

kontraste

Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik



GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION
SPEKTRUM
BUCHTIPPS
VERANSTALTUNGEN

3 | Mai 2012

Gesundheitsförderung und Prävention	
Verschärfung von sozialer Benachteiligung und eingeschränkter Gesundheit	4
Neue Gesundheitsziele für Oberösterreich	8
Werbung für Brustkrebsvorsorge	13
Arbeitslosigkeit und Gesundheit	15
Chancen von Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit	22
Frühprävention ist nachhaltig und aussichtsreich	25
Spektrum	
„Fair-Mainstreaming“ an der Universität - eine Unmöglichkeit?	28
Warum sich für andere engagieren?	32
Buchtipps	33
Veranstaltungen	35

Nicht nur das Verhalten, auch die Verhältnisse ändern

Unter früher Förderung bzw. „early childhood interventions“ versteht man ein koordiniertes Ensemble von Interventionen in den ersten Lebensjahren, von der Schwangerschaft bis zum Schuleintritt, das die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen der Familien berücksichtigt. Die Angebotspalette reicht hier von Geburtsvorbereitungs- und Elternbildungskursen über Gesundheitsförderung, Ernährungsberatung und Zahnkariesprävention bis hin zu Spielgruppen und Erziehungshilfen.

Was die Wirksamkeit derartiger Maßnahmen betrifft, erbrachte die Evaluationsforschung eindeutige Ergebnisse: So zeigte ein in Chicago durchgeführter Vergleich geförderter mit nicht geförderten Kindern unter anderem, dass erstere deutlich weniger schulische Nachhilfe benötigen, öfter eine weiterführende Schule besuchen und eine viel niedrigere Kriminalität aufweisen. Auch werden sie seltener von depressiven Stimmungen befallen und neigen weniger häufig zu Drogen- oder Tabakkonsum. D.h. es wurden sowohl positive soziale wie auch gesundheitliche Effekte der Fördermaßnahmen nachgewiesen. Es profitieren davon alle Kinder, jene aus sozial benachteiligten Familien profitieren dabei überproportional.

In Österreich ist das diesbzgl. Angebot zumindest in den Städten relativ breit und vielfältig, Pammer konstatiert dennoch ein Unterangebot an Kindergarten- wie Kinderkrippenplätzen sowie an sonstigen Betreuungsformen. Zudem dürfte das knappe Angebot stärker von Wohlhabenderen genutzt werden, währenddessen der Förderbedarf eher bei sozial Benachteiligten gegeben wäre (vgl. Beitrag S. 22). Damit ist ein generelles Problem der Gesundheitsförderung angesprochen, nämlich die seitens der Interventionsstellen beklagte Ohnmacht in dem Bemühen, sozial benachteiligte Gruppen damit zu erreichen. Denn mit dem herkömmlichen Instrumentarium, d.h. Seminaren und Vorträgen, erreicht man überwiegend Personen, die ohnehin ein höheres Gesundheitsbewusstsein aufweisen. Hingegen sind „Menschen in schwierigen Lebensumständen so sehr damit befasst, den Alltag zu meistern, dass sie weder Zeit noch Ressourcen haben, sich um ihre Gesundheit zu kümmern“, so der Sozialmediziner Ulf Zeder bei der Präsentation des Grazer Gesundheitsberichts.

In Graz will man deshalb verschiedene zielgruppenspezifische Ansätze verfolgen, die als Bring- und nicht als Holstrategien aufzufassen sind. Dazu zählen Angebote zur sexuellen Gesundheit sowie zur Gewalt- und Suchtprävention für Jugendliche, die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sowie erleichterte Zugänge zu sportlichen Möglichkeiten für armutsgefährdete Personen ebenso wie nachgehende Angebote für junge Mütter und Hausbesuche in benachteiligten Familien oder die Bereitstellung mehrsprachiger Informationen, um Zugewanderten die Zugänge zu Vorsorgeangeboten zu erleichtern (vgl. Beitrag S. 4). Auch die zehn neuen Gesundheitsziele für Oberösterreich wenden sich vorrangig an die Zielgruppen Kinder und Jugendliche, ältere sowie sozial benachteiligte Menschen. Vielfach bedient man sich hier des Instruments der Positivkennzeichnung (Gütesiegel, Qualitätszertifikate), um vorbildliche Maßnahmen und Institutionen auszuzeichnen und andere zur Nachahmung zu inspirieren. Zudem sollen (potenzielle) MultiplikatorInnen in Schulen, Kindergärten oder Jugendzentren hinsichtlich Gesundheitsförderung und Suchtprävention geschult werden, um an die Zielgruppen ranzukommen (vgl. Beitrag S. 8).

Sowohl in Graz wie auch in Oberösterreich wird auf einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff abgestellt und den Gesundheitsdeterminanten eine wesentliche Bedeutung eingeräumt. Neben physiologischen Faktoren sind hier die individuelle Lebensweise, die Einbindung in soziale Netzwerke, die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemein die Umweltfaktoren in ihrem Zusammenspiel zu berücksichtigen. Gesundheitsförderung kann sich daher nicht auf eine intendierte Änderung des Gesundheitsverhaltens (so wichtig diese auch ist) beschränken, sondern muss gleichzeitig darauf abzielen, krankmachende Verhältnisse ab- und gesundheitsfördernde Strukturen aufzubauen. Der britische Epidemologe Richard G. Wilkinson konnte beispielsweise einen Zusammenhang zwischen (subjektiv erfahrener) Arbeitsplatz(un)sicherheit und Gesundheitszustand nachweisen (vgl. Beitrag S. 15). Eine Politik, die für sichere Arbeitsplätze sorgt, würde insofern auch einen positiven Beitrag zum gesundheitlichen Wohlbefinden der Bevölkerung leisten, meint

Ihre Kontraste-Redaktion

Verschränkung von sozialer Benachteiligung und eingeschränkter Gesundheit

Der erste Gesundheitsbericht für Graz bezieht soziale Determinanten in die Berichterstattung mit ein und nennt Möglichkeiten einer kommunalen Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen.

Übergewichtigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Burn-out, Überlastung, Überforderung und negative Selbstbilder, vorzeitige Sterblichkeit, Einschränkungen der Persönlichkeitsentwicklung und Lernschwächen – Phänomene wie diese sind in Diskursen um Gesundheit allgegenwärtig. Weniger präsent, aber eindeutig belegt ist die Verschränkung von sozialer Benachteiligung und eingeschränkter Gesundheit. *„In armutsgefährdeten Grazer Haushalten leidet jede zweite erwachsene Person an einer chronischen Erkrankung oder gesundheitlichen Einschränkungen, in einkommensreicheren nur jede fünfte Person.“* Alle empirischen Sammlungen zeigen, dass Gesundheit in erster Linie nicht ein medizinisches, sondern ein soziales Phänomen ist: Lebensstile und Lebensbedingungen, finanzielle und immaterielle Ressourcen, spezifische Belastungsfaktoren und Bewältigungsressourcen spielen dabei eine wichtige Rolle.

Erkenntnisse wie diese bildeten einen Ausgangspunkt des ersten Grazer Gesundheitsberichtes, der vom Institut für Arbeitsmarktbetreuung und -forschung Steiermark im Auftrag des Gesundheitsamts der Stadt Graz erstellt wurde. Ein anderer Ausgangspunkt war die Erfahrung einer gewissen Ohnmacht im Bemühen, mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen gerade benachteiligte Gruppen zu erreichen. Seminare und Vorträge erreichen in der Regel die Personen, die ohnehin ein höheres Gesundheitsbewusstsein haben und sich eher selber helfen können.

Ziele des Gesundheitsberichtes und Arbeitsschritte

Ziel war es, Daten und Fakten zur Gesundheit zusammenzutragen, sich spezifisch mit der gesundheitsrelevanten Situation sozial benachteiligter Gruppen auseinanderzusetzen, Belastungsfaktoren zu eruieren sowie Lösungsansätze im Sinne einer breiter gefassten Gesundheitsförderung für verschiedene Bereiche der

Politik abzuleiten. Im Unterschied zu gängigen Gesundheitsberichten wurden Expertisen von Institutionen – im Rahmen von 18 qualitativen Interviews und einer Fokusgruppe zum Thema „Gesundheitssituation von sozial benachteiligten Gruppen in Graz“ – miteinbezogen. Weiters gelang es, in Zusammenarbeit mit dem Projekt „Gesunder Bezirk Gries“, auch die Zielgruppe sozial benachteiligter Menschen zu gesundheitsrelevanten Themenstellungen zu befragen. Insgesamt konnten eine Basis für ein weiterführendes strategisches und politisches Handeln bzw. Impulse für künftige Gestaltungsmöglichkeiten einer kommunalen Gesundheitsförderung in Graz gewonnen werden.

Der Bericht bietet einleitend einen theoretischen Abriss über „Gesundheitliche Ungleichheit als soziales Phänomen“ sowie Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext als mehrdimensionales Konzept. Danach wird die Bevölkerungsstruktur und sozioökonomische Benachteiligung in Graz als Basis für Überlegungen zur Gesundheitsförderung skizziert, wobei vor allem der Arbeitsmarkt bzw. Beschäftigung und Arbeitslosigkeit großen Einfluss besitzen. Weiters wurde sozialräumlichen Unterschieden in Graz nachgegangen.

Danach werden engere gesundheitsbezogene Themen wie der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand, die Lebenswartung, vorzeitige Mortalität sowie häufige Erkrankungen und Gesundheitsgefährdungen mit Verbindungen zu sozialen Determinanten behandelt, bevor gesundheitliche Ungleichheit und Möglichkeiten der Gegensteuerung anhand von sechs benachteiligten Risikogruppen (Kinder und Jugendliche, Ältere, sozial benachteiligte Frauen, arbeitsmarktfremde Personen, MigrantInnen und Suchterkrankte) erörtert werden. Ein „Gastbeitrag“ zu jeder einzelnen Risikogruppe rundet die Kapitel mit Schilderungen aus der Praxis ab.

Zielgruppen

In Graz lebt eine Vielzahl an benachteiligten Personen mit beträchtlichen Defiziten in der Lebensqualität und damit verbundenen hohen Gesundheitsrisiken. Das Spektrum reicht von prekär am Arbeitsmarkt beschäftigten Menschen, Frauen in nachteiligen Lebenskonstellationen wie AlleinerzieherInnen, langzeitbeschäftigungslosen Personen, SozialhilfebezieherInnen und Menschen in sozialer Armut bis hin zu schlecht integrierten Menschen mit Migrationshintergrund oder Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien mit wenig Ressourcen für eine Förderung der positiven persönlichen oder schulischen Entwicklung. Erkenntnisse aus der Armutsforschung bzw. der Sozi-

Präsentation des Gesundheitsberichtes im Grazer Rathaus

Die wesentlichen Faktoren der Gesundheit jedes Einzelnen liegen außerhalb des Bereiches der medizinischen Versorgung: Das soziale Umfeld, die Wohn- und Arbeitsverhältnisse, die Einkommenssituation – all das und vieles mehr wirkt sich letztlich auf das persönliche Wohlbefinden aus. Diese Erkenntnis wird durch den ersten „Gesundheitsbericht für Graz“ untermauert, dessen Ersteller Peter Stoppacher, Geschäftsführer des IFA Steiermark, die wesentlichen Fakten gemeinsam mit dem Grazer Gesundheitsstadtrat Michael Grossmann am 18. Jänner bei einer Pressekonferenz im Media-Center des Grazer Rathauses präsentierte. Für Grossmann nimmt die Stadt Graz durch das Miteinbeziehen der sozialen Determinanten der Gesundheit in diese Studie eine Vorreiterrolle ein. Zudem gehe es nicht vorrangig um die Frage ‚Wie krank sind wir?‘, sondern um die Frage: ‚Was können wir tun, um möglichst gesund zu bleiben?‘

Großes Gewicht komme daher, so Grossmann, der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsförderung zu. Weil dem Bericht zufolge unterschiedlichste Lebensbereiche eine Rolle spielen, wenn es um die Gesundheit der GrazerInnen geht, ist dieses Thema eine politische „Querschnittsma-

terie“. Aus diesem Grund sollten sich Grossmann zufolge alle politischen Verantwortungsträger an der Erstellung eines Gesundheitsleitbildes für die Stadt Graz beteiligen. Entsprechende Initiativen, die es in einzelnen Bereichen schon gibt und die zum Teil auch neu entworfen werden müssen, will der Gesundheitsstadtrat auf Basis des gemeinsam getragenen Leitbildes bündeln und koordinieren.

Erreichen wolle man zwar alle GrazerInnen, der Gesundheitsbericht lege jedoch nahe, dass auf sozial Schwächere besonders aktiv zugegangen werden müsse. Denn diese sind zum einen stärker krankheitsgefährdet als Menschen in weniger prekären Verhältnissen und zum anderen mit herkömmlichen Maßnahmen wie mit Vorträgen kaum zu erreichen. „Soziale Stigmatisierung“ sowie mitunter auch Sprachbarrieren führte Ulf Zeder, Leiter des Referats für Sozialmedizin der Stadt Graz, hierfür als Ursache an: „Menschen in schwierigen Lebensumständen sind so sehr damit befasst, den Alltag zu meistern, dass sie weder Zeit noch Ressourcen haben, sich um ihre Gesundheit zu kümmern.“ Das bereits seit drei Jahren bestehende Projekt „Gesunder Bezirk Gries“ wurde als Best-Practice-Beispiel angeführt.

Quelle: www.graz.at

almedizin fassen die gefährdeten Gruppen samt ihren alltags- und gesundheitsbezogenen Einschränkungen relativ präzise zusammen. Bildung, Einkommen und soziales Prestige als wichtige Trias für die Ungleichheit korrelieren mit Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung, Morbidität, Gesundheitsverhalten und der subjektiven Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand.

Oft leben diese Menschen in bestimmten Stadtgebieten oder Wohnsiedlungen, in Gemeinde- und Übertragungswohnbauten oder in Übergangswohnungen und gehören zur Klientel von sozialpolitischen Institutionen (Jugendwohlfahrt, Sozialarbeit) oder arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen. Sie sind häufiger mit Krankheit konfrontiert als Grazerinnen und Grazer in weniger prekären Umständen und sind mit gängigen Präventionsmaßnahmen nur schwer zu erreichen.

Eckpunkte einer kommunalen Gesundheitspolitik

Gesundheit wird hier als mehrdimensionales Konzept und als Querschnittmaterie begriffen, die mit Lebenslagen (Erwerbssituation, Bildung, Geschlecht, Gesundheitsbewusstsein, Ressourcen etc.) ebenso wie mit lokalen und regionalen Gegebenheiten (Wohnen, Umweltbelastungen, Naherholungsmöglichkeiten, Infrastruktur etc.) sowie mit subjektiven Bemühungen in Zusammenhang steht.

Eine salutogenetisch orientierte Auffassung von zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung bedeutet, auf konkrete Lebensbedingungen einzugehen und nicht nur auf krankmachende, sondern auch auf gesundheitsfördernde Strukturen zu achten. Das erfordert auch den Ausbau präventiver Ansätze, die in der österreichischen Gesundheitspolitik gemessen an den

Ausgaben noch immer marginal sind.

Gesundheitsförderung und Prävention muss den Studienautoren zufolge sozial Benachteiligte als zentrale Zielgruppe begreifen. Dabei gelten Befähigung und Partizipation als tragende Elemente einer emanzipatorischen Gesundheitsförderung, die Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre körperliche, seelische und soziale Gesundheit ermöglichen und ihnen auch gesundheitsförderliche Handlungsspielräume eröffnen. Eine „health literacy“ oder „settingorientierte“ Gesundheitsförderung mit Bring- statt Holstrategien werden insofern als notwendig erachtet. Unter dem Blickwinkel sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit soll letzten Endes mit dem Schwerpunkt einer Gesundheitsförderung und Prävention, die nicht nur auf der individuellen Verhaltens-, sondern auch auf der Verhältnisebene (Arbeit, Wohnen, Wohnumfeld, Bildung) ansetzt, auch ein Abbau sozialer Ungleichheit einhergehen.

Die Gesundheitsförderung gilt somit als Querschnittsmaterie, die viele politische Bereiche und Handlungsfelder von der Stadtteilarbeit bis zur Beschäftigungsförderung betrifft. Es gilt, das Thema Gesundheit in alle Gesellschafts- und Politikbereiche einzubringen und multisektoral zu verankern.

Kommunale Koordination und Steuerung

Als ein wichtiger Beitrag der Stadt sind die Koordination der Vernetzung unter breiter Einbindung relevanter Stellen und die strategische Steuerung von Gesundheitsförderungsaktivitäten mit gezielten Schwerpunktsetzungen anzusehen. Eine Voraussetzung dafür ist Formulierung ressortübergreifender Gesundheitsziele bzw. eines Gesundheitsleitbildes.

Auf der operativen Ebene setzt das eine koordinierende Stelle für die städtische Gesundheitsförderung voraus, die ressortübergreifend Prozesse einleitet, begleitet und gestaltet sowie Abstimmungen mit den Ressorts und Initiativen vornimmt. Wichtig ist dabei auch ein eigener Ansatz für Gesundheitsförderungsaktivitäten.

Ein Hilfsmittel dazu bietet ein Health Impact Assessment als Analyse- und Steuerungsinstrument, um städtische Vorhaben auch auf ihre Gesundheitsrelevanz besonders für sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppen zu bewerten. Für die Finanzierung bietet der „social return on investment“ eine wichtige Perspektive.

Bei beschränkten Ressourcen empfiehlt sich eine Schwerpunktsetzung nach regionalen, inhaltlichen

oder zielgruppenspezifischen Gesichtspunkten. Im kommunalen Setting betrifft das in erster Linie soziale und gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen, ihre Wohn-, Lebens und Arbeitsbedingungen, die Zugänge zum Gesundheitssystem, das Wissen um Gesundheit. Die Mittel können beispielsweise auf benachteiligte Stadtteile und Gruppen, aufbauend auf Analysen und Ergebnissen zu zielgruppenspezifischen Bedarfen, konzentriert werden, z.B. für niederschwellige (mobile) medizinische Anlaufstellen und Versorgungseinrichtungen in bestimmten Stadtvierteln.

Lebensweltorientierung, Kooperation und Partizipation als wichtige Prinzipien

Gerade diesbezüglich ist die kommunale Ebene gefordert, um im Rahmen von Stadtteilarbeit besonders Benachteiligte zu erreichen und neue Handlungsspielräume zu eröffnen. Als MultiplikatorInnen bieten sich Institutionen, Organisationen und Stellen an, die mit den Zielgruppen zu tun haben – die Jugendwohlfahrt und kommunale Sozialarbeit ebenso wie Kindergärten, Schulen, Elternvereine, Gesundheitseinrichtungen, arbeitsmarkt- und sozialpolitische Initiativen, Jugendzentren, PensionistInnenverbände, Einrichtungen von und für MigrantInnen etc. Um nachhaltige Effekte zu erzielen und gesundheitsförderliche Strukturen zu schaffen, erscheint eine Schulung und Unterstützung von (potentiellen) MultiplikatorInnen (arbeitsmarktpolitische TrainerInnen, LehrerInnen, AMS-BeraterInnen, SozialarbeiterInnen, JugendarbeiterInnen etc.) bzw. eine entsprechende Schnittstellenarbeit unerlässlich.

Aus unterschiedlichen Gründen werden herkömmliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten wenig angenommen. Daher stellt sich die Frage alternativer Zugänge, um Gesundheit spürbar, erlebbar und verständlich zu machen. Angebote „vor Ort“ müssen die Lebensbedingungen der Zielgruppen treffen, sollten einen praktischen Nutzen haben und „Gesundheitskompetenzen“ auf interessante, spannende, lustige Weise nahebringen, etwa über Gesundheitskabarets, Kochwerkstätten, Gesundheitsanimation etc. Notwendig ist ein differenziertes Maßnahmenangebot, das sowohl auf breiter Ebene (z.B. Gesundheitskampagnen) flächendeckend ansetzt als auch spezifische Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen in bestimmten Lebenswelten vorsieht. Entscheidend sind die Einbindung der Zielgruppen selbst und die Zusammenarbeit mit MultiplikatorInnen.

Zielgruppenadäquate Maßnahmen

Folgende zielgruppenspezifische Ansätze werden im Bericht exemplarisch aufgeführt:

- Möglichst frühzeitige, wohnortnahe und nachgehende Interventionen sollen für benachteiligte *Kinder und Jugendliche* in bestimmten Gebieten durchgeführt werden sowie bei jungen Eltern, um gesundheitliche Folgeerscheinungen zu reduzieren: Darunter fallen Entwicklungsförderung und Lernunterstützung genauso wie die Stärkung der Unterstützungskompetenzen der Eltern. Aber auch vermehrte betreute Bewegungs- und Freizeitangebote, niederschwellige Möglichkeiten der Erprobung beruflicher Fähigkeiten in Stadtteilwerkstätten oder zielgruppenadäquat aufbereitete Angebote zur sexuellen Gesundheit, Gewalt- und Suchtprävention werden als wichtige Beiträge zur gesundheitlichen Chancengleichheit erachtet.
- Um *arbeitsmarktferne und armutsgefährdete Personen* zu erreichen, sollen „Bringstrategien“ angewandt werden: Neben einer ausreichenden Existenzsicherung und Hilfen beim Einstieg in das Erwerbsleben durch städtische Beschäftigungsprogramme sind unterschiedliche, im engeren Sinne gesundheitsrelevante Initiativen denkbar. Diese reichen von der Auseinandersetzung mit und der Vermittlung von Gesundheitskompetenzen in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen oder in sozialen Einrichtungen über die Ermöglichung von Frischluftaktivitäten in sozialwirtschaftlich betriebenen Gemeinschaftsgärten in bestimmten Stadtteilen bis hin zu erleichterten Zugängen zu sportlichen und kulturellen Möglichkeiten.
- Gesundheitsförderung von *Frauen* soll mit einem differenzierten Blick auf ihre spezifischen Lebenslagen, Belastungen und Ressourcen erfolgen, besonders was die Situation von Alleinerziehenden mit Mehrfachbelastungen, Frauen mit geringem Einkommen oder jungen Müttern aus benachteiligten Familien betrifft. Dazu zählen etwa nachgehende Angebote für schwangere Frauen und junge Mütter oder Hausbesuche in benachteiligten Familien, eine gezielte Kompetenzstärkung, aber auch eine Steigerung der geschlechtsspezifischen Fachkompetenz in allen Gesundheitsberufen.
- Für *ältere Menschen* sollen Angebote bereitgestellt werden, die eine möglichst selbständige Lebensführung ermöglichen: Das Spektrum reicht hier von attraktiven, nicht konsumorientierten Begegnungsräumen über aufsuchende Maßnahmen für benachteiligte alleinstehende ältere Menschen mit niedrigem Einkommen, die in Kooperation mit Pfarren, dem Sozialamt oder der Pensionsversicherungsanstalt durchgeführt werden, bis hin zur

Unterstützung für Angehörige von Betreuungsbedürftigen und der besseren Vernetzung und gegenseitigen Bewerbung bestehender Angebote.

- Migrantische Selbstorganisationen sollen vermehrt als vermittelnde Stellen zwischen dem Gesundheitssystem und den *Zugewanderten* eingebunden werden, um bestehende Defizite im Wissen über das Gesundheitssystem, die Zugänge dazu, die Nutzung von Vorsorgeangeboten und das Gesundheitsverhalten zu verringern: In Ergänzung dazu sollten leicht zugängliche, mehrsprachige Informationen entwickelt und insgesamt eine interkulturelle institutionelle Öffnung mit Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse und Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem vorangetrieben werden.

Quelle: Peter Stoppacher, IFA Steiermark.

Der Gesundheitsbericht ist [downloadbar unter:](http://www.graz.at/cms/beitrag/10187253/300409/)
www.graz.at/cms/beitrag/10187253/300409/

Demenzhilfe Österreich

„Demenzerkrankungen bringen Erkrankte und deren Angehörige an die Grenzen des Machbaren. Durch unsere neue Initiative „Demenzhilfe Österreich“ werden wir Betroffene einerseits durch Informationen und Beratung, andererseits durch unseren neuen Fonds finanziell unterstützen“, so Erich Fenninger, Bundesgeschäftsführer der Volkshilfe Österreich.

Im Rahmen der neuen Initiative startete Ende März offiziell der Fonds Demenzhilfe Österreich. Erkrankte können einmal im Jahr um eine finanzielle Unterstützung ansuchen (max. 750 Euro), um damit beispielsweise Pflegehilfsmittel zu finanzieren. Der Fonds Demenzhilfe Österreich wird durch eine gemeinnützige Stiftung sowie SpenderInnen unterstützt.

Zusätzlich ging das neue Informationsportal demenz-hilfe.at online. Die Homepage bietet Ratschläge und Hilfestellungen für den Alltag, Informationen rund um die Krankheit Demenz sowie Tipps für pflegende Angehörige.

Neue Gesundheitsziele für Oberösterreich

Am 17. Februar wurden 10 neue Gesundheitsziele für Oberösterreich beschlossen. Damit wurden die gemeinsamen Schwerpunkte aller wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens in der Prävention und der Gesundheitsförderung für die nächsten Jahre festgelegt. Oberstes Ziel ist es, die Gesundheit der OberösterreicherInnen messbar zu verbessern.

Grundlage der oberösterreichischen Gesundheitsziele ist ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff. Gesundheit wird nicht als Abwesenheit von Krankheit gesehen, sondern als dynamische Entwicklung im Rahmen eines Kontinuums zwischen Gesundheit und Erkrankung. Entsprechend dem Gesundheitsförderungsgedanken wird den Gesundheitsdeterminanten eine wesentliche Bedeutung eingeräumt, also den Einflussfaktoren, die sich positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken. Neben physiologischen Faktoren sind die individuelle Lebensweise, die Einbindung in soziale Netzwerke, die Lebens- und Arbeitsbedingungen und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren in ihrem Zusammenspiel zu berücksichtigen.

Ziel ist es, Verhältnisse zu schaffen, die es den einzelnen Menschen ermöglichen, gesund zu bleiben bzw. gesünder zu werden. Entsprechend dem Public-Health-Ansatz steht die Gesundheit ganzer Bevölkerungsgruppen im Vordergrund. Besondere Aufmerksamkeit soll dabei den Zielgruppen Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und sozial benachteiligte Menschen eingeräumt werden. Wesentliche ethische Leitprinzipien für den oberösterreichischen Gesundheitszieleprozess sind Chancengerechtigkeit, Partizipation, und Gerechtigkeit. Einen weiteren Orientierungspunkt stellt das Programm „Gesundheit für alle“ der WHO dar.

Public Health Action Cycle

Um eine systematische und strukturierte Umsetzung der Gesundheitsziele bis 2020 zu gewährleisten, soll sich der Prozess am sogenannten „Public Health Action Cycle“ orientieren, der sich in vier Arbeitsschritte gliedert:

- Problemdefinition (assessment): Definition des Problemstandes
- Politik-Strategieformulierung (policy formulation): Ziele definieren und Instrumente bestimmen
- Umsetzung (assurance): diese Ziele anhand von Maßnahmen umsetzen und die Interventionsinstrumente sicherstellen
- Bewertung (evaluation): die gesetzten Maßnahmen evaluieren

Durch die Bindung des Gesundheitszieleprozesses an den „Public Health Action Cycle“ soll nicht nur sicher gestellt werden, dass adäquate Strategien entwickelt und Maßnahmen gesetzt werden, sondern auch, dass die Ergebnisse evaluiert werden und aus den Ergebnissen Rückschlüsse zur Optimierung der Zielerreichung gezogen werden. Die oberösterreichischen Gesundheitsziele sollen dazu beitragen, dass durch die gemeinsame, langfristige und koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen und Organisationen und durch die Bündelung von Ressourcen mehr Gesundheit für die oberösterreichische Bevölkerung erreicht wird.

Kinder und Jugendliche im Mittelpunkt

Bei sechs von insgesamt zehn Gesundheitszielen werden Kinder und Jugendliche in den Mittelpunkt der Maßnahmen gestellt. „Denn bereits in jungen Jahren muss mit Gesundheitsförderung und Prävention begonnen werden. So soll sich zum Beispiel in den nächsten Jahren das Ernährungsverhalten unserer Jüngsten massiv verbessern, um den aktuellen Trend von Übergewicht bei Kindern wieder einzudämmen. Es gilt vor allem, Eltern von Säuglingen und Kleinkindern besser zu informieren, aber auch in den Kindergärten soll flächendeckend das Netzwerk ‚Gesunder Kindergarten‘ und ‚Gesunde Schule‘ des Landes Oberösterreich als Vorbild herangezogen werden“, sagte Landeshauptmann Josef Pühringer bei der Präsentation des Berichts. Das Land OÖ und die Gebietskrankenkasse (GKK) ziehen in der Prävention an einem Strang. «Mit unserem Projekt ‚Von Anfang an‘ setzen wir Schwerpunkte im Bereich der Gesundheitsförderung gezielt auf die ersten Lebensjahre und die Kleinkinder», berichtete GKK-Obmann Felix Hinterwirth.

„Gesundheitsförderung und Prävention funktionieren nicht nach dem Gießkannenprinzip. Damit sie wirken, müssen sie auf Zielgruppen zugeschnitten sein und nicht nur informieren, sondern auch die Lebensumwelt der Menschen mit umfassen. Unsere Ziele sind daher auf verschiedene Gruppen und Problemstellungen



Landeshauptmann Josef Pühringer und GKK-Obmann Felix Hinterwirth bei der Unterzeichnung der neuen Gesundheitsziele für Oberösterreich. Foto: Land OÖ/Bianca Cernpjak

gen fokussiert, ein deutlicher Schwerpunkt liegt aber auf der Kindergesundheit“, betonte Hinterwirth.

Die neuen Gesundheitsziele im Einzelnen

1. Wohlbefinden in der Schule erhöhen

Schulische Gesundheitsförderung trägt dazu bei, die Schule als gesundheitsfördernde Lebenswelt zu gestalten. Sie soll die persönlichen Kompetenzen und Leistungspotenziale der SchülerInnen in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Wissen und Handeln erhöhen und die Kooperation zwischen LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern stärken.

Das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ ist eine gemeinsame Initiative des Landesschulrats, des Landes Oberösterreich, des Institut für Gesundheitsplanung sowie der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und soll als ein nach außen hin sichtbares Zeichen wahrgenommen werden, dass in einer Schule Konzepte und Maßnahmen der Schulischen Gesundheitsförderung qualitätsgesichert Anwendung finden. Das Gütesiegel wird für drei Jahre zuerkannt. Derzeit besitzen 51 oberösterreichische Schulen das Gütesiegel, rund 150 weitere Schulen streben dies gegenwärtig an.

Künftig soll möglichst allen oberösterreichischen Schulen, die an Schulischer Gesundheitsförderung interessiert sind, Unterstützung angeboten werden, z.B. eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Betreuung und Prozessbegleitung. Dazu ist der Aufbau einer qualitativen Betreuungs- und Begleitstruktur notwendig.

2. Arbeitsplätze gesünder gestalten

Erwerbstätige Erwachsene verbringen rund ein Drittel ihrer Zeit am Arbeitsplatz. Daher ist das Setting Betrieb ein relevanter Interventionsort. Für die Entwicklung eines „gesunden Unternehmens“ spielt die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention eine wichtige Rolle. Die individuell auf das Unternehmen abgestimmten Maßnahmen sind breit gefächert und finden sich in den Angeboten der Mitglieder der „Oberösterreichischen Plattform für BGF und Prävention“.

Betriebe, die ein ganzheitliches BGF-Projekt umgesetzt haben, werden – sofern sie daran Interesse haben – mit dem Gütesiegel BGF ausgezeichnet. Ende 2011 verfügten in Oberösterreich 40 Unternehmen über ein derartiges Gütesiegel. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass das Interesse an Betrieblicher Gesundheitsförderung steigt, dies jedoch naturgemäß auch einen höheren Bedarf an Betreuung bedeutet.

Auch hier soll allen Betrieben, die an BGF und Prävention interessiert sind, eine qualitätsvolle Unterstützung im Rahmen entsprechend hochwertiger Betreuungs- und Begleitstrukturen angeboten werden.

3. Gesundheit in den Gemeinden fördern

Qualitätsgesicherte kommunale Gesundheitsförderung ist laut der Weltgesundheitsorganisation WHO eine der tragenden Säulen für die Gesundheit der Bevölkerung. Sie hat Auswirkung auf einige wichtige

Gesundheitsdeterminanten, wie z.B. die kommunalen Netzwerke oder die Wohnverhältnisse.

Die Förderung der Qualität in der kommunalen Gesundheitsförderung steht im Mittelpunkt der Weiterentwicklung des Netzwerkes Gesunde Gemeinde. Mit dem Qualitätszertifikat Gesunde Gemeinde steht dafür ein geeignetes Instrumentarium zur Verfügung.

Bereits ab 2010 beteiligen sich 247 Gemeinden am Qualitätszertifikat. Zurzeit sind es 305 Gesunde Gemeinden, welche die Zertifizierung anstreben. Ab 2013 können sich weitere Gemeinden am Qualitätszertifikat beteiligen. Dabei werden sie von der Abteilung Gesundheit des Landes OÖ bzw. den RegionalbetreuerInnen unterstützt.

4. Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern

Im Bezug auf Ernährung sind Kinder als besonders sensible und daher zu begleitende Gruppe einzustufen, da sie in ihrer (Lebensmittel-)Versorgung abhängig sind. Zudem entwickelt sich in der Kindheitsphase der Geschmack und somit Präferenzen für bestimmte Lebensmittel, die vor allem durch den regelmäßigen Konsum und das soziale Umfeld geprägt werden. Da eine ausgewogene und bedarfsdeckende Kost in jeder Lebensphase für Gesundheit und Wohlbefinden eine zentrale Rolle spielt, ist es wichtig, Kinder schon frühzeitig an eine gesundheitsfördernde Auswahl von Speisen und Getränken heranzuführen, um ernährungsbedingte Krankheiten zu reduzieren. Dieser Thematik wurde auch im Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) ein hoher Stellenwert beigemessen.

Derzeit werden in Oberösterreich folgende Maßnahmen in diesen Bereichen gesetzt:

- Im Rahmen des Projekts „Von Anfang an“ der Gebietskrankenkasse wird derzeit an Informationsmaterialien und Strategien zur Erreichung der Eltern gearbeitet. Gleichzeitig und dazu abgestimmt werden ab kommendem Jahr Ernährungsworkshops für Schwangere und Beikostworkshops für junge Eltern durchgeführt.
- Angebote wie beispielsweise die „Gesunde Küche“ des Landes OÖ unterstützen die Verpflegungsbetriebe dabei, ausgewogene, dem Alter entsprechende Nahrung anzubieten.
- Die Einbindung des Ernährungsthemas in den Kindergartenalltag ist ein Ziel des Projekts „Gesunder Kindergarten“ des Landes OÖ.

Um für Säuglinge und Kleinkinder (bis 6 Jahre) eine altersgerechte gesundheitsförderliche Ernährung gewährleisten zu können, muss sowohl beim Verhalten der Eltern und Kinder als auch bei den Verhältnissen angesetzt werden. Daher müssen bedarfsgerechte Angebote zum Themenbereich Kleinkindernahrung verfügbar sein, mit denen grundsätzlich alle Eltern mit Kindern dieser Altersgruppe erreicht werden können (kultursensible Angebote, wenn nötig in Fremdsprachen, Kinderbetreuung während Veranstaltungen etc.). Weiters sollen qualitätsgesicherte Informationen und Angebote mithilfe neuer Medien (z.B. Internet) verbreitet werden.

5. Zahngesundheit der Kinder verbessern

Unsere Zähne spielen nicht nur für das Aussehen eine wichtige Rolle, sondern sind auch für den allgemeinen Gesundheitszustand mitverantwortlich. Unbehandelte Zahnprobleme können zu Zahnverlust, Gelenkschmerzen sowie unter Umständen auch zu Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems führen.

Um die Zähne möglichst lange gesund zu erhalten, ist es von großer Wichtigkeit, bereits in der frühen Kindheit damit zu beginnen, die richtige Pflege zu erlernen und auch konsequent und regelmäßig durchzuführen. Laut der ÖBIG-Zahnstatushebung 2009/2010 sind 31 Prozent der 6-jährigen oberösterreichischen Kinder kariesfrei. Die 12-Jährigen weisen im Schnitt 2,4 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne auf.

Künftig sollte die Zahngesundheitsförderung bereits in der Schwangerschaft beginnen und die Zielgruppe auf unter 14-Jährige ausgedehnt werden. Da vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen verstärkt von Karies betroffen sind, sollte ein besonderes Augenmerk auf Risikogruppen gelegt werden.

Neben der von entsprechenden Fachkräften durchgeführten Zahngesundheitsförderung sollten zukünftig auch MultiplikatorInnen (z.B. KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen) Aufgaben im Bereich der Zahngesundheitsförderung, wie beispielsweise die zahn-gesunde Gestaltung der jeweiligen Lebenswelten, übernehmen.

6. Bewegung im Jugendalter erhöhen

Die Bedeutung von Bewegung für die Gesundheit ist durch zahlreiche Studien belegt. Neben den physischen Auswirkungen wirkt vermehrte Aktivität auch auf die Psyche. Bewegung in der Gruppe fördert auch das Sozialverhalten und den Zusammenhalt Gleichaltriger. Gesundheitswirksame körperliche Aktivitäten sind alle Formen der Bewegung, die die Gesundheit

fördern, aber das Verletzungsrisiko nicht erhöhen, wie beispielsweise zügiges Gehen, Laufen oder auch Tanzen für mindestens zehn Minuten am Stück.

Da sich in der Kindheit und Jugend Verhaltensmuster festigen, die einen großen Einfluss auf die Gesundheit im Erwachsenenalter ausüben, wird das Hauptaugenmerk auf Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 19 Jahren gelegt. Gerade im Jugendalter sinkt das Ausmaß der körperlichen Aktivität stark ab. Sport im Teenageralter bietet die einmalige Chance, die Knochendichte zu erhöhen, frühzeitig die physische Fitness positiv zu beeinflussen und somit der Entstehung von Risikofaktoren für spätere Herz-Kreislauf-Erkrankungen entgegenzuwirken. Sport entspannt und kann sowohl die psychosoziale Gesundheit und Lebensqualität als auch die kognitiven Leistungen von Kindern und Jugendlichen steigern. Des Weiteren gibt es Anhaltspunkte für eine drogenpräventive Wirkung von körperlicher Aktivität.

Der Anteil der österreichischen Jugendlichen, die sich täglich mindestens eine Stunde bewegen, sinkt mit dem Alter. Bei den 11-Jährigen sind dies noch rund 25 Prozent, bei den 13-Jährigen 21 Prozent und bei den 15-Jährigen nur mehr 11 Prozent. Zu diesem Ergebnis kommt die HBSC-Studie (Health-Behaviour in School-Aged Children) 2006. Von den 15- bis 19-jährigen ÖsterreicherInnen geben rund 40 Prozent an, sich nie intensiv körperlich zu betätigen. Nur rund 7 Prozent bewegen sich jeden Tag.

Für Kinder und Jugendliche werden in den österreichischen Bewegungsempfehlungen mindestens 60 Minuten pro Tag vorgeschlagen, um die Gesundheit zu fördern. Eine vermehrte Aktivierung zur körperlichen Bewegung bedarf Anregungen und Aktivitäten in den verschiedenen Settings der Jugendlichen. Es soll vor allem ein Augenmerk auf die Förderung der Alltagsbewegung (Radfahren, Treppensteigen etc.) und des Breitensports (lokale Sportvereine etc.) unter Berücksichtigung der Verhaltens- und Verhältnissebene gelegt werden.

7. Suchtprävention verstärken

Alkoholkonsum ist in unserer Gesellschaft Teil des Kultur- und Sozialverhaltens. Aus diesem Grund ist es von großer Wichtigkeit, Jugendlichen einen sorgsam und verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol näherzubringen. Viele Jugendliche probieren – oft schon sehr früh – zumindest einmal eine Zigarette. Durch das starke Abhängigkeitspotenzial von Tabak ist es für Jugendliche oft nur ein kurzer Weg hin zum/ zur täglichen RaucherIn. Je früher mit dem Rauchen

begonnen wird, desto größer sind die negativen Folgen für die Gesundheit. Laut dem oberösterreichweiten Drogenmonitoring rauchen rund 37 Prozent der befragten oberösterreichischen Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren täglich.

Wirksame Suchtprävention ist integriert in den Alltag und bildet Personen, die in relevanten Lebensumfeldern tätig sind (z.B. LehrerInnen, JugendarbeiterInnen, Schlüsselpersonen in Betrieben, Ehrenamtliche in Gemeinden), zu MultiplikatorInnen aus. Dies sind Personen, die einerseits Kompetenzen im Bereich Suchtprävention besitzen und andererseits die Funktion der Anwaltschaft in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen übernehmen können und somit die Präventionsthemen in alle relevanten gesellschaftlichen Felder hineinbringen und umsetzen. Die Umsetzung geschieht sowohl explizit im Rahmen von Präventionsprojekten und –programmen als auch implizit in der alltäglichen Praxis. Derzeit sind in Oberösterreich rund 4.000 MultiplikatorInnen zur Suchtprävention tätig, die in Summe rund 80.000 Personen pro Jahr erreichen können. Ziel ist eine Steigerung der erreichten Personen, was die Ausbildung zusätzlicher MultiplikatorInnen einschließt.

Ergänzend zu allgemeinen suchtpreventiven Maßnahmen sollen im Rahmen von Präventionsangeboten die Kompetenzen der Jugendlichen hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol und Tabak gefördert werden. Vor allem im Bereich der Tabakprävention erscheint eine verstärkte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Politikbereiche notwendig.

8. Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken

Die Jugendphase ist ein prägender Abschnitt des Lebens, der vor allem durch widersprüchliche Herausforderungen an die Jugendlichen charakterisiert werden kann: Größer werdenden Handlungsspielräumen und mehr Entscheidungsautonomie stehen gleichzeitig neue Belastungsformen (z.B. Leistungserwartung, Entscheidungszwang, Überstimulierung durch Medien) gegenüber. Diese widersprüchlichen Herausforderungen können die Bewältigungskapazität von Jugendlichen überfordern.

Insbesondere junge Menschen ohne förderliches soziales Umfeld stehen vor großen Herausforderungen. Deswegen sollen sie im Aufbau der benötigten Ressourcen besonders unterstützt werden, um mit diesen Herausforderungen umgehen zu können. Die Jugendlichen sollen lernen, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen, um so ihre psychosoziale Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen.

9. Ältere Menschen aktiv einbeziehen

Gerade bei SeniorInnen können einschneidende Lebensereignisse häufig zum Verlust von wichtigen Säulen des Lebens führen. Durch Pensionierung können wichtige Sozialkontakte verloren gehen, der Tod des Partners oder eine Einschränkung der Mobilität führt oft in die Isolation. Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung und verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit.

Insbesondere soziale Unterstützungsnetze, Förderung der körperlichen Betätigung und der Gemeinschaftsteilnahme sowie Freiwilligenarbeit gelten als erfolgversprechend. In Oberösterreich sollen nachweisbar bewährte Projekte (z.B. das steirische Projekt „Lebenswerte Lebenswelten“) zur Förderung der aktiven Beteiligung von älteren Menschen entwickelt und umgesetzt werden.

10. Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen

Gesundheit wird stark von Einflussfaktoren außerhalb des Gesundheitsbereiches mitbestimmt. Neben Alter, Geschlecht und den Erbanlagen sind dies die Art der individuellen Lebensweise (z.B. Selbstverantwortung für einen gesunden Lebensstil), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z.B. Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen), die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeit/Arbeitslosigkeit) und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umweltfaktoren (sauberes Trinkwasser, Friedenszeiten etc.).

Ein international anerkanntes Instrument zur Bewertung von politischen Entscheidungen, Programmen

oder Projekten in Bezug auf ihren Schaden und Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung ist die Gesundheitsfolgenabschätzung. Deren Ziel ist es, EntscheidungsträgerInnen über mögliche Folgen ihres Tuns zu informieren und möglicherweise zu beeinflussen, die negativen Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung zu minimieren und positive Auswirkungen zu maximieren, soziale Ungleichheit zu bekämpfen sowie die Transparenz des Entscheidungsprozesses zu erhöhen. Die Gesundheitsfolgenabschätzung fördert zudem den Dialog zwischen allen beteiligten AkteurInnen, ExpertInnen wie Laien, und kann ein breites Bewusstsein für Gesundheit schaffen.

Ziele in dreijährigem Prozess erarbeitet

Die Gesundheitsziele wurden gemeinsam zwischen Land Oberösterreich und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse ausverhandelt. Auch die Städte Linz und Wels sowie die Oberösterreichische Ärztekammer haben sich aktiv am Prozess beteiligt und tragen die Gesundheitsziele mit.

Begonnen hat das Institut für Gesundheitsplanung mit kurzen Berichten zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen. Diese stellten die Grundlage für die Auswahl von Themen und Zielgruppen in der Gesundheitskonferenz dar. Nach dieser Vorauswahl formulierten ExpertInnen in moderierten Arbeitskreisen die vorläufigen Versionen der Gesundheitsziele, bevor sie in die endgültige Form gebracht wurden. Bei den ambitionierten Zielen wurde besonderer Wert darauf gelegt, messbare Zielgrößen zu definieren.

Quelle: Institut für Gesundheitsplanung

Wer verdient am teuren Markenschuh?

Transport und Steuern	€ 4,72
Material	€ 18,80
Produktionskosten	€ 1,53
Werbung	€ 7,99
Gewinn für Subunternehmer	€ 1,89
Lohn	€ 0,26
Produktentwicklung und Verwaltung	€ 10,54
Gewinn für Markenfirma	€ 12,57
Einzelhandel	€ 28,44
Mwst	€ 18,80
Gesamtwert	€ 94,30

Grobes Foul von adidas, Nike und Co!
Der Großteil unserer Sportbekleidung stammt aus Südostasien, Zentralamerika und Osteuropa. Gefertigt wird dort, wo es am billigsten ist. Menschen- und Arbeitsrechte werden dabei missachtet. Insbesondere junge Frauen müssen oft unter unwürdigen Bedingungen arbeiten. Die bezahlten Hungerlöhne reichen kaum zum Überleben. Gleichzeitig machen adidas, Nike und Co. Riesenprofite.

FAIRPLAY AT WORK
www.fairplayatwork.at

Engagiere Dich für bessere Arbeitsbedingungen in der Sportswear-Industrie
www.weltumspannend-arbeiten.at

Eine Initiative des OGB in Kooperation mit
DI@LOG CLEAN CLOTHES

Fragen zum (EM-)Arbeitsplatz? 0800 577 744 **OGB**

Werbung für Brustkrebsvorsorge

Mit der Anbringung einer riesigen rosaroten Schleife am Haupteingang des Hohen Hauses setzte das Parlament Ende September ein sichtbares Zeichen. PolitikerInnen, MedizinerInnen und prominente Persönlichkeiten nahmen den Internationalen Brustkrebstag zum Anlass, um auf die hohe Zahl von Brustkrebskrankungen in Österreich aufmerksam zu machen. Mit einer „Pink Ribbon Night“ und zahlreichen weiteren Aktionen zeigte man Solidarität mit den betroffenen Frauen und warb für Brustkrebsvorsorge.

Jede achte Frau in Österreich erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Jedes Jahr werden fast 5.000 neue Fälle diagnostiziert. Rund 1.700 dieser 5.000 Frauen verlieren den Kampf gegen die Krankheit. Das sind die Zahlen und Fakten, die den Hintergrund für die jährlichen Aktionstage der Österreichischen Krebshilfe rund um den internationalen Brustkrebstag am 1. Oktober bilden. In den Tagen zuvor gab es im und um das Parlament ein umfangreiches Programm, zu dem neben einer Luftballon-Aktion unter anderem auch eine Podiumsdiskussion zum Thema „Brustkrebsvorsorge in Österreich“ und ein getanzter „Flash Mob“ in Form eines Pink Ribbon gehörten.

Nationalratspräsidentin Barbara Prammer wertete es als wichtige Aufgabe der Politik, das Bewusstsein in der Bevölkerung für die Bedeutung der Brustkrebsvorsorge zu schärfen. In diesem Sinn zeigte sie sich stolz darüber, dass das Parlament rund um den 1. Oktober erstmals eine rosarote Schleife trug. Die Aktion soll auch in den nächsten Jahren fortgeführt werden. Zu ihrer persönlichen Situation merkte Prammer an, auch wenn in ihrer Familie keine Brustkrebskrankung zu verzeichnen sei, unterziehe sie sich regelmäßig einer Vorsorgeuntersuchung.

Paul Sevelda, Präsident der Österreichischen Krebshilfe, erinnerte daran, dass die Organisation bereits seit 1988 das Ziel der Früherkennung von Brustkrebs verfolgt. In diesem Sinn zeigte er sich über die Unterstützung von Seiten des Parlaments erfreut. Mit dem Aktionstag und der rosaroten Schleife am Parlaments-

gebäude würden wichtige Signale ausgesendet. „Wir sind noch nicht am Ziel“, hielt Sevelda zusammenfassend fest, „aber auf einem guten Weg dorthin.“

Screening-Programm zur Brustkrebsvorsorge geplant

Zur Podiumsdiskussion in das Palais Epstein hatte Prammer gemeinsam mit den Frauensprecherinnen der Parlamentsfraktionen, der Österreichischen Krebshilfe und der österreichischen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin eingeladen. Dabei wurde unter anderem über das geplante nationale Screening-Programm zur besseren Früherkennung von Brustkrebs diskutiert. Das Programm soll, wie die Moderatorin der Podiumsdiskussion, ORF-Journalistin Ricarda Reinisch, festhielt, flächendeckend eingeführt werden und strengen Qualitätsvorgaben unterliegen. Ziel ist es, mehr Frauen als bisher zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zu motivieren. Gerade ältere Frauen würden vielfach die derzeitigen Angebote negieren, hielt Reinisch fest.

Die Impulsreferate für die Diskussion hielten die Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien, Beate Wimmer-Puchinger, und der Mediziner Michael Gnant, Leiter der Brustambulanz im AKH Wien, die beide für das geplante neue Screening-Programm warben. Darin ist vorgesehen, alle Frauen zwischen 45 und 70 persönlich zu einer Vorsorgeuntersuchung einzuladen, wobei für jüngere Frauen ab 40 und für ältere Frauen bis 75 die Möglichkeit geschaffen werden soll, sich selbst einzuklinken. Großen Wert will man dabei vor allem auch auf die Frage der Qualitätssicherung der Untersuchungen legen. Beate Wimmer-Puchinger verwies in diesem Zusammenhang auf ein erfolgreiches Modellprojekt in Wien, bei dem es gelungen sei, vor allem auch Frauen aus sozial schwachen Schichten und Frauen mit Migrationshintergrund zur Vorsorgeuntersuchung zu bewegen. Gerade diese Bevölkerungsgruppen würden bestehende Angebote sonst nur sehr zögerlich wahrnehmen. Das Projekt sei auch bei einem überwiegenden Teil der persönlich angeschriebenen Frauen auf positive Resonanz gestoßen, schilderte die Wiener Frauengesundheitsbeauftragte.

Michael Gnant hob hervor, dass ein Programm zur besseren Früherkennung von Brustkrebs nur Sinn mache, wenn ein gutes Behandlungsangebot für die betroffenen Frauen zur Verfügung gestellt werden könne. Österreich sei in diesem Bereich „Europameister“, zeigte er sich mit Hinweis auf statistische Daten überzeugt. Wenn die Krankheit rechtzeitig erkannt werde, müsse man heute nicht mehr sterben. Ings-



5000 steigende Luftballons vor dem Parlamentsgebäude warben für die Brustkrebsvorsorge. Foto: Parlamentsdirektion/Bernhard Zofall

samt ist die Sterblichkeitsrate bei Brustkrebs Gnant zufolge gegenüber 1991 um 20 bis 25 Prozent zurückgegangen. Je früher die Krankheit diagnostiziert werde, desto größer sei zudem die Chance einer Brust erhaltenden Operation. Allgemein plädierte Gnant dafür, stets eine zweite ärztliche Meinung einzuholen.

Abgeordnete heben Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen hervor

Seitens der Abgeordneten bekannte SPÖ-Frauensprecherin Gisela Wurm, selbst erst sehr spät zu einer Mammografieuntersuchung gegangen zu sein. Sie begrüßte in diesem Sinn das geplante nationale Screening-Programm, das ihr zufolge 2013 eingeführt werden soll. Wurm hofft, dass damit die Zahl der Frauen, die eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen, steigen wird. Wichtig sei allerdings die Qualität der Diagnosezentren und eine adäquate anschließende Behandlung.

ÖVP-Abgeordnete Dorothea Schittenhelm machte sich dafür stark, die Vorsorgeuntersuchungen vor Ort und unter Einbindung des Arztes des Vertrauens durchzuführen. Sie wolle ein nationales Screening-Programm nicht grundsätzlich ablehnen, bekräftigte sie, ihrer Meinung nach sind aber noch viele Fragen offen. Als Beispiele nannte Schittenhelm die Zahl der vorgesehenen Brustkrebszentren, die Art der Abwicklung der persönlichen Einladungen und die Formulierung der Einladungsschreiben. Ihrer Meinung nach wird man Frauen im ländlichen Raum nicht dazu bewegen können, Dutzende Kilometer zu einer Vorsorgeuntersuchung zu fahren.

FPÖ-Abgeordnete Carmen Gartelgruber wies darauf hin, dass Brustkrebs nach wie vor die häufigste Krebserkrankung bei Frauen ist. Sie sprach sich daher für mehr Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsarbeit aus, um auch sozial schwache Schichten und Migrantinnen zu erreichen. Was das geplante nationale Screening-Programm betrifft, bedauerte Gartelgruber, dass es auf Frauen unter 70 Jahre begrenzt sein soll. Ähnlich wie ihre Vorrednerin befürchtete sie zudem ein deutliches Stadt-Land-Gefälle bei der Inanspruchnahme der Untersuchungen.

Grünen-Abgeordnete Judith Schwentner unterstrich, die Grünen würden ein flächendeckendes Screening begrüßen. Wichtig sei aber, die Qualität des Screenings sicherzustellen und die persönlichen Einladungsschreiben so zu formulieren, dass sich alle Frauen angesprochen fühlten. Man dürfe außerdem die psychologische und psychische Dimension nicht außer Acht lassen, warnte Schwentner und verwies in diesem Zusammenhang auf den Fall einer persönlichen Freundin, die sich nach der Diagnose Brustkrebs durch den Arzt so allein gelassen fühlte, dass sie ein halbes Jahr nichts unternommen habe. Generell hielt Schwentner fest, dass es Hinweise darauf gebe, dass gewisse Umwelteinflüsse die Entstehung von Brustkrebs begünstigten.

BZÖ-Abgeordnete Martina Schenk setzte sich mit der Frage der Prävention auseinander und verwies darauf, dass mangelnde Bewegung einer der Risikofaktoren für Brustkrebs sei. Man müsse sich genug Zeit nehmen, um auf den eigenen Körper und die eigene Gesundheit zu schauen, betonte sie, räumte gleichzeitig aber ein, dass auch sie hier nachlässig sei. Allgemein machte Schenk auf die vielfache Doppel- und Dreifachbelastung von Frauen aufmerksam und zeigte sich überzeugt, dass auch psychischer Stress Ursache für spätere Krebserkrankungen sein könne. Die Politik hat ihrer Ansicht nach die Aufgabe, das Bewusstsein in der Bevölkerung zu schärfen und für Aufklärung zu sorgen.

Unterstützung mit Spezialbriefmarke

Im Anschluss an die Podiumsdiskussion lud Nationalratspräsidentin Prammer zu einem Empfang im Parla-

ment, in deren Rahmen die Österreichische Post auch eine spezielle Briefmarke präsentierte. Sie zeigt eine Zeichnung der amerikanischen Künstlerin Whitney Sherman und wurde von Michael Rosenfeld gestaltet. Das Besondere an dieser nach internationalem Vorbild kreierten Marke ist, dass beim Verkauf zusätzlich zum Nennwert von 90 Cent ein Zuschlag von 10 Cent eingehoben wird, der direkt an die Österreichische Krebs-

hilfe geht. Die Idee zu dieser „Breast Cancer Stamp“ hatte der internationale Brustkrebsexperte Ernie Bodai 1996, seither wurde diese Idee in vielen Ländern aufgegriffen.

Quelle: Parlamentskorrespondenz Nr. 851 vom 28.09.2011

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Richard Birgmann geht im nachstehenden Beitrag auf allgemeine Herausforderungen und Problematiken, die sich bei Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen ergeben, ein und zeigt anhand von Beispielen aus der Praxis entsprechende Interventionsmöglichkeiten und Herangehensweisen auf.

1. Selektion und Kausalität

Macht Krankheit arbeitslos, oder macht Arbeitslosigkeit krank? Das ist eine zentrale Fragestellung der Arbeitslosenforschung. Die beiden möglichen Wirkrichtungen von gesundheitlichen Belastungen werden in der Literatur als Selektionshypothese einerseits und als Kausalitätshypothese andererseits beschrieben.

Als Selektionshypothese wird die Annahme bezeichnet, dass primär gesundheitlich belastete Personen in größerem Ausmaß von Entlassungen betroffen sind und größere Schwierigkeiten haben, wieder in den Arbeitsmarkt integriert zu werden.¹ Für die Annahme von Selektionseffekten sprechen die Bedingungen der freien Marktwirtschaft bei einem Überangebot an Arbeitskräften: Ein kranker Arbeitnehmer oder eine kranke Arbeitnehmerin weist in der Regel weniger Wettbewerbsfähigkeit auf als gesunde MitbewerberInnen, was wiederum mit einem größeren Risiko verbunden ist, entlassen zu werden, und mit einer eingeschränkten Chance einer Wiedereinstellung einhergeht.²

Als Kausalitätshypothese wird jene Annahme bezeichnet, die den Verlust des Arbeitsplatzes selbst so-

wie die andauernde Arbeitslosigkeit als eigenständige Risikofaktoren betrachtet. Diese Faktoren beeinflussen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen negativ und können zur Entstehung gesundheitlicher Probleme psychosozialer und physischer Natur beitragen.³ Solche Auswirkungen lassen sich nur sehr schwierig mit bevölkerungsbezogenen Studien nachweisen. Hierfür wäre ein eindeutiger empirischer Nachweis nur mittels einer Verlaufsbeobachtung von dauerhaft als arbeitslos gemeldeten StudienteilnehmerInnen, die vor dem Arbeitsplatzverlust den gleichen Gesundheitszustand aufweisen (bzw. unter Berücksichtigung schon bestehender Unterschiede in den statistischen Auswertungen) wie weiterhin erwerbstätige TeilnehmerInnen, zu erbringen. Aussagen über die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit sind also nur dann möglich, wenn Selektionseffekte ausgeschlossen oder in angemessener Weise berücksichtigt werden.⁴

Auch der englische Epidemiologe Richard G. Wilkinson weist darauf hin, dass der bloße Vergleich von Arbeitenden und Arbeitslosen bezüglich ihres Gesundheitszustandes nichts über die Wirkungsrichtung der Frage „Macht Krankheit arbeitslos, oder macht Arbeitslosigkeit krank?“ aussagt:

„Erst als Daten aus Studien über die Schließung von Fabriken – die eine nicht-selektive Arbeitslosigkeit verursachten – verfügbar wurden, konnte schlüssig nachgewiesen werden, dass sich die Gesundheit tatsächlich als Folge von Arbeitslosigkeit verschlechtert. Noch interessanter hingegen war, dass aus denselben Studien hervorging, dass diese Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu einem Großteil nicht erst dann einsetzte, als die Betroffenen tatsächlich arbeitslos wurden, sondern schon zuvor – bei der ersten Ankündigung von Entlassungen. Es stellt sich nun heraus, dass die Verbindung zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit weitgehend mit der Arbeitsplatzsicherheit und der Erwartung von Arbeitslosig-

keit zusammenhängt. [...] Damit verfügen wir über ein eindrucksvolles Beweismaterial, dass sich eine der klarsten Kategorien der Deprivation in modernen Gesellschaften vorwiegend über psychosoziale Wirkungsmechanismen auf die Gesundheit auswirkt.⁵

Selektionseffekte und Kausalität können gleichzeitig wirken, wobei weder das zugrunde liegende Ursachen-Wirkungsgefüge noch die Effektgrößen eindeutig geklärt sind. Allerdings gilt die negative Wirkung von Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand in der langen Tradition der Arbeitslosenforschung als unbestritten.⁷

2. Arbeitslosigkeit und Gesundheit – empirische Befunde

2.1. Subjektiver Gesundheitszustand

Arbeitslose stufen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als erwerbstätige Menschen. Während österreichweit nur zwei Prozent der erwerbstätigen Männer und Frauen ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht oder schlecht einschätzen, tun dies elf Prozent der arbeitslosen Männer und 17 Prozent der arbeitslosen Frauen.

Arbeitslose Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand außerdem deutlich schlechter ein als arbeitslose Männer. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern fällt unter Erwerbstätigen deutlich geringer aus.⁸

2.2. Chronische Erkrankungen

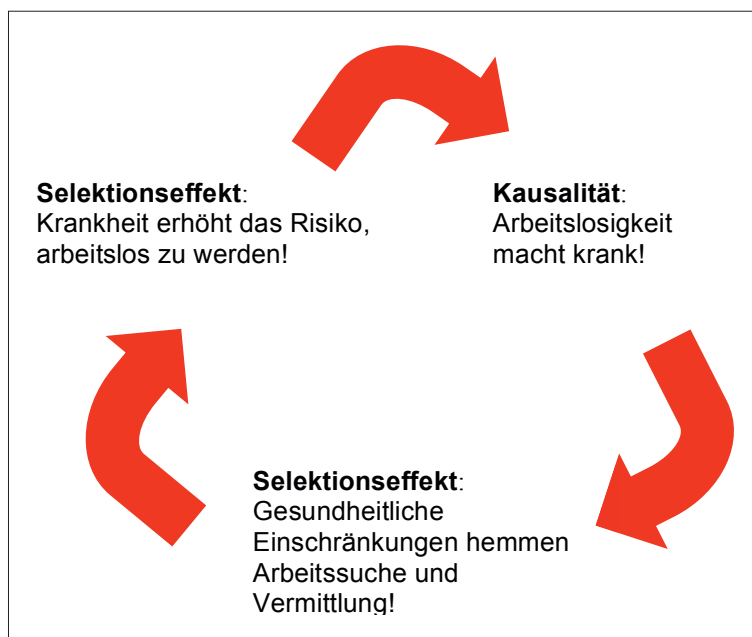
Österreichweit leiden bei den 15- bis 64-jährigen Männern 65 Prozent der Arbeitslosen und 52 Prozent der Erwerbstätigen an zumindest einer chronischen Erkrankung. Noch deutlicher sind die Unterschiede bei den Frauen, wo laut Selbstauskunft 78 Prozent der Arbeitslosen und 61 Prozent der Erwerbstätigen betroffen sind. Erwartungsgemäß nimmt die Prävalenz von chronischen Erkrankungen generell mit steigendem Alter zu, die Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen werden allerdings mit zunehmendem Alter immer größer.

Das Risiko für Arbeitslose ist im Verhältnis zu Erwerbstätigen bei vielen chronischen Krankheiten deutlich erhöht: Darunter fallen chronische Angstzustände und Depressionen, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus, Bluthochdruck, Diabetes, Migräne und häufige Kopfschmerzen sowie Wirbelsäulenbeschwerden.⁹

2.3. Psychische Gesundheit

Arbeitslose Männer und Frauen weisen deutlich schlechtere Werte bezüglich Vitalität und psychischem Wohlbefinden auf.¹⁰ Ergebnisse der Linzer Gesundheitsbefragung zeigen, dass arbeitslose Männer und Frauen häufiger von Anzeichen einer Depression betroffen sind, als dies bei ArbeiterInnen oder Angestellten der Fall ist.

Abbildung 1: „Circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und Gesundheit (nach Hollereder)⁶

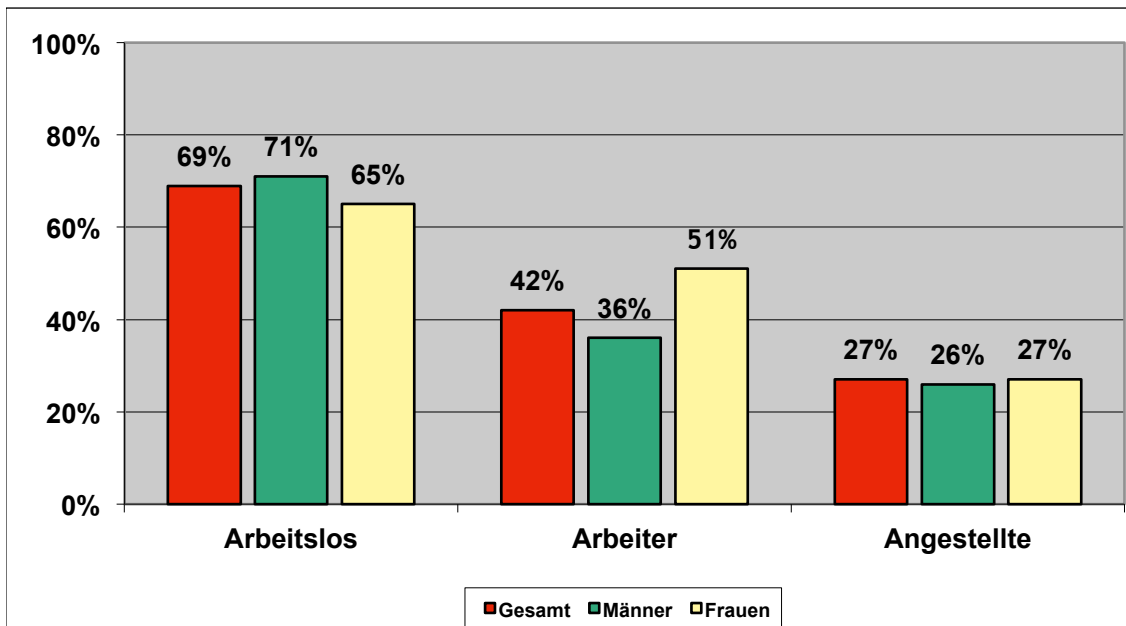


2.4. Krankenhausbehandlungen

In Oberösterreich konnte gezeigt werden, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen ein deutlich erhöhtes Risiko einer Krankenhausbehandlung aufweisen. Aufgeschlüsselt nach Krankheitsgruppen haben Arbeitslose beispielsweise ein um 60 Prozent erhöhtes Risiko einer Krankenhausbehandlung aufgrund einer Erkrankung des Atmungssystems, ein doppelt so hohes Risiko bei Stoffwechselerkrankungen und ein fast viermal so hohes Risiko einer Krankenhausbehandlung aufgrund einer psychischen Störung.¹²

2.5. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Sehr große Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen gibt es beim Tabakkonsum. In Österreich rauchen etwa ein Drittel der

Abbildung 2: Anzeichen einer Depression nach beruflicher Stellung¹¹


Quelle: Linzer Gesundheitsbefragung 2006, n=1.711

erwerbstätigen Männer und ein Viertel der erwerbstätigen Frauen täglich, während der Raucheranteil unter den arbeitslosen Männern bei 46 Prozent und bei den arbeitslosen Frauen bei 44 Prozent liegt.

Hinsichtlich starkem Übergewicht konnten bei den Männern keine Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen festgestellt werden. Anders bei den Frauen: Hier sind neun Prozent der erwerbstätigen stark übergewichtig, während bei den arbeitslosen 22 Prozent adipös sind. Bei der körperlichen Aktivität konnten insgesamt betrachtet keine großen Unterschiede im Zusammenhang mit dem Erwerbsstatus festgestellt werden.

2.6. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nehmen Erwerbstätige häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil als Arbeitslose. Einzige Ausnahme stellt die Darmspiegelung dar, die von Arbeitslosen häufiger in Anspruch genommen wird. Die Unterschiede sind bei den Männern größer als bei den Frauen: Jeder fünfte erwerbstätige Mann war bei einer kostenlosen Gesundenuntersuchung, aber nur 13 Prozent der männlichen Arbeitslosen. Von den erwerbstätigen Frauen nahmen 22 Prozent die kostenlose Gesundenuntersuchung in Anspruch, während es bei den arbeitslosen Frauen 16 Prozent waren.¹³ Auch bei den Impfungen werden Unterschiede offensichtlich: Erwerbstätige

Männer und Frauen weisen bei allen Schutzimpfungen häufiger einen aufrechten Impfschutz auf als arbeitslose.¹⁴

3. Interventionen

Gesundheitsrelevante Interventionen bei Arbeitslosigkeit können einerseits darauf abzielen, Arbeitslose so früh wie möglich wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren, andererseits besteht die Möglichkeit der Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen, die zur Abmilderung der Folgen von Arbeitslosigkeit beitragen. Übergeordnet kann dies auf der Ebene unterschiedlicher Politikbereiche der Fall sein, die eine entsprechend ausgerichtete Strategie in den Feldern der Wirtschafts-, Bildungs-, Sozial- und Beschäftigungspolitik verfolgen. Aber auch die Leistungen der Arbeitsämter bis hin zu Aktivitäten von Selbsthilfegruppen können eine relevante Handlungsebene darstellen.¹⁵

Sowohl das wissenschaftliche als auch das öffentliche Interesse am Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen.¹⁶ Dies manifestiert sich in zahlreichen Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung, die eine Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zum Ziel haben. Seit einiger Zeit sind in diesem Kontext nun auch Arbeitslose als relevante Zielgruppe für Interventionsmaßnahmen entdeckt worden.¹⁷

3.1. Bedarf, Probleme und Herausforderungen

Der Bedarf an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen lässt sich im Wesentlichen an folgenden vier Punkten veranschaulichen:

1. Arbeitslose Menschen weisen eine im Durchschnitt schlechtere Gesundheit auf.
2. Arbeitslose Menschen haben im Vergleich zu erwerbstätigen stärker ausgeprägte Belastungsfaktoren und weniger Gesundheitsressourcen bzw. ein im Durchschnitt riskanteres Gesundheitsverhalten.
3. Arbeitslosigkeit und Gesundheit hängen miteinander wechselseitig zusammen. Dieser Umstand kann eine Reintegration der Betroffenen be- oder sogar verhindern.
4. Die Tatsache der unterdurchschnittlichen Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten durch arbeitslose Menschen unterstreicht den Bedarf an spezifischen Angeboten.¹⁸

Zunächst besteht die grundsätzliche Problematik, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen nur kompensatorische Wirkung haben können, d.h. die unmittelbare Ursache des Problems – die Arbeitslosigkeit an sich bzw. die Situation des Arbeitsmarktes – bleibt unbeeinflusst. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können also immer nur an den mittelbaren Ursachen ansetzen.¹⁹

Eine wesentliche Herausforderung an Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen ist, diese mit Maßnahmen der Arbeitsförderung zu verbinden. Daraus folgt, dass Strategien für Arbeitslose neben der Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten durch Belastungsreduktion und Stärkung der individuellen und kollektiven Gesundheitsressourcen auch das Ziel der Wiederherstellung bzw. der Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit zum Ziel haben. Eine weitere zentrale Problematik bei der Entwicklung und Implementierung von bedarfsgerechten Maßnahmen besteht in der Tatsache, dass es sich bei Arbeitslosen um eine höchst heterogene Zielgruppe handelt. Das bedeutet, dass es keine allgemeine Strategie geben kann, sondern mannigfaltige Ansätze benötigt werden. Denn am Beginn der Arbeitslosigkeit sind nicht nur unterschiedliche Ausgangspositionen der betroffenen Personen hinsichtlich des Gesundheitszustandes zu berücksichtigen, sondern auch Unterschiede im individuellen Gesundheitsverhalten und

vor allem auch das unterschiedliche Ausmaß von vorhandenen Bewältigungsressourcen und beruflichen Qualifikationsniveaus von Bedeutung.

Die schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppe – die Einbindung in ein Setting ist meist nicht gegeben – und die geringe Akzeptanz bzw. Annahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention unter dem betroffenen Personenkreis stellen ebenfalls wichtige Herausforderungen dar.²⁰ Letztere resultiert auch aus der Tatsache, dass arbeitslose Menschen einerseits eher versuchen, die Inanspruchnahme von Hilfestellungen zu vermeiden, um das Selbstwertgefühl nicht noch zusätzlich zu gefährden und andererseits aus der Befürchtung, dass Hilfsangebote ohnehin so konzipiert wären, dass sich Betroffene mit ihrer Arbeitslosigkeit arrangieren und abfinden sollten.²¹

Bisher durchgeführte Projekte für die Zielgruppe Arbeitslose weisen noch viele Mängel auf. Eine Analyse von 36 Projekten zu gesundheitlichen Interventionen bei Arbeitslosen (in Europa mit Schwerpunkt Deutschland) hat folgende Ausrichtungen sowie Schwächen und Probleme ergeben: Die Projekte weisen einerseits eine starke Konzentration auf Stressbewältigung und „mental health“ auf, andererseits zeichnen sie sich durch unspezifische Maßnahmen aus.

Als weiterer Befund kann eine unklare Bedarfslage für (weitere) gesundheitliche Interventionen und Indikationen sowie eine unklare Lage hinsichtlich der Akzeptanz der entsprechenden Angebote festgestellt werden. Sieht man von Pflichtberatungen ab, muss insgesamt eine sehr geringe Inanspruchnahme konstatiert werden. Weiters können bei einem Teil der Interventionen erhebliche Implementationsschwächen festgestellt werden. Zusätzlich wird auf eine mangelhafte Dokumentations- und Evaluationspraxis sowie die unklare Evidenzbasis bezüglich der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Interventionen hingewiesen.²²

Während bedarfsorientierte Ansätze noch selten sind, werden entsprechende Programme eher angebotsorientiert zur Verfügung gestellt. Die institutionelle Anbindung sowie die Trägerschaft der verschiedenen Projekte gestalten sich sehr unterschiedlich, wobei Projekte der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung in Arbeitslosenzentren noch am ehesten dem Setting-Ansatz entsprechen und somit dem sozial-emanzipatorischen Charakter der Gesundheitsförderung nach Ottawa nahekommen, da sie die Prinzipien der Betroffenheit, Freiwilligkeit, Selbsthilfe und Solidarität berücksichtigen.²³

3.2. Zugangsmöglichkeiten anhand von Beispielen aus der Praxis

Anhand der nachfolgenden Illustration von vier Projekten sollen verschiedene Möglichkeiten der institutionellen Anbindung dargelegt werden. Weiters soll beschrieben werden, welche Zielgruppen, Ziele und Inhalte Gesundheitsförderungsprojekte haben können.

Xund und Gscheit – Ganzheitliche Gesundheitsförderung für Arbeitslose²⁴

Das Projekt „Xund & Gscheit“ richtet sich an 3.200 arbeitsuchende KursteilnehmerInnen des bfi Kärnten, die einen AMS-Fort- und Weiterbildungskurs besuchen. Mit dem Projekt will man einen Beitrag zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit arbeitsloser Menschen leisten. Neben den arbeitslosen KursteilnehmerInnen gelten die ca. 200 TrainerInnen des bfi als zweite Zielgruppe des Projekts.

Ziel des Projektes ist es, für die KursteilnehmerInnen eine gesundheitsfördernde Lernumgebung zu schaffen, den Unterricht gesundheitsfördernd zu gestalten und gesundheitsbezogene Impulse in den Bereichen Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit geben zu können.

Die Interventionen sollen dazu dienen, ressourcenstärkende Persönlichkeitsanteile zu entwickeln und einen gesundheitsförderlichen Lebensstil auszuprobieren. TrainerInnen wiederum sollen dazu befähigt werden:

- eine gesundheitsförderliche Lernumgebung zu schaffen
- den Unterricht gesundheitsförderlich zu gestalten
- gesundheitsförderliche Impulse in den Bereichen Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit zu geben

Die TrainerInnen nehmen dazu an einer viertägigen kostenfreien Schulung teil. Die Anwendung des neuen Trainingskonzepts ist so geplant, dass klassische Wissensvermittlung (Sprachkurs, EDV-Kurs, etc.) mit gesundheitsförderlichen Ausbildungsinhalten in den Bereichen Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit kombiniert werden.

Als Beispiele für gesundheitsförderliche Maßnahmen können genannt werden:

- die Änderungen von Rahmenbedingungen: z.B. Wasser in den Kursräumen sowie Ruhecke im Aufenthaltsraum, Farben, Blumen,...
- gesundheitsförderliche Impulse in den Bereichen

Bewegung, Ernährung und seelisches Wohlbefinden und

- ein Info-Point als bio-psycho-soziale und rechtliche Vermittlungsdrehscheibe

Als Grundsatz gilt, dass die TeilnehmerInnen motiviert und nicht verpflichtet werden.

SÖB „VISITAS“²⁵

Zielgruppe des SÖB VISITAS (Sozialökonomischer Betrieb „Visitas“) sind langzeitbeschäftigungslose Frauen über 25 Jahre und ältere Arbeitslose ab 45 Jahren, mit Interesse an und Eignung für die Arbeit mit alten Menschen.

Ziel des Projektes ist es, die langzeitarbeitslosen Frauen für diesen Bereich zu sensibilisieren, fachlich anzuleiten und ihnen interdisziplinäres Fachwissen für die Betreuung älterer Menschen zu vermitteln. Die Transitarbeitskräfte sollen an Stabilität gewinnen, ihren Alltag neu organisieren lernen, persönliche Fähigkeiten wieder entdecken und stärken, ihr Aktivitätspotential steigern und soziale Kompetenzen entwickeln. Der Aufgabenbereich erstreckt sich von Besuchsdiensten zu Hause oder in Krankenhäusern, Geriatriezentren, Pensionistenwohnhäusern bis hin zur Unterstützung von Angehörigen und Pflegepersonal (z.B. Einkäufe, Gedächtnisübungen, Erinnerungshilfe, Wege erledigen). Durch ein realistisches „Training on the Job“ und intensives Outplacement wird ein Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt ermöglicht. Es sind 20 so genannte Transitarbeitsplätze vorhanden. Die Dauer der Maßnahme beträgt jeweils 6 Monate, die Zuweisung erfolgt durch das AMS Wien.

(f)itworks – Modellprojekt zur Gesundheitsförderung arbeitssuchender Menschen im arbeitsmarktpolitischen Setting²⁶

Zielgruppe sind langzeitbeschäftigungslose Männer und Frauen in Wien. Dabei sind Subgruppen wie Wiedereinsteigerinnen sowie MigrantInnen von besonderem Interesse. Als Setting dient die gemeinnützige Arbeitskräfteüberlassung itworks Personalservice GmbH, welche im Auftrag des AMS Wien langzeitbeschäftigungslosen Personen über Qualifizierungsmaßnahmen und Integrationsleasing den Einstieg in ein langfristiges Dienstverhältnis ermöglichen soll. Die Teilnahme beruht ausschließlich auf Freiwilligkeit.

Als übergeordnetes Projektziel ist die partizipative Entwicklung und Umsetzung eines übertragbaren Modellprojekts zur Gesundheitsförderung arbeitssuchender Menschen sowie eine umfassende Charakterisierung der Zielgruppe bezüglich Gesundheitszustand,

-verhalten, -wissen, Bedürfnisse, Copingstrategien und Copingressourcen zu nennen. Weiters wird die Steigerung von Wohlbefinden, Kohärenzgefühl und Selbstorganisation der Zielgruppe angestrebt.

Diesbezüglich werden folgende Maßnahmen genannt:

- Ist-Analyse (Gesundheitszirkel, Fokusgruppen, Fragebogenerhebung)
- Laufende Gesundheitsziele mit der Zielgruppe
- Niederschwellige, partizipativ entwickelte geschlechtsspezifische Gesundheitsangebote vor Ort (Gruppenaktivitäten, freiwillig)
- Gesundheitssprechstunde vor Ort (Einzelaktivitäten, wöchentliches Angebot, freiwillig, vertraulich)
- Monatlich stattfindende Gesundheitstage vor Ort mit Infoständen, Vorträgen und Schnuppermöglichkeiten
- Implementierung eines Wiener Netzwerks Arbeitslosigkeit & Gesundheit
- Schulung und Qualifizierung der Schlüsselarbeitskräfte

FIT-START für Arbeitssuchende²⁷

Da die primäre Zielgruppe der Arbeitssuchenden über 40 Jahre möglichst rasch nach Eintritt in die Arbeitslosigkeit erreicht werden soll, um den ersten Schock besser zu überbrücken, liegt die größte Chance in der Vernetzung mit jenen Strukturen, die prinzipiell von der Kündigung erfahren und noch Hilfestellung bieten wollen bzw. können

Weitere Zielgruppen sind insofern die diversen „Netzwerkpartner“. Darunter fallen AMS-Betreuer und Trainer in den Ausbildungskursen, Firmen, Betriebsräte, Arbeitsmediziner, Psychologen, weiters Zeitarbeitsfirmen sowie Selbsthilfeorganisationen

Da die gesundheitliche Chancenungleichheit für Arbeitssuchende in der öffentlichen Meinung nach wie vor zu wenig bekannt ist, erscheint zudem die besondere Betreuung einzelner Medienvertreter notwendig. Dabei sollen die sozialen Zusammenhänge von Gesundheit und die vielfältigen möglichen Nutzwerte niederschwelliger körperlicher Aktivität in der Gruppe betont werden.

Das Projekt soll gesundheitliche Chancenungleichheiten reduzieren und durch die Stärkung individueller Kompetenzen und gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen die Zugänge zu Gesundheitsangeboten und Gesundheitsdienstleistungen verbessern. Im

Zentrum stehen dabei bewegungsorientierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Kernstück des Projekts bilden neun Fit-Start-Treffs, die in den drei Bundesländern Salzburg, Niederösterreich und Burgenland mit Hilfe des AMS und dessen Trägerorganisationen im Schulungsbereich eingerichtet wurden. Dies sind Bewegungsgruppen, die in Sporthallen, Schulen, in der Natur oder in den Räumlichkeiten der Trägerorganisationen wöchentlich stattfinden. Die Bewegungsangebote spannen sich von Gymnastik, einfachen Ballspielen und Nordic Walking bis hin zu Qi Gong, Entspannungsübungen, Ergometertraining und vieles mehr. Es gibt zwei Modelle: Der offene Fit-Start-Treff für Arbeitssuchende, die sich zurzeit in keiner Kursmaßnahme befinden, und der in einer Trägerorganisation integrierte Fit-Start-Treff. Die Ansprache der Arbeitssuchenden wird einerseits durch lokale Projektpräsentationen, Plakate, Flugblätter oder durch das Internet direkt über das Projekt versucht, andererseits werden über Kooperationspartner Netzwerke aufgebaut. Die Trägerorganisationen stehen kontinuierlich mit Arbeitssuchenden in Verbindung und stellen den Kontakt zu potenziellen TeilnehmerInnen her. Die Fit-Start-Treffs sind teilweise in die regulären Kursmaßnahmen integriert, um die Barriere der Sportteilnahme so gering wie möglich zu halten.

4. Conclusio

Auch wenn die Wirkungszusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit nicht restlos geklärt sind, zeigen die empirischen Befunde deutliche Unterschiede im Gesundheitszustand, bei der Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen, bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen erwerbstätigen und arbeitslosen Menschen. Der Bedarf an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Arbeitslose kann anhand dieser Ergebnisse durchaus als gegeben angesehen werden. Allerdings haben wir es bei der heterogenen Gruppe der Arbeitslosen mit einem äußerst schwierigen Interventionsfeld zu tun. Arbeitslose befinden sich nicht in einem sozialräumlichen Setting, was eine erschwerte Erreichbarkeit der Zielgruppe zur Folge hat.²⁸ Wie kann man die Zielgruppe erreichen? In den vorgestellten Beispielen aus der Praxis wurde dem Problem damit begegnet, die Zielgruppe direkt oder indirekt über das Arbeitsmarktservice (AMS) anzusprechen. Die Verbindung von Arbeitsförderung mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erscheint prinzipiell sinnvoll zu sein, da sich durch diese Koppelung die Chancen auf eine Reintegration in den Arbeitsmarkt erhöhen dürften. Ein wichtiges Element ist das Prinzip

der Freiwilligkeit, auf die in drei der vier vorgestellten Projekte explizit hingewiesen wurde.

Ich stelle mir allerdings die Frage, ob es neben diesen zielgruppenspezifischen Interventionen nicht auch anderer – alternativer oder komplementärer – Angebote zur Förderung der Gesundheit bedarf. Dazu möchte ich den Bogen zu Maria Jahoda spannen, die in ihrer Deprivationstheorie die Bedeutung der latenten Funktionen von Arbeit und deren direkten Einfluss auf die psychische Gesundheit und die soziale Integration unterstreicht. Genau diese latenten Funktionen wie Statuszuweisung und Identitätsstiftung oder die Einbindung in eine kollektive Zweck- und Sinnstruktur bieten meiner Meinung nach hervorragende Ansatzpunkte für alternative oder komplementäre Angebote. Als Setting hierfür würden sich z.B. die Gemeinde oder der Stadtteil anbieten. Gemeint sind Angebote, die schon vor einem etwaigen Arbeitsplatzverlust gelebt werden und die latenten Funktionen von Arbeit außerhalb der Erwerbstätigkeit erfüllen können (z.B. ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe).

Richard Birgmann

Der Autor ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheitsplanung in Linz (www.gesundheitsplanung.at). Der Artikel stellt die gekürzte Fassung der gleichnamigen, im Rahmen des Universitätslehrgangs Public Health an der Medizinischen Universität Graz verfassten Arbeit dar.

Anmerkungen

- 1 Elkeles, T., Kirschner, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. Essen 2003, S. 5.
<http://www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp/exemple1/exemple2/Modul03/yhtml/pdf/arbeitslos-u-gesundh.pdf> [letzter Zugriff am 12.02.2009]
- 2 Grobe, T., Schwartz, F. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin 2003, S. 17.
[http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/795277e463b89b2180256cd900517e10/\\$FILE/GBE_13_Alo-u-Gesundheit.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/795277e463b89b2180256cd900517e10/$FILE/GBE_13_Alo-u-Gesundheit.pdf) [letzter Zugriff am 12.02.2009]
- 3 Kieselbach, T., Beelmann, G.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Hollereder, A., Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern 2006, S. 13.
- 4 Grobe, T., Schwartz, F. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin 2003, S. 18.
[http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/795277e463b89b2180256cd900517e10/\\$FILE/GBE_13_Alo-u-Gesundheit.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/795277e463b89b2180256cd900517e10/$FILE/GBE_13_Alo-u-Gesundheit.pdf) [letzter Zugriff am 12.02.2009]
- 5 Wilkinson, R.: Kranke Gesellschaften – Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Wien 2001, S. 216 –217.
- 6 Hollereder, A.: Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. In: Praktische Arbeitsmedizin, Ausgabe 12, Juli 2008, S. 29
http://www.bsafb.de/fileadmin/downloads/pa12_7_2008/pa12_psychische_gesundheit_im_fall_von_arbeitslosigkeit.pdf [letzter Zugriff am 04.02.2009]
- 7 Hollereder, A.: Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. In: Praktische Arbeitsmedizin, Ausgabe 12, Juli 2008, S. 29.
http://www.bsafb.de/fileadmin/downloads/pa12_7_2008/pa12_psychische_gesundheit_im_fall_von_arbeitslosigkeit.pdf [letzter Zugriff am 04.02.2009]
- 8 Klimont, J., Ihle, P., Baldaszi, E., Kytir, J.: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria (Hrsg.). Wien 2008, S. 69.
- 9 Klimont, J., Ihle, P., Baldaszi, E., Kytir, J.: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria (Hrsg.). Wien 2008, S. 70–72.
- 10 Klimont, J., Ihle, P., Baldaszi, E., Kytir, J.: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria (Hrsg.). Wien 2008, S. 74.
- 11 Birgmann, R., Peböck, M., Reif, M.: Gesundheitsbericht Linz 2008. Institut für Gesundheitsplanung (Hrsg.). Linz 2008, S. 92.
- 12 Sebinger, S.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Institut für Gesundheitsplanung (Hrsg.): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005. Linz 2006, S. 36–37.
- 13 Klimont, J., Ihle, P., Baldaszi, E., Kytir, J.: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria (Hrsg.). Wien 2008, S. 78.
- 14 Klimont, J., Ihle, P., Baldaszi, E., Kytir, J.: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria (Hrsg.). Wien 2008, S. 77–78.
- 15 Grobe, T., Schwartz, F. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin 2003, S. 20.
[http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/795277e463b89b2180256cd900517e10/\\$FILE/GBE_13_Alo-u-Gesundheit.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/795277e463b89b2180256cd900517e10/$FILE/GBE_13_Alo-u-Gesundheit.pdf) [letzter Zugriff am 12.02.2009]
- 16 Mielck, A., Helmert, U.: Soziale Ungleichheit und

- Gesundheit. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München 1998, S. 521.
- 17 Kirschner, W., Elkeles, T.: Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarf. In: Hollereder, A., Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern 2006, S. 97.
- 18 Grimmeisen, S., Rosenbrock, R.: Ansätze der Primärprävention bei Arbeitslosen. In: Praktische Arbeitsmedizin, Ausgabe 12, Juli 2008, S. 33.
http://www.bsafb.de/fileadmin/downloads/pa12_7_2008/pa12_ansaetze_der_primaerpraevention_bei_arbeitslosen.pdf [letzter Zugriff am 03.02.2009]
- 19 Grimmeisen, S., Rosenbrock, R.: Ansätze der Primärprävention bei Arbeitslosen. In: Praktische Arbeitsmedizin, Ausgabe 12, Juli 2008, S. 33.
http://www.bsafb.de/fileadmin/downloads/pa12_7_2008/pa12_ansaetze_der_primaerpraevention_bei_arbeitslosen.pdf [letzter Zugriff am 03.02.2009]
- 20 Grimmeisen, S., Rosenbrock, R.: Ansätze der Primärprävention bei Arbeitslosen. In: Praktische Arbeitsmedizin, Ausgabe 12, Juli 2008, S. 33-34.
http://www.bsafb.de/fileadmin/downloads/pa12_7_2008/pa12_ansaetze_der_primaerpraevention_bei_arbeitslosen.pdf [letzter Zugriff am 03.02.2009]
- 21 Elkeles, T.: Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München 2003, S. 659
- 22 Elkeles, T., Kirschner, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. Essen 2003, S. 14.
<http://www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp/exemple1/exemple2/Modul03/yhtml/pdf/arbeitslos-u-gesundh.pdf> [letzter Zugriff am 12.02.2009]
- 23 Kirschner, W., Elkeles, T.: Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarf. In: Hollereder, A., Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern 2006, S. 105.
- 24 Berufsförderungsinstitut (BFI) Kärnten: Xund & Gscheit – Ganzheitliche Gesundheitsförderung. <http://www2.bfi-kaernten.or.at/bfiktn/index.php?xund> [letzter Zugriff am 28.01.2009]
- 25 Arbeitsmarktservice (AMS) Wien: Projekt SÖB „Visitas“. http://www.ams.at/wien/sfa/14340_10218.html [letzter Zugriff am 05.02.2009]
- 26 Frauengesundheitszentrum FEM Süd: (f)itworks – Modellprojekt zur Gesundheitsförderung arbeitssuchender Menschen im arbeitsmarktpolitischen Setting. http://www.fem.at/FEM_Sued/fitworks.htm [letzter Zugriff am 05.02.2009]
- 27 ASKÖ: FIT-START für Arbeitslose. www.askoe.or.at/de/menu_2/askoe---fit/fit---start/fst-information/docdown-informationen-UA6FikLnAmnk [letzter Zugriff am 05.02.2009]
- 28 Grimmeisen, S., Rosenbrock, R.: Ansätze der Primärprävention bei Arbeitslosen. In: Praktische Arbeitsmedizin, Ausgabe 12, Juli 2008, S. 35.
http://www.bsafb.de/fileadmin/downloads/pa12_7_2008/pa12_ansaetze_der_primaerpraevention_bei_arbeitslosen.pdf [letzter Zugriff am 03.02.2009]

Chancen von Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit

Der Blick in die Evaluationsforschung zeigt, dass frühe Förderung die negativen Folgen sozialer Benachteiligung für die persönliche und schulische Entwicklung teilweise ausgleichen kann. In Österreich gibt es jedoch nach wie vor ein Unterangebot an Kinderkrippenplätzen und sonstigen Betreuungformen in der frühen Kindheit.

Es ist nicht zu übersehen, dass soziale und gesundheitliche Interventionen zunehmend unter Druck ge-

raten, die in sie investierten Mittel nachhaltig einzusetzen und die Wirksamkeit der Projekte, Programme und Maßnahmen in Bezug auf gesamtgesellschaftliche Ziele unter Beweis zu stellen. Im Feld der Public Health werden deshalb verstärkt bedarfsorientierte Präventionsprogramme in der frühen Kindheit ins Blickfeld genommen, weil sie sich von vornherein an tendenziell benachteiligte Zielgruppen richten und auch durch hervorragende Wirksamkeitsnachweise glänzen.

Gegenwärtig erfolgt diese Aufmerksamkeit mehrerer Teildisziplinen der Gesundheits- und Sozialwissenschaften jedoch aus verschiedenen Blickwinkeln. Wenn man die angesprochenen Themen im Detail recherchiert, stößt man auf unterschiedliche Zugänge und Definitionen jener Hilfen, die zwischen 0 und 6 Jahren vermittelt und angeboten werden und sich auf verschiedenartige Angebote und Ziele erstrecken.

Beispielsweise ist Frühförderung ein stehender Begriff der Heil- und Sonderpädagogik, der auch in der Förderung von hochbegabten Kindern Anwendung findet, weshalb sich etwa die Schweizer Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen für eine Abgrenzung von diesem Begriff einsetzt und sich dafür ausspricht, alle generell früh einsetzenden Entwicklungsförderungen des Kindes unter dem Begriff der frühen Förderung zu verstehen. In Deutschland spricht man von frühkindlicher Bildung, Betreuung und Erziehung.

Die Medizin wiederum betrachtet (vorwiegend sozial bedingte) Frühgeburten und fokussiert auf sekundärpräventive Maßnahmen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass- und anderer Reihenuntersuchungen. Akteure im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention fokussieren auf gesunde Ernährung im Säuglings- und Kleinkindalter, Zahnkariesprophylaxe und andere Formen der Verhaltensprävention sowie der Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten in Kindergärten und Schulen.

Unter Public Health Gesichtspunkten ist es vorerst von besonderer Bedeutung, das Potential keines der verschiedenen Zugänge zur nachhaltigen Verbesserung des Wohlbefindens der Zielgruppen außer Acht zu lassen: Unter früher Förderung (early childhood interventions) versteht man ein Gesamtkonzept von Interventionen im Frühbereich (Schwangerschaft bis Schuleintritt und nach Möglichkeit darüber hinaus), das die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigt und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt ist.

Veränderungsbarrieren

In den deutschsprachigen Ländern herrscht die Haltung vor, dass die frühkindliche Erziehung und Betreuung in der alleinigen Verantwortung von Eltern bzw. Erziehenden liegt, welche schwer mit der Forderung nach übergreifenden Präventionskonzepten einhergeht. Jugendämter ringen mit dem doppelten Mandat sozialer Arbeit, wonach Hilfe und Kontrolle nicht widerspruchsfrei verbunden werden können – der Bedarf an Angeboten früher Hilfen kann so nicht zur Gänze gedeckt werden und vor allem können die präventiven Wirkungen – welche angesichts der gesellschaftlichen Veränderungen im Kindes- und Jugendalter von zunehmender Bedeutung sind – nicht zur Gänze entfaltet werden.

Weiterhin wird hierzulande als Grundsatzfrage erörtert, ob sich frühe Förderung im Prinzip an alle Erziehenden mit Kindern zwischen 0 und 6 Jahren richten soll oder einzuschränken ist auf sozial benachteilig-

te Familien. Der freie Zugang zu den Interventionen ist in England, den USA, Kanada und Australien eine Selbstverständlichkeit. Der Blick in die Evaluationsforschung zeigt, dass alle Kinder ungeachtet ihrer sozialen Herkunft von frühkindlicher Förderung profitieren. Für Kinder aus sozial benachteiligten Milieus ist der Nutzen jedoch überproportional. Das bedeutet, dass frühe Förderung die negativen Folgen sozialer Benachteiligung für die persönliche und schulische Entwicklung teilweise ausgleichen kann.

Solange frühe Förderung nicht auf einen breiten politischen und gesellschaftlichen Konsens bauen kann, sind daher Angebote und Konzepte der frühen Förderung mit speziellem Augenmerk auf die Bedürfnisse sozial benachteiligter Kinder legitim. Für passende Angebotslösungen bedeutet dies gleichsam, Zugangswege zu Zielgruppen zu finden, ohne dabei stigmatisierende oder kontrollierende Kontexte zu begünstigen. Zur Zielgruppe gehört immer die (Kern)Familie, nicht nur das Kind oder das Kind und die Mutter, sondern das System Familie.

Wirksamkeit

Reynolds et al. (2004) haben die Langzeiteffekte (bis zum Alter von 25 Jahren) von „Early Childhood Interventions“ untersucht und dabei die Effekte verschiedener Modellprojekte mit den Angeboten institutionalisierter Eltern-Kind-Zentren in den stark von Armut betroffenen Regionen Chicagos sowie mit einer Kontrollgruppe ohne Intervention (quasi-experimentell, matching des sozio-ökonomischen Status) verglichen. Die Ergebnisse zeigen:

- einen um 40 Prozent reduzierten Bedarf an schulischer Nachhilfe
- um 40 Prozent erniedrigte Raten jener Schüler/innen, die im Alter von 15 Jahren eine Schulklasse negativ abgeschlossen hatten
- einen mehr als 55-prozentigen Rückgang von Kindesmissbrauch bis zum Alter von 17 Jahren (Reynolds et al., 2003a)
- der Anteil von Fremdunterbringungen halbierte sich
- um 45 Prozent erniedrigte Kriminalitätsraten im Alter von 18 Jahren (Reynolds, 2003b)
- erhöhte Chancen für Programmteilnehmer/innen, eine weiterführende Schule zu besuchen
- eine Verbesserung des ökonomischen Wohlstandes der Programmteilnehmer/innen

- eine Reduktion der Inanspruchnahme finanzieller Hilfestellungen

An gesundheitsbezogenen Endpunkten wurden gefährlicher Substanzkonsum und Rauchen untersucht, beides reduzierte sich um etwa 25 Prozent und nur 12,8 Prozent der Programmteilnehmer wiesen dauerhaft mehr als ein depressives Symptom auf, während dieser Anteil in der Vergleichsgruppe (keine Intervention) bei 17,4 Prozent lag.

Ökonomische Langzeitevaluationen der untersuchten Programme ergaben, dass das Verhältnis eines jeden investierten Dollars (Euros) zu den Gesamtsparnissen 1:10,15 für institutionalisierte Programme und für einzelne Modellprojekte zwischen 1:3,78 und 1:8,74 liegt. Auf solch hohe Returns on Investment sind Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention weltweit aufmerksam geworden. In anderen Feldern (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfallprävention, Gewaltprävention, Prävention von Substanzkonsum etc.) konnten keine Interventionen mit ähnlich guten ökonomischen Rückläufen abgegrenzt werden.

Was wirkt und wie?

Nun stellt sich die Frage, welche Interventionen in welchem Kontext und mit welchen Methoden untersucht wurden und was genau an den Chicagoer Programmen gewirkt hatte, um die externe Validität der Studienergebnisse beurteilen zu können. Ich werde die methodologischen Aspekte hier nicht diskutieren, nur anführen, dass der Loss to follow up sehr gering war und es sich um eine groß angelegte prospektive Kohortenstudie (n=ca. 1000) handelte, also um ein Beobachtungsstudiendesign der Wahl: teuer und valide.

Die Interventionsgruppe bestand aus Kindern, die im Alter von 3 bis 8 Jahren an einem Programm teilnehmen konnten, das von einem Eltern-Kind-Zentrum organisiert und koordiniert wurde. Die Grundkompetenzen, auf deren Verbesserung strukturierte Lernprogramme bei Kindern fokussierten, waren Sprachkompetenzen (an erster Stelle), rechnerische Fähigkeiten und Hörverständnis. Ein zweiter Interventionsstrang zielte auf die Partizipation der Eltern, die sich freiwillig als Begleitpersonen engagierten, einen Raum für soziale Netzwerkaktivitäten zur Verfügung gestellt bekamen, sich selbst Workshops und Trainings unterzogen und insgesamt nachgehend betreut wurden, in Form von Hausbesuchen und „Beziehungsarbeit“.

Während der frühe Zeitpunkt und die Dauer der Interventionen in den Chicagoer Programmen einen positiven Wirkfaktor darstellen, wird strukturierte frühe

Förderung mit einer Palette von positiven Langzeiteffekten in Verbindung gebracht, von denen alle Kinder und Familien in ähnlicher Weise profitiert haben. Kritische Erfolgsfaktoren sind Organisationsstrukturen, Hintergrundwissen und Vergütung der Trainer/innen, Fokus auf die soziale, kognitive und emotionale Kompetenz bei der Einschulung und intensive Unterstützung der Eltern in Begleitprogrammen. Die größten Auswirkungen auf die Langzeiteffekte resultieren aus kognitiven Verbesserungen sowie der Unterstützung von Eltern und Schulen. (Schulen wurden dabei unterstützt, bessere Rahmenbedingungen wie beispielsweise niedrigere Klassenschülerzahlen zu bieten). (vgl. Reynolds, 2004).

Status quo in Österreich

Betrachtet man den Stand der Praxis von „Early Childhood Interventions“ in Österreich, so ergeben sich, je nachdem, welche Angebote „early childhood interventions“ zugeordnet werden, zwei sehr unterschiedliche Bilder. In einem weiten Sinn kann die Angebotspalette, vor allem in Städten, als sehr breit und vielfältig bezeichnet werden. Es gibt Geburtsvorbereitungskurse, Eltern-Kind-Zentren, Doula-Geburtsbegleitung, Familienberatung, Elternbildungskurse, auf Frühförderung spezialisierte Beratungsstellen, Kindertagesstätten, Horte und Kindergärten, Spielgruppen, Familienhilfe, Erziehungshilfe etc. mit einem wahrscheinlich nicht zu unterschätzenden Potential für die Ziele der frühkindlichen Förderung.

Wenn man die Maßstäbe jedoch enger setzt und nur jene Angebote der frühen Förderung zuteilt, die den Bildungsaspekt der frühkindlichen Entwicklung betonen (oder andere evidenzbasierte Interventionen, wie etwa die Doula-Begleitung, Zahnkariesprävention usw.) und sich explizit als Beitrag zur Verbesserung der Chancengerechtigkeit verstehen, ergibt sich ein ganz anderes Bild.

Wenn man nun zusätzlich eine Public Health-Perspektive anwendet und klassisch nach dem Bedarf und dem Zugang zu einem „Frühe-Hilfen-System“ fragt, könnte man den Eindruck gewinnen, dass

- ein eklatantes Unterangebot an Kinderkrippenplätzen, ein Unterangebot an Kindergartenplätzen und sonstigen Betreuungsformen in der frühen Kindheit besteht, der Bedarf an Betreuung allein also keineswegs gedeckt ist
- die Inanspruchnahme der knappen Angebote vermutlich einen Sozialgradienten aufweist und der Bedarf an frühkindlichen Hilfen vermutlich einen inversen Sozialgradienten aufweist

Bezüglich zentraler Hürden bei der Organisation eines Systems von frühen Hilfen werden eventuell zu berücksichtigen sein:

- die Gesundheits- und Sozialberufe und ihre unterschiedlich einflussreichen Fachgesellschaften, Berufs- und Standesvertretungen. Sie werden um die Definitionsmacht ringen, was präventiv in diesem Setting einwirken soll (heil- und sonderpädagogischer Ansatz? psychotherapeutischer Ansatz? sozialmedizinischer Ansatz? sozialarbeiterischer Ansatz? medizinisch-präventiver Ansatz? gesundheitsförderlicher Ansatz? etc.) Zentrale Herausforderung aus Public Health-Perspektive ist deshalb die konkrete Förderung eines disziplinenübergreifenden Denkens und Handelns, z.B. durch interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsangebote.
- Eine zweite Barriere stellen Organisations- und Systemgrenzen dar, an die die geforderte Kooperation von Disziplinen und Akteuren stößt. Mit dem Konzept „Health in All Policies“ versucht Public Health unter anderem auf die Notwendigkeit zur Kooperation von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialressorts hinzuweisen, um soziale und gesundheitliche Ungleichheiten wirksam reduzieren zu

können. Die zentrale Herausforderung wird hierzu sein, Kooperation zwischen den unterschiedlichen Playern und Financiers zu vermitteln und begleitersforchte Pilotprojekte zu initiieren.

Christoph Pammer

Erstabdruck in: Public Health, Newsletter 3/2010. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verfassers. Dieser ist selbständiger Gesundheits- und Sozialwissenschaftler in Graz und zurzeit als Projektkonsulent für das ÖBIG tätig.

Literatur

Reynolds A. J., Robertson, D. L. (2003a): School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago Longitudinal Study. *Child Development*, 74 (1):3-26.
 Reynolds A. J.; Temple, J. A.; Ou, S. R. (2003b): School-based early intervention and child well-being in the Chicago Longitudinal Study. *Child Welfare*, 82 (5):633-656.
 Reynolds A. J.; Ou, S. R.; Topitzes, J. W. (2004): Paths of effects of early childhood intervention on educational attainment and delinquency: a confirmatory analysis of the Chicago Child-Parent Centers. *Child Development*, 75 (5):1299-1328.

Frühprävention ist nachhaltig und aussichtsreich

Erste Ergebnisse einer in Frankfurt durchgeführten Studie zeigen, dass durch den Einsatz von Präventionsprogrammen in Kindertagesstätten aggressives und ängstliches Verhalten, aber auch Hyperaktivität deutlich reduziert werden konnten.

Verwahrlosung, Gewalt und Zunahme von Sucht- und Depressionserkrankungen gehören nicht selten zu den Folgen einer problematischen Kindheit. 70 Prozent der schweren Gewalttäter sind als Kinder selbst misshandelt worden; 20 bis 30 Prozent ihrer Kinder werden sich vermutlich wiederum zu Gewalttätern entwickeln. Deshalb werden die Stimmen immer lauter, die eine möglichst frühe Prävention bei Risikokindern fordern.

„Psychoanalytische, entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse weisen übereinstimmend darauf hin, wie vielversprechend und nachhaltig frühe Förderungen und Interventionen sind“, erklärt Marianne Leuzinger-Bohleber, Direktorin des Frankfurter Sigmund-Freud-Instituts. Sie untersucht mit ihrem Team die Wirksamkeit zweier Programme zur Frühprävention und berichtete im Wissenschaftsmagazin der Goethe-Universität „Forschung Frankfurt“ (1/2011) über erste Ergebnisse des Projekts.

Verstehender Zugang

Für die beiden Präventionsprogramme „Faustlos“ und „Frühe Schritte“, deren Wirksamkeit jetzt im „EVA“-Projekt des Forschungszentrums IDeA („Individual Development and Adaptive Education of Children at Risk“) untersucht wird, wurden 14 Kindertagesstätten in Frankfurter Stadtteilen ausgewählt, in denen sich soziale Problemlagen verdichten. Nachdem das Programm „Frühe Schritte“, das aus verschiedenen Bausteinen zur Beratung und Betreuung von Kindern,

Eltern und ErzieherInnen besteht, über mehrere Monate in den Tagesstätten umgesetzt worden ist, zeigt sich, dass aggressives und ängstliches Verhalten, aber auch Hyperaktivität statistisch signifikant zurückgegangen sind.

„Frühe Schritte“, entwickelt von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit dem Institut für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (IAKJP) am Sigmund-Freud-Institut, sucht den „verstehenden Zugang zum einzelnen Kind und seiner Familie“. Die Direktorin des Sigmund-Freud-

Instituts erläutert: „Wir betrachten auffälliges und störendes Verhalten nicht primär als Fehlverhalten, sondern als Ausdruck eines verborgenen, unbewussten, sinnvollen psychischen Geschehens. Daher gilt es zunächst einmal, das Verhalten eines Kindes – das kann aggressiv, hyperaktiv, aber auch ängstlich zurückhaltend sein – zu entschlüsseln und nicht möglichst schnell zum Verschwinden zu bringen.“

Gespräche mit den Eltern

Ein Kind, das durch eine schwierige Beziehung zu einer Bezugsperson belastet ist, braucht die Chance und die Zeit, eine sichere Bindung entwickeln und sich so verschiedenen Lebenssituationen im Verhalten und

„Wir betrachten auffälliges und störendes Verhalten nicht primär als Fehlverhalten, sondern als Ausdruck eines verborgenen, unbewussten, sinnvollen psychischen Geschehens. Daher gilt es zunächst einmal, das Verhalten eines Kindes (...) zu entschlüsseln und nicht möglichst schnell zum Verschwinden zu bringen.“

Marianne Leuzinger-Bohleber

Fühlen anpassen zu können. Dazu gibt es vielfältige Hilfsangebote. In weniger schweren Fällen können schon Gespräche mit den Eltern, angeleitet von PsychologInnen und ErzieherInnen, sowie eine intensive Beschäftigung mit dem Kind etwas in Bewegung setzen. Häufiger ist eine Therapie für das Kind sinnvoll

und findet nach ausgiebigen Gesprächen auch die Zustimmung der Eltern. „Wir haben immer wieder die Erfahrung gemacht, dass insbesondere Mütter erleichtert sind, über die Probleme ihres Kindes und ihrer Familie reden zu können. Die wenigsten wissen auch, dass eine Therapie (in

Deutschland) zu den Leistungen der Krankenkasse gehört“, so Leuzinger-Bohleber. Die Gelder scheinen hier gut investiert zu sein, zumal der Nobelpreisträger für Ökonomie von 2008, James Heckmann, in einer viel beachteten Analyse aufgezeigt hat, dass sich Frühprävention rechnet: Jeder Dollar, der dort investiert wird, spart später das Achtfache.

Test mit Puppenhausspiel

Aus der Bindungsforschung ist bekannt, dass ein Kind nur dann aktiv seine Umgebung erkundet, wenn es sich sicher fühlt und Schutz bei seiner primären Bezugsperson findet. Um dies zu testen, haben Psychologen ein besonderes Puppenhausspiel entwickelt („Manchester Child Attachment Story Task“ – kurz MCAST). Dieses standardisierte experimentelle Verfahren setzt auch das Frankfurter Team ein. Zunächst beginnt der Untersucher mit einer Geschichte, die das Bindungssystem des Kindes aktiviert. Ein Beispiel: Der kleine Rachid verliert seine Mutter im Kaufhaus – wie spielt das Kind diese Story weiter? Ein Junge setzte dies so um: Seine Mutter findet ihn wieder und schlägt ihn, anschließend schlägt er sie – und verliert immer mehr die Kontrolle. Wenn in solchen Situationen Aggression so stark durchbricht, dann ist dies für die Psychologen ein Alarmzeichen: Die Bindung zur primären Bezugsperson scheint erheblich gestört. Die Mutter, von einer Erzieherin über den Verlauf des Puppenspiels informiert, kennt vergleichbare Szenen mit ihrem Sohn im häuslichen Umfeld. Sie lebt in einer desolaten psychischen und psychosozialen Situation, hat sich unter



Nur 35 Prozent der Kinder mit besonderen sozialen Risiken haben eine sichere Bindung. Foto: bikl.de

„Bildungspolitik als Sozialpolitik“ – Call for Papers

In Zeiten sozialpolitischer Kürzungen wird Bildung gerne als Vorsorge gegen Diskriminierung am Arbeitsmarkt und mithin als Brücke in die Unabhängigkeit von öffentlichen Unterstützungsleistungen thematisiert. Dabei erhebt sich die Frage, inwieweit dieses Versprechen eingelöst werden kann bzw. für welche soziale Gruppen dies zutrifft – und für welche nicht. Umgekehrt wird soziale Ausgrenzung oft mit vorhandenen Bildungsdefiziten erklärt. Wie man es auch wendet, Bildung erscheint in letzter Zeit als Allheilmittel bzw. als Königsweg, um sich aus sozial defizitären Lagen zu befreien.

Wir wollen im geplanten Themenheft diese Annahmen diskutieren und hinterfragen. Konkret möchten wir uns folgenden Fragestellungen widmen:

Kann Bildungspolitik tatsächlich als Alternative zur Sozialpolitik gesehen werden oder verhalten sich beide Politikfelder tendenziell komplementär?

Inwieweit finden Ausgrenzungsprozesse tatsächlich auf der Grundlage von Bildungsdefiziten statt – oder verhält es sich gerade umgekehrt?

Inwieweit können vorhandene Problemlagen auf dem Arbeitsmarkt durch vermehrte Qualifizierung behoben werden?

Für das Schwerpunktheft ersuchen wir um die Zusendung von Beiträgen, die sich entweder auf der Basis empirischer Studien oder im Rahmen einer theoretischen Abhandlung, gegebenenfalls in essayistischer Form, mit der Thematik, insbesondere den genannten Fragestellungen, auseinandersetzen.

Die Beiträge sollen eine Länge zwischen 40.000 und 60.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen) aufweisen. Grafische Elemente wie Übersichten, Tabellen und Diagramme sind möglich und willkommen. Amerikanische Zitierweise ist erbeten, d.h. Kurzbelege im Text (AutorIn, Erscheinungsjahr, Seitenangabe), Fußnoten sollten nur für inhaltliche Ergänzungen verwendet werden.

Deadline für die Zusendung von Manuskripten ist der 30. Juni 2012. Nach Ablauf der Reviewphase Mitte September werden die EinreicherInnen über die Publikationsentscheidung informiert. Die angenommenen Beiträge werden mit allfälligen Anregungen zur Überarbeitung an die AutorInnen zurückgesandt. Redaktionsschluss ist am 31. Oktober, sodass das Heft im Dezember 2012 termingerecht erscheinen kann.

Für Fragen und Vorschläge ersuchen wir Sie, Univ. Prof. Dr. Margitta Mätzke (margitta.maetzke@jku.at bzw. 0732 2468 7163) oder Mag. Hansjörg Seckauer (hansjoerg.seckauer@jku.at bzw. 0732 2468 7168) zu kontaktieren.

anderem gerade von ihrem zweiten alkoholkranken und gewalttätigen Mann getrennt. Hier setzt akute Krisenintervention für Mutter und Kind an – kein Einzelfall, wie die Untersuchung der Risikokinder im „EVA“-Projekt zeigt.

Wenige Kinder mit einer sicheren Bindung

„In unserer Stichprobe finden wir auffallend wenige Kinder mit einer sicheren Bindung, es sind nur 35 Prozent; in internationalen Studien, in denen nicht nur Risikokinder berücksichtigt wurden, gehören fast 70 Prozent zu diesem sicheren Bindungstyp“, so Katrin Luise Läger, wissenschaftliche Mitarbeiterin im „EVA“-Team. „23 Prozent der von uns untersuchten Kinder zählen zu dem unsicher-desorganisierten Bindungstyp, der häufig für schwer traumatisierte Kin-

der charakteristisch ist. Auch dies steht im starken Kontrast zu einer der erwähnten anderen Studien, in der nur bei drei Prozent der Kinder der unsicher-desorganisierte Bindungstyp festgestellt wurde.“

Quellen: <http://bildungsklick.de>, 28.04.2011; www.innovations-report.de, 29.04.2011

Weitere Beiträge zum Thema „Lernrisiken“ findet man in „Forschung Frankfurt“ 1/2011: im Internet unter www.forschung-frankfurt.uni-frankfurt.de/2011/index.html. Kostenlose Bestellung der Printausgabe per Mail an: ott@pvw.uni-frankfurt.de

„Fair-Mainstreaming“ an der Universität – eine Unmöglichkeit?

Ergebnisse einer Studie zum Thema „Fair-trade“, die im Rahmen eines soziologischen Forschungspraktikums an der Johannes Kepler Universität Linz durchgeführt wurde.

In der Gegenwartsgesellschaft hat sich zur materiellen Reproduktion eine eigene Systemwelt herausgebildet. Was früher im lebensweltlichen Kontext erwirtschaftet wurde, ist heute in globale Wirtschafts- und Politiksysteme ausgelagert. Diese neuen Systeme werden im hohen Maß zweckrational über Steuermedien wie Macht und Geld organisiert und ermöglichen die kostengünstige Erzeugung von Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs. Allerdings schaffen diese systemischen Mechanismen einen relativ norm- und wertfreien Raum und entkoppeln sich von einer konsensorientierten Handlungskoordination (Habermas 1988). Auch Illich hat früh erkannt: „Das Geld entwertet, was es nicht quantitativ bewerten kann“ (1978: 19). Für Austauschbeziehungen mit den sogenannten Entwicklungsländern hat dies weitreichende Konsequenzen, da es die bestehenden Abhängigkeits- und Ausbeutungsverhältnisse stützt bzw. zementiert. Im System der globalen Wirtschaft werden diese häufig nur mehr in der Rolle von günstigen Rohstofflieferanten oder als mögliche Ziele für die Externalisierung von Umweltrisiken gesehen.

Konzept des fairen Handels

Ein wichtiger und bewährter Weg, hier neue Sichtweisen einzubringen, ist das Konzept des „fairen Handels“. Die Abgeltung ökologischer und sozialer Mindeststandards soll den Menschen in den sogenannten Entwicklungsländern ermöglichen, ihre Situation zu verbessern, und die Austauschbeziehungen („terms of trade“) zwischen den Staaten gerechter gestalten (z.B. Reduktion des Preisverfalls von in sog. Ent-

wicklungsländern produzierten Waren). In Hinblick auf die eingangs dargestellten Thesen leistet das Konzept einen Beitrag für mehrere Ziele:

- Erstens: Ökologische und soziale Produktionskosten werden sichtbar gemacht. Der faire Handel ist dabei nicht von den Märkten losgelöst, sondern erweitert durch die Hereinnahme zentraler ethischer Werte die ökonomischen Bewertungsmaßstäbe.
- Zweitens: Einer rein marktliberalen Perspektive fehlt das Instrumentarium zur Konsensfindung zwischen sog. Entwicklungsländern und Industrieländern. Das Konzept des „fairen Handels“ macht diese „strukturelle Gewalt“ (Habermas 1988: 278) und die damit verbundene systematische Einschränkung der Kommunikation erkennbar.
- Drittens: Die Lebenswelten der Produzentinnen und Produzenten in den sogenannten Entwicklungsländern und der Konsumentinnen und Konsumenten in den Industrieländern werden thematisiert. Menschen treten in Beziehung, um zu diskutieren und Konsens herzustellen. Soziale Regeln des Zusammenlebens werden ausverhandelt. Die Gesellschaft kann sich so symbolisch reproduzieren und soziale Integration schaffen.
- Viertens: Habermas spricht von einer „Kolonialisierung der Lebenswelt durch die Systemwelt“. Systemimperative sickern unbemerkt in den alltagsweltlichen und zwischenmenschlichen Bereich ein und gefährden die soziale Reproduktion der Gesellschaft (ed. 293). Der Diskurs über „Gerechtigkeit“, „Fairness“, „soziale und ökologische Werte“ stellt sich bewusst dagegen.

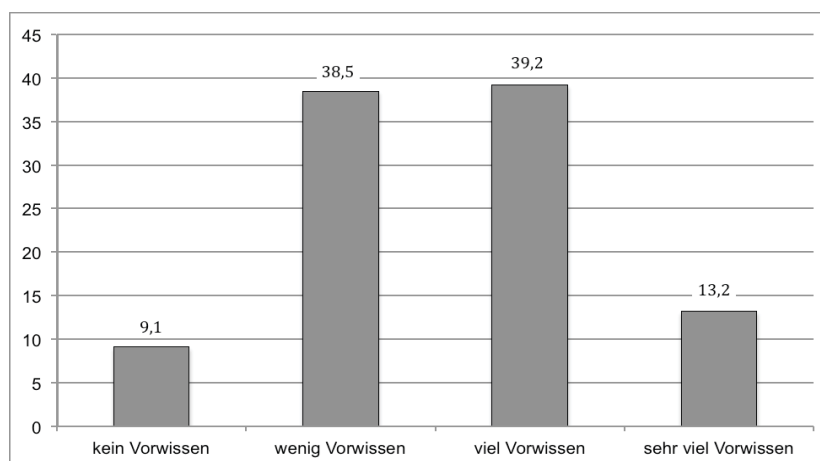


Abbildung 1: Selbsteinschätzung zum Wissen über „fairen Handel“ (n=756)

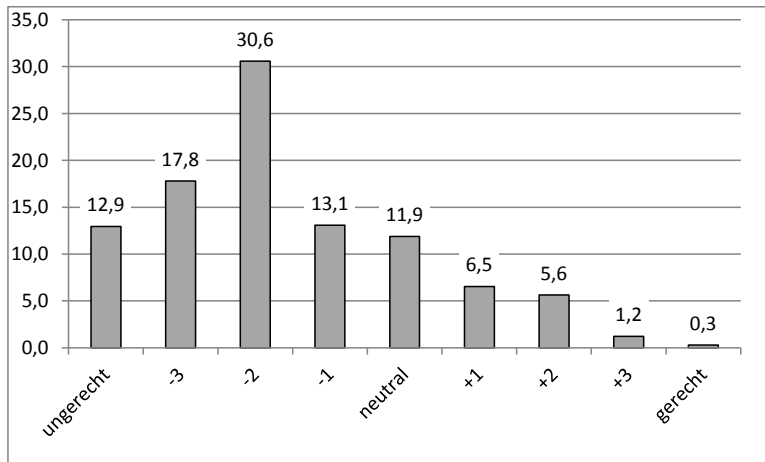


Abbildung 2: Die „allgemeine Gerechtigkeit in der Welt“ aus studentischer Sicht (n=657)

- Fünftens: In den Handelsbeziehungen werden die Bäuerinnen und Bauern wieder sichtbar gemacht, was der latenten Entfremdung von unseren Lebensmitteln entgegenwirkt.

Dem gesamtgesellschaftlichen Nutzen, wie er vorhin formuliert wurde, ist man sich wohl eher selten bewusst. Neben diesen eher abstrakten Vorteilen sind auch rein menschliche Überlegungen im Sinne eines partnerschaftlichen und sozialetischen Paradigmas zentral. Zumindest was die Konsumentinnen und Konsumenten angeht – und hier wird den empirischen Ergebnissen vorgegriffen –, stehen ethische Beweggründe im Vordergrund. Es ist in der Folge wenig verwunderlich, dass heute ganze Gemeinden und Städte auf „fairen Handel“ setzen. So hat etwa Graz als erste Landeshauptstadt den Titel einer „Fairtrade-Gemeinde“ erhalten. Dazu mussten sämtliche städtische Abteilungen, inklusive Kindergärten, entsprechend ausgerichtet werden. Für viele Universitäten und Fachhochschulen gehört Fairtrade längst zum Alltag. Auch an der Johannes Kepler Universität Linz haben sich Studierendengruppen immer wieder bemüht, den „fairen Weg“ zu bewerben. Doch hat es hier Jahre gedauert, bis einige Kaffeeautomaten (recht unauffällig) auf Fairtrade umgestellt wurden. Von einer umfassenden Strategie ist man weit entfernt. Worin lässt sich diese Gleichgültigkeit der hiesigen „Universitätsbevölkerung“ begründen? Was hindert die Verantwortlichen daran, die Kantinen, Automaten und Abteilungen einem „fairen“ Paradigma zu unterstellen? Zumindest der Studierendensicht wurde mit einer Studie im Rahmen eines Forschungspraktikums aus Soziologie auf den Grund gegangen. Im Zentrum der Forschung stand, mittels ausgewählter Indikato-

ren aus den Bereichen Lebensstil und Gerechtigkeitsvorstellungen den Stellenwert von fair gehandelten Produkten im Kontext des studentischen Konsumverhaltens zu klären. Die Konsumwünsche und Nachfrage in Bezug auf „faire Lebensmittel“ sind darin eingeschlossen.

„Fairer Handel“ aus studentischer Sicht

Als Grundgesamtheit wurden alle Studierenden der drei Fakultäten (rechtswissenschaftliche, sozial- und wirtschaftswissenschaftliche und technisch-naturwissenschaftliche Fakultät) des Sommersemesters 2011 festgelegt. Ein umfang-

reicher Fragebogen mit etwa 180 Variablen wurde als Online-Angebot an die Studierenden versendet.

Die Befragung per E-mail macht es möglich, auf eine Stichprobenziehung zu verzichten und eine Totalerhebung anzustreben. Freilich nahmen nicht alle Studierenden diese Gelegenheit wahr. Solche Ausfälle können die Zusammensetzung des Samples beeinflussen. Über 800 Personen traten in das Portal der Befragung ein, 82 Prozent davon füllten den Fragebogen zur Gänze aus.

In der Stichprobe verschiebt sich das Geschlechterverhältnis im Vergleich zur Grundgesamtheit deutlich zugunsten der Frauen (47,2 Prozent in der Grundgesamtheit; 57,2 Prozent in der Stichprobe). Auch nahmen anteilig deutlich mehr Studierende der sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät teil, während Jus-Studierende unterrepräsentiert bleiben.¹

Einen ersten Einblick in das vorhandene Interesse am „Fairen Handel“ bekommt man mit der Selbsteinschätzung des Wissens zu diesem Thema. Knapp die Hälfte der Befragten geben an, kein oder wenig Vorwissen zu haben, während die andere Hälfte von einem guten bis sehr guten Vorwissen ausgeht (vgl. Abb. 1, S. 28).

¹ Fast zwei Drittel der Befragten studieren an der sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät, etwa jede vierte Person wählte die Rechtswissenschaften und knapp jede fünfte Person ein naturwissenschaftlich/technisches Fach. Allerdings war eine Mehrfachnennung möglich. 94,9 Prozent studieren nur an einer Fakultät, 4,5 Prozent belegten an zwei, 0,6 Prozent sogar an drei Fakultäten ein Studium.

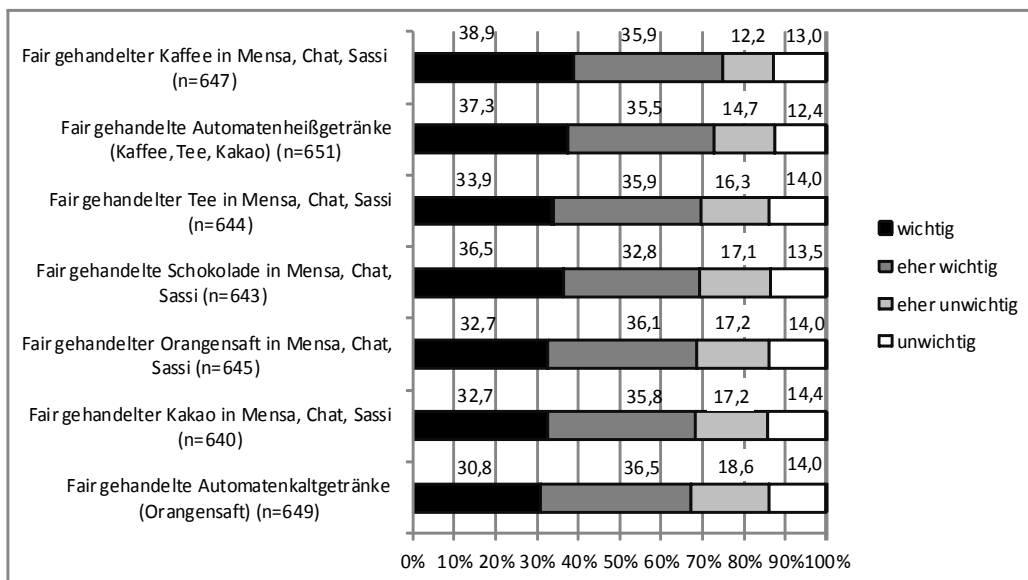


Abbildung 3: Angebotswünsche (Chat und Sassi sind an der Universität angesiedelte Lokale)

Die Beschäftigung mit der Thematik des fairen Handels steht dabei mit dem Urteil bezüglich der Gerechtigkeit in der Welt in Beziehung. Je intensiver man sich um den fairen Handel bemüht hat, desto ungerechter wird die Welt gesehen ($r=-0.16$) – wobei sich insgesamt ein bedrückendes Bild zeigt: Drei Viertel der Befragten betrachten alles in allem die Welt als ungerecht (vgl. Abb. 2, S. 30).

Den Studierenden wurden in der Folge zehn Labels, welche fair gehandelte Produkte kennzeichnen, und drei „falsche“ Logos vorgelegt. Rund 86 Prozent erkennen die Marke „Fairtrade“ (welche ohne Schriftzug dargestellt wurde) wieder, gefolgt von „EZA“ mit knapp 50 Prozent. Andere Labels des fairen Handels liegen deutlich abgeschlagen („Transfer“ mit 27,1 Prozent, „Gepa“ mit 18,6 Prozent, „Rainforest Alliance“ mit 13,4 Prozent). Auch Markenbezeichnungen wie „Alnatura“ (28,6 Prozent) und „Der blaue Engel“ (21,8 Prozent) wurden häufig fälschlicherweise als Labels des fairen Handels wiedererkannt und ein frei erfundenes Logo („fairproduct“) hat sogar einen Anteil von gut 14 Prozent erreicht. Dies dokumentiert die heute beinahe unüberschaubare Landschaft der „fairen“ Marken. Für „echte“ und strenge Konzepte des fairen Handels bleibt es damit eine Herausforderung, sich entsprechend zu positionieren.

Dessen ungeachtet hat sich die Marke „Fairtrade“ mit den Studentinnen und Studenten ein gutes Kundensegment erschlossen. Rund 55 Prozent der Befragten geben an, persönlich regelmäßig Produkte dieser

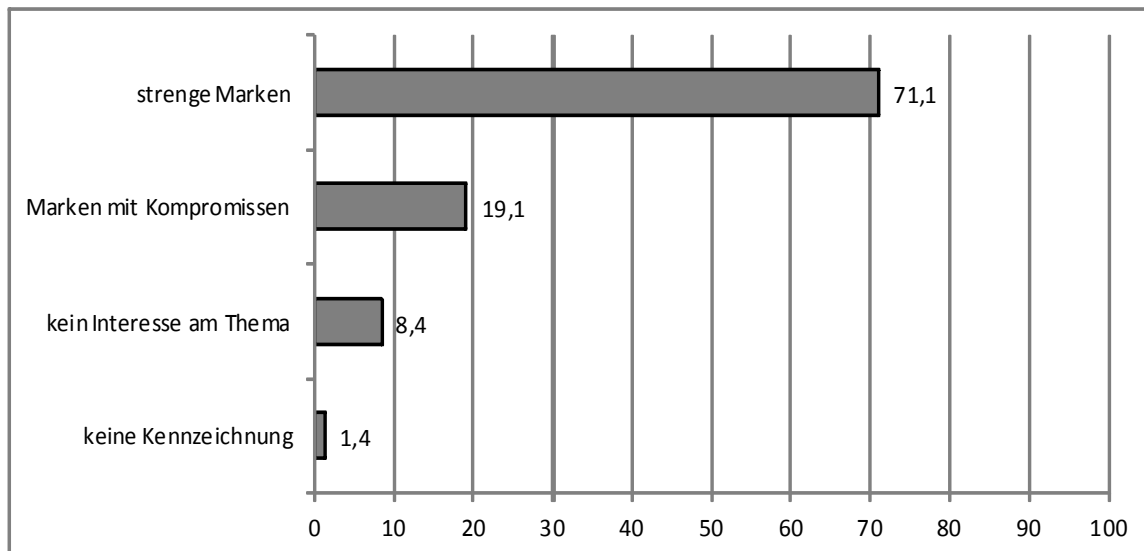


Abbildung 4: Markenwunsch (n=653)

Die Studierenden sprechen sich bei diesem Angebot deutlich für strenge Kriterien und verlässliche Marken aus. Ein Vergleich der einzelnen Labels des fairen Handels deckt ja die unterschiedlichen Qualitätsstandards auf. Dieses „Verwirrspiel“ wird offensichtlich wenig gutgeheißen. Über 70 Prozent der Befragten wünschen sich für das Produktangebot an der Uni strenge Marken (vgl. Abb. 4). Damit kommt insbesondere „Fairtrade“ in Frage und Kompromisslösungen wie „Rainforest Alliance“ sind aus Studierendensicht abzulehnen.

Fairtrade als universitätspolitischer Auftrag

Gerade heute, da in der öffentlichen Diskussion Systemerfordernisse in den Mittelpunkt gestellt wer-

den und damit die Gesellschaft als wenig gestaltbar wahrgenommen wird, zeigt sich ein Konzept wie „Fairtrade“ auffallend wohltuend. Kleine, alltägliche Handlungen, die sich in der Gemeinschaft zur gestalterischen Kraft summieren, machen Gesellschaft wieder als das erfahrbar, was sie ist – ein Produkt des Menschen. Die hohe Zustimmung der befragten Studierenden zum Konzept des „fairen Handels“ kann durchaus als universitätspolitischer Auftrag interpretiert werden. Es eröffnen sich für Entscheidungsträger und -trägerinnen in der Verwaltung, in den Mensabetrieben, in der ÖH und den Automatenfirmen weite Betätigungsfelder, diese Bestrebungen aktiv zu unterstützen. Ein nachdrückliches Engagement könnte sich als ein „Fair-Mainstreaming“ etablieren – auch an der JKU Linz.

*Andreas Hunger, Ursula Rami
Institut für Soziologie, JKU Linz*

Webtipp

Das Wörterbuch Erwachsenenbildung bündelt das gegenwärtige Wissen über Erwachsenenbildung. Es enthält über 300 Stichworte zu den Themenfeldern Didaktik und Methodik, Forschung und Wissenschaft, Geschichte und Entwicklung, Lernen und Erfahrung, Organisation und Profession, Politik und Recht sowie Theorien und Konzepte. Die Website ist die - kostenlos nutzbare - Onlineausgabe des gleichnamigen Wörterbuchs von Arnold, Nolda und Nussl (UTB 2010).

www.wb-erwachsenenbildung.de

Literatur

- Illich, Ivan; 1978: Fortschrittsmythen. Schöpferische Arbeitslosigkeit. Energie und Gerechtigkeit. Wider die Verschulung. Reinbek: Rowohlt
- Habermas, Jürgen; 1988: Theorie des kommunikativen Handelns. Zweiter Band. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp
- Hunger, Andreas; 2012: Fairtrade an der JKU. Gerechter Handel im Spannungsfeld von Lebensstil und Gerechtigkeit. Eine empirische Untersuchung an der Johannes Kepler Universität Linz.

Warum sich für andere engagieren?

Meist engagiert man sich für die eigenen Rechte oder die Rechte der Gruppen, denen man angehört. Altruisten jedoch unterstützen Organisationen, die sich beispielsweise für die Menschenrechte, Migranten oder Benachteiligte einsetzen. Sie grenzen sich nicht von anderen ab, für sie sind alle Menschen gleich. Das unterscheidet sie vom Rest der Bevölkerung. Zu diesem Schluss kommt eine vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) unterstützte Studie.

Die PolitikwissenschaftlerInnen Florence Passy und Gian-Andrea Monsch von der Universität Lausanne haben aktive und passive Mitglieder fünf gemeinnütziger Organisationen mittels Fragebogen und Interviews befragt. Das Ergebnis: Die Mitglieder von Solidarité sans frontières, der Caritas und der Gesellschaft für bedrohte Völker sind altruistische Aktivisten: Sie engagieren sich für andere soziale Gruppen, nicht für die eigenen. Die Mitglieder der Gewerkschaft Unia dagegen engagieren sich mehrheitlich für ihre eigenen politischen Interessen. Die Mitglieder von Greenpeace lassen sich zwischen diesen Polen ansiedeln: Sie engagieren sich nicht für eine Gruppe, sondern für die Umwelt.

Die Studie bestätigt die Ergebnisse von Forschungen zu Personen, die im Zweiten Weltkrieg jüdische Flüchtlinge retteten. Sie hatten eine spezifische Auffassung von Andersartigkeit: Sie grenzten sich nicht von den Anderen ab. Das zeichnet auch die altruistischen Aktivisten aus. Sie schließen andere in ihre Welt mit ein; für sie sind alle Menschen gleich. Oft sind es persönliche Merkmale, die sie mit anderen verbinden: „Wir empfinden alle die gleiche Freude und das gleiche Leid“, „Wir suchen im Leben alle dasselbe, nämlich in Würde zu leben“ und so weiter. Das unterscheidet sie von der übrigen Bevölkerung. Auch die Greenpeace-AnhängerInnen teilen die Auffassungen der altruistischen Aktivisten. Das Umweltengagement steht damit dem altruistischen Engagement ziemlich nahe.

Kein einheitliches Profil

Laut der Studie weisen altruistische Aktivisten vielfältige Profile auf. Die Aktivisten von Solidarité sans

frontières und der Gesellschaft für bedrohte Völker etwa teilen linke Wertvorstellungen und Forderungen, die um die Umverteilung des Reichtums und die politische Emanzipation marginalisierter Gruppen kreisen. Das Profil der Mitglieder der Caritas dagegen ist heterogener und ihr Wertesystem konservativer. Die soziale Verankerung ihres Engagements ist also mannigfaltig, sie beruht nicht auf einem bestimmten Bevölkerungssegment.

Die Untersuchung belegt, dass das in den Sozialwissenschaften noch immer vorherrschende Paradigma, jeder versuche vor allem seine persönlichen Interessen zu befriedigen, nicht erklären kann, warum sich Menschen politisch und sozial engagieren. Für die Mitglieder der Gewerkschaft Unia steht bei ihrem Engagement zwar die Befriedigung persönlicher Interessen im Vordergrund. Dennoch möchten sie ihren Beitrag zu einer besseren Gesellschaft leisten oder einer Gemeinschaft des Denkens und der Ideale angehören. Das ist auch das zentrale Motiv der Greenpeace-Mitglieder. Laut Florence Passy und Gian-Andrea Monsch stellt sich daher die Frage, ob die Motivation der Menschen nicht auf wesentlich komplexeren Grundlagen als der einfachen utilitaristischen Kosten-Nutzen-Rechnung beruht.

*Quelle: Schweizerischer Nationalfonds SNF, Abteilung Kommunikation, 29.03.2012
Eine Zusammenfassung der Studie (in französischer Sprache) findet man unter: www.snf.ch*

Ist Schule noch leistbar?

Enorme Schulkosten belasten viele Familien massiv und verstärken die Ungleichheit beim Bildungszugang. Auf Basis einer von der Arbeiterkammer in Auftrag gegebenen Studie sowie von Elterninterviews haben die Bildungsfachleute der AK Oberösterreich Vorschläge ausgearbeitet, um eine spürbare Senkung der Schulkosten zu erreichen. Diese Vorschläge zur Entlastung der Eltern sowie die wichtigsten Ergebnisse der Studie finden sich in der AK-Broschüre „Ist Schule noch leistbar?“, downloadbar unter:

<http://www.arbeiterkammer.com/online/enorme-schulkosten-65545.html>

Flüchtlinge erzählen

Wie leben Flüchtlinge in Europa? Warum haben sie ihre Heimat verlassen und mit welchen Hoffnungen sind sie hierher gekommen? Was haben sie daheim zurückgelassen, was hier gefunden?

25 Asylsuchende aus Afghanistan, Äthiopien, Burundi, der Elfenbeinküste, Eritrea, Ghana, Guinea, dem Kongo, Kenia, Nigeria, dem Senegal, Somalia, dem Iran, dem Sudan und der Ukraine erzählen ihre Geschichten. Und ebenso viele Menschen hören ihnen zu und schreiben diese Geschichten auf. Kindheitsgeschichten, Fluchtgeschichten, Liebesgeschichten, Lebensgeschichten. Der jüngste Erzähler und dessen Zuhörer sind gerade erst 16 Jahre alt. Ein Buch von Menschen mit Papieren gemeinsam mit Menschen, die ihre Dokumente verloren, verbrannt, zurückgelassen oder gar nie besessen haben. Und die nun warten. Auf einen Pass, auf ein Leben in Sicherheit und auf ein wenig Glück. Jeder einzelne Mensch, der sich Tausende Kilometer weit auf den Weg gemacht hat, um Heimat und Familie zu verlassen, hat massive Gründe für seine Flucht. Um hier aufgenommen zu werden, muss das Nadelöhr des vom Schengen-Regime geprägten Asylverfahrens durchschritten werden. Viele der Menschen, die uns ihre Geschichten erzählen, sind von diesen Erfahrungen geprägt.

Das Buch „Flüchtlinge erzählen“ ist Lesebuch und zeitgeschichtliche Dokumentation zugleich. Bei mehreren Asylwerbenden haben die HerausgeberInnen auf Wunsch den Namen geändert. Zu gefährlich schien es den Geflohenen, ihn zu nennen. Berührtheit, Sympathie und freundschaftliche Lebendigkeit kommen in den Gesprächen zum Ausdruck und übertragen sich auf die Lesenden. Das Buch enthält zudem einen von Anny Knapp (Asylkoordination Österreich) gestalteten Überblick über die rechtliche Situation für Asylwerbende in Österreich, Deutschland und der Schweiz.

Die HerausgeberInnen: Renate Sova war als Flüchtlingsbegleiterin in Guatemala tätig, seit 2008 ist sie im Vorstand des Vereins „Südwind Entwicklungspolitik“ und arbeitet als selbständige Trainerin für NGOs. Ursula Sova ist Redakteurin und Dokumentarfilmerin. Folgert Duit ist Buchhändler und leitet den Waldkindergarten in St. Andrä/Wördern.

Renate Sova, Ursula Sova, Folgert Duit:

Flüchtlinge erzählen

Promedia Verlag, Wien 2012

208 Seiten, EUR 15,90

Soziale Frage im Wandel

In einem von ökonomischen Effizienzüberlegungen geprägten Arbeitsmarktdiskurs erodiert zunehmend auch der vormals zumindest für einige gesellschaftliche Gruppen inklusive Charakter des Normalarbeitsverhältnisses. Die sich wechselseitig verstärkenden Trends der Prekarisierung von Arbeits- und Lebensverhältnissen einerseits und die bewusst forcierte Flexibilisierung und Dynamisierung des Arbeitsmarktes andererseits stellen auch den Wohlfahrts- und Sozialstaat vor immer neue Herausforderungen.

Der von Alexandra Weiss herausgegebene Sammelband geht daher der Frage nach, auf welche Weise sich die skizzierten Entwicklungen auf Fragen der sozialen Sicherung sowie damit verbunden auch auf Armutsgefährdungen auswirken. ExpertInnen und PraktikerInnen nähern sich dabei dem Wandel der Sozialen Frage aus unterschiedlichen Positionen und auf unterschiedlichen Ebenen.

Der deutsche Prekarisierungsforscher Klaus Dörre etwa analysiert aus einer institutionellen und akteurstheoretischen Perspektive die veränderte Rolle der Gewerkschaften in den letzten Jahrzehnten. Nach dem ernüchternden Befund eines massiven Mitgliederschwundes seit der Hochblüte der europäischen Gewerkschaften in den 1970er und 1980er Jahren nimmt deren Organisationsgrad kontinuierlich ab. Dörre regt allerdings an, den damit verbundenen Rückgang an institutioneller Macht nicht fatalistisch hinzunehmen, sondern innovative Praxen und neue Formen der Organisation von ArbeiterInnenmacht zu forcieren. Eine besondere Herausforderung dafür ist nach Dörre vor allem die Öffnung der Gewerkschaften für prekär Beschäftigte.

Auf einer eher diskursanalytischen Ebene behandeln die beiden Beiträge von Fabian Kessel und Peter Grüner/Sabine Trummer die Stigmatisierung und systematische Ausgrenzung von sozial schwachen Gruppen. So werden in der Debatte um die neue Unterschicht oder auch in der immer wieder aufflammenden Sozialschmarotzerdebatte gezielt einzelne gesellschaftliche Gruppen als „Belastung“ für den Sozialstaat diffamiert und in neoliberaler Denklöge den vermeintlichen LeistungsträgerInnen gegenübergestellt, die als Synonyme für ökonomische Prosperität gelten.

Aus einer konzeptionell orientierten Perspektive nähert sich Marcel Fink der Thematik der sozialen Kohäsion als Zielbestimmung umfassender sozialer Sicherung. Zwar steht soziale Kohäsion auch auf der

europäischen politischen Agenda, allerdings wird diese hier primär als Beteiligung am Arbeitsmarkt sowie als grundlegende soziale Absicherung verstanden, was sich vor allem in der Lissabon-Strategie widerspiegelt.

In Finks Integriertem Konzept Sozialer Kohäsion, das auf der Auswertung von qualitativen Interviews mit Personen mit niedrigem Einkommen basiert, werden auch subjektiv erlebte Verwirklichungschancen und Exklusionsprozesse als zentrale Dimensionen dargestellt. Die an diesem Konzept anknüpfende Forderung an Politik und Wissenschaft ist eine Einbettung der Debatte um soziale Kohäsion in einen breiter angelegten Gerechtigkeitsdiskurs.

In Summe stellt der Sammelband eine Vielfalt von Zugängen zum breiten Thema der Probleme des Sozial- und Wohlfahrtsstaates und der Arbeitsgesellschaft dar. So werden in den Beiträgen verschiedene Aspekte des Wandels der sozialen Frage auf verschiedenen Ebenen diskutiert und auch immer wieder auf besonders betroffene Gruppen in den „Zonen der Prekariät“ – wie es Christine Stelzer-Orthofer in Anlehnung an Robert Castel nennt – hingewiesen. Leider stehen die Schlussfolgerungen der AutorInnen durch die thematische Vielfalt der Beiträge zum Teil nur wenig in Bezug zueinander bzw. wird in einigen Beiträgen den politischen Handlungsanweisungen nur wenig Platz eingeräumt. Andererseits wird im vorliegenden Sammelband gerade durch den breiten Zugang der sozialwissenschaftliche Diskurs um den Sozialstaat in seinen vielen Facetten gut dargestellt.

Stephan Pühringer

Alexandra Weiss:

Soziale Frage im Wandel

*Probleme und Perspektiven des Sozialstaates
und der Arbeitsgesellschaft*

ÖGB Verlag, Wien 2012

142 Seiten, EUR 19,90

Vom Studenten zum Arbeiter

Klaus Franz hat es getan, Berthold Huber hat es getan, Joschka Fischer hat es getan“ – so beginnt der Berliner Politikwissenschaftler und Journalist Jan Ole Arps sein Buch „Frühschicht“ über die linke „Betriebsintervention“ in den 1970er Jahren.

»Ich wusste nicht, was auf mich zukam. Aber ohne die Arbeiterklasse hatten wir keine Chance, die Welt zu verändern, so viel war klar.« Das schreibt Harry Oberländer 1977, einige Jahre, nachdem er als revoluti-

onärer Aktivist bei Opel in Rüsselsheim angeheuert hatte. Vom Studenten zum Arbeiter.

Was heute kaum vorstellbar klingt, war Anfang der 1970er Jahre weit verbreitet. Auf die antiautoritäre Revolte von 1968 folgte für viele der Schritt in die Produktion; einige Tausend junge Linke tauschten den Seminarstuhl gegen die Werkbank ein, um die Arbeiterklasse für Revolution und Kommunismus zu begeistern.

Inzwischen ist Klaus Franz (ehemals Mitglied der maoistischen KPD/AO) Betriebsratsvorsitzender bei Opel, Berthold Huber (ehemals Mitglied in der Vorgängerorganisation der MLPD) Vorsitzender der IG Metall, und Joschka Fischer (ehemals Revolutionärer Kampf, Frankfurt) war der erste grüne Außenminister und berät nun deutsche Unternehmen aller Sparten.

Über die bunte Vielfalt der linken »Betriebsintervention« ist hingegen kaum noch etwas bekannt. Ebenso fast vergessen: Auch in bundesdeutschen Fabriken herrschten in jenen Jahren keineswegs nur Ordnung, Fleiß und Disziplin. Zwar ließen sich die westdeutschen ArbeiterInnen anders als in Frankreich oder Italien nicht von der revolutionären Begeisterung mitreißen, die die Universitäten erfasst hatte, doch wilde Streiks waren häufig und hohe Lohnabschlüsse die Regel.

Das Buch geht der Faszination nach, die diese Ereignisse auf die rebellischen StudentInnen hatten. Es behandelt die K-Gruppen, die sich an Lenins Modell der Kaderpartei orientierten, ebenso wie die Spontis, deren Schlachtruf »Wir wollen alles« lautete und die die These von der Autonomie der Arbeiterkämpfe in der Fabrik erproben wollten.

Es zeichnet den Weg junger Linker in die Betriebe nach und schildert, welche Erfahrungen sie dort machten. Damit handelt es vom Konflikt zwischen revolutionären Wünschen und den Mühen des Alltags, von Begeisterung und Ernüchterung über die Arbeiterklasse und von der Krise der autoritären Disziplin, die zur Krise der Großfabrik und der an ihr orientierten politischen Ansätze beitrug.

Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungen der ProtagonistInnen dieses Experiments, die mal nur einige Monate, manchmal ein ganzes Leben in der Fabrik geblieben sind.

Jan Ole Arps: Frühschicht

Linke Fabrikintervention in den 70er Jahren

Verlag Assoziation A, Berlin 2011

240 Seiten, EUR 16,50

Non Profit Organisationen als Partner von Staat und Wirtschaft

Ziel der Fachtagung „Achtung Baustelle!“ ist die Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Entwicklung der Schnittstellen zwischen Staat, NPOs und Wirtschaft. Die Veranstalter greifen damit die gleiche Thematik auf wie beim 1. NPO-Tag vor 14 Jahren und nehmen dieses Jubiläum zum Anlass, Veränderungen im Sektor, in Management-Herausforderungen und in der politischen Landschaft zu beleuchten.

Termin und Ort: 14. Mai 2012, Festsaal der WU Wien, Augasse 2-6, 1090 Wien
Information: <http://www.wu.ac.at/npo/competence/events/npotage>

Verantwortung ermöglichen und Gerechtigkeit fördern

Vortrag von Marianne Heimbach-Steins (Universität Münster) über sozioethische Orientierungen für eine Gesellschaft des langen Lebens auf Einladung der Arbeitsgruppe Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft an der KTU Linz.

Termin und Ort: 14. Mai 2012, 19.00 Uhr, KTU Linz, Bethlehemstraße 20, 4020 Linz
Anmeldung: e.koller@ktu-linz.ac.at

Netzwerkarbeit in der Wohnungslosenhilfe

Bei der diesjährigen Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) geht es um Schnittstellen der Wohnungslosenhilfe zu den Bereichen Psychiatrie, Gesundheitssektor, Frauenhäuser, Haftentlassung uvm. sowie um Kooperationsmöglichkeiten, um diese Schnittstellen zu Nahtstellen zu machen.

Termin und Ort: 14. – 16. Mai 2012, St. Pölten
Information, Anmeldung: www.bawo.at/index.php?id=271

Re-Mixing the City

Entsprechen unsere Städte in ihren Strukturen noch den aktuellen Anforderungen? Erfordert die wirtschaftliche Entwicklung sogar noch weitere Funktionstrennung und höchstrangige Infrastrukturen? Oder ist es vielmehr höchste Zeit, sich der Herausforderung der Wiederdurchmischung der Stadt mit kurzen Wegen und lokalen Kreisläufen zu stellen? Internationale ExpertInnen präsentieren ihre Lösungsansätze dazu bei der REAL CORP 2012.

Termin und Ort: 14. – 16. Mai 2012, Multiversum Schwechat
Information, Anmeldung: www.corp.at

Crossroads 2012

Mit einem aktuellen Filmprogramm sowie zahlreichen Vorträgen, Workshops und Podiumsdiskussionen setzt sich das neue Dokumentarfilm- und Diskurs-Festival Crossroads 2012 schwerpunktmäßig mit der Zerstörung unserer Lebensgrundlagen sowie dem weltweiten Widerstand dagegen auseinander. Behandelt werden weitere Themen wie Migration, Geschlechtergerechtigkeit und der Einfluss neuer Technologien auf unser Leben.

Termin und Ort: 18. – 27. Mai 2012, Forum Stadtpark Graz
Information, Programm: <http://crossroads-festival.org>

Gute Arbeit neu denken

Abendvorlesung der deutschen Querdenkerin Marianne Gronemeyer, die laut über Kernfragen unserer modernen Arbeits- und Konsumgesellschaft nachdenkt: Welchen Wert hat Arbeit überhaupt? Ist uns die gute Arbeit abhanden gekommen und welche Arbeit braucht der Mensch? Als zukunftssträchtige Antwort stellt die Sozialwissenschaftlerin ihr Konzept einer guten Arbeit, die nicht schadet, sondern nützt, zur Diskussion.

Termin: 6. Juni 2012, 19.00 Uhr
Ort: Museum Arbeitswelt Steyr, Wehrgrabengasse 7, 4400 Steyr

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:

8 Ausgaben pro Jahr

Redaktionsadresse:

kontraste: JKU 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

Aboervice, Sekretariat: Judith Luckeneder, Tel.: 0732 2468 7161

Fax DW 7172 Mail: judith.luckeneder@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 Veröffentlichung vor.
Redaktionsschluss ist jeweils der 20. des Vormonats.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge können,
müssen aber nicht die Meinung
der Redaktion wiedergeben.

Wissenschaftliche Beratung:

Univ. Prof. Dr. Josef Weidenholzer

Univ. Prof. Dr. Irene Dyk-Ploss

a.Univ. Prof. Dr. Evelyn Schuster

Dr. Brigitte 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;
Einzelheft EUR 6,70; Referierte Ausgabe EUR 18,70
Alle Preise inklusive Versand.
Gratis Probeabo für drei Monate,
Kündigung bis einen Monat vor Ablauf möglich.

Bankverbindung:

Sparkasse OÖ, BLZ 20320, Kontonr. 7500-002453

