommen. In manchen Fällen sei auch das medizinische Fachpersonal wenig im Umgang mit behinderten Personen geschult und aus fachlicher Unwissenheit werde die vorhandene Beeinträchtigung kaum in die vorgeschlagene Behandlung einbezogen. In manchen Fällen werde auch davon ausgegangen, dass das eigene Fachwissen in Bezug auf Behinderung gar nicht ausreichend ist und sofort weiterverwiesen. Aber grundsätzlich, so die Einschätzung bei BIZEPS, zeigen sich die Gesundheitseinrichtungen wie auch das medizinische Fachpersonal bemüht, Menschen mit Behinderung bestmöglich zu behandeln und zu versorgen.¹⁵

Von Seiten des Hauptverbandes der Sozialversicherungen wird darauf hingewiesen, dass die eigenen

Einrichtungen barrierefrei gestaltet und mit speziellen Einrichtungen (z.B. barrierefrei adaptieren Untersuchungsgeräten) ausgestattet sind. Eine flächendeckende barrierefreie Ausstattung und Adaptierung der medizinischen Geräte ist dem Experten vom Hauptverband zufolge aufgrund der hohen Kosten und geringen Auslastung nicht möglich.¹⁶ Die Recherche zeigt, dass Ärztekammern, Sozialversicherungsträger und einige niedergelassene Ärzte den Bedarf an barrierefreien Ordinationen erkannt haben und bemüht sind, eine möglichst barrierefreie Praxis anzubieten.

Sexualität – Schwangerschaft – Mutterschaft von Frauen mit Behinderungen

Frauen mit Behinderungen wird oft ihr Frau-Sein und vor allem die Möglichkeit der Mutterschaft abgesprochen. Das können sich viele nicht vorstellen, sei es mangels eigenem oder gesellschaftlichem Zutrauen oder auch mangels gelebter Beispiele.¹⁷

Schon in ihrer Sozialisation werden behinderte Mädchen auf eine andere Rolle vorbereitet als Buben mit Behinderungen oder Mädchen ohne Behinderungen. Sie lernen, dass ihr Körper nicht schön oder begehrenswert ist, sondern einen Defekt hat, den es bestmöglich zu kompensieren, kaschieren oder weg-zuthrapieren gilt.¹⁸ Sexuelle Aufklärung behinderter Mädchen und Frauen, gynäkologische Versorgung, Schwangerschaft und vor allem Mutterschaft werden bei Frauen mit Behinderungen noch immer mit Argwohn betrachtet.

Eine empirische Erhebung zu (werdenden) Eltern mit Lernschwierigkeiten in Wien zeigt, dass derzeit keine spezifischen Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden. Die betroffenen Mütter äußern besonders den Wunsch nach empowerment-orientierten Unterstützungsangeboten. Im Mittelpunkt steht der Wunsch nach Anerkennung als „normaler“ Mensch und nach einer zielgruppenspezifischen Begleitung und Beratung.¹⁹

Aufgrund von mangelnder Barrierefreiheit können Frauen mit Behinderungen in der Schwangerschaft nicht wie andere Frauen auf die bestehenden Angebote der Beratung und Geburtsvorbereitung zurückgreifen, sondern müssen sich die notwendigen Unterstützungen mühsam zusammensuchen oder darauf verzichten. Speziell für die gynäkologische Versorgung, die Schwangerschaftsbegleitung, die Geburtsvorbereitung und in der Mutter-/Elternberatung wäre ein zielgruppenspezifisches Angebot dringend notwendig und auch im Hinblick auf den Multiplikato-

reneffekt für Kinder, Partner und die Gesellschaft sehr sinnvoll.

Darauf hinzuweisen ist, dass Frauen, die seit Geburt oder früher Kindheit und Jugend mit einer Beeinträchtigung leben, andere Bedingungen vorfinden, als Frauen, die diese erst im Laufe ihres Lebens erworben haben. Für sie ergeben sich stark differierende Sozialisationsbedingungen, die zum einen darauf abzielen können, ihre Behinderung innerhalb der Familie zu „normalisieren“ und sie zur Selbstständigkeit zu erziehen, zum anderen aber auch darauf ausgerichtet sein können, ihnen eine Sonderrolle und damit auch eine Außenseiterrolle zuzuschreiben.

Politische Rahmenbedingungen und aktuelle Forderungen zur Veränderung

Grundsätzlich liegt es an der Politik, für den gesetzlichen Rahmen zu sorgen, der Frauen und Mädchen mit Behinderungen adäquat unterstützt, Diskriminierungen verhindert, die Partizipation betroffener Menschen in allen Gesellschaftsbereichen fördert und ein gleichgestelltes, selbstbestimmtes Leben ermöglichen kann. Ausgehend von einem sehr niedrigen behinderungspolitischen Entwicklungsniveau wurden in den letzten Jahren in Österreich einige Reformen in der Politik für Menschen mit Behinderungen durchgesetzt: die Schulintegration von behinderten Kindern, die Entwicklung der universellen Pflegevorsorge, die Einführung neuer Beschäftigungs- und Assistenzformen oder die Verabschiedung von Gleichstellungsrechten.²⁰

Aktuell kann die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (BRK), die Österreich 2008 ratifiziert hat, einen neuen Innovationschub bringen. In Artikel 6 der BRK wird festgehalten, dass *„Frauen und Mädchen mit Behinderungen mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind“* und dass dadurch in dieser Hinsicht von den unterschreibenden Staaten Maßnahmen zu ergreifen sind, *„um zu gewährleisten, dass sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt genießen können“*.²¹

Unabhängig von Artikel 6 durchzieht der Genderaspekt die gesamte Behindertenrechtskonvention.²² Im Gesundheitsartikel 25 wird darauf hingewiesen, dass Menschen mit Behinderung ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung und Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation haben. Die Vertragsstaaten verpflichten sich zudem:

- die speziellen Bedürfnisse von Frauen und Männern mit Behinderung zu beachten und dementsprechend das Angebot zu gestalten,
- sie von keinen Gesundheitsleistungen auszuschließen sowie den Zugang und die Qualität der Leistungen optimal (gemeindenah und barrierefrei) zu gestalten,
- die Würde und Selbstbestimmung bei der Leistungserbringung zu beachten,
- die ProfessionalistInnen im Gesundheitsbereich im Umgang mit Behinderung zu schulen.

Um die Rechte der UN-Behindertenrechtskonvention auch einklagbar zu machen, müssen sie auch in Österreich von Bund und Ländern in Programme und Maßnahmen umgesetzt werden. Beim BMASK wurde ein Monitoring-Ausschuss angesiedelt, um die anstehende Umsetzung in das österreichische Recht zu begleiten.

Grundsätzlich ist, so ein normativer Wunsch, ein integrativer Ansatz vorzuziehen, anstatt zusätzliche Einrichtungen für Mädchen und Frauen mit Behinderungen im Gesundheitsbereich zu entwickeln. In bereits bestehenden Angeboten wie vor allem in Frauenberatungsstellen und Frauengesundheitszentren sind die Bedürfnisse von Frauen und Mädchen mit Behinderungen durch zielgruppenorientierte Maßnahmen und Projekte mitzudenken und zu behandeln. Für die Zukunft lassen sich bedeutende Problemzonen identifizieren, welche bereits heute und in nächster Zeit bearbeitet werden müssen. Konkrete Forderungen im Bereich Gesellschafts- und Gesundheitspolitik in diesem Zusammenhang sind:

- Die Beachtung von Gender und Disability Mainstreaming in der Entwicklung von gesellschafts- und gesundheitspolitischen Maßnahmen und Programmen und zusätzlich die paritätische Partizipation von Frauen und Männern mit Behinderungen bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten und Programmen.
- Die Entwicklung von zielgruppenorientierten Empowermentprogrammen, die Forcierung der Enttabuisierung von Sexualität und von Gewalt an Frauen mit Behinderungen und die Einrichtung von barrierefreien Beratungsstellen.
- Die Forcierung von barrierefrei zugänglichen und barrierefrei adaptierten Gesundheitseinrichtungen und Ordinationen wie auch medizinischen Geräten sowie deren Kontrolle und Zertifizierung durch Dritte.

- Die Entwicklung und Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Unterstützungsangeboten für Eltern und Frauen mit Behinderungen während der Schwangerschaft und der Mutterschaft.
- Die Entwicklung von sexualpädagogischen und sexualanthropologischen Angeboten für Menschen mit Behinderungen und im Speziellen für Frauen und Mädchen.
- Die Bereitstellung von Arbeitsplätzen im Gesundheitsbereich für Frauen mit Behinderungen zur Förderung der Peer-Betreuung und die Schulung des Personals in Krankenhäusern, Ordinationen sowie Verwaltungs- und Beratungsstellen im Gesundheitsbereich.
- Die sozialversicherungsrechtliche Absicherung und ein angemessenes „normalisiertes“ Beschäftigungsverhältnis mit adäquatem Einkommen auch für Personen, die in Tagesstrukturen und Werkstätten der Behinderteneinrichtungen beschäftigt sind.
- Die Einführung einer bundeseinheitlichen Regelung für Persönliche Assistenz und Elternassistenz wie auch die Entwicklung einer bedarfsorientierten Pflegeversicherung, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können.
- Die Institutionalisierung der Forschungsrichtung der Disability Studies mit Genderfokus in der österreichischen Hochschullandschaft und im Speziellen in der medizinischen Forschung und Ausbildung.
- Die Integration der Querschnittsmaterien Gender und Behinderung in die Ausbildung des medizinischen Fachpersonals. Die Auseinandersetzung mit aktuellen biopolitischen Diskursen wie auch historischen Ereignissen, z.B. dem NS-Euthanasieprogramm und der damaligen systematischen Ermordung von behinderten Menschen, ist als integrativer Bestandteil in den Lehrplan aufzunehmen.
- Die Erhebung geschlechtsspezifischer Gesundheits- und Sozialdaten von Menschen mit Behinderungen.

Diese Aufstellung ist keineswegs als vollständig zu begreifen, denn auch die Bedürfnisse von Mädchen und Frauen mit Behinderung unterliegen in der gesellschaftlichen Weiterentwicklung einem ständigen Wandel und müssen auf die individuellen Bedürfnisse angepasst werden. Es liegt in der Verantwortung einer solidarischen Gesellschaft, Menschen mit Behinderung die notwendigen Unterstützungsleistungen zur Verfügung zu stellen. Gemeinsam soll ihnen

sein, dass sie ausgleichend sind und ohne Bevormundung eine chancengleiche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Wichtig ist, dass die betroffenen Menschen in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

*Angela Wegscheider
Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik*

Anmerkungen

- 1 Kerstin Witt-Löw, Marion Breiter: LUZIA -Studie zur Lebenssituation arbeitsmarktfremder Frauen mit Behinderung in Wien. Wien 2006; Birgit Buchinger, Ulrike Gschwandtner: Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen am Salzburger Arbeitsmarkt. Salzburg 2008; Paierl, Silvia: Gender und Behinderung. Graz: Bundessozialamt: Steiermark 2009
- 2 Aiha Zemp, Erika Pircher: Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Wien 1996 (Schriftenreihe der Frauenministerin)
- 3 Jutta Jacob, Swantje Köbsell, Eske Wollrad (Hrsg.): Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: transcript 2010; Carola Ewinkel, Gisela Hermes (Hrsg.): Geschlecht: behindert. Besonderes Merkmal: Frau. München: AG SPAK Publikationen 1988, 3. Auflage
- 4 Siehe Bizeps (2001): krank, behindert, ungehindert ... in Wien. Broschüre, letzte Aktualisierung 2010, Wien <http://www.bizeps.or.at/broschueren/krank/broschuere.doc> [28.07.2010]
- 5 Sabine Stowasser (2004): Barrierefreiheit in den Arztpraxen – bundesweite IST-Stand-Erhebung. In: Soziale Sicherheit, Jg. 2004, Heft Mai, S. 192-193
- 6 § 27 (4) Apothekenbetriebsordnung 2005, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40062725/NOR40062725.html> [24.08.2010]
- 7 § 342 Abs.1 (9) ASVG, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40114519/NOR40114519.pdf> [24.08.2010]
- 8 Auskunft von Dr. Johannes Gregoritsch, Hauptverband der Sozialversicherungen [06.08.2010]. Die Übernahme der ÖNormen für Barrierefreiheit erfolgte mit regionalen Einschränkungen. In Wien wurde beispielsweise auf das Kriterium „Behindertenparkplatz“ verzichtet.
- 9 Einschränkend ist anzumerken, dass die Bauordnungen in den einzelnen Bundesländern voneinander abweichen und unterschiedliche Normen bezüglich der Barrierefreiheit enthalten. Durch die OIB Richtlinie 4 „Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit“ gibt es Bestrebungen, die Mindeststandards der Barrierefreiheit österreichweit zu vereinheitlichen. Die Richtlinie 4 wurde bisher von den Bundesländern Burgenland, Tirol, Vorarlberg und Wien angenommen, in Vorbereitung ist die Übernahme in der Steiermark und in Kärnten. Siehe Österreichisches Institut für Bautechnik (OIB), <http://www.oib.or.at/> [11.08.2010].
- 10 Zudem wird zurzeit an der Bestimmung und Feststellung der Zumutbarkeitsgrenzen gearbeitet. Auskunft von DI.in Birgit Otruba, MAS, Struktur- und Prozessqualität im Vertragspartnerwesen bei der OÖ Gebietskrankenkasse am 27.07.2010
- 11 Ärztekammer Wien, Barrierefreie Arztpraxis. <http://www.aekwien.at/index.php/aerztlichetaetigkeit/niederlassung-praxis> [27.07.2010]
- 12 Auskunft von Eva Fleischhacker, ÖQMed-Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH [06.08.2010]
- 13 Damit ist die Tendenz der Privatisierung gesundheitlicher Risiken und der betriebswirtschaftlichen Orientierung der Gesundheitsversorgung, z.B. von Arztpraxen, zu beschreiben. Immer öfter versuchen Ärzte, ihre Effizienz- und Erfolgsquote zugunsten von mehr Umsatz zu steigern.
- 14 z.B. Assistenz in der Kommunikation mit Gebärdensprache, Persönliche Assistenz in der Freizeit, für gesundheitliche Prävention, Arztbesuche und Behördentermine.
- 15 Auskunft von Frau Rosemarie Srb-Rössler, BIZEPS [24.08.2010].
- 16 Auskunft von Dr. Johannes Gregoritsch, Hauptverband der Sozialversicherungen [06.08.2010].
- 17 Barbara Levč: Und wer kümmert sich um das Kind? Eine Analyse der sozialen Reaktionen auf Kinderwunsch und Mutterschaft von Frauen mit sichtbaren Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Unterstützungsmöglichkeiten für behinderte Mütter mit Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter in der Steiermark, Diplomarbeit Univ. Graz 2005
- 18 Carola Ewinkel, Gisela Hermes (Hrsg.): Geschlecht: behindert. Besonderes Merkmal: Frau. München: AG SPAK Publikationen 1988, 3. Auflage; Aiha Zemp, Erika Pircher: Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Wien 1996 (Schriftenreihe der Frauenministerin)
- 19 Linda Kassoumea: Unterstützungsangebote bei Schwangerschaft und Elternschaft von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wien, Diplomarbeit FH. Wien 2006, bidok - Volltextbibliothek: Wiederveröffentlichung im Internet, Stand: 22.05.2007
- 20 Angela Wegscheider: Politik für Menschen mit Behinderung am Beispiel Österreichs: Zur Analyse und Kritik von Innovationsprozessen, Dissertation. Univ. Linz 2010
- 21 Zit. aus Artikel 6, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Übersetzung), BGBl. III - Ausgegeben am 23. Oktober 2008 - Nr. 155, S. 10
- 22 Ebenda,

Literatur

- Ärztekammer Wien, Barrierefreie Arztpraxis. <http://www.aekwien.at/index.php/aerztlichetaetigkeit/niederlassung-praxis> [27.07.2010]
- BIZEPS: krank, behindert, ungehindert ... in Wien. Broschüre, 2001, letzte Aktualisierung 2010, Wien <http://www.bizeps.or.at/broschueren/krank/broschuere>.

- doc [28.07.2010]
- Bund: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Übersetzung der Behindertenrechtskonvention), BGBl. III. Ausgegeben am 23. Oktober 2008 - Nr. 155
- Bundesrecht: Apothekenbetriebsordnung 2005, BGBl. II Nr. 65/2005, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40062725/NOR40062725.html> [24.08.2010]
- Bundesrecht: ASVG, BGBl.Nr. 189/1955 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 147/2009, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40114519/NOR40114519.pdf> [24.08.2010]
- Buchinger, Birgit/Gschwandtner, Ulrike: Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen am Salzburger Arbeitsmarkt. Hrsg. von TEP, Salzburg 2008
- Ewinkel, Carola/Hermes, Gisela (Hrsg.): Geschlecht: behindert. Besonderes Merkmal: Frau. München: AG SPAK Publikationen 1988, 3. Auflage
- Jacob, Jutta/Köbsell Swantje/Wollrad Eske (Hrsg.): Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: transcript 2010
- Kassoumea, Linda: Unterstützungsangebote bei Schwangerschaft und Elternschaft von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wien, Diplomarbeit FH Wien 2006, bidok - Volltextbibliothek: Wiederveröffentlichung im Internet, Stand: 22.05.2007
- Levc, Barbara: Und wer kümmert sich um das Kind? Eine Analyse der sozialen Reaktionen auf Kinderwunsch und Mutterschaft von Frauen mit sichtbaren Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Unterstützungsmöglichkeiten für behinderte Mütter mit Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter in der Steiermark, Diplomarbeit Univ. Graz 2005
- Österreichisches Institut für Bautechnik (OIB): Richtlinie 4 Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit, <http://www.oib.or.at/> [11.08.2010]
- Paierl, Silvia: Gender und Behinderung. Graz: Bundessozialamt: Steiermark 2009
- Stowasser, Sabine: Barrierefreiheit in den Arztpraxen – bundesweite IST-Stand-Erhebung. In: Soziale Sicherheit, Heft Mai Jg. 2004, S. 192-193
- Wegscheider, Angela: Politik für Menschen mit Behinderung am Beispiel Österreichs: Zur Analyse und Kritik von Innovationsprozessen. Dissertation Univ. Linz 2010
- Witt-Löw, Kerstin/Breiter, Marion: LUZIA - Studie zur Lebenssituation arbeitsmarktfremder Frauen mit Behinderung in Wien. Wien 2006
- Zemp Aiha/Pircher Erika: Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Wien 1996 (Schriftenreihe der Frauenministerin)

Geburtsbetreuung bei Frauen mit Migrationshintergrund

Frau sein, fremd sein, schwanger sein. Für Migrantinnen bedeuten diese drei Faktoren häufig eine Mehrfachbelastung. Die Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund rund um die Geburt ist eine wichtige Integrations-Schnittstelle. Eine entscheidende Schlüsselposition hat dabei das geburtshilfliche Fachpersonal. Hebammen, ÄrztInnen und Pflegekräfte fordern Maßnahmen für bessere Rahmenbedingungen, die ihnen eine bessere MigrantInnenbetreuung ermöglichen.

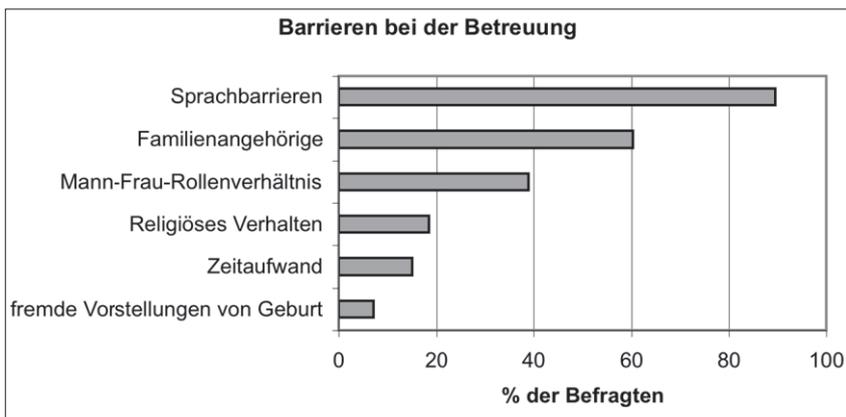
Jedes vierte Kind, das in Oberösterreich geboren wird, hat eine Mutter mit ausländischer Staatsbürgerschaft. In Zukunft werden in den Kreißzimmern die Anteile von Migrantinnen unter den Gebärenden weiter steigen. Die Geburtshilfe nimmt daher als Integrationschnittstelle im Gesundheitssystem eine immer bedeutendere Rolle ein.

Migrantinnen, die ihr Kind in einem fremden Land auf die Welt bringen, haben spezielle Erwartungen und Bedürfnisse, die durch ihre soziokulturellen Hintergründe und durch ihre Geschichte geprägt sind. Diese Erwartungen können sich einerseits auf die medizinische/technische Betreuung beziehen, andererseits auf die Rollen der Frau, der Begleitpersonen und des betreuenden Personals vor, während und nach der Geburt. Es lässt sich also keinesfalls von einer homogenen Gruppe namens „Schwangere Migrantinnen“ sprechen.

Wie kann aber die transkulturelle Betreuung der Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund rund um die Geburt optimiert werden? Das Ziel der oberösterreichweiten Studie war, aus Sicht des Krankenhauspersonals Lösungsansätze für die Herausforderungen bei der Arbeit mit Migrantinnen rund um die Geburt zu suchen.

Herausforderungen bezüglich transkultureller Betreuung

Die Ergebnisse der Studie zeigen: Das Personal fühlt sich nicht selten gestresst, belastet und überfordert bei der Arbeit mit Migrantinnen. Als Gründe dafür



Bei wichtigen Aufklärungsgesprächen und im Betreuungsalltag ist es hinderlich, wenn keine Übersetzungsmöglichkeit besteht. Treten dann auch noch Komplikationen oder Akutsituationen auf, sind die Schwierigkeiten umso gravierender. Schnelles Reden, Fachausdrücke und Dialekt können außerdem zu Missverständnissen mit fatalen Folgen führen.

werden meist Zeitdruck, Pflicht zur rechtlichen Absicherung oder emotionale Belastung angegeben. Sprache, Familienangehörige sowie Konflikte in Bezug auf das Mann-Frau-Rollenverhältnis sind die größten Hindernisse für eine optimale Betreuung. Die Ausübung der Religion, „fremde“ Bräuche und oder ein erhöhter Zeitaufwand werden von GeburtshelferInnen teilweise als Betreuungs-Hindernisse wahrgenommen, stellen aber nur für wenige der Befragten „große Herausforderungen“ dar.

Sprachbarriere und DolmetscherInnenmangel

Die mit Abstand größte Schwierigkeit ist die sprachliche Kommunikation. 89,6 Prozent der Befragten bezeichnen Sprachbarrieren bei der MigrantInnenbetreuung als „große Herausforderung“.

Verständigungsprobleme beeinträchtigen die Betreuungsqualität enorm, wie sich aus zahlreichen Berichten der Hebammen, ÄrztInnen und Pflegekräfte schließen lässt. Zum Beispiel wird berichtet:

- „Vor allem, wenn kein Dolmetsch mit ist, sind Routinemaßnahmen wie Blutabnahme, vaginale Untersuchungen oft „angstmachend“, Erklärungen wieso sind oft schwierig.“
- „Besonders bei wichtigen Aufklärungsgesprächen ist die Sprache hinderlich (z.B. krankes oder behindertes Kind, notwendiger Kaiserschnitt...). In diesen Fällen haben wir manchmal Probleme, einen entsprechenden Dolmetscher zu finden“
- „Das führt dazu, dass häufig Pflegepläne nicht eingehalten werden können. Oft ist die Therapie/das Procedere für die PatientInnen nicht immer ganz klar. Anamnese etc. wird meist über Ehemann erhoben.“

Bereits in der Schwangerschaft führt eine fehlende Gesprächsbasis mit Hebammen und GynäkologInnen zu Informationsdefiziten bei fremdsprachigen Frauen.

Ein massiver Mangel an kompetenten, verfügbaren DolmetscherInnen wird von den betreuenden Hebammen und ÄrztInnen beklagt. Dieser Mangel ist nicht nur in ländlichen Bezirken zu verzeichnen, sondern auch in den Spitälern des Zentralraumes.

Leider kommen als Folge des Dolmetscher-Mangels viel zu häufig „Zufalls-DolmetscherInnen“ zum Einsatz, beispielsweise angehörige Kinder oder auch die Reinigungskraft von der Nachbarstation. Die Qualität der Übersetzung leidet darunter. Intimität und Rücksicht auf Schweigepflichten können in diesen Fällen nicht gewährleistet werden.

Verständigungsschwierigkeiten lösen beim Personal manchmal Frustration und ein Gefühl der Ohnmacht aus: „Ich fühle mich dann weniger wohl - hilfloser - wenn ich ihre Sprache nicht verstehe bzw. sie mich nicht“. „Wenn man nichts erklären kann - Man fühlt sich als Hebamme sehr schlecht - so als ob man die Frauen vergewaltigen würde.“

Familienangehörige und Geschlechterrollen

Mehr als 60 Prozent gaben bei der Befragung an, dass die Familienangehörigen der Gebärenden eine große Herausforderung darstellen. Speziell auf den Wochenbettstationen wünscht sich das Pflegepersonal mehr Anpassung an österreichische Gegebenheiten. Die Kritik bezieht sich auf den „vielen Besuch“. Migrantinnen, die in soziozentrierten Familien und Gesellschaften aufgewachsen sind, werden teilweise bereits während und kurz nach der Geburt von Familienmitgliedern besucht und betreut. Die BesucherInnenanzahl, -fluktuation, -zeiten, und -verhalten werden als störend empfunden und ein reges „Kommen und Gehen“ ist auf den Geburtshilfestationen, vor allem aber im Kreißzimmer, vom Personal nicht erwünscht.

Manche Hebammen beschreiben aber auch die positiven Aspekte: „Ich finde es immer sehr berührend, dass die ganze, oft große Familie ins Krankenhaus kommt, um an diesem schönen Erlebnis teilzunehmen. Die gute Laune und die freudige Erwartung der Verwandten machen eine gute Atmosphäre und können der Frau Sicherheit geben, da so viele Menschen mit ihr dieses Ereignis erleben.“

Vielfach sind es Partner und Angehörige, die zwischen medizinischem Personal und der Patientin vermitteln und somit eine Schlüsselrolle einnehmen. Dabei sind Konflikte keine Seltenheit. Knapp 39 Prozent der Befragten gaben an, das „Mann-Frau-Rollenverständnis“ stelle eine große Herausforderung dar. Nach Angaben des Krankenhauspersonals fühlt sich weibliches Fachpersonal von männlichen Angehörigen oft respektlos behandelt und nicht ernst genommen.

Maßnahmen für eine bessere Migrantinnenbetreuung rund um die Geburt

Das Fachpersonal benötigt mehr, bessere und jederzeit verfügbare DolmetscherInnen. Gefordert werden darüber hinaus bessere Deutschkenntnisse von Seiten der Frauen mit Migrationshintergrund. Für den Betreuungsalltag würde sich das Fachpersonal Übersetzungshilfen wünschen. An dieser Stelle sei auf erfolgreiche Initiativen der Stadt Wien mit den Namen „Mama lernt Deutsch“ und „Schul-ABC“ hingewiesen (MA 17 für Integrations- und Diversitätsangelegenheiten, www.wien.gv.at/integration). Es handelt sich dabei um Basisdeutschkurse speziell für Mütter mit Migrationshintergrund und um ein Heft, das eine Hilfe für die Alltagskommunikation zwischen LehrerInnen und MigrantInnen bedeutet. So eine Übersetzungshilfe könnte für das Betreuungspersonal, zum Beispiel in Form eines Nachschlage-Wörterbuches mit den gängigsten Sätzen und Begriffen in mehreren Sprachen, erstellt werden.

Eine wichtige Maßnahme ist die Förderung der interkulturellen Kompetenz beim Fachpersonal, was schon in den Führungsetagen der Krankenhäuser beginnen sollte. Bei den Hebammen, ÄrztInnen und DiplompflegerInnen würde in Bezug auf Weiterbildung großes Interesse bestehen. Umfassendes Diversity-Management erfordert aber auch die gezielte Einbeziehung von MigrantInnen in den Veränderungsprozess.

Informationsbarrieren sollten so weit wie möglich abgeschafft werden. Schwangere Migrantinnen besuchen in der Regel keinen Geburts- oder Stillvorbereitungskurs. In vielen Fällen haben Zugewanderte keine

Frau sein, fremd sein, schwanger sein

Die von Agnes Kaiser verfasste Publikation „Transkulturelle Kompetenz in der Geburtsbetreuung“ basiert auf einer Befragung von Hebammen, ÄrztInnen und geburtshilflichem Pflegepersonal. Das Fachpersonal wurde mittels Fragebogen zu seinen Erfahrungen bei der Betreuung von Migrantinnen rund um die Geburt sowie zu seinen Optimierungsvorschlägen befragt. Die Erhebung wurde im Zeitraum November bis Dezember 2008 in 15 oberösterreichischen Krankenhäusern sowie bei frei praktizierenden Hebammen durchgeführt.

Die Publikation wurde mit dem „JKU goes gender“ Preis ausgezeichnet. Dieser Preis wird alljährlich zur Förderung von hervorragenden Diplomarbeiten mit Gender-Bezug für AbsolventInnen der Johannes Kepler Universität Linz ausgeschrieben.

Agnes Kaiser: *Transkulturelle Kompetenz in der Geburtsbetreuung*
 Linzer Schriften zur Frauenforschung, Band 44
 Trauner Verlag, Linz 2010
 212 Seiten, EUR 18,50

Familienangehörigen in Österreich und leben in sozialer Isolation. Informationsdefizite sind häufig ein Grund für Missverständnisse bei der Geburt sowie für Probleme beim Stillen und bei der Babypflege. Nach Angaben der Hebammen und Pflegekräfte wären solche Schwierigkeiten im Grunde leicht zu verhindern, wenn es genügend Angebot an fremdsprachigen Geburts- und Stillvorbereitungskursen geben würde. Diese konkreten Maßnahmen würden maßgeblich zu einer besseren Betreuungssituation beitragen.

Agnes Kaiser

Der Artikel basiert auf der nunmehr auch in Buchform erschienenen Diplomarbeit der Autorin (siehe Kasten). Diese ist Mitarbeiterin des Instituts für Gesellschafts- und Sozialpolitik und arbeitet derzeit an einem Projekt zum Thema Arbeit und Behinderung.

Diskriminierung behindert AIDS-Vorsorge

Die ParlamentarierInnen berieten Mitte Juli über Hilfe für HIV/AIDS-Betroffene.

Eingeleitet vom Life Ball, der bedeutendsten Charity-Veranstaltung Wiens, ging im Juli dieses Jahres die 18. Internationale AIDS-Konferenz mit dem Titel "Rechte hier und jetzt" in der Bundeshauptstadt über die Bühne. Mit 25.000 TeilnehmerInnen handelte es sich um eine der größten internationalen Konferenzen, die je in Wien stattgefunden haben. Zur Debatte standen die wissenschaftlichen Fortschritte im Kampf gegen HIV/AIDS und vor allem die Frage, wie die Betroffenen tatsächlich in den Genuss dieser Errungenschaften kommen können. Im Parlament eröffnete Bundesratspräsident Martin Preinerder in Vertretung von Nationalratspräsidentin Barbara Prammer am 20. Juli gemeinsam mit IPU-Vizepräsident Geert Versnick eine ParlamentarierInnen-Tagung über "Legislative Aspekte von HIV im Bezug auf die davon besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen".

Martin Preinerder: Nicht das HI-Virus, Diskriminierung tötet

"Das Fundament des Rechts ist die Humanität" – mit diesem Zitat Albert Schweitzers leitete Martin Preinerder seine Ausführungen ein und unterstrich seine Überzeugung, dass eine wirkungsvolle Antwort auf HIV den Schutz der Menschenrechte der Betroffenen voraussetze. Die Therapien für HIV/AIDS-PatientInnen in Österreich greifen, und die Lebenserwartung der Betroffenen sei mittlerweile fast so hoch wie jene von HIV-Negativen, teilte der Bundesratspräsident mit. HIV-Positive würden aber nicht nur unter den Nebenwirkungen der Medikamente leiden, sondern insbesondere unter Problemen in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen. "Wir leiden unter Diskriminierung, nicht das Virus ist tödlich, es ist die Stigmatisierung, die mitunter tötet", laute die Klage der Betroffenen.

Weiters warnte der Bundesratspräsident davor, die nach wie vor unheilbare Krankheit AIDS zu unterschätzen, und schlug angesichts zunehmenden Leichtsinns bei jungen Menschen vor, die Öffentlichkeitswirkung der Wiener Großveranstaltung für Werbung zugunsten der Prävention zu nutzen. Überdies dürfe man auch in Zeiten der Wirtschaftskrise nicht übersehen, dass zwei Drittel aller HIV/AIDS-Betroffenen in den ärmeren Ländern keine Therapie erhalten. "Wer die Ärmsten dieser Welt gesehen hat, fühlt sich



Bundesratspräsident Martin Preinerder
Foto: Parlamentsdirektion / HBF / Harald Minich

reich genug zu helfen", zitierte Preinerder noch einmal Albert Schweitzer.

Daher sei es richtig, dass sich die Konferenz auf Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV/AIDS-Kranken konzentriere, sagte Martin Preinerder, denn Diskriminierung erschwere Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung der Betroffenen. Es sei auch notwendig, Tabuthemen wie Drogenabhängigkeit oder Prostitution ohne Scheuklappen anzusprechen. Die ParlamentarierInnen rief Bundesratspräsident Preinerder dazu auf, sich mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen vertraut zu machen, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu analysieren und steuernd einzugreifen. Preinerder schloss mit einem Zitat Laotzes – "Verantwortlich ist man nicht nur für das, was man tut, sondern auch für das, was man nicht tut" – und sprach seine Hoffnung auf viele positive Beiträge der ParlamentarierInnen im Kampf gegen die furchtbare Krankheit HIV/AIDS aus.

Geert Versnick: Wir müssen Botschaft der Toleranz und des Verständnisses aussenden

Geert Versnick leitete sein Referat mit dem Hinweis auf die 3. Weltkonferenz der ParlamentspräsidentInnen ein, die in Genf über demokratische Verantwortung weltweit und insbesondere über die Frage verhandeln, wie die Gesetzgebung zur Verringerung des Demokratiedefizits beitragen und weitere Krisen vermeiden könne. Das sei auch für das Thema der heutigen Konferenz wichtig, sagte der IPU-Vizepräsident und unterstrich das politische "Leadership" der Parlamente. Angesichts der HIV-Epidemie müssten sich die

ParlamentarierInnen auch gegenüber ihren WählerInnen für Gruppen einzusetzen, die von Vorurteilen und Diskriminierung hart getroffen werden. "Wir müssen eine Botschaft der Toleranz und des Verständnisses aussenden", sagte der IPU-Vizepräsident.

Die Rechte von Menschen mit HIV müssen geschützt werden, weil sich die Epidemie in Gruppen ausbreite, die am Rand der Gesellschaft stehen: bei Prostituierten, Drogenabhängigen und bei männlichen Homosexuellen. Die Diskriminierung und Stigmatisierung dieser Gruppen – bedauerlicherweise auch durch Gesetze – führe dazu, dass Menschen nicht auf HIV getestet und HIV-positive Menschen nicht adäquat behandelt werden, führte der IPU-Vizepräsident aus. Moralische Vorbehalte dürften nicht dazu führen, den Zugang dieser Menschen zu Programmen zu erschweren, die der Ausbreitung von HIV entgegenwirken. Nur die Teilnahme dieser marginalisierten, am meisten betroffenen Gruppen werde es möglich machen, die Ausbreitung von HIV zu stoppen.

Eine Gruppe, die durch Menschenrechtsverletzungen im Zusammenhang mit HIV besonders verwundbar seien, sind die Frauen. Die anhaltende Ungleichbehandlung der Geschlechter begünstige in vielen Ländern die Ausbreitung des HI-Virus von den Hochrisikogruppen auf die ganze Bevölkerung. Die Hälfte der HIV-positiven Menschen sind Frauen. Es sei dringend notwendig, die Geschlechterdiskriminierung zu überwinden, indem man soziale Gewohnheiten durch Gesetze und politische Strategien ändert. Insbesondere mahnte der IPU-Vizepräsident den Respekt vor den Menschenrechten der Frauen ein, die mit HIV leben und schwanger werden. Konfrontiere man diese Frauen mit Zwangsmaßnahmen, Vertrauensbruch und Stigmatisierung, werden sie weniger bereit sein, an PMTC-Programmen ("Prevention of Mother-to-Child Transmission") teilzunehmen.

In seinen weiteren Ausführungen wandte sich der IPU-Vizepräsident gegen die Tendenz vieler Gesetzgeber, die Weitergabe des HI-Virus zu kriminalisieren. Demgegenüber sei schon bei der IPU-Konferenz im Jahr 2007 festgestellt worden, dass vom Strafrecht kein wesentlicher Beitrag zur Eindämmung der HIV-Epidemie zu erwarten sei. Die IPU warnt vor einer Gesetzgebung, die Menschen mit HIV stigmatisieren könnte. Eine solche Gesetzgebung könnte Menschen davon abhalten, sich testen zu lassen, könnte HIV-negative Menschen in einer falschen Sicherheit wiegen und Frauen, statt ihnen beim Schutz vor HIV zu helfen, weiteren Gewaltanwendungen und Diskriminierungen aussetzen.



IPU-Vizepräsident Geert Versnick
Foto: Parlamentsdirektion / HBF / Harald Minich

An all diesen Themen arbeite eine IPU-Experten-Gruppe aus medizinisch qualifizierten Abgeordneten aus aller Welt, berichtete Geert Versnick. Gemeinsam mit den Parlamenten Südafrikas und Vietnams organisiert die IPU auch Seminare zum Thema HIV für Abgeordnete. Die Seminare zeigten, dass es ohne Kraftanstrengung der Parlamente nicht gelingen werde, universellen Zugang zu Vorsorge- und Behandlungsprogrammen zu schaffen. Geert Versnick setzt dabei auf spezielle Parlamentsausschüsse, die eng mit gesellschaftlichen Kräften und Betroffenen zusammenarbeiten.

Die IPU beschäftigt sich mit HIV-bezogenen Einschränkungen von Zutritts-, Aufenthalts- sowie Wohnrechten und hat Anfang 2010 eine Empfehlung auf Beendigung HIV-bezogener Reisebeschränkungen herausgegeben. Die IPU bemüht sich auch um ein verstärktes parlamentarisches Engagement bei internationalen HIV-Veranstaltungen, so versammelte die IPU 2008 hunderte Parlamentarier zu einer Internationalen AIDS-Konferenz in Mexiko City. HIV ist eine überaus politische Frage, sagte der IPU-Vizepräsident. Es sei Aufgabe der IPU und der ParlamentarierInnen, das richtige gesetzliche Umfeld zu schaffen, das eine wirksame Antwort auf AIDS braucht.

Quelle: Parlamentskorrespondenz Nr. 628 vom 20.07.2010

Anmerkung

- 1 IPU steht für Inter-Parliamentary Union, eine internationale Vereinigung der Parlamente.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

„Arbeitslos, Gesundheit los, chancenlos?“ Unter diesem Titel fand Anfang Oktober eine Fachtagung statt, bei der verschiedene Ansätze zur Gesundheitsförderung für Arbeitssuchende wie auch präventive Maßnahmen für (noch) Beschäftigte vorgestellt wurden.

Zu Beginn der von abif, AMS und Caritas veranstalteten Tagung präsentierte *Barbara Haider-Novak* (BBRZ) Zahlen, Daten und Fakten zum Gesundheitszustand arbeitsloser Personen. Daraus wurde ersichtlich, dass Arbeitslosigkeit und Gesundheit in einer Wechselbeziehung zueinander stehen. In zahlreichen internationalen Studien wurde nachgewiesen, dass sich der gesundheitliche Zustand von arbeitslosen Personen durchschnittlich schlechter darstellt als jener von Erwerbstätigen. Zur Darstellung der heimischen Situation bezog sich Haider-Novak auf den Fehlzeitenreport 2009 des WIFO, der die Krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in Österreich analysiert (Leoni 2010).

Die Gegenüberstellung von Krankenständen arbeitsloser Personen mit jenen in Beschäftigung ergibt, dass arbeitslose Personen in Österreich jährlich im Durchschnitt rund 20 Tage länger krankgemeldet sind als Personen in Beschäftigung (vgl. Tabelle). Dies ist darauf zurückzuführen, dass Personengruppen mit schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen vermehrt arbeitslos sind. Die schlechtere gesundheitliche Situation von arbeitslosen Personen zeigt sich auch im Anteil an lang andauernden Krankheits-episoden sowie an häufigeren Aufenthalten in stationären Einrichtungen gegenüber erwerbstätigen Personen.

Die Verschlechterung des Gesundheitszustands infolge von Arbeitslosigkeit bildet einen weiteren

Aspekt der Analysen. Dabei ergab sich, dass es bei „extern“ verursachter Arbeitslosigkeit (z.B. aufgrund von Betriebsschließungen) zunächst zu keiner Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands kommt. Über einen längeren Beobachtungszeitraum hinweg konnte hingegen auch in diesem Fall ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko von arbeitslosen Personen von beinahe 50 Prozent im Vergleich zu Beschäftigten festgestellt werden. Arbeitslosigkeit im Haupterwerbsalter (mit ca. 40 Jahren) verkürzt die Lebenserwartung ein bis eineinhalb Jahre.

Circulus vitiosus

Nicht eindeutig beantwortet ist die Frage nach den Ursachen für die schlechtere gesundheitliche Konstitution von arbeitslosen Personen und der Bestimmung des Kausalzusammenhangs, der sich in folgender Frage widerspiegelt: Ist Arbeitslosigkeit der Grund für die beobachtbare Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands oder resultiert die Arbeitslosigkeit aus gesundheitlichen Problemen der Person? Kausalbeziehungen gibt es – wenn auch von Fall zu Fall unterschiedlich – offenbar in beide Richtungen. Damit wird der „Circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und Krankheit aufgezeigt, dem man ohne Unterstützung kaum entrinnen kann.

Mögliche Lösungsansätze sieht Haider-Novak in vermehrten Präventionsangeboten und gesundheitsfördernden Maßnahmen für arbeitssuchende Personen. Zudem sollte die sekundäre Prävention für Personen in Beschäftigung ausgebaut werden. Denn Invaldität und Berufsunfähigkeit kündigen sich erfahrungsgemäß schon lange vor ihrem Eintritt an, auch wenn die Betroffenen dem Arbeitgeber gegenüber ihre Beeinträchtigung meist zu verbergen versuchen. Haider-Novak kritisierte, dass sich das Maßnahmenspektrum meist auf medizinische Heilbehandlungen beschränkt und es kaum sekundärpräventive Zugänge und langfristig haltbare Lösungsansätze gibt. Dabei würden alle Beteiligten davon profitieren: die Beschäftigten durch den Erhalt der Arbeitsfähigkeit und des Ar-

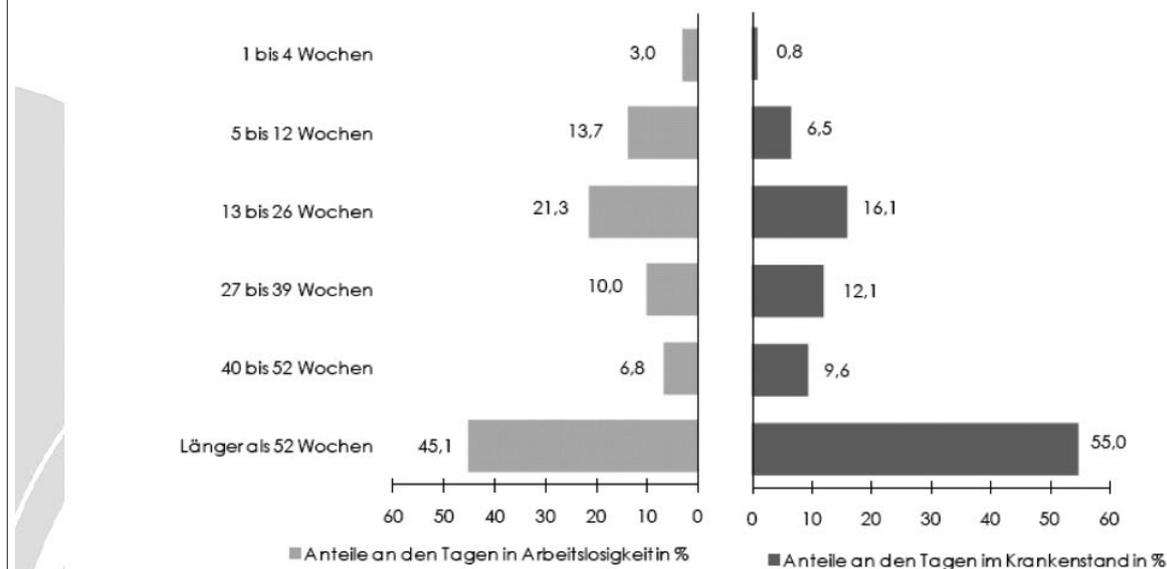
Durchschnittliche Anzahl der Krankenstandstage 2008

	Beschäftigte	Arbeitslose*
Männer	13,0	30,5
Frauen	11,9	34,9
Gesamt	12,5	32,5

LeistungsbezieherInnen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe, Pensionsvorschüssen, Übergangsgeld sowie SchulungsteilnehmerInnen.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Tagungsunterlagen

Arbeitslosigkeit- und Krankenstandsvolumen nach Dauer der Arbeitslosigkeit, OÖ 2006



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

beitsplatzes und die Betriebe durch den leistungsadäquaten Einsatz der MitarbeiterInnen und die Reduktion der Krankenstandstage und Ausfallzeiten.

Möglichkeiten und Wirkungen von Sekundärprävention

Im Anschluss präsentierte *Andrea Egger-Subotitsch* die Ergebnisse der Evaluierung des Projekts „SAG – Service Arbeit und Gesundheit“ des BBRZ Österreich. Ziel der Sekundärprävention ist, so die beim Institut abif tätige Arbeitspsychologin, die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und die Vermeidung der Chronifizierung bereits vorhandener Krankheiten und Schädigungen. Internationale Definitionen (z.B. WHO, EU) betonen das Ziel der Teilhabe an der Gesellschaft und im Arbeitsleben, das heißt Partizipation durch Verhinderung von Krankheiten oder Schädigungen bzw. Partizipation trotz dieser. Im Projekt „Service Arbeit und Gesundheit“ sollen seit 2001 nach dem Prinzip der „early intervention“ bereits beim ersten Auftreten von möglichen Gefährdungen oder gesundheitlichen Problemen, die sich langfristig auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, individuelle Strategien gefunden werden, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Das können zum Beispiel Veränderungen am Arbeitsplatz, der Arbeits-

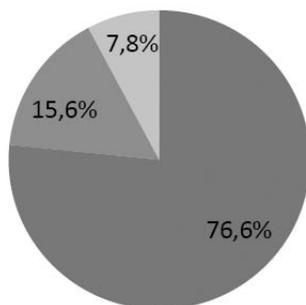
tätigkeit, der Arbeitszeit oder des Berufes sein. Das Sozialforschungsinstitut abif führte 2009 eine Evaluierung der letzten vier Jahre durch, in denen über 1.000 Einzelpersonen und mehr als 50 Betriebe beraten wurden. Dabei wurde den Wirkungen und Wirkungsweisen des Case-Managements für Menschen in Arbeit und Arbeitslosigkeit nachgegangen.

Es konnten mehrheitlich positive Effekte ermittelt werden: Gut zwei Drittel der beratenen Erwerbstätigen können heute ihre Arbeit besser bewältigen und führen dies ganz oder teilweise auf die Beratung zurück. Die Beratenen empfinden ihre (neue) Tätigkeit als weniger belastend und fühlen sich heute – ein bis drei Jahre nach der Beratung – weniger eingeschränkt in der Arbeit. Insofern nehmen sie auch gegebenenfalls Einbußen beim Einkommen in Kauf, die z.B. aufgrund des (empfohlenen) Wechsels von einer Vollzeit- in eine Teilzeitbeschäftigung entstehen. Bei rund einem Viertel kann der Job aufgrund der Beratung erhalten werden, bei gut 40 Prozent der ehemals Erwerbslosen und nun wieder Erwerbstätigen ist die Beratung ausschlaggebend für die neuerliche Erwerbstätigkeit oder trägt zum Jobfinding bei.

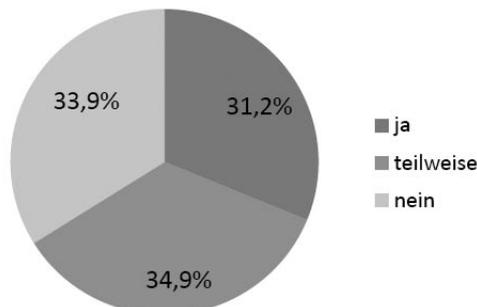
Wirkung Klient/innen

Berufliche Tätigkeit gesundheitlich belastend

Vor der Beratung



Heute



Beitrag der Beratung zur Verbesserung: nein 28%, teilweise 34%, ja 38%

Quelle: TeilnehmerInnenbefragung, n=154/109 (nur zum jeweiligen Zeitpunkt Erwerbstätige).

Andrea Egger-Subotitsch



„Reden und Bewegen“

Nach der Pause wurde eine Reihe von Good Practice Projekten zur Gesundheitsförderung für Arbeitssuchende und Transitarbeitskräfte vorgestellt. ASKÖ-Mitarbeiter *Christian Fessl* informierte über das Projekt „Fit-Start. Fitnessorientierte Gesundheitsförderung für Arbeitssuchende“. Das von der Bewegungsinitiative des Sportministeriums „Fit für Österreich“ und vom Fonds Gesundes Österreich geförderte Projekt wollte von November 2006 bis März 2010 herausfinden, ob und wie Arbeitssuchende durch gemeinsame körperliche Aktivitäten gestärkt werden können. „Reden und Bewegen“, am besten mit Freunden, wurde als Formel für den Zugang zu Arbeitssuchenden gefunden, um ihre Gesundheit und Job-Fitness zu fördern. Ziel des Projekts war die niederschwellige körperliche Aktivierung Arbeitssuchender, um die vielfältigen bio-psycho-sozialen Wirkungen positiv erlebter, freiwilliger körperlicher Aktivitäten als Gesundheitsressource zu nützen.

Netzwerkpartner, wie z.B. AMS-BetreuerInnen und TrainerInnen von Trägerorganisationen, informierten die Arbeitssuchenden über das Angebot. Bei diesen Fit-Start-Treffs war rasch zu erkennen, dass die psycho-sozialen und gruppenspezifischen Faktoren im Vordergrund stehen und weniger klassische Trainings-

ziele. Gruppenorientierte, freudvolle Bewegung soll zunächst aus der Isolation herausführen, Kontakte erzeugen, die Lust an der Bewegung erfahren lassen, um durch soziale Beziehungen einen Zugang zu regelmäßigen körperlichen Aktivitäten zu bekommen.¹

Gesundheitsförderung in der Archäologie

Beim von *Martina Öhlinger* vorgestellten Projekt BALANCE handelt es sich um ein innovatives Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung im Bereich der Archäologie, das über einen Zeitraum von zwei Jahren umgesetzt wird. Im Zentrum des Projekts steht der Verein ASINOE (Archäologisch-Soziale Initiative Niederösterreich). Die Zielgruppe des Projekts sind arbeitssuchende Personen, die kurzfristig (maximal ein Jahr) im Beschäftigungsprojekt ASINOE beschäftigt sind, weiters das Kernteam und die Führungskräfte von ASINOE sowie das archäologische Personal in Österreich insgesamt.

Begleitend dazu wird in Kooperation mit der Fachhochschule St. Pölten und dem Institut für Ur- und Frühgeschichte eine anwendungsorientierte Studie umgesetzt. Ziel von BALANCE ist es, ein attraktives und gesundes Arbeiten bei ASINOE zu ermöglichen und eine Sensibilisierung des Berufsfelds Archäologie für das Thema Gesundheit zu erreichen. Hierfür wur-

den drei Subprojekte definiert. Für die Maßnahmenumsetzung sorgen ExpertInnen und TrainerInnen, welche u.a. von den KooperationspartnerInnen AUYA und der niederösterreichischen Gebietskrankenkassa vermittelt werden, die gemeinsam mit dem Fonds Gesundes Österreich und dem AMS Niederösterreich die finanziellen Mittel für das Projekt bereitstellen.

Förderung der persönlichen Gesundheitspotenziale

Alexandra Ertelthaler von der ösb consulting GmbH präsentierte neben zwei weiteren Initiativen das Projekt *Most.VITAL*, das von drei arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (Transjob, Unida services, Job) in Form einer gemeinsamen Projektgesellschaft im Zeitraum von Jänner 2009 bis Dezember 2010 durchgeführt wird. Diese Organisationen beschäftigen und qualifizieren am Arbeitsmarkt benachteiligte Personen (beispielsweise Langzeitbeschäftigungslose, WiedereinsteigerInnen) für maximal ein Jahr. Ziel ist deren dauerhafte Integration in den Arbeitsmarkt. Im Durchführungszeitraum des Projektes *most.VITAL* werden ca. 600 „arbeitsmarktferne“ Personen in den Einrichtungen beschäftigt und qualifiziert. Diese werden von ca. 50 Fachkräften (SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, ArbeitsanleiterInnen) unterstützt. Das Projekt dient zur Entwicklung von Methoden und Strukturen für die nachhaltige Förderung der salutogenen Potenziale der Organisationen sowie der persönlichen Gesundheitspotenziale aller MitarbeiterInnen. Diese sollen zum gesundheitsförderlichen Verhalten befähigt werden und für Zusammenhänge von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sensibilisiert werden. Dabei spielen Fach- und Führungskräfte eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsbildung. Sie schaffen die gesundheitsförderliche Umgebung und geben gesundheitsförderliche Impulse in unterschiedlichen Bereichen. Basierend auf einer schriftlichen Ist-Erhebung mit eigens entwickelten Fragebögen sowie Gesundheitszirkeln werden zahlreiche Maßnahmen umgesetzt. So werden ca. 100 Workshops in den Bereichen Ernährung, psychosoziale Gesundheit und Bewegung in die Personenentwicklung integriert und den MitarbeiterInnen zur Verfügung gestellt. An einigen Standorten wurde eine „Vitaltankstelle“ errichtet, wo MitarbeiterInnen Obst, Wasser und Informationen zur Gesundheitsförderung erhalten.

Zusätzlich wird durch die Vernetzung der oben angeführten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen mit regionalen Einrichtungen der Gesundheitsförderung der Zugang für arbeitsmarktfernen Zielgruppen zu diesen erleichtert und die Nachhaltigkeit gefördert. So bie-

ten beispielsweise Freibäder, Kinos, Fitnesscenter sowie Bioläden spezielle Konditionen für MitarbeiterInnen an, welche diese über die *most.VITAL*-Karte in Anspruch nehmen können. Das Projekt wird aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich, des Arbeitsmarktservice Niederösterreich und der niederösterreichischen Gebietskrankenkassa gefördert.

Expertise Betroffener

Der Untertitel des von der Arbeitspsychologin Hedwig Presch vorgestellten Projekts *„Würde oder Stress“* heißt *„Solidarische Gesundheitsförderung durch kompetente Erwerbsarbeitslose“*. Es geht dabei um die Expertise derer, die, so Presch, meist als „Betroffene“ passiviert oder als „Hängemattenliegende“ diffamiert werden. Gesundheitszirkel (GZ) sind das Kernstück des Projekts. Die Erhebungen werden ergänzt durch Recherchen der GZ-AkteurInnen und eine Online-Befragung. In einer Arbeitslosenkonferenz werden die Ergebnisse diskutiert und den Erwerbsarbeitslosen/initiativen zur Verfügung gestellt.

„Würde oder Stress“ weist laut Presch folgende Besonderheiten auf:

- Das Projekt wird von Arbeitslosen durchgeführt.
- Die Expertise der Arbeitslosen wird ernst genommen, d.h. die „AkteurInnen“ der Gesundheitszirkel sind mehr als Teilnehmende – sie sind GestalterInnen.
- Die Lösungsvorschläge zur Reduktion der Belastungen sind vielgestaltig, die Verhältnisprävention kann aber nur zu einem geringen Anteil im Kreis der Beteiligten durchgeführt werden. Ganz wesentliche Forderungen richten sich an die „Versicherung(s)/gesellschaft“.
- Zu den wichtigsten Ressourcen der Erwerbsarbeitslosen zählen soziale Netze (auch der Selbstorganisation) sowie die eigenzeitliche Gestaltung einer Produktivität, die weitgehend außerhalb der Erwerbsarbeit geschieht.
- Die Wege der Umsetzung müssen erst gefunden werden. Dazu verlässt sich das Projektteam auf gesundheits- und demokratieförderliche Strukturen, nämlich auf die Säulen der Zivilgesellschaft – auf Selbstorganisation, auf soziale Bewegungen, auf NGOs – und auf Vernetzung. Diese Strukturen sind durch die Projektergebnisse zu stärken.
- Die Grazer Arbeitsloseninitiative AMSEL evaluiert das Projekt.

Das Projekt wird seitens der Zielgruppe sehr gut angenommen, da es, so Presch, „nicht im AMS-Zwangs-

kontext“ stattfindet. Dem AMS und den von diesem lancierten aktivierenden Maßnahmen steht Presch sehr kritisch gegenüber. Denn dieses würde von den Betroffenen vor allem als Kontrollinstanz wahrgenommen.

Reintegration suchtkranker Personen

Der Verein *„Grüner Kreis“* wurde vor fast 30 Jahren von Primar Pernhaupt gegründet und beschäftigt sich mit der Behandlung suchtkranker Personen. Die Behandlungspalette reicht, so der psychotherapeutische Leiter der Einrichtung, *Robert Muhr*, von anonymen Beratungen über ambulante Therapien bis hin zu stationären Langzeitbehandlungen, die in Form von *„Therapeutischen Gemeinschaften“* geführt werden. Spezielle Programme stellt der Verein für Jugendliche, Eltern mit Kindern, PatientInnen mit Mehrfachdiagnosen und seit vorigem Jahr auch für Substituierte KlientInnen zur Verfügung. Hauptaugenmerk liegt auf der (Re-)Integration der KlientInnen in die Gesellschaft. Den Schwerpunkt stellt dabei die berufliche Wiedereingliederung dar. Arbeitstherapie, allgemeine Bildung und fachliche Aus- und Weiterbildung sollen es allen KlientInnen ermöglichen, in Jobs (wieder) Fuß zu fassen. Neben eigenen Ausbildungen (derzeit im Hotel- und Cateringbereich, geplant im Bereich Office) während der Zeit der stationären Behandlung werden in Zusammenarbeit mit Bildungsinstitutionen und der Wirtschaft Weiterbildungen, wie Schul- und Lehrabschlüsse, aber auch Praktika in Berufsfeldern, forciert. Auch ein in Kooperation mit dem AMS durchgeführtes Transitarbeitsprogramm im Anschluss an die stationäre Behandlung soll den KlientInnen einen relativ *„leichten“* Übergang in das Alltagsgeschehen mit Nachbetreuung ermöglichen. Preisgünstige Wohnmöglichkeiten ergänzen das Programm.

Ausblick

Die abschließende Diskussion drehte sich zu einem Gutteil um das Thema freiwillige Teilnahme an versus zwangsweise Zuweisung zu AMS-Kursen, wobei die Standpunkte dazu sowohl am Podium wie auch im Plenum sehr unterschiedlich waren. Andrea Egger-Subotitsch wies darauf hin, dass auch Kurse mit freiwilligem Zugang sehr gut angenommen würden und erfolgreich seien. Barbara Haider-Novak hält die AMS-Maßnahmen grundsätzlich für sinnvoll, konzidierte aber, dass diese bei den Zielgruppen oft anders ankommen als intendiert. Auch sie hält den freiwilligen Zugang für die bessere Option, diese sei aber nicht überall umsetzbar. Aus dem Publikum kam der Vorschlag, arbeitslose Personen wie anderswo mit Bildungsgutscheinen zu fördern. Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass es

diese Möglichkeit grundsätzlich auch hierzulande gibt (sog. Kurskostenförderfälle), und für eine Ausweitung derselben plädiert.

Klaus Ropin vom Fonds Gesundes Österreich gab zu bedenken, dass Vertrauen und Wertschätzung zur Steigerung der Gesundheit wesentlich sind. Insofern sei es sinnvoll, die Fähigkeiten und Interessen der KursteilnehmerInnen zu erheben. Ropin trat weiters dafür ein, dass man auch Phasen der Saisonarbeitslosigkeit offiziell für die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen nutzen können sollte.

Bernhard Sundl von der Caritas Österreich wies darauf hin, dass für die von (Langzeit-)Arbeitslosigkeit Betroffenen oft andere Probleme vorrangiger seien als die Gesundheit. So stünden in Krisensituationen zunächst der Wohnungserhalt und die Möglichkeit, Geld zu verdienen, im Vordergrund. In diesen Fällen obliege es dem Maßnahmenträger, auch auf die Gesundheit der TeilnehmerInnen zu schauen. *„Zuerst fördern und dann erst fordern“* sollte die Devise sein.

Aus dem Publikum wurde kritisiert, dass das Thema zu sehr am Individuum festgemacht werde und gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Ursachen unterbelichtet blieben. Weiters wurde darauf hingewiesen, dass ein restriktiver Umgang mit arbeitslosen Personen weitreichende Folgen hat: Denn wer sich vor Arbeitslosigkeit fürchtet, akzeptiert auch eher krankmachende Arbeitsbedingungen. [hs]

Anmerkung

- 1 Weitere Informationen unter http://www.askoe.at/files/doc/FST-Informationen/fit-start-20stg_v7.pdf

Infopool: Ältere im Betrieb

Die zunehmende Alterung und die abnehmende Zahl der Erwerbspersonen sowie die Anhebung des Rentenalters bleiben nicht ohne Auswirkungen auf die Betriebe. Es ist eine alter(n)sensible Personalpolitik gefordert, die sich der verändernden Altersstruktur im Betrieb stellt. Der IABInfoPool bietet zum Thema Ältere im Betrieb Literaturhinweise, Volltexte, Informationen über Forschungsprojekte und Institutionen und darüber hinaus externe Links. Es werden die Positionen der Politik, der Verbände und Betriebe sowie die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema deutlich.

<http://infosys.iab.de/infoplattform/thema.asp>

Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit

Ein Vorarlberger Projekt hilft, die Gesundheit sozial Benachteiligter zu verbessern.

Das vom Fonds Gesundes Österreich zu zwei Drittel finanzierte Projekt „... trotz allem gesund“ hat sozial benachteiligte Personen gezielt erreicht und deren Gesundheit verbessert, wurde bei der Vorstellung des Projekts in Wien betont. Drei Vorarlberger Sozialeinrichtungen (Institut für Sozialdienste (IFS)-Familienarbeit, IFS-Schuldenberatung, Vorarlberger Kinderdorf), die im Rahmen ihrer alltäglichen Beratungstätigkeit mit dieser Zielgruppe in direktem Kontakt sind, haben ihren Klient/innen zusätzlich gesundheitsfördernde Angebote gemacht und damit eine Reihe positiver Effekte bewirkt.

Armut macht krank

Armut bedeutet nicht einfach nur, mit etwas weniger Geld als andere über die Runden kommen zu müssen. Armut bedeutet einen drastischen Mangel an Freiheiten und Möglichkeiten in der Gesellschaft. „Wer arm ist, hat mit einer Fülle von Problemen zu kämpfen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken“, betonte *Christoph Hörhan*, der Leiter des Fonds Gesundes Österreich. Betroffene können sich nur eingeschränkt ernähren, abgetragene Kleidung nicht immer ersetzen, die Wohnung nicht ausreichend heizen bzw. keine unerwarteten Ausgaben tätigen. „Wer solch existenzielle Sorgen hat, achtet häufig weniger auf

seine Gesundheit. Die Folge: Sozial Benachteiligte leben ungesunder, erkranken öfter und sterben früher; sie sind deshalb eine vorrangige Zielgruppe des Fonds Gesundes Österreich,“ so Hörhan weiter. Laut einer Untersuchung der Statistik Austria sind in Österreich ca. eine Million Österreicher/innen armuts- und damit auch gesundheitsgefährdet. Doch wie kann man diese wichtige Zielgruppe erreichen? Das vom Fonds Gesundes Österreich mitfinanzierte Projekt in Vorarlberg koppelte gesundheitsfördernde Angebote an die Jugendwohlfahrt und die Schuldenberatung, da sozial Benachteiligte besonders häufig mit diesen Einrichtungen Kontakt haben.

Sozialeinrichtungen widmen sich gesundheitlichen Anliegen

Nach vier Jahren Projektlaufzeit zog *Hubert Löffler*, Projektleiter und Geschäftsführer der IFS-Familienarbeit Feldkirch/Bludenz, eine positive Bilanz: „Wir nutzten den persönlichen Kontakt aus unserer Unterstützungstätigkeit, um das Thema Gesundheit, konkret die Aspekte Ernährung, Bewegung, Rauchen, Trinken, Stressbewältigung etc., anzusprechen. Da die Beratungstätigkeit vor Ort bei den Klient/innen stattfindet, konnten wir die Anregungen auch direkt mit ihnen in die Tat umsetzen, indem wir miteinander gesundheitsbewusst einkaufen gingen und kochten, ein Bewegungsprogramm mit den Kindern erarbeiteten, zum Thema Existenz-Stress und dessen Bewältigung Kleingruppen bildeten etc.“

Durch die gesundheitsfördernden Maßnahmen konnte bei Kindern ein stärkeres Selbstwertgefühl aufgebaut werden und diese berichten über weniger gesundheitliche Beschwerden. Die positiven Effekte bei den erwachsenen Familienmitgliedern: Nach der Beteiligung waren weniger bei der Erfüllung ihrer täglichen Aufgaben gesundheitlich eingeschränkt, die Zufriedenheit mit der Gesundheit und ihrer finanziellen Situation hat sich deutlich erhöht, abgenommen hat der Anteil von Personen mit depressiven Verstimmungen. Das soziale Netz innerhalb der Familie, aber auch außerhalb ist tragfähiger geworden.



von links: Christoph Hörhan, der Leiter des Fonds Gesundes Österreich, Hubert Löffler, Projektleiter und Geschäftsführer der IFS-Familienarbeit VlbG., Peter Kopf, Geschäftsführer der IFS-Schuldenberatung VlbG. Foto: Fonds Gesundes Österreich

Schulden und gesundheitliche Vorsorge

Bei der IfS-Schuldenberatung standen gezielte Fragen nach der Vorsorgeuntersuchung im Zentrum, aber auch Fragen nach dem gesundheitlichen Befinden, z.B. in punkto Schlaflosigkeit, chronischer Kopfschmerzen oder dem Gefühl, ständig überfordert zu sein. Die Mitarbeiter/innen nutzen dabei einen standardisierten Fragebogen, der eine gute Basis für die weiteren Gespräche lieferte. *Peter Kopf*, der Geschäftsführer der IfS-Schuldenberatung, berichtete von einem Beispiel aus der Beratungspraxis: "Ein Betroffener, 48 Jahre alt, 85.000 Euro Schulden (Auto, Wohnung, Scheidung, Unterhalt) bei elf Gläubigern, klagt über ständige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Stimmungsschwankungen, und gibt an, "öfter mal einen über den Durst" zu trinken. Mit der Regelung der Schulden durch einen Privatkonkurs, den Gesprächen über seinen Gesundheitszustand und der

daraufhin erfolgten Konsultation eines Facharztes schilderte er seine Situation nach diesen Maßnahmen als "um 100.000 Kilo leichter", als das früher war."

Sozial Benachteiligte profitieren am meisten

Die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten hat ein besonders großes Potenzial, da hier noch große Rückstände aufzuholen sind. "Wie der Erfolg des Projektes "... trotz allem gesund" zeigt, braucht es dabei eine gemeinsame Anstrengung von verschiedenen gesellschaftlichen Akteuren. Das ist die Voraussetzung, damit ein Beitrag zur Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit geleistet werden kann," resümierte Christoph Hörhan.

Quelle: Franz Abbrederis: Um 100.000 Kilo leichter. IfS-Pressemitteilung, 28.09.2009

Infowebseite zu psychosozialen Belastungen

Im Rahmen eines Wahlpflichtkurses konnten sich Studierende aus dem Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit der Hochschule Darmstadt (h_da) mit den verschiedenen Formen psychosozialer Belastungen auseinandersetzen. Entstanden ist daraus „Stoppt die Mobber“, eine wissenschaftlich fundierte Informationswebsite für Betroffene und in die Thematik Involvierte.

Unter der Leitung von Annemarie Rettenwander und Wolfgang Thau arbeiteten sich vierzehn Studierende in die Thematik ein. Zu Beginn ihrer Arbeiten hatte sich die Forschergruppe auf jene psychosozialen Belastungen konzentriert, die besonders weit verbreitet scheinen: Stress und Burnout als Folge übermäßigen Engagements sowie die unterschiedlichen Formen des psychischen Terrors am Arbeitsplatz. „Man findet viel im Netz zu diesem Thema, mit unserer Seite möchten wir durch wissenschaftlich belegte Informationen Orientierung geben“, definiert Wolfgang Thau die Funktion der Seite. Zahlreiche Quellennachweise sowie ergänzende Links sollen dem Leser die Möglichkeit bieten, sich weitergehend zu informieren.

„Schnell wurde uns klar, dass wir unser Themenspektrum erweitern müssen“, sagt Annemarie Rettenwander. Stress und Mobbing im Studium sind nun weitere Schwerpunkte gewidmet und insbesondere dem Cyberbullying, dem Psychoterror durch elektronische Medien: etwa in sozialen Netzwerken im Internet oder via SMS. „Das Besondere am Cyberbullying ist, dass Betroffene nicht mehr nur am Arbeitsplatz, sondern rund um die Uhr den Tätern ausgeliefert sind“, sagt Wolfgang Thau.

„Psychosoziale Probleme sind inzwischen hauptverantwortlich für Krankenstände und Frühverrentung“, ordnet Annemarie Rettenwander die Brisanz der Thematik ein. Umso wichtiger sei es, angehende SozialpädagogInnen oder SozialarbeiterInnen für die Thematik zu sensibilisieren. Zudem sei es unerlässlich, auch Führungskräfte so zu schulen, dass sie ihre Aufgaben professionell und verantwortungsvoll wahrnehmen, damit größere Konflikte oder Mobbing gar nicht erst auftreten. Mobbing-Opfer würden hingegen oft als Querulanten abgestempelt, dabei seien in der Regel interne Strukturdefizite verantwortlich für das Problem.

www.stopptdiemobber.h-da.de

Undurchsichtige Bankgebühren

Laut einem Bericht der Europäischen Kommission ist die Art und Weise, wie die Banken ihre Kunden informieren und beraten, sehr häufig kritikwürdig. Vor allem die häufig schwer verständlichen Informationen, undurchsichtige Bankgebühren, Probleme mit der Beratung und die geringe Bereitschaft der KundInnen zum Wechseln der Bank werden als problematisch genannt. Österreich gehört zu den Ländern, in denen Bankdienstleistungen am teuersten sind.

Anlässlich der Veröffentlichung des Kommissions-Berichts über Finanzdienstleistungen für Privatkunden im September des Vorjahres erklärte die vormalige EU-Verbraucherschutzkommissarin Meglena Kuneva: „Die Banken lassen ihre Privatkunden hängen. Es gibt zahlreiche Hinweise, dass grundlegende Prinzipien des Verbraucherschutzes verletzt werden; die Probleme reichen von komplizierter Preisgestaltung über versteckte Kosten bis hin zu unklaren und unvollständigen Informationen. Die Banken müssen hier ihre Hausaufgaben machen und ihren Kunden ganz anders entgegenzutreten, als sie es bisher getan haben. Und die Behörden der Mitgliedstaaten müssen ihrer Pflicht zur Durchsetzung des EU-Verbraucherrechts nachkommen.“ Und der vormalige für den Binnenmarkt zuständige Kommissar Charlie McCreevy stellte fest: „Diese Untersuchung des Verbrauchermarkts zeigt die Schwierigkeiten der Verbraucher als Privatkunden der Anbieter von Finanzprodukten und -dienstleistungen. Die Kommission ist entschlossen, gegen diese Probleme vorzugehen. Dies bedeutet, dass wir Transparenz durch verständliche und vergleichbare Informationen durchsetzen und grundlegende Bestimmungen für das Geschäftsgebaren festlegen wollen. Da die Bürger Europas nach wie vor die Auswirkungen der Wirtschaftskrise spüren, ist diese Arbeit wichtiger denn je.“

Die Berichte

Als Follow-up zum Verbraucherbarometer 2008 hat die Kommission am 22.09.2009 ein Arbeitspapier der Kommissionsdienststellen mit dem Titel „*Follow-up-Bericht zum Verbraucherbarometer – Finanzdienstleistungen für Privatkunden*“ veröffentlicht.¹ Dazu gehört eine unabhängige Studie, in der die Kontogebühren von 224 Banken analysiert wurden, die durchschnittlich 81 Prozent des EU-Markts abdecken.

bühren von 224 Banken analysiert wurden, die durchschnittlich 81 Prozent des EU-Markts abdecken.

Die Ergebnisse

1. Undurchsichtige Bankgebühren

Die Gebührenstrukturen von Girokonten sind oft undurchsichtig. Nahezu jeder dritte befragte Verbraucher ist nicht in der Lage, Girokontoangebote zu vergleichen.

Online abrufbare Preisangaben sind unvollständig. In zwei von drei Fällen (66%) mussten die ExpertInnen, die den Bericht über die Bankgebühren abfassten, zusätzliche Auskünfte bei den Banken einholen, um die Angaben zu den Gebühren zu klären. Doch selbst dann gaben die Banken in vielen Fällen nur mündlich Auskunft und weigerten sich, eine Gebührenliste zu schicken. Etwa 10 Prozent der Banken informierten auf ihren Websites nur wenig oder überhaupt nicht über ihre Preise; bei weiteren 33 Prozent waren die Angaben zu den Gebührensätzen unvollständig.

In manchen EU-Ländern sind Girokonten wesentlich teurer als in anderen. Ein Konto mit durchschnittlich vielen Kontobewegungen kann in Italien bis zu 253 Euro und in Bulgarien nur 27 Euro kosten. Bei Kunden, die ihr Konto besonders intensiv nutzen, springt der Unterschied noch stärker ins Auge: Hier reicht das Spektrum von einem Minimum von 28 Euro in Bulgarien bis zu Rekordkosten von 831 Euro in Italien. Auch wenn man das unterschiedliche Preisniveau in den beiden Ländern in Rechnung stellt, ist die Differenz noch gravierend. Österreich, Frankreich, Italien und Spanien schneiden bei der Transparenz besonders schlecht ab und gehören zu den Ländern, in denen Bankdienstleistungen am teuersten sind. In Bulgarien, den Niederlanden, Belgien und Portugal sind die Kontoführungsgebühren am niedrigsten. Es fällt auf, dass in Ländern mit undurchsichtigen Preisstrukturen die VerbraucherInnen meist mehr für ihre Bankkonten zahlen.

2. Information und Beratung

Die Informationen, welche die VerbraucherInnen vor dem Abschluss eines Vertrags erhalten, sind für diese vielfach nur schwer zu verstehen; unverständliche und unzureichende Informationen stellen das Haupthindernis für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Finanzdienstleistungen dar. 79 Prozent der EU-BürgerInnen wollen klare und vergleichbare standardisierte Informationen, wie sie beispielsweise die Richtlinie über Verbraucherkredite vorschreibt.

Es gibt immer mehr Belege dafür, dass die VerbraucherInnen oft nicht angemessen beraten werden, wenn es um Finanzdienstleistungen geht. So zeigen die Daten für Deutschland beispielsweise, dass die VerbraucherInnen 50 bis 80 Prozent aller langfristigen Geldanlagen wegen unzureichender Beratung vorzeitig kündigen. Dadurch entsteht ein Verlust von schätzungsweise 20 bis 30 Mrd. Euro pro Jahr.

Mitunter kennen die VerkäuferInnen von Finanzprodukten ihre eigenen Produkte nicht gut genug, um die VerbraucherInnen richtig beraten zu können. Die Angestellten der Banken befinden sich oft in einem inhärenten Interessenskonflikt.

3. Wechsel zu einer anderen Bank

Bei Girokonten haben in den Jahren 2007 und 2008 nur 9 Prozent der KundInnen die Bank gewechselt. Zum Vergleich: Bei den Autoversicherungen haben 25 Prozent den Anbieter gewechselt.

Schlussfolgerungen

Die Untersuchung dient der Kommission als Grundlage für ihre weiteren Maßnahmen im Bereich der Finanzdienstleistungen für PrivatkundInnen. Die EU-

Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken verbietet schon jetzt Praktiken, die eine Irreführung oder Beeinflussung der VerbraucherInnen darstellen, weil ihnen z.B. Informationen über Bankkonten vorenthalten werden oder diese Informationen derart unzureichend sind, dass durchschnittliche Verbraucher nicht erkennen können, welche Kosten wirklich auf sie zu kommen. Die Mitgliedstaaten sind verpflichtet, diese Rechtsvorschriften im Bereich der Finanzdienstleistungen durchzusetzen. Seit 1. November 2009 gelten zudem brancheninterne gemeinsame Prinzipien, die den InhaberInnen von Bankkonten den Wechsel zu einer anderen Bank erleichtern sollen. Die Kommission wird die Umsetzung dieser Prinzipien – zumal sie bloß freiwilligen Charakter haben – aufmerksam beobachten.

Quelle: Europäische Kommission, Press Releases, IP/09/1341, Brüssel, 22.09.2009

Anmerkung

1 Der Bericht mit detaillierten Angaben zum Vergleich der EU-Staaten ist abrufbar unter:

http://ec.europa.eu/consumers/rights/fin_serv_en.htm

Integrationspotenziale im ländlichen Raum

Eine Mitte September in Darmstadt abgehaltene Fachtagung diskutierte erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts zur Integration von MigrantInnen in kleinen Städten und Landkreisen.

Die Integration von Migranten und Migrantinnen ist nicht nur ein Großstadthema, auch in den ländlichen Regionen ist die Integration der dort lebenden Zuwanderergruppen ein zentrales Anliegen der Kommunen. Im Vergleich zu den Großstädten sind jedoch noch Defizite in der strukturellen Einbettung der Integrationsaufgaben und geringe institutionelle, finanzielle und personelle Ressourcen dafür feststellbar. Der Erfolg der Integrationsarbeit hängt dadurch weit mehr als in größeren Kommunen vom Engagement, der politischen Durchsetzungskraft und der Vernetzungsfähigkeit von Einzelpersonen ab. Insgesamt stellt sich in den kleinen Städten im ländlichen

Raum die Frage nach den Möglichkeiten, die Beratungs- und Förderinfrastruktur mit den vorhandenen Ressourcen bei einer vergleichsweise niedrigen Zuwandererquote aufrecht zu erhalten.

Integration mit geringen Ressourcen

Über die Potenziale der „Integration mit geringen Ressourcen“ diskutierten im Rahmen der Fachtagung „Angebotsstrukturen für Integration im ländlichen Raum“ am 15. und 16. September im Schader-Forum in Darmstadt rund 200 AkteurInnen aus Wissenschaft und Praxis aus ganz Deutschland. Die Fachtagung wurde im Rahmen des Forschungs-Praxis-Projektes „Integrationspotenziale in kleinen Städten und Landkreisen“ abgehalten, das die Schader-Stiftung seit Anfang 2009 durchführt. Die erste Halbzeit des Projekts sei vor allem wegen der unterschiedlichen Erfahrungen der teilnehmenden Städte und Landkreise „spannend und lehrreich“ gewesen, sagte Sabine Süß, Geschäftsführende Vorständin der Schader-Stiftung. Sie hob hervor, dass trotz des bereits Erreichten der begonnene Prozess fortgesetzt werden müsse. Kommunale Integrationspolitik bedürfe einer ausreichenden bundespolitischen Unterstützung.

Ein Potenzial des ländlichen Raums ist die soziale Nähe, „jeder wird gesehen“. Nähe ist aber häufig verbunden mit einer starken Kontrolle, die zur sozialen Ausgrenzung führen kann. Gabriele Hauser, für Integration zuständige Abteilungsleiterin im Bundesinnenministerium, stellte fest, Vielfalt gehe zunächst mit einem Verlust von sozialer Bindung einher. Vertrauen müsse wachsen, deshalb seien gemeinschaftliche Aktivitäten wichtig für das Zusammenleben.

Ein offener Umgang mit den Problemen bei Intergruppenkonflikten verändere die Kleinstadtgesellschaft und könne Grundlage für positive Integrationsprozesse sein, berichtete Jörg Hüttermann, Konfliktforscher der Universität Bielefeld, aus seiner Studie „*Eskalations- und Integrationspotenziale in Kleinstädten der Einwanderungsgesellschaft*“. Integration sei mehr als die Einbeziehung von zugewanderten Individuen in Schule, Beruf und Sozialstaat.

Der Kulturanthropologe Heinz Schilling aus Frankfurt betonte, dass Menschen sich umso mehr mit einem Ort als Heimat identifizierten, je mehr Befriedigungsmöglichkeiten sie für sich in einem gegebenen Raum erkennen könnten. „Über Sprache definiert sich Zugehörigkeit“, so Hilal Sezgin, Publizistin und Buchautorin, in ihrem literarischen Beitrag. Die Tagungsteilnehmer und -teilnehmerinnen waren sich darin einig, dass das Erlernen der deutschen Sprache von zentraler Bedeutung für die Integration ist.

Integrations- und Beratungsangebote dezentral verankern

„Schon aus Eigeninteresse sind wir als vom Strukturwandel betroffene ländliche Region auf Zuwanderung angewiesen und stellen deshalb Integration ins Zentrum unserer Politik“, so Michael Busch, Landrat des Kreises Coburg als Vertreter einer am Projekt teilnehmenden Kommune. Dabei komme es vor allem darauf an, klare politische Verantwortungsstrukturen für Integration zu etablieren und Integrations- und Beratungsangebote dezentral in den Sozialräumen zu verankern. „Integration findet vor Ort statt. Sie gelingt vor Ort, aber ihre Defizite sind zuerst auch vor Ort, in den Kommunen und Quartieren spürbar“, betonte Michael Griesbeck, Vizepräsident im Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF).



v.l.n.r.: Michael Busch, Landkreis Coburg, Michael Griesbeck, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Gabriele Hauser, Bundesministerium des Innern, Sabine Süß, Schader-Stiftung, Klaus Ritgen, Deutscher Landkreistag, Ulrich Mohn, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Andreas Kapphan, Migrationsbeauftragter der deutschen Bundesregierung, Ralf Zimmer-Hegmann, ILS Dortmund. Foto: Michael Frank

Dies unterstrichen Heike Liebmann, Leibniz-Institut für Regionalentwicklung und Strukturplanung (IRS), und Ralf Zimmer-Hegmann, ILS - Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung, die das Projekt forschend begleiten. Auch wenn im ländlichen Raum mangelnde integrationspolitische Strukturen, schlechte Erreichbarkeiten und Mobilitätsdefizite wichtige Integrationshemmnisse darstellen, sei der gesamtgesellschaftliche Wille Grundvoraussetzung für gelingende Integration. Politik habe eine zentrale Vorbildfunktion: Wichtig sei vor allem, dass die Bürgermeister das Thema „Integration“ zu ihrer Sache machten.

Vergleichende Untersuchung

Das Forschungs-Praxis-Projekt „Integrationspotenziale in kleinen Städten und Landkreisen“ ist eine deutschlandweit vergleichende Untersuchung in zwölf Kommunen aus acht Landkreisen und bearbeitet grundsätzliche Fragestellungen der Integration von Zuwanderern in den Klein- und Mittelstädten der ländlich geprägten Räume. Ziel ist die Analyse der Bedingungen und die Ermittlung der jeweiligen Potenziale für die Integration von Zuwanderern. Das Projekt wird von der Schader-Stiftung in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), dem Deutschen Städte- und Gemeindebund und dem Deutschen Landkreistag durchgeführt.

Quelle: Pressemitteilung der Schader-Stiftung, 17.09.2010.

Der allmähliche Rückzug des Sozialstaats

Auf den ersten Blick ist die Idee der „Tafel“, wie sie unter anderem im Jenaer Tafelhaus (siehe Foto) verwirklicht wurde, faszinierend: Viele freiwillige Helfer verteilen überschüssige Lebensmittel an Bedürftige. Den sozial Benachteiligten wird so geholfen, die Lebensmittel müssen nicht entsorgt werden. Der Soziologe Stephan Lorenz von der Universität Jena hat jedoch einen zweiten Blick auf die Idee der Tafel geworfen und kritische Befunde erhalten.

„Die Frage steht im Raum, ob die Tafeln Teil der Lösung oder nicht eher Symptom des Problems einer zunehmenden gesellschaftlichen Spaltung sind“, sagt Lorenz. Beweist ihre Arbeit doch das Vorhandensein massenhafter Überschüsse. Aber eben auch, dass viele Menschen sehr weitgehend von Arbeit und Konsum ausgeschlossen sind. Menschen, die in der Überflusgesellschaft im täglichen Überlebenskampf stehen. Zudem bestehe die Gefahr eines weitergehenden Rückzuges des Sozialstaats: „Die Tafeln übernehmen faktisch sozialstaatliche Aufgaben, ohne dass ein Rechtsanspruch auf ihre Leistungen besteht.“

Die Idee der Tafeln kommt aus den USA. Dort entstanden die ersten Initiativen in den 1960er Jahren. Seit Mitte der 1980er Jahre fasste die Idee in Europa Fuß: Die ersten „Food Banks“ wurden in Frankreich gegründet. In Deutschland gibt es Tafeln seit 1993, als die erste in Berlin ihre Arbeit aufnahm. „Inzwischen gibt es bundesweit ungefähr 900 Tafeln und ungezählte ähnliche Initiativen“, sagt Lorenz. Zum Stammpublikum der Tafeln zählen EmpfängerInnen von Sozialleistungen wie Arbeitslosengeld II, meist verkürzt als Hartz IV-Empfänger bezeichnet. Ungefähr eine Million Menschen nutzen in Deutschland die Angebote der Tafeln regelmäßig.

Mit den Änderungen der Arbeitsmarktpolitik im Zuge der Agenda 2010 sei die Verantwortung für Arbeitslosigkeit verstärkt den Einzelnen selbst

zugeschrieben worden, konstatiert Stephan Lorenz. „Obwohl schlicht die Stellen fehlen, wirft man Arbeitslosen jetzt eher Leistungsverweigerung oder fehlende Motivation vor“, sagt der Soziologe. Um den Erwerbslosen Anreize zu bieten, sich wieder um eine Anstellung zu bemühen, wurden die sogenannten Ein-Euro-Jobs geschaffen. So kommt es sogar zu der kuriosen Situation, dass Ein-Euro-Jobber inzwischen vielerorts helfen, den reibungslosen Betrieb der Tafeln aufrecht zu erhalten.

Gemeinsam mit zahlreichen Autoren und Jenaer Kolleginnen hat Stephan Lorenz jetzt das Buch „TafelGesellschaft. Vom neuen Umgang mit Überfluss und Ausgrenzung“ vorgelegt. Es vereint Aufsätze von Wissenschaftlern mit Statements aus Politik, Kirche, Gewerkschaft und sozialer Bewegung. Stephan Lorenz hat zwei Jahre lang mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft über Konsum, Überfluss und Ausgrenzung geforscht. Mit dem Buch möchte er eine möglichst breite gesellschaftliche Debatte über die Tafeln anstoßen.

*Stephan Lorenz (Hg.): TafelGesellschaft
Zum neuen Umgang mit Überfluss und Ausgrenzung
transcript Verlag, Bielefeld 2010
240 Seiten, EUR 22,80 (D)*



Das Tafelhaus in der Jenaer Seidelstraße ist 1996 eröffnet worden. Inzwischen ist es zu klein geworden, um die knapp 1.000 Bedürftigen der Stadt zu versorgen.
Foto: Jan-Peter Kasper/FSU

Frauen als Flüchtlinge

Das Seminar setzt sich mit den Herausforderungen in der Beratung von Flüchtlingsfrauen auseinander sowie mit den Ursachen und psycho-sozialen Folgen ihrer Flucht. Am zweiten Tag wird ein Schwerpunkt auf die Ursachen und Hintergründe von Frauenhandel sowie auf den Umgang mit davon Betroffenen in der Betreuungs- und Beratungspraxis gelegt.

Termin: 3. Dezember 2010, 9.30 – 17.00 Uhr, 4. Dezember 2010, 9.30 – 12.30 Uhr
Ort: asylkoordination österreich, 1080 Wien, Laudongasse 52/9
Anmeldung: Tel. 01 5321291 14, Fax DW 20, Mail: kremla@asyl.at. Seminarbeitrag: 110 Euro

Deeskalation und Konfliktintervention

In dem vom pädagogischen Leiter des Friedensbüros Salzburg, Ingo Bierlinger, geleiteten Seminar geht es um das Erkennen von Konfliktmechanismen sowie um das Erarbeiten deeskalierender Interventionsformen und Möglichkeiten der weiteren Konfliktbearbeitung bzw. der Prävention. Augenmerk wird dabei vor allem auf die Frage der Auslöser und deren Rolle für die Prävention gelegt.

Termin: 6. Dezember 2010, 14.00 – 17.00 Uhr, 7. Dezember 2010, 9.30 – 17.00 Uhr
Ort: asylkoordination österreich, 1080 Wien, Laudongasse 52/9
Anmeldung: Tel. 01 5321291 14, Fax DW 20, Mail: kremla@asyl.at. Seminarbeitrag: 120 Euro

Bildung im Kontext ökonomischer Transformation

Bildung als Humankapital und Bildung als Zukunftsmarkt verändern die Institutionen, die seit der Moderne für die Vermittlung wissenschaftlichen Wissens und für das Anregen von Bildungsprozessen zuständig sind. Im Kontext dieser ökonomischen Transformation sollen sich Bildungsinstitutionen profilieren und zur Wirtschaft hin öffnen, indem sie Partnerschaften mit Unternehmen oder Verträge mit Stiftern und Sponsoren abschließen. Im Vortrag von Andrea Liesner (Hamburg) geht es um die Frage, ob solche public-private-partnerships das öffentliche Bildungswesen stärken oder vielmehr den Trend zur Durchsetzung von Partikularinteressen fördern.

Termin: 9. Dezember 2010, 19.00 Uhr
Ort: Depot, Breite Gasse 3, 1070 Wien

Konflikte in Organisationen

Das Zentrum für Soziale und Interkulturelle Kompetenzen der JKU Linz lädt MediatorInnen, Führungskräfte, BetriebsrätInnen und andere interessierte Personen dazu ein, sich einen Tag lang intensiv dem Umgang mit Konflikten in Organisationen zu widmen. In einer Mischung aus Vorträgen, Workshops, Fallpräsentationen und Diskussionen können neue Perspektiven eröffnet, die eigene Konfliktkompetenz vertieft und das professionelle Netzwerk ausgebaut werden.

Termin: 10. Dezember 2010, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Johannes Kepler Universität Linz
Information/Anmeldung: www.fachtagung-mediation.at

Aktuelle Fragen der politischen Erwachsenenbildung

Rahel Baumgartner und Hakan Gürses (ÖGPB) diskutieren aktuelle Problemfelder und Aufgabengebiete der politischen Erwachsenenbildung vor dem Hintergrund der jüngeren politischen Entwicklungen mit Fokus auf Österreich.

Termin: 15. Dezember 2010, 18.30 Uhr
Ort: Institut für Wissenschaft und Kunst, 1090 Wien, Berggasse 17
Information: www.politischebildung.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, Dr. Bettina Leibetseder,
Dr. Susanna Rothmayer, Dr. Angela
Wegscheider

Wir freuen uns über zugesandte Manuskripte,
die Redaktion behält sich jedoch das Recht
auf Kürzung und Entscheidung über die Veröf-
fentlichung vor. Redaktionsschluss ist jeweils
der 20. des Vormonats. Namentlich gekenn-
zeichnete 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 Kepplinger

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