eine Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit anstrebt. Grundprinzipen der Gesundheitsförderung sind **Empowerment**, das heißt die Stärkung von Kompetenzen und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit und **Intersektoralität**, d. h. die Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in eine Vielzahl von Politikbereichen. Gesundheitsförderung bezeichnet einen Prozess, allen Menschen ein höheres Ausmaß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

**Prävention** im Sinne von Krankheitsverhütung versucht – anders als die Gesundheitsförderung – eine bestimmte gesundheitliche Schädigung oder Erkrankung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.

**Primärprävention** (allgemeine Prävention) umfasst alle spezifischen Aktivitäten zur vollständigen Vermeidung einer Gesundheitsschädigung. Ziel ist, die Neuerkrankungsrate einer bestimmten Erkrankung in der Bevölkerung bzw. die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum zu senken. Unter struktureller Prävention versteht man gesetzliche und organisatorische Maßnahmen (Gesetze, Verbote, …), während gruppen- und individuenzentrierte Prävention Bereiche wie Gesundheitserziehung (Eltern, Schule), Gesundheitsaufklärung (Erwachsenenbildung) und Gesundheitsberatung (durch Gesundheitsprofessionen) umfasst.

**Sekundärprävention** (selektive Prävention) umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Frühstadien einer Erkrankung (Früherkennung, „Vorsorge"-Untersuchungen) und ihre erfolgreiche Frühtherapie. Ziele der Sekundärprävention sind das Verhindern von Kosten, Leid und Risiken, die durch ein weiter fortgeschrittenes Erkrankungsstadium auftreten könnte.

**Tertiärprävention** (gezielte Prävention) ist die wirksame Behandlung einer bereits manifesten Erkrankung mit dem Ziel, Verschlimmerung und bleibende Funktionsverluste zu verhüten (Rehabilitation).

## 9.1 Prävention (Vorsorge, Früherkennung)

*Siehe auch: Die Thematik von **Brustkrebs-Früherkennungs-Programmen** wurde in den Kapiteln zum Brustkrebs (Kapitel 4.4.1) und zum Wiener Programm für Frauengesundheit (Kapitel 10.1.1) behandelt.*

### 9.1.1 Vorsorgeuntersuchung NEU

Die 1975 in Österreich eingeführte kostenlose „Gesundenuntersuchung" wird seit Oktober 2005 in geänderter Form als **Vorsorgeuntersuchung NEU** angeboten.[807] Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer haben die Neugestaltung der kostenlosen Vorsorgeuntersuchung unter das Motto „Innovative Prävention gegen Volkskrankheiten" gestellt. Die Berücksichtigung aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse der modernen „Lebensstil-Medizin" erhielt bei der Neugestaltung einen besonderen Stellenwert. Ausführliche Informations- und Hintergrundmaterialien sowie die Untersuchungs-Formulare sind u. a. auch im Internet veröffentlicht.[808] Folgende Punkte sind neu an der Vorsorgeuntersuchung:

- Es geht nicht nur wie bisher um die Früherkennung verbreiteter Zivilisationskrankheiten, sondern es stehen Aufklärung und Unterstützung bei der **gesundheitsfördernden Veränderung des Lebensstils**, im Besonderen was Bewegung, Ernährung und Rauchen betrifft, im Zentrum der neuen Vorsorgeuntersuchung. Bestimmt werden der Body Mass Index, das Gesamtcholesterin und das HDL-Cholesterin. Die Beraterrolle der ÄrztInnen wird in den Bereichen Raucherentwöhnung sowie Ernährungs- und Bewegungsberatung verstärkt.
- Neu im Programm ist eine Erweiterung der **Darmkrebs-Früherkennung** für Menschen über 50 Jahre. Zusätzlich zum Hämoccult-Test (Untersuchung des Stuhls auf Blut) wurde als neue Untersuchung die Koloskopie (Darmspiegelung) zur Darmkrebs-Früherkennung aufgenommen.

806 KICKBUSCH (2003).
807 http://www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=110&p_menuid=59337&p_id=3
808 http://www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=110&p_menuid=60678&p_id=3

**te** (z. B. ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft bzw. ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft, Ungewissheit über die Gegebenheit der Schwangerschaft, persönliche oder familiäre Probleme [kranke Kinder, Beziehungsprobleme], Angst vor medizinischen Untersuchungen, negative Einstellung gegenüber dem medizinischen System, schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen System, Fehlen einer konstanten ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung).

### Gesetzliche Regelung des Mutter-Kind-Passes

Die Regelung des Mutter-Kind-Passes ist seit 2002 an das Kinderbetreuungsgeld gekoppelt. Das im Jänner 2002 in Kraft getretene Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG)[814] regelt das Kinderbetreuungsgeld, welches das Karenzgeld (Karenzurlaubsgeld) abgelöst hat. Demnach kann vom haushaltsführenden Elternteil 2,5 Jahre lang Kindergeld in der Höhe von 436 Euro pro Monat bezogen werden. Bei einem Wechsel des betreuenden Elternteils kann sich die Bezugsdauer auf maximal drei Jahre erhöhen. Bei Mehrlings-Geburten kann nur für ein Kind Kindergeld bezogen werden. Voraussetzung für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes ist, dass für das Kind ein Anspruch auf Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz (FLAG) besteht, dass der das Kindergeld beziehende Elternteil mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt lebt und nicht mehr als 14.600 Euro im Jahr dazu verdient, sowie, dass Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchgeführt werden. Damit wird erstmals seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes keine Beihilfe und kein Bonus gegeben, sondern der Bezug des Kindergeldes an die Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gekoppelt und somit ein **Malus-System** eingeführt (§7 des KBGG). Ab dem 21. Lebensmonat des Kindes müssen fünf gynäkologische Untersuchungen während der Schwangerschaft und fünf Untersuchungen des Kindes bis zu seinem 14. Lebensmonat absolviert werden. Die entsprechenden Untersuchungsbestätigungen müssen bis zum 18. Lebensmonat des Kindes nachgewiesen werden. Kann eine Frau die vorgesehenen Untersuchungen nicht vollständig nachweisen bzw. gegebenenfalls das Fehlen von Untersuchungen nicht begründen, so besteht ab dem 21. Lebensmonat des Kindes lediglich Anspruch auf die Hälfte des Kinderbetreuungsgelds, nämlich auf 7,27 Euro täglich. Somit würden bis zum Ende der gesetzlich möglichen Kinderbetreuungszeit nach 2,5 Jahren insgesamt 1.962 Euro an finanzieller Einbuße entstehen (die volle Höhe des Kindergelds wäre 3.924 Euro). Endet die Kinderbetreuungszeit mit dem 3. Lebensjahr des Kindes, wäre der finanzielle Verlust 3.270 Euro (die volle Höhe wäre 6.540 Euro). Die im Rahmen des Mutter-Kind-Pass vorgesehenen, für die PatientInnen kostenlosen ärztlichen Untersuchungen sind von TrägerInnen der gesetzlichen Krankenversicherungen bei versicherten und nicht versicherten Personen mit Wohnsitz in Österreich durchzuführen. Die Kosten werden vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Zuständig für das Mutter-Kind-Pass-Verfahren ist generell das Gesundheitsministerium.

## 9.2 Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm

Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm[815] basiert auf einer Richtlinie des WHO Regionalbüros für Europa zur Erstellung von Gesundheitsplänen für europäische Städte. Erfahrungen einiger europäischer Städte mit Gesundheitsförderungsplänen im Rahmen des Gesunde Städte Projekts flossen in die Entwicklung mit ein. Am 17. März 2000 wurde vom Wiener Gemeinderat das „Wiener Gesundheitsförderungsprogramm 2000“ beschlossen. Der darin verwendete Gesundheitsbegriff geht über ein medizinisches Gesundheitsverständnis hinaus und bezieht Lebensbedingungen, soziale Kontakte, Arbeitsverhältnisse, Wohnsituation oder auch die Beziehung zur Umwelt mit ein. Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm ist zum einen in der Stadt Wien, Bereichsleitung für Strukturentwicklung angesiedelt, welche für die strategische Planung zuständig ist. Die Umsetzung des Programms erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Fonds Soziales Wien, Projektmanagement Gesundheitsförderung.

Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm hat **drei Schwerpunktthemen**:

[814] Kinderbetreuungsgeldgesetz 2001 (KBGG), Bundesgesetzblatt I Nr. 103/2001 für die Republik Österreich vom 7. August 2001.

[815] http://www.wien.gv.at/who/foerder.htm

- Bei Personen ab 65 Jahren wird auf die **Hör- und Sehleistung** verstärkt Augenmerk gelegt.
- Da für Österreich im internationalen Vergleich bezüglich der Prävention von **Parodontal-Erkrankungen** Nachholbedarf festgestellt wurde, wurde dieser Bereich in die neue Vorsorgeuntersuchung einbezogen.
- Es liegen Schätzungen vor, dass bislang durchschnittlich rund 40 Prozent der relevanten Zielgruppen die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben. Um noch mehr Menschen im Rahmen der Vorsorge zu erreichen, wurde ein **Einladungs- und Erinnerungssystem (Call/Recall-System)** zur Vorsorgeuntersuchung implementiert. Personen ab 19 Jahren werden regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen, die Altersgruppe unter 40 Jahren alle drei Jahre und ältere Personen alle zwei Jahre. Darüber hinaus werden alle Menschen über 50 Jahren von der Möglichkeit der Darmkrebsvorsorge informiert. **Frauen ab 40 Jahren** wird alle zwei Jahre ein **Brust-Röntgen (Mammografie)** angeboten (dies entspricht der bisherigen Regelung).

Die **Ziele der Vorsorgeuntersuchung NEU** zusammengefasst:

- Reduktion von **Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen**: Reduktion von Übergewicht, gesunde Ernährung, richtige Bewegung, Vermeidung von Bluthochdruck, Vermeidung von Störungen des Fettstoffwechsels, Prävention von Diabetes mellitus.
- Prävention häufiger **Krebserkrankungen**: Brust-, Gebärmutterhals-, Darm-, Haut-, Prostatakrebs.
- Prävention von **Suchterkrankungen**: Tabak-, Alkoholkonsum, Medikamenten-Abhängigkeit.
- Prävention häufiger **Alterskrankheiten**: Hörminderung, -verlust, Sehschwäche.
- Prävention weiterer wesentlicher Erkrankungen: **Parodontalerkrankungen** (Zahnbetterkrankungen), **Glaukom** (Schädigung des Sehnervs).

In den vergangenen Jahren wurde die „**Gesundenuntersuchung**" in zunehmendem Maß in Anspruch genommen: 1990 wurden in Österreich rund 428.000 Untersuchungen durchgeführt, im Jahr 2003 waren es 899.000, also mehr als doppelt so viele (davon 60 Prozent Frauen und 40 Prozent Männer). Auch in Wien war eine kontinuierliche Steigerung zu verzeichnen: Im Jahr 2003 nahmen 137.015 Personen die „Gesundenuntersuchung" in Anspruch (55 Prozent Frauen, 45 Prozent Männer) – das bedeutet einen Anstieg von 8,3 Prozent gegenüber dem vorangegangenen Jahr. Seit 1997 ist die Untersuchungsfrequenz um mehr als die Hälfte (57 Prozent) gestiegen. Auch das **gynäkologische Vorsorgeprogramm** wies von 2002 auf 2003 einen Anstieg von rund 6 Prozent auf, wird aber insgesamt eher selten genutzt (2003 von 3.701 Frauen). In einer Befragung nach dem Grund der Nicht-Inanspruchnahme der gynäkologischen Untersuchung im Rahmen der Gesundenuntersuchung gaben die Frauen an, ohnehin mindestens eine jährliche Kontrolle bei ihrem/r GynäkologIn durchführen zu lassen.[809] Eine detaillierte Analyse der Ergebnisse der vom Gesundheitsamt der Magistratsabteilung 15 im Jahr 2002 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen (12.285 Untersuchungen, davon 5.960 Frauen, 6.325 Männer) wurde im Gesundheitsbericht Wien 2004 unternommen.[810] Die Ergebnisse zeigen zum Teil positive Trends: Die Häufigkeit der diagnostizierten erhöhten Blutfettwerte ist im Vergleich zu den Vorjahren leicht rückläufig, 2002 betraf dieses Problem 59,8 Prozent der Frauen und 62,1 Prozent der Männer und war das am häufigsten diagnostizierte Gesundheitsrisiko. Deutlich zurückgegangen ist die Zahl der Übergewichtigen (22,8 Prozent der Frauen und 32,0 Prozent der Männer im Jahr 2002).

### 9.1.2 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Seit Jänner 1974 ist die ärztliche Untersuchung von Schwangeren und Säuglingen in Österreich durch den Mutter-Kind-Pass gesetzlich geregelt. Der Mutter-Kind-Pass umfasst gynäkologische und Ultraschall-Untersuchungen der schwangeren Frau sowie Untersuchungen im Bereich der Orthopädie, der Hals-, Nasen-, Ohren- und der Augenheilkunde für das Kind. Bei Nachweis bestimmter Untersuchungen wurde ab dem Jahr 1974 erhöhte Geburtenbeihilfe von 1.090 Euro (ATS 15.000) ausbezahlt, die im Januar 1997 auf einen Mutter-Kind-Pass-Bonus von 145 Euro (ATS 2.000) reduziert wurde. Seit Jänner 2002 ist eine neue Regelung des Mutter-Kind-Passes in Kraft, die nicht mehr auf einem Bonus-System beruht, sondern eine Koppelung mit dem zum gleichen Zeitpunkt ebenfalls neu eingeführten **Kinderbetreuungsgeld** vorsieht *(siehe weiter unten in diesem Abschnitt)*.

[809] FENK (2000), S. 214.
[810] STADT WIEN (2004).

**Tabelle 9.1:** Untersuchungen für Mutter und Kind im Rahmen des Mutter-Kind-Passes seit 2002

| Mutter | Schwangerschaftswoche |
|---|---|
| *gynäkologische Untersuchung + Laboruntersuchung | bis 16 |
| *gynäkologische Untersuchung + Interne Untersuchung | 17–20 |
| Ultraschall | 18–22 |
| *gynäkologische Untersuchung + Laboruntersuchung | 25–28 |
| *gynäkologische Untersuchung | 30–34 |
| Ultraschall | 30–34 |
| *gynäkologische Untersuchung | 35–38 |
| **Kind** | **Lebenswoche** |
| *kinderärztliche Untersuchung | 1 |
| Hüftultraschall | 1 |
| *Kinderärztliche Untersuchung + orthopädische Untersuchung | 4–7 |
| Hüftultraschall | 6–8 |
| *kinderärztliche Untersuchung | 3–5 |
| *kinderärztliche Untersuchung + HNO | 7–9 |
| *kinderärztliche Untersuchung + Augenuntersuchung | 10–14 |
| kinderärztliche Untersuchung + Augenuntersuchung | 22–26 |
| kinderärztliche Untersuchung | 34–38 |
| kinderärztliche Untersuchung | 46–50 |
| kinderärztliche Untersuchung | 58–62 |

* Voraussetzung für Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes ab dem 21. Lebensmonat

*Quelle: www.bmgf.gv.at*

Ein besonderer Verdienst des Mutter-Kind-Passes ist die Früherkennung von Stoffwechselstörungen, Seh- und Hörstörungen sowie von Erkrankungen des Bewegungsapparates des Kindes, ebenso können Lageanomalien, Anämien, EPH-Gestosen und Blutgruppeninkompatibilitäten frühzeitig erkannt werden. Dem Mutter-Kind-Pass wird auch ein Beitrag zur Senkung der **Säuglingssterblichkeit** zugesprochen. Die Säuglingssterblichkeit ist zwar schon vor der Einführung der Untersuchungen zwischen 1951 und 1971 von 51,6 auf 26,6 im 1. Lebensjahr Gestorbene auf 1.000 Lebendgeborene gesunken und seither weiter auf 6,3 Gestorbene pro 1.000 Lebendgeborener im Jahr 2003 zurückgegangen.[811]

Man kann davon ausgehen, dass **zwischen 92 und 94 Prozent der schwangeren Frauen bzw. Mütter von Kleinkindern in Wien und Österreich** die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in Anspruch nehmen. Die genaue Zahl der Frauen ist nicht bekannt, da die Untersuchungsdaten nicht nach Personen, sondern nach so genannten „Sonderleistungspositionen", das heißt nach den einzelnen Teiluntersuchungen des Mutter-Kind-Pass-Programms, aufgeschlüsselt sind (in Wien wurden im Jahr 2003 rund 207.500 Sonderleistungspositionen in Anspruch genommen). Der nach Abschaffung der erhöhten Geburtenbeihilfe im Jahr 1997 und des Mutter-Kind-Pass-Bonus im Jahr 2002 erwartete Rückgang der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ist nicht eingetreten und es gab nur geringfügige Veränderungen.[812] Dennoch liegen in der österreichischen und internationalen Fachliteratur Hinweise für Barrieren **der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsuntersuchungen** vor:[813] Diese stehen in Zusammenhang mit unterschiedlichen **sozidemographischen Faktoren** (soziale Benachteiligung und Armut, geringes Alter [unter 20], Partnerlosigkeit, geringe Schulbildung), **strukturellen Gegebenheiten** (mindestens ein weiteres Kind, mangelnde Möglichkeit der Beaufsichtigung der Kinder, Transportprobleme [kein Auto zur Verfügung, zu hohe Fahrtkosten]) und schließlich **individuelle bzw. psychologische Aspek-**

811 STATISTIK AUSTRIA (2006), S. 82; siehe auch weiter oben Kapitel 5.5.4 Säuglingssterblichkeit.
812 STADT WIEN (2005), S. 390.
813 Z. B. KÖCK (1988); CONCLUSIO (1999), LBI FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (2001).

und 16,5 Prozent adipös. Den Risikofaktor einer abdominellen Adipositas wiesen 27,0 Prozent der TeilnehmerInnen auf, und zwar Frauen in deutlich stärkerem Ausmaß als Männer, das heißt 43,0 der Frauen und 22,8 Prozent der Männer hatten einen zu großen Taillenumfang (mehr als 102 Zentimeter bei Männern bzw. 88 Zentimeter bei Frauen). Dem entsprechend hatten auch mehr Frauen als Männer einen erhöhten Blutdruck: Bei 32,5 Prozent der Frauen und 29,0 Prozent der Männer war bereits ein erhöhter Blutruck bekannt. Bei 17,9 Prozent wurde erstmals ein zu hoher Blutdruck diagnostiziert. 49,8 Prozent der TeilnehmerInnen gaben an, in den letzten sieben Tagen mindestens eine Zigarette geraucht zu haben. Insgesamt wiesen 87,6 Prozent der untersuchten Personen mindestens einen Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf (Bluthochdruck, Übergewicht, Rauchen oder abdominelle Adipositas). Die Häufigkeit aller Risikofaktoren stieg mit Ausnahme des Rauchens mit zunehmendem Alter. Diese Daten verweisen auf die dringende Erfordernis von Programmen zur Reduktion des Herz-Kreislauf-Risikos bei ArbeiternehmerInnen bzw. am Arbeitsplatz.

## 2. Vermeidung von Haltungsschäden

Da Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen, wurde im Rahmen des „Wiener Gesundheitsförderungsprogramms 2000“ das Projekt „Bewegtes Lernen“[818] in über 100 Wiener Volksschulklassen gestartet. Dazu werden die LehrerInnen umfassend geschult. Externe ExpertInnen unterstützen bei der Erziehung mit und durch Bewegung. Die Kinder werden regelmäßig orthopädisch untersucht, jeder Projektklasse wird ein Gerätepool zur Verfügung gestellt.

## 3. Förderung einer gesunden Ernährung

Im Rahmen des „Wiener Gesundheitsförderungsprogramms 2000“ wurde das „Netzwerk Ernährung“ eingerichtet, das vor allem auf Schulung, Vernetzung und Weiterbildung von MultiplikatorInnen abzielt. Es sollen nicht neue Strukturen geschaffen werden, sondern vielmehr bestehende öffentliche und private Einrichtungen genutzt und miteinander verbunden werden.

## Adipositas: Bewusstseinsbildung und Präventionsansätze

Am 26. April 2004 fand im Wiener Rathaus das Symposium **„Adipositas (Fettsucht) im Kindes- und Jugendalter: Eine Zeitbombe zwingt zum Handeln“** statt,[819] bei der österreichische ExpertInnen über die Situation in Österreich und über aktuelle Präventionsmaßnahmen – gemeinsam mit ExpertInnen aus anderen europäischen Ländern – berieten. Unter den vorgestellten Projekten war das **Modellprojekt PRESTO** (Prävention: Erleben, Studieren, Organisieren), eine vom Fonds Gesundes Österreich geförderte Initiative zur Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Ansatzpunkte der Interventionen im Rahmen dieses Projekts sind Ernährung, Bewegung, Verhalten und generelle Gesundheitsförderung. Zielgruppe sind SchülerInnen im Alter von 11 bis 12 Jahren, aber auch Eltern, LehrerInnen und SchulärztInnen. Ein multidisziplinäres Team betreute die Aktivitäten: In 13 Einheiten wurde gemeinsames Kochen, ein Sportfest, ein Ideenwettbewerb und ein Gesundheitstag angeboten. Eine Projektzeitung dokumentierte den Projektfortschritt. Neben den LehrerInnen wurden auch die Eltern einbezogen. Insgesamt wurden 493 SchülerInnen in 12 Interventionsschulen und 12 Kontrollschulen erreicht. Das Projekt wurde mittels eines Vorher-Nachher-Vergleichs evaluiert, einbezogen wurden Gewicht, Ernährungswissen und Ernährungsprotokolle, die für Eltern und Kinder getrennt ausgewertet wurden. Es zeigte sich, dass SchülerInnen an Hauptschulen ein besonders geringes Wissen über Ernährung haben, einen geringen Obst- und Gemüsekonsum aufweisen und wenig Sport betreiben. Das Wissen über gesunde Ernährung konnte durch Interventionen in einigen Bereichen deutlich gebessert werden. Mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen haben ihre Ernährungsgewohnheiten verbessert, das heißt vermehrt Obst und Gemüse bzw. weniger Fett konsumiert.

[818] http://www.lehrerweb.at/Sub/Vereine/Bewegtes_Lernen/
[819] https://www.wien.gv.at/who/adiposi.htm

## 1. Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Das **Programm „Ein Herz für Wien“**[816] wurde im Jahr 2001 mit dem Ziel gestartet, die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Rauchen, ungesunde Ernährung, Stress, Bewegungsmangel, übermäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht, Adipositias, Bluthochdruck, zu hoher Cholesterinspiegel) durch eine positive Veränderung des Lebensstils zu reduzieren. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei auf Gebiete mit hoher Herz-Kreislaufsterblichkeit (10., 11., 15., 20. Bezirk) gelegt, spezielle Zielgruppen sind ältere Menschen und sozial Schwächere, ausgewähltes Setting ist der Arbeitsplatz.

**Tabelle 9.2:** Schwerpunkte und Einzelprojekte des Gesundheitsförderungsprogramms „Ein Herz für Wien“

**Projekte zur Information der Bevölkerung und von MultiplikatorInnen**
- Herz-Enquete (bislang drei Veranstaltungen für MultiplikatorInnen, d. h. ÄrztInnen, GesundheitsförderInnen)
- Herz- und Seele-Enquete (2002), psychosoziale Entstehungsfaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Kongresses der European Society of Cardiology 2003 in Wien
- Herzskripten
- Herz-Info-Tage (zur Information der Bevölkerung)
- Herzbroschüren (schriftliche Information für die Bevölkerung; u. a. bei niedergelassenen ÄrztInnen aufgelegt)
- „Herz für Wien“ – Messestand (bei Frauen-, Männer-, SeniorInnengesundheitstagen, Sportveranstaltungen)
- „Herz für Wien“ – Homepage http://www.einherzfuerwien.at
- Herzbox in Wiener Apotheken (Infomaterial zu Herz-Kreislauf-Präventionsmaßnahmen)
- Männergesundheitswoche 2003

**Projekte zur Förderung eines gesunden Lebensstils in der Bevölkerung**
- Walking Miles (sieben Strecken in Wien mit Infotafeln zur Integration von Bewegung in den Alltag)
- Stadtwanderclub (geführte Wanderungen in mehreren Wiener Gemeindebezirken)
- Heart Market und Heart Cooking (Infos zu „herzgesunden“ Lebensmitteln; Schaukochen gesunder Speisen)
- Herzkochbuch (spezielle Kochrezepte für die Herzgesundheit)
- „Wien isst gesund“ (Plakette für Wiener Beiseln, Gasthäuser, Restaurants, Bäckereien mit gesunden Speisen)
- „5 am Tag“-Kampagne auf Wiener Märkten
- Herzspiel (Computerspiel)

**Projekte in spezifischen Settings**
- Blutdruckprojekt am Arbeitsplatz (in 15 Betrieben in Wien; siehe weiter unten)
- Blutdruckmessen in der Leopoldstadt (mobiler Bus im Rahmen des Projekts „Gesunde Lepoldstadt“)
- Herzinfo im Supermarkt (kostenloses Blutdruckmessen und Information zu herzgesundem Lebensstil)
- Altern mit Hirn und Herz (Vortragsreihe für Menschen über 60 Jahren, auch zu Prävention von Osteoporose, Stürzen, Inkontinenz, Depression, Demenz; Herz-Kreislauf-Training, Beckenbodentraining, Hirnleistungstraining, etc.)
- Herzlauf (in den Jahren 2003, 2004)
- „Ein Mal im Jahr – alles klar“ (Vorsorgeuntersuchung)
- „Feel free to say no“-Kooperation (Rauchen)

*Quelle: STADT WIEN (2003), S. 263 ff.*

Im Rahmen des von der Stadt Wien beauftragten **„Blutdruckprojektes“**[817] wurde in 15 Betrieben in Wien im Zeitraum von Juli 2001 bis Jänner 2003 bei 427 Arbeitern und 115 Arbeiterinnen (der Frauenanteil beträgt 21 Prozent) Blutdruck und Taillenumfang gemessen, Fragen zu Raucherstatus und Blutdruckbewusstsein gestellt sowie der Body Mass Index errechnet. Während des Blutdruckmessens fand eine ca. 15- bis 20-minütige persönliche Information über Herz-Kreislauf-Risiken und Möglichkeiten der Lebensstiländerung statt. Das durchschnittliche Alter der TeilnehmerInnen betrug rund 41 Jahre. 46,0 Prozent waren übergewichtig

816 http://www.einherzfuerwien.at/

817 http://www.wien.gv.at/who/lebensstile/doc/exkurs2.doc

**te** (z. B. ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft bzw. ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft, Ungewissheit über die Gegebenheit der Schwangerschaft, persönliche oder familiäre Probleme [kranke Kinder, Beziehungsprobleme], Angst vor medizinischen Untersuchungen, negative Einstellung gegenüber dem medizinischen System, schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen System, Fehlen einer konstanten ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung).

### Gesetzliche Regelung des Mutter-Kind-Passes

Die Regelung des Mutter-Kind-Passes ist seit 2002 an das Kinderbetreuungsgeld gekoppelt. Das im Jänner 2002 in Kraft getretene Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG)[814] regelt das Kinderbetreuungsgeld, welches das Karenzgeld (Karenzurlaubsgeld) abgelöst hat. Demnach kann vom haushaltsführenden Elternteil 2,5 Jahre lang Kindergeld in der Höhe von 436 Euro pro Monat bezogen werden. Bei einem Wechsel des betreuenden Elternteils kann sich die Bezugsdauer auf maximal drei Jahre erhöhen. Bei Mehrlings-Geburten kann nur für ein Kind Kindergeld bezogen werden. Voraussetzung für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes ist, dass für das Kind ein Anspruch auf Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz (FLAG) besteht, dass der das Kindergeld beziehende Elternteil mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt lebt und nicht mehr als 14.600 Euro im Jahr dazu verdient, sowie, dass Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchgeführt werden. Damit wird erstmals seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes keine Beihilfe und kein Bonus gegeben, sondern der Bezug des Kindergeldes an die Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gekoppelt und somit ein **Malus-System** eingeführt (§7 des KBGG). Ab dem 21. Lebensmonat des Kindes müssen fünf gynäkologische Untersuchungen während der Schwangerschaft und fünf Untersuchungen des Kindes bis zu seinem 14. Lebensmonat absolviert werden. Die entsprechenden Untersuchungsbestätigungen müssen bis zum 18. Lebensmonat des Kindes nachgewiesen werden. Kann eine Frau die vorgesehenen Untersuchungen nicht vollständig nachweisen bzw. gegebenenfalls das Fehlen von Untersuchungen nicht begründen, so besteht ab dem 21. Lebensmonat des Kindes lediglich Anspruch auf die Hälfte des Kinderbetreuungsgelds, nämlich auf 7,27 Euro täglich. Somit würden bis zum Ende der gesetzlich möglichen Kinderbetreuungszeit nach 2,5 Jahren insgesamt 1.962 Euro an finanzieller Einbuße entstehen (die volle Höhe des Kindergelds wäre 3.924 Euro). Endet die Kinderbetreuungszeit mit dem 3. Lebensjahr des Kindes, wäre der finanzielle Verlust 3.270 Euro (die volle Höhe wäre 6.540 Euro). Die im Rahmen des Mutter-Kind-Pass vorgesehenen, für die PatientInnen kostenlosen ärztlichen Untersuchungen sind von TrägerInnen der gesetzlichen Krankenversicherungen bei versicherten und nicht versicherten Personen mit Wohnsitz in Österreich durchzuführen. Die Kosten werden vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Zuständig für das Mutter-Kind-Pass-Verfahren ist generell das Gesundheitsministerium.

## 9.2 Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm

Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm[815] basiert auf einer Richtlinie des WHO Regionalbüros für Europa zur Erstellung von Gesundheitsplänen für europäische Städte. Erfahrungen einiger europäischer Städte mit Gesundheitsförderungsplänen im Rahmen des Gesunde Städte Projekts flossen in die Entwicklung mit ein. Am 17. März 2000 wurde vom Wiener Gemeinderat das „Wiener Gesundheitsförderungsprogramm 2000“ beschlossen. Der darin verwendete Gesundheitsbegriff geht über ein medizinisches Gesundheitsverständnis hinaus und bezieht Lebensbedingungen, soziale Kontakte, Arbeitsverhältnisse, Wohnsituation oder auch die Beziehung zur Umwelt mit ein. Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm ist zum einen in der Stadt Wien, Bereichsleitung für Strukturentwicklung angesiedelt, welche für die strategische Planung zuständig ist. Die Umsetzung des Programms erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Fonds Soziales Wien, Projektmanagement Gesundheitsförderung.

Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm hat **drei Schwerpunktthemen**:

[814] Kinderbetreuungsgeldgesetz 2001 (KBGG), Bundesgesetzblatt I Nr. 103/2001 für die Republik Österreich vom 7. August 2001.

[815] http://www.wien.gv.at/who/foerder.htm

## 9.3 Weitere Beispiele frauenrelevanter Gesundheitsförderung

### 9.3.1 Förderung der psychischen Gesundheit

In den vergangenen Jahren ist die Förderung der psychischen Gesundheit (mental health promotion) zunehmend auf die politische Agenda von EU und WHO gesetzt worden. Ursache dafür ist vor allem die enorme gesellschaftliche Belastung durch die große Häufigkeit psychischer Probleme, wie z. B. Ängste, Depressionen, Alkoholerkrankungen, Demenzerkrankungen, Selbstmorde. Die WHO definiert **psychische Gesundheit** als „einen Zustand des Wohlbefindens, in dem der/die Einzelne seine/ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die alltäglichen Herausforderungen des Lebens bewältigen sowie produktiv und erfolgreich arbeiten kann und imstande ist, zur ihn/sie umgebenden Gemeinschaft beizutragen." [820] Hingegen sind **psychische Erkrankungen** laut Grünbuch der Europäischen Kommission zur psychischen Gesundheitsförderung „umfassende psychische Gesundheitsprobleme und -belastungen, Verhaltensstörungen in Verbindung mit Verzweiflung, konkreten psychischen Symptomen und diagnostizierbaren psychischen Störungen wie Schizophrenie und Depression."[821] Seit Ende der 1990er Jahre gibt es daher zahlreiche Projekte auf EU-Ebene, wie z. B. die European Alliance Against Depression.[822] Im Jahr 2005 wurde bei einer WHO-Konferenz der GesundheitsministerInnen die „Mental Health Declaration for Europe" und der „Mental Health Action Plan" veröffentlicht. Der **WHO Mental Health Action Plan** umfasst folgende Forderungen:[823] Bewusstsein für die Bedeutung psychischer Gesundheit schaffen, Bekämpfung von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, Einbeziehung von Menschen mit psychischen Problemen und ihrer Angehörigen, Entwicklung von umfassenden, integrativen und effizienten Programmen für psychische Gesundheit (in den Sektoren Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Pflege, Rehabilitation), Ausbildung spezialisierter Arbeitskräfte für den Bereich psychische Gesundheit und schließlich Anerkennung von Erfahrung und Wissen der Betroffenen als wesentliche Grundlage für die Planung und Entwicklung von Maßnahmen und Angeboten. Der **Fonds Gesundes Österreich** hat mehrere Aktivitäten im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit gesetzt, wie z. B. die Einberufung einer Konferenz zu diesem Thema im Jahr 2004 oder die Teilnahme an internationalen Projekten (Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries, EMIP).[824]

### 9.3.2 HIV/AIDS-Prävention der AIDS-Hilfe Wien

Seit 1985 bietet die Aids Hilfe Wien Beratung und Betreuung für Betroffene an und setzt zielgruppenspezifische präventive Maßnahmen. Seit 1997 gibt es eine eigene Abteilung für frauenspezifische HIV/AIDS-Prävention.

#### HIV/AIDS-Prävention für Jugendliche[825]

Die Bedürfnisse junger Menschen in Bezug auf Liebe und Sexualität waren immer schon ähnlich, allerdings haben sich die Voraussetzungen drastisch verändert: Junge Menschen müssen vieles beachten, das auf das Erfahren ihrer Sexualität mitunter einschränkend und hemmend wirken kann. Jugendliche weisen manchmal ein erhöhtes Risikoverhalten auf oder sie können sich nicht immer durchsetzen, wenn es beispielsweise um das Einfordern von geschütztem Geschlechtsverkehr geht. Die Sinnhaftigkeit eines Beginns von HIV/AIDS-Prävention im frühen Jugendalter besteht darin, dass sich ungünstige Verhaltensmuster weniger leicht verfestigen. Aufgaben, Ziele und Inhalte der Jugendprävention sind daher auf Aufklärung, Weitergabe von Wissen und Verhaltensänderung unter Jugendlichen in Bezug auf ihr Risikoverhalten gerichtet. Die Hauptaufmerksamkeit liegt auf der konkreten Umsetzung des theoretischen Wissens in die Praxis: Wie werden Kondome richtig ver-

[820] http://www.who.int/mental_health

[821] http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf

[822] http://www.eaad.net/

[823] http://www.who.dk/document/mnh/edoc07.pdf

[824] http://www.fgoe.org/veranstaltungen/weitere-fgoe-veranstaltungen/archiv/expertinnenworkshop-seelische-gesundheit

[825] Dieser Beitrag wurde freundlicherweise von der AIDS Hilfe Wien, Frau Mag.[a] Deborah KLINGLER, Abteilung für Jugendprävention, zur Verfügung gestellt (gekürzt; weitere Informationen auf www.aids.at).

wendet? Welchen Einfluss haben soziale Komponenten wie Geschlecht, Alter, Religion auf die Akzeptanz von Sexualität, Verhütung, Kondomverwendung? Ein weiterer Schwerpunkt ist die persönliche Auseinandersetzung mit betroffenen Menschen bzw. der möglichen HIV-Infektion: Welche Auswirkungen hat eine Infektion auf die Psyche einer Frau, eines Mannes? Welche sozialen und gesellschaftlichen Konsequenzen resultieren daraus? Inwieweit sind Angst, Krankheit und Tod im Zusammenhang mit HIV/AIDS Tabuthemen? Ziele der Arbeit der Jugendprävention zum Thema HIV/AIDS sind einerseits die erwähnte Bewusstseinsveränderung im Sexualleben der Jugendlichen, andererseits aber auch die Steigerung der Akzeptanz gegenüber bereits Betroffenen. Damit soll erreicht werden, dass sich Jugendliche von Beginn ihrer erwachenden Sexualität an mit den Risiken und Vorurteilen zum Thema HIV/AIDS auseinandersetzen und für sie ein angemessener und reifer Umgang mit den unterschiedlichen Fragestellungen und Problemen lebbar wird. Durch Information können Ängste und Vorurteile gezielt abgebaut und hinterfragt sowie ein lustvoller und selbst bestimmter Zugang zur eigenen Sexualität ermöglicht werden. Zu diesen Themenschwerpunkten gibt es von der Aids Hilfe Wien, Abteilung Jugendprävention, folgende konkrete Angebote: spezifisches Informationsmaterial, Infostände, Workshops (schulisch/außerschulisch) für Jugendliche, Peer Education („Gleiche beraten Gleiche“) und eine Homepage (www.aids.at).

## HIV/AIDS-Prävention bei Frauen[826]

Vorrangiges Ziel der Arbeit der Aids Hilfe Wien ist es, das Thema HIV/AIDS zu enttabuisieren, offen über Ursachen und Ansteckungswege zu sprechen und so die Situation von Betroffenen zu verbessern und neue Infektionen zu verhindern. Immer größere Anforderungen an Präventionsarbeit, Aufklärung und Betreuung von HIV-Positiven bzw. AIDS-Kranken machten eine zentrale Anlaufstelle für alle Betroffenen und Interessierten notwendig: Seit 1. Dezember 1997 erfüllt das Aids Hilfe Haus diese Aufgaben.

Frauen der Allgemeinbevölkerung waren lange Zeit kein Thema der HIV/AIDS-Prävention, wo es vor allem um so genannte Risikogruppen wie Schwule, SexarbeiterInnen oder DrogenkonsumentInnen ging. Doch inzwischen sind international schon etwa die Hälfte aller HIV-Infizierten Frauen. Hauptgrund dafür ist der heterosexuelle Geschlechtsverkehr ohne Kondom. Die Tendenz für die Übertragung von HIV auf diesem Wege ist nach wie vor steigend. In Österreich sind ein Drittel aller HIV-Infizierten Frauen, die sich hauptsächlich durch Sexualkontakte mit dem Virus angesteckt haben. Daher ist ein zentrales Thema von Frauen-Workshops der Aids Hilfe Wien, die Schwierigkeiten anzusprechen, die beim Einfordern von Safer Sex mit dem Partner auftreten können.

Wo, wie und wann kann und muss die HIV/AIDS-Frauenprävention ansetzen? Frauen stellen keine homogene Zielgruppe dar. Wenn sich Präventionsarbeit an Parametern wie Zeit, Ort, Lebenssituation, Lebenswelt, SexualpartnerInnen und -praktiken orientiert, ergibt sich automatisch die wichtige und sinnvolle Aufgliederung der Zielgruppe Frauen in Subgruppen[827] wie etwa Mädchen und junge Frauen in konfliktreichen Lebensabschnitten, Partnerinnen nicht monogamer Männer, Partnerinnen HIV-positiver Männer, Frauen in Haft, Migrantinnen und Multiplikatorinnen, die beruflich oder privat mit der Betreuung und Beratung von Frauen zu tun haben. Vor allem ist es wichtig, detailliert auf die jeweilige Lebenssituation der Frauen einzugehen.

Die Frauenprävention der Aids Hilfe Wien verwendet seit zwei Jahren in ihren Workshops eine Plüschvulva, die das weibliche Geschlechtsorgan sichtbar, begreifbar und beschreibbar machen soll. Die Vulva wird in die jeweilige Methodik des Workshops eingebaut oder hat zumindest ihren fixen Platz neben dem Penis, der für die Demonstration der Kondomverwendung benutzt wird. So soll das Körperbewusstsein der Frauen gefördert und an ihren Hemmungen und Ängsten vor der eigenen Sexualität gearbeitet werden. Der Leitsatz der Frauenprävention der Aids Hilfe Wien ist seit nunmehr sechs Jahren: „Frauen sollen dazu ermutigt werden, auf den Schutz ihrer Gesundheit zu bestehen und ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit vehement einzufordern.“ Um das zu erreichen, ist neben der Information über HIV auch wichtig, die Frauen zu sensibilisieren und zu empowern und vor allem für ihre jeweilige Lebenssituation Verständnis aufzubringen.

[826] Dieser Beitrag wurde freundlicherweise von der AIDS Hilfe Wien, Frau Dr.in Elisabeth BERGER, Abteilung für Frauenprävention, zur Verfügung gestellt (gekürzt; weitere Informationen auf www.aids.at).

[827] HILGEFORT (2000).

Seit 1999 betreut die Frauenprävention der Aids Hilfe Wien auch die **HIV-Prävention für MigrantInnen** – wobei gleich vorweg bemerkt sei, dass MigrantInnen keine Gruppe mit von vorneherein erhöhtem Risiko darstellen. Vielmehr machen ihre soziale Lage und ihr Lebenskontext besondere Präventionsstrategien zur Aufklärung über eventuelles Risikoverhalten erforderlich, um das Ungleichgewicht im Informationszugang aufzuheben. Das Motto lautet hier: Integration durch Information. Seit 1999 macht die Aids Hilfe Wien im Rahmen des **„Parkprojekts"** in den Sommermonaten HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten in Wiener Parkanlagen, das in erster Linie Frauen über ein selbst bestimmtes, sicheres Sexualleben informiert. Das Parkprojekt hat sich nach sieben Jahren Erfahrung zu einer Mischung aus aufsuchender Frauen- und Jugendarbeit, Parkbetreuung und MultiplikatorInnenschulung im Gesundheitsbereich entwickelt. Seit 2002 sind türkischsprachige männliche ReferentInnen im Team, die mit den Männern und Burschen über Safer Sex und Kondome sprechen und Verantwortungsbewusstsein mittels eines peer to peer-Gesprächs einfordern. Bisher konnten durch die regelmäßige Durchführung des Parkprojektes in sieben Jahren ca. 17.000 Personen erreicht werden, wobei eine ständige Steigerung von 917 erreichten Personen im Jahr 1999 auf 4.110 im Jahr 2005 zu verzeichnen war. Der Anteil an erreichten Frauen und Mädchen lag im Jahr 1999 bei 65 Prozent, in den letzten Jahren wurden aber auch vermehrt Männer einbezogen, sodass das Geschlechterverhältnis ausgewogen ist.

Weitere frauenspezifische Angebote der Aids Hilfe Wien sind der **Frauen-/Lesbenchat**, der regelmäßig alle sechs Wochen auf www.rainbow.or.at stattfindet und allgemeine Anfragen genauso wie Spezialthemenchats zu den verschiedenen sexuell übertragbaren Erkrankungen oder psychosozialen Aspekten behandelt. Seit nunmehr drei Jahren betreut die Frauenprävention auch betroffene Frauen: **All Around Women**, ein Aktiv-Wochenende für betroffene Frauen, das einmal jährlich an einem Wellness-Ort stattfindet, fördert das Gesundheitsbewusstsein der Frauen, bietet psychologische Unterstützung an und soll auch die Bildung von Selbsthilfe-Gruppen ermöglichen. Zudem werden regelmäßig beim **Frauencafé** im Tageszentrum des Aids Hilfe Hauses jeden Donnerstag Gesundheitsthemen für betroffene Frauen angesprochen.

### 9.3.3 Gesundheitsförderung für ältere Frauen

#### Investition in die Gesundheit älterer Menschen

**Aktives Altern** ist eines der Kernthemen des WHO Gesunde Städte-Netzwerks,[828] dem Wien seit 1986 angehört.[829] In ihrer politischen Strategie definiert die WHO aktives Altern als einen „… Prozess zur Optimierung der Gesundheitschancen, der Mitwirkung und der Sicherheit mit dem Ziel der Steigerung der Lebensqualität von Menschen, die altern."[830] Aktives Altern ermöglicht Menschen, ihr Potenzial für physisches, geistiges und soziales Wohlbefinden über den gesamten Lebenslauf hinweg zu stärken.[831] Dazu gehört die aktive Teilhabe an der Gesellschaft, ebenso wie adäquate Pflege, wenn diese notwendig wird. Aktivität im Alter bedeutet Fortsetzung der Teilnahme an sozialen, ökonomischen, kulturellen und bürgerschaftlichen Aktivitäten über die Zeit des Berufslebens hinaus und hat wesentlichen Einfluss auf die Aufrechterhaltung der Gesundheit. Die Wahrung der Autonomie, Unabhängigkeit und Mitwirkung älterer Menschen ist nicht nur Ziel der Individuen selbst, sondern auch der Politik. Die Politik des „Aktiven Alterns" beinhaltet die Unterstützung der Eigenverantwortung, die Schaffung einer altersgerechten Umwelt und die Förderung generationenübergreifender Solidarität.

**„Aktiv ins Alter"**[832] ist ein WHO-Demonstrationsprojekt, das in Kooperation des Instituts für Soziologie der Universität Wien mit dem Verein Wiener Sozialdienste in den Jahren 2002 bis 2004 umgesetzt wurde, finanziert von der Stadt Wien (Bereichsleitung Sozial- und Gesundheitsplanung). Ziel des Projekts war, ältere Menschen dabei zu unterstützen, eine selbst bestimmte und selbständige Lebensführung im Alter zu erlangen und damit eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität, ins-

828 http://www.euro.who.int/healthy-cities/city/20040714_1
829 http://www.wien.gv.at/who/projekt.htm
830 http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf
831 http://www.euro.who.int/Document/HEA/Gesundes_Altern_G.pdf
832 www.aktivinsalter.at

besondere der gesundheitlichen Situation der Menschen im Dritten Lebensalter (55- bis 80-Jährige) in Wien zu erreichen. Spezielle Zielgruppe waren ältere Menschen über 55 Jahre, die im Prozess des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben sind oder kürzlich ihren langjährigen Partner durch Tod verloren haben. Regionale Infrastrukturen und Netzwerkressourcen, die im Zusammenhang mit einer aktiven und selbst bestimmten Lebensführung im Alter stehen, stehen in Wien zwar in zunehmendem Maß zur Verfügung, sind aber bislang noch nicht ausreichend vernetzt. Das Projekt stellt eine Gelegenheit dar, die bisherigen Erfahrungen und Entwicklungen zusammenzuführen und im Sinne des von der WHO vertretenen Leitkonzepts des aktiven Alterns weiterzuentwickeln. Zudem wurde eine Verbesserung der fach- und sektorenübergreifenden Kooperation und Vernetzung zwischen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen auf regionaler und institutioneller Ebene sowie den BügerInnen gefördert. Im Rahmen des Projekts wurden bewusst keine neuen Angebote geschaffen, primäres Ziel war, durch aktivierende und vernetzende Maßnahmen ein selbst bestimmtes und aktives Leben zu fördern. Die Arbeitsweise ist auch insofern innovativ, als sich hier speziell ausgebildete „AdvokatInnen" bzw. BürgerassistentInnen direkt an die ältere Bevölkerung wenden.

## Unfallverhütung

Ausgehend von den Modellprojekten „Sicher Gehen über 60" und „Josefstadt – ganz schön sicher" wurde im November 2003 das umfassende **Unfallverhütungsprojekt „wien sicher!"**[833] gestartet, das mit Ende 2005 jedoch ausgelaufen ist. Projektziel war die Reduktion der Heim- und Freizeitunfälle und der damit in Zusammenhang stehenden Krankenhausaufenthalte und Todesfälle. Zielgruppen waren neben den SeniorInnen vorrangig Kinder beziehungsweise deren Eltern, Jugendliche sowie FreizeitsportlerInnen. Die Aktivitäten umfassten die Einrichtung einer Beratungsstelle für Unfallverhütung sowie die Vernetzung bestehender Organisationen. Finanziert wurde das Projekt durch die Stadt Wien, die Wiener Gebietskrankenkasse, das Kuratorium für Schutz und Sicherheit, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, die Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien, die Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

## Altern mit Hirn und Herz

Zielgruppe dieses im Jahr 2001 umgesetzten Projekts waren Menschen in Wien über 60 Jahre. Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderer Erkrankungen im Alter (Osteoporose, Stürze und Frakturen, Inkontinenz, Depression, Demenz, etc.) wurden gesetzt. Bei einer Vortragsreihe wurden insgesamt 350 Personen über diese Krankheiten – auch mit schriftlichen Unterlagen – informiert. Eine Evaluierung zeigte, dass der Wissenszuwachs in allen Altersgruppen beachtlich war. In einem zweiten Teil des Projekts wurden praktische Kurse wie Herz-Kreislauf-Training, Beckenbodentraining, Wirbelsäulengymnastik, Hirnleistungstraining sowie Tai-Chi, Qigong und Tanztherapie angeboten. Partner bei diesem Projekt waren das Herz-für-Wien-Programm, das Wiener Programm für Frauengesundheit und das Ludwig-Boltzmann-Institut für Rehabilitation in der Geriatrie, letzteres als ausführende Institution.

## Gesundes Altern, Lebensqualität und Stadtentwicklung

Die Großstudie „Leben und Lebensqualität in Wien" wurde im Jahr 2003 von der Abteilung für Stadtentwicklung (MA18)[834] in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse stehen in Zusammenhang mit Bemühungen, durch Analysen der baulichen Strukturen im Kontext der sozialen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen die Wohn- und Lebenssituation älterer Menschen in Wien zu verbessern. In die Erarbeitung neuer Konzepte der Stadtentwicklung und Stadtplanung werden transdisziplinäre Teams aus StadtsoziologInnen, ArchitektInnen und GesundheitsförderungsexpertInnen eingebunden.[835]

## Wissensstand über die Situation älterer Frauen

Die Ergebnisse des vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung[836] durchgeführten 12-Länder-Forschungsprojekts MERI[837] (Mapping

[833] https://www.wien.gv.at/who/wiensicher.htm, http://www.wiensicher.at/
[834] http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/ma18/index.htm
[835] http://www.srz-gmbh.com; http://www.christianefeuerstein.at
[836] http://www.euro.centre.org

existing research and identifying knowledge gaps on older women) belegen, dass die Chancengleichheit für ältere Frauen noch lange nicht erreicht ist und auf vielen Gebieten das Wissen über die Situation von Frauen ab 50 begrenzt ist. Gesellschaftliche und politische Partizipation sowie die Bildung älterer Frauen sind zwei große Themenbereiche, die weder in lokalen, regionalen, nationalen noch in internationalen Kontexten als bedeutsam eingestuft werden. Als eine weitere Unbekannte wurde das Thema Gewalt gegen ältere Frauen thematisiert, wobei besonderer Bedarf an konkreten Daten zur Gewalt im Pflegebereich besteht. Ausständig ist auch eine fundierte Analyse der materiellen Situation im Hinblick auf die Armutsgefährdung älterer Frauen.

### 9.3.4 Gesundheitsförderung für MigrantInnen

#### Gesundsein in Wien. Handbuch für nichtdeutschsprachige PatientInnen und KlientInnen

Der Fonds Soziales Wien hat ein vom Wiener Programm für Frauengesundheit erstelltes Adressenverzeichnis über fremdsprachige ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen sowie über gesundheitsrelevante Behören und Beratungsstellen in Wien herausgegeben. Das Handbuch bietet einen Überblick in 15 Sprachen (Albanisch, Arabisch, Bosnisch, Griechisch, Hebräisch, Kurdisch, Kroatisch, Persisch, Polnisch, Russisch, Schwedisch, Serbisch, Slowenisch, Slowakisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch). Zielgruppe sind MigrantInnen sowie MitarbeiterInnen in Gesundheits- und Beratungseinrichtungen. Das Handbuch liegt in einer zweiten, aktualisierten Auflage vom November 2005 vor und steht auch im Internet zum Download zur Verfügung.[838]

#### Gemeinsam wohl fühlen. Bewegungs- und Ernährungskurs für Migrantinnen aus der Türkei

Ausgangspunkt des im Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Zeitraum von April 2004 bis April 2005 durchgeführten Projekts „Gemeinsam wohl fühlen" waren Beobachtungen im Rahmen der langjährigen Arbeit, dass ein hoher Prozentsatz der Frauen aus der Türkei an Übergewicht und damit einhergehenden Beschwerden leidet. Weiters wurde deutlich, dass ein Großteil der Frauen geringe Kenntnis über gesunde Ernährung hat und viele noch nie Sport betrieben haben. Ziel des vom FEM Süd entwickelten und durchgeführten Projekts war die Verbesserung der gesundheitlichen Situation türkischsprachiger Migrantinnen durch Änderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Das Projekt wurde vom Fonds Gesundes Österreich, dem Wiener Krankenanstaltenverbund sowie dem Wiener Programm für Frauengesundheit beim Fonds Soziales Wien finanziell unterstützt. Projektziel war die Entwicklung eines dreimonatigen Ernährungs- und Bewegungs-Programms speziell für Migrantinnen aus der Türkei. Wesentliche **Zielsetzung** dabei war eine langfristige, gesunde Gewichtsreduktion und die Erhaltung bzw. Wiederherstellung eines gesundheitlichen Wohlbefindens. Zusätzliche positive Effekte lagen primär in der Einbindung in das gesundheitliche Versorgungssystem, aber auch in der Bewusstseinssteigerung für gesundheitsbezogene Fragen. Auf der psychosozialen Ebene zeigten die Einbeziehung der Familie und die Förderung des Selbsbstbewusstseins günstige Effekte, die sich letztlich positiv auf die soziale Integration auswirken können. Die **praktische Umsetzung** des Projekts bestand in einem Bewegungs- und Ernährungskurs, an dem Migratinnen aus der Türkei über zwölf Wochen je ein Mal pro Woche teilnahmen. Jede Kurseinheit umfasste neben dem Bewegungsangebot einen Theorieteil, welcher – wie der gesamte Kurs – in türkischer Sprache abgehalten wurde. Der Theorieteil wurde von einem Arzt bzw. Ernährungsexperten bestritten und orientierte sich hauptsächlich am Interesse der Teilnehmerinnen. Insgesamt nahmen 106 Frauen am Projekt teil. Es wurden sechs Kurse durchgeführt, davon vier in den Räumlichkeiten des FEM Süd, jeweils einer im Verein „Station Wien" und im Verein „Aktive türkische Frauen".

Mittels begleitender **Evaluierung** konnten im Verlauf des Kurses erforderliche Änderungen aufgezeigt und das Ernährungs- und Bewegungsprogramm direkt auf die Bedürfnisse der Migrantinnen zugeschnitten werden. 90 Prozent der TeilnehmerInnen konnten die von ihnen gesteckten Ziele „regelmäßiges Essen", „Bewe-

837 www.own-europe.org/meri/pdf/article-austria.pdf

838 http://www.fsw.at/Dokumente/Broschueren/MigrantInnenhandbuch_web.pdf

gung im Alltag“ und „gesundes Essen“ erreichen. Die Teilnehmerinnen verbesserten durch den Kurs ihre individuellen Essens- und Bewegungsgewohnheiten: Essen als Problembewältigung (z. B. Ärger, Einsamkeit, Nervosität, Langeweile) konnte ebenso wie mangelnde sportliche Betätigung stark reduziert werden. So sank z. B. das Durchschnittsgewicht der Frauen um ca. 5 Kilogramm. Sportarten wie Gymnastik und Joggen wurden nach Beendigugn des Kurses deutlich häufiger ausgeführt. Viele der Teilnehmerinnen sind im Rahmen des Kurses auch zum ersten Mal Rad gefahren.

## Gelebte Integration im Krankenhaus – interkulturelle Kommunikation und Betreuung

Ein Pilotprojekt zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation und Betreuung im Krankenhaus wurde in den Jahren 2002 und 2003 an der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses Wien von einem überwiegend aus weiblichen MitarbeiterInnen bestehenden interdisziplinärem Team durchgeführt (Gesundheits- und Krankenschwester, Hebamme, ÄrztInnen, Sozialarbeiterin, Dolmetscherinnen). Ausgangspunkt des Projektes war die Beobachtung, dass Barrieren von MigrantInnen im Zugang zum Gesundheitssystem, vor allem in der Kommunikation, die Diagnosestellung verzögern und/oder verkomplizieren sowie notwendige Behandlung verhindern und/oder verzögern können. Unnötige medizinische Maßnahmen werden eingeleitet, führen zu mangelnder Compliance und beeinträchtigen damit die Effizienz einer Behandlung ebenso wie die PatientInnenzufriedenheit maßgeblich. Zielgruppen des Projektes waren alle Patientinnen der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses mit türkischer Herkunft bzw. Frauen aus Ex-Jugoslawien. Auf der Basis einer Ausgangs- und Umfeldanalyse sowie einer PatientInnen- und MitarbeiterInnenbefragung wurden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen geplant und die Entwicklung weiterer konkreter Maßnahmen in Angriff genommen. Als zentrales Problem bei der Betreuung der PatientInnen mit nicht deutscher Muttersprache erwiesen sich Sprachbarrieren. Türkische Patientinnen wünschen sich eine stärkere Berücksichtigung ihrer kulturellen Traditionen (z. B. im Bereich der Essgewohnheiten). Mehr als zwei Drittel der türkischen Frauen wünschten sich eine Frau als behandelnde ÄrztIn. Als Kernpunkt in der Verbesserung der medizinischen Versorgung von ZuwanderInnen erwies sich die Bildung multiethnischer Behandlungsteams, auch Dolmetschdienste wären eine kurzfristige Übergangslösung.

## Initiativen von und für ältere MigrantInnen

Zur Frage der sozialen und gesundheitlichen Lage der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Wien wurden in den vergangenen Jahren mehrere Projekte durchgeführt und Initiativen gesetzt. Ein Großteil der entstandenen Angebote ist auf der Ebene von Vereins- oder Freiwilligenarbeit angesiedelt, eine Diversifizierung der öffentlichen sozialen Dienste und Einrichtungen ist nur marginal zu erkennen.[839]

**IntegrationsInfoService – muttersprachlicher Kontaktbesuchsdienst:** Im Rahmen der seit 1993 von den Gesundheits- und Sozialzentren angebotenen SeniorInnenberatung wurde in den vergangenen Jahren erstmals ein muttersprachlicher Kontaktbesuchsdienst für MigrantInnen erprobt. Dies geschah auf Initiative des von den Wiener Sozialdiensten durchgeführten und von der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL unterstützten Projektes „IntegrationsInfoService von MigrantInnen für Migranten“. Das Projekt verbindet Qualifizierung von MigrantInnen der jüngeren Generation als BeraterInnen mit einer im Rahmen der Hausbesuche durchgeführten Erhebung der Bedürfnisse und entsprechender Beratung der älteren MigrantInnen. Das Angebot wurde gut angenommen. Es zeigte sich, dass interkulturelle Information alleine nicht genügt, sondern die Notwendigkeit besteht, weitere Betreuungsangebote in relevanten Sprachen einzurichten.

**Beratung am Eck – Servicestelle für Zugewanderte:** Im mehreren Befragungen[840] in Wien wurde ein geringer Kenntnisstand von älteren MigrantInnen hinsichtlich des Angebots an Gesundheits- und Sozialleistungen (z. B. Heimhilfe, mobile Krankenpflege, Sozialnotruf oder Pensionistenwohnheime) festgestellt. Als Maßnahme wurde die im Rahmen des Projekts „Senior Plus“ eingerichtete Beratungsstelle unter dem Namen „Beratung am Eck“ als MigrantInnen-Servicestelle des Gesundheits- und Sozialzentrums für den 6., 7., 14. und 15. Bezirk weitergeführt. Die Beratungen beinhalten

[839] KREMLA (2005).
[840] REINPRECHT (1999, 2000).

Hilfe bei Übersetzungen, beim Ausfüllen von Formularen oder bei finanziellen Fragen (Pensionen, Beihilfen und Pflegegeld).

**Seniorentreff und Beratung für ältere MigrantInnen im 10. Bezirk:** Der Seniorentreff entstand auf Eigeninitiative von zwei türkischen Frauen, die der Einsamkeit und dem hohen Bedarf an Austausch und Beratung bei älteren MigrantInnen entgegen wirken wollten. Einmal wöchentlich bieten die beiden Frauen Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen und bei Übersetzungen an, stellen sich als Gesprächspartnerinnen zur Verfügung und organisieren Ausflüge, Informationsveranstaltungen und einen Deutschkurs. Die Angebote werden vorwiegend von älteren türkischsprachigen MigrantInnen in Anspruch genommen, etwa drei Viertel davon sind Frauen. Die beiden Gründerinnen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

**Seniorenverein von und für MigrantInnen:** Der „Seniorenverein von und für MigratnInnen" ist eine Interessensvertretung zugewanderter SeniorInnen und strebt die Gleichstellung mit anderen Seniorenvertretungen an, das heißt vor allem Sitz und Stimme im Bundesseniorenbeirat. Derzeit können in den österreichischen Seniorenverbänden nur Männer ab 60 und Frauen ab 55 Mitglieder werden, die eine Pension beziehen und österreichische Staatsangehörige sind. Ziele des Seniorenvereins von und für MigrantInnen sind die Förderung von Selbsthilfe, Freizeitgestaltung, Integration und Weiterbildung. Zu den Aktivitäten des Vereins gehören Vorträge und Versammlungen, Diskussionsabende sowie die Beratung von Institutionen, die sich für ältere MigrantInnen öffnen wollen. Die Arbeit der 26 Mitglieder erfolgt ausschließlich ehrenamtlich.

**Internationaler Pensionistenclub:** Die auf Basis des österreichischen SeniorInnengesetzes geförderten **Pensionistenclubs** sind bislang vor allem auf die Bedürfnisse älterer ÖsterreicherInnen ausgerichtet. Davon ausgehend wurden drei Modellprojekte umgesetzt. Im fünften Wiener Gemeindebezirk wurde auf Initiative von MitarbeiterInnen des Pensionistenheims Margareten in Zusammenarbeit mit dem Büro der Wiener Integrationsstadträtin, dem Kuratorium für Pensionistenheime und der Bezirksvertretung der **Internationale Club** eingerichtet. Die Clubtreffen finden jeden Freitag am Nachmittag statt. Zielsetzung des Clubs ist die Zusammenführung von SeniorInnen unterschiedlicher ethnischer und kultureller Herkunft. Zum Programm gehören Veranstaltungen, z. B. ein Filmabend über die Türkei, gemeinsame Feste und Abende zum Kennenlernen der Traditionen der verschiedenen Gruppen. Ein Erfolg dieser Arbeit ist, dass Kontakte auch außerhalb der Treffen entstanden sind. Im 15. Bezirk findet der Club an jedem Mittwochnachmittag in den Räumen der „Beratung am Eck" statt. Der von einer türkischsprachigen Betreuerin begleitete Club wird vor allem von Frauen besucht. Informationsangebote, z. B. über Pensionsrecht ergänzen die Treffen, deren wichtigstes Element auch hier das Zusammenkommen an einem leistbaren und öffentlichen, aber doch geschützten Ort ist. Auch dieser Club ist mit wöchentlich 20 bis 30 BesucherInnen stark frequentiert.

### 9.3.5 Gesundheitsförderung im Spital

**„Migrant friendly hospital – Interkulturelles Krankenhaus"**[841] ist ein Projekt, dass in den Jahren 2002 bis 2004 am Schwerpunktkrankenhaus Kaiser-Franz-Josef-Spital im 10. Wiener Gemeindebezirk durchgeführt wurde. Das Kaiser-Franz-Josef-Spital verfügt über 714 Betten, jährlich werden etwa 27.000 PatientInnen stationär und 150.000 PatientInnen ambulant versorgt. Das Spital wird sehr häufig von MigrantInnen frequentiert. Seit mehr als drei Jahrzehnten trägt Krankenhauspersonal aus den Philippinen, Indien, Tunesien und einigen osteuropäischen Ländern zur Interkulturalität des Hauses bei. Die 1.835 Angestellten des Hauses kommen aus 36 Ländern. Die gynäkologische Abteilung verfügt über eine türkische Community-Dolmetscherin, die auch an anderen Abteilungen aushilft. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum FEM und dem Männergesundheitszentrum MEN, beide im Kaiser-Franz-Josef-Spital angesiedelt, die eine ihrer vordringlichen Aufgaben in der Organisation von muttersprachlicher medizinischer, psychologischer und sozialer Beratung sieht. Projektträger sind die Europäische Kommission (DG Gesundheit und Verbraucherschutz) sowie das Bundesministerium für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK). Insgesamt nehmen 12 Europäische Spitäler am Projekt teil. Das Projektteam bestand überwiegend aus weiblichen MitarbeiterInnen und war multidisziplinär ausgerichtet (ÄrztInnen, Diplomierte Kranken- und Gesundheitsschwestern, Psychologin). Hauptthema des Pro-

[841] http://www.mfh-eu.net/public/home.htm

jektes war die Verbesserung von Gesundheitsbewusstsein, -status und -versorgung bei MigrantInnen, aber auch die Unterstützung von Krankenhauspersonal bei Problemen im Zusammenhang mit interkulturellen Betreuungssituationen. Beispiele für erreichte Ziele:

- Ein virtuelles Informationszentrum wurde eingerichtet, das heißt, Übersetzung von Informationsblättern zum Thema Hepatitis und Nadelstichverletzungen sind über Intranet allen MitarbeiterInnen zugänglich.
- Ein Merkblatt über Bestattungsrichtlinien auf Türkisch und Serbisch/Kroatisch/Bosnisch wurde im Intranet zur Verfügung gestellt. Konzipiert wurde auch eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema Krankheit und Tod im Kontext unterschiedlicher Religionen.
- Eine Liste über MitarbeiterInnen mit Fremdsprachenkenntnissen ist im Intranet verfügbar.
- Der Ankauf eines speziellen Wörterbuchs für medizinische Fachausdrücke (Wie sagt's der Arzt auf …) wurde durch einen externen Sponsor ermöglicht.
- Die Erfassung von Geburtsland und bevorzugter Sprache für die Kommunikation im Spital im Rahmen der Erhebung der PatientInnenanamnese wurde beim KAV beantragt.
- Vorträge über transkulturelle Pflege und Migrationsmedizin sollen regelmäßig ins laufende Fortbildungsprogramm aufgenommen werden. Eine Liste über ExpertInnen, die als Vortragende geeignet sind, wurde erstellt.
- Die Aufnahme von migrationsbezogenen Gesundheitsthemen in das Curriculum der Medizinstudenten an der Universität Wien wurde vorgeschlagen.
- Einfache Piktogramme wurden im Stations- und Ambulanzbereich angebracht.
- Ein Paravent für den Andachtsraum wurde angekauft.
- Im Speiseplan sind schweinefleischhältige Speisen mit einem vielsprachigen Zusatz versehen.

## 9.3.6 Gesundheitsförderung und Pflege

### Prävention durch Pflege

Abgesehen von einigen theoretischen Ansätzen ist der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege bislang noch gering und häufig auf medizinische sekundärpräventive Maßnahmen der Verhinderung von Folgeerkrankungen beschränkt.[842] Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege bedeutet, dass beruflich Pflegende und ÄrztInnen über die Kranken- und Altenpflege hinaus in zunehmendem Maße Gesundheitspflege übernehmen. **Pflegeprävention** ist als gesundheitsförderliches, präventives und rehabilitatives pflegerisches Handeln zur Erhaltung von Selbständigkeit und Gesundheit oder zur Vorbeugung und Abmilderung von Pflegebedarf definiert und hat einerseits das Ziel, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, bezeichnet zugleich aber auch aktives, präventives pflegerisches Handeln. Derzeit steht Pflege am Ende der Versorgungskette und ist auf die kompensatorische Versorgung reduziert. Denkbar ist aber ein „Kontinuum der Pflege", das gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative, begleitende und palliative Aspekte beinhaltet. Erfahrungen mit diesem Ansatz konnten bereits im Rahmen von **Case- und Care-Management-Projekten** gesammelt werden, z. B. im Entlassungsmanagement oder in der Vermittlung niederschwelliger Betreuungsleistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger. Ein weiters Praxismodell für präventive pflegerische Maßnahmen sind **präventive Hausbesuche zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit alter Menschen**. Nach einer Erfassung der Lebenssituation werden individuelle Präventionspläne gemeinsam mit den KlientInnen erarbeitet, die in den Folgebesuchen bezüglich ihrer Umsetzung hinterfragt und dementsprechend modifiziert werden und somit den individuellen Bedürfnissen angepasst bleiben.[843]

842 STRÖBEL (2004).
843 KRUSE (2002).

## Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung

„Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung" ist ein Projekt des Forschungsinstituts des Wiener Roten Kreuzes[844] in Kooperation mit der Stadt Wien, das von 2003 bis 2005 durchgeführt wurde. Die Finanzierung erfolgte durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) im Rahmen der EQUAL Entwicklungspartnerschaft AEIOU (Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen) sowie durch den Fonds Gesundes Österreich. Gemeinsam mit MitarbeiterInnen und Führungskräften wurden Problembereiche und Ressourcen der Arbeit analysiert, Lösungsvorschläge entwickelt und gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt und bewertet. Ziel war ein Vorantreiben der Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen in der mobilen Pflege und Betreuung und damit zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beizutragen. Zielgruppe waren die rund 500 Beschäftigten, die in der mobilen Pflege und Betreuung in Wien arbeiten (HeimpflegerInnen, PflegehelferInnen, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen – vorwiegend Frauen), wobei in Wien die Heimhelferinnen die größte Gruppe darstellen. Die Arbeitsbedingungen der mobilen Pflege bergen besondere Gesundheitsrisiken auf körperlicher, psychosozialer und emotionaler Ebene. Eine Ist-Analyse erfolgte aufgrund von Gesprächen mit Schlüsselpersonen und Tiefeninterviews mit MitarbeiterInnen sowie einer Fragebogen-Erhebung über Belastungsfaktoren und Ressourcen. In Gesundheitszirkeln tauschen sich MitarbeiterInnen über belastende Arbeitssituationen aus und entwickeln gemeinsam konkrete Verbesserungsvorschläge. Ein im Zuge des Projekts erstellter Gesundheitsbericht enthält Analyseergebnisse und Verbesserungsvorschläge und wurde allen MitarbeiterInnen zugänglich gemacht. In einer einjährigen Umsetzungsphase wurden die Veränderungsvorschläge nach Diskussion mit dem Management umgesetzt. Eine externe prozessbegleitende Evaluation bewertete das Projekt hinsichtlich Umsetzbarkeit, Effektivität und Nachhaltigkeit.

## Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Pflegende

Im Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) sind derzeit rund 11.000 Personen beschäftigt, nur ein Prozent von ihnen erreicht das reguläre Pensionsalter, 30 Prozent sind zwischen 40 und 50 Jahre, 18 Prozent über 50 Jahre alt. Der Pflegeberuf zählt aufgrund der starken körperlichen und psychosozialen Belastungen zu den Berufen, der besonders hohe Anforderungen an ältere ArbeitnehmerInnen stellt. Die Fluktuation im Pflegeberuf ist extrem hoch – 85 Prozent des Pflegepersonals im patientennahen Dienst sind unter 35 Jahre alt. Ausgehend von diesen Fakten wurde bereits im Jahr 1999 das Pilotprojekt **„Meisterhafte Pflegekunst – Alter(n)sgerechte und gesundheitsgerechte Karrierewege im Pflegeberuf"**[845] initiiert, das langfristig den vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf wegen mangelnder Perspektiven entgegenwirken wollte. Das Modell wurde auf drei Stationen von Krankenanstalten des Wiener KAV erprobt und evaluiert. In einem weiteren, von 1996 bis 2001 im Rahmen des Wiener KAV laufenden Projekts konnten positive Erfahrungen mit der Reduktion der täglichen Arbeitszeit im Pflegebereich gesammelt werden. Im Kaiserin-Elisabeth-Spital wurde die tägliche Arbeitszeit von 12,5 Stunden auf 8 bis 10 Stunden reduziert, um Überforderung und chronischem Stress entgegenzuwirken. Es zeigte sich, dass die Zustimmung zu der kürzeren Dienstform umso größer war, je mehr Erfahrung das Personal mit einem Acht-Stunden-Dienst hatte. Besonders bei den älteren Pflegenden war die Zufriedenheit mit der Arbeitszeitverkürzung hoch. Zudem waren weniger Krankenstände und Überstunden erforderlich. Im Herbst 2005 hat das **„Wiener Informationsnetzwerk zur Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen"**[846] eine Kampagne zum Thema „Altern in Gesundheit" für MitarbeiterInnen des Wiener KAV gestartet. Im Mittelpunkt der Aktivitäten steht die Förderung der Alter(n)sorientierung in der Entwicklung der Organisationen. – Dies kann zum Beispiel durch folgende Lösungsansätze erreicht werden.[847]

844 http://www.wrk.at/forschungsinstitut
845 http://www.oegvp.at/2000e.pdf
846 http://www.gspwien-info.net/index.htm
847 http://www.gspwien-info.net/downloads/factsheet_aging.pdf

- **Altersgerechte Einstellung neuer MitarbeiterInnen** mit dem Ziel, einer hinsichtlich des Alters möglichst heterogenen Belegschaft, wodurch es möglich wird, die Fähigkeiten älterer und jüngerer MitarbeiterInnen optimal zu kombinieren.
- **Flexible und moderne Arbeitsorganisation**, die Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Arbeitszeit anbietet (Teilzeitstellen, individuell freie Bestimmung der Stundenanzahl pro Woche, Aufteilen einer Stelle auf mehrere Personen) sowie Arbeitsautonomie ermöglicht (Entscheidungskompetenz im eigenen Arbeitsbereich).
- **Arbeitsplatzgestaltung und betriebliche Gesundheitsförderung** in Spitälern und Pflegeeinrichtungen zielt vor allem auf die Organisation der Dienste ab (z. B. die Möglichkeit der Reduktion von Nachtdiensten und möglichst schonender Schichtdienste für ältere MitarbeiterInnen). Für ältere MitarbeiterInnen im Pflegebereich eignen sich z. B. Stationsstrukturen mit kleinen Einheiten, Primary Nursing und Zimmerpflege. Hinsichtlich der Arbeitsplatzgestaltung spielen die Berücksichtigung von Ergonomie und die Kompensation der Abnahme von körperlichen Fähigkeiten und Sinnesfunktionen, z. B. durch Beleuchtung und größere Schrift, eine wichtige Rolle.
- **Innerbetriebliche Beförderung und Arbeitsplatzwechsel (Job Rotation)** sind Instrumente zum Erhalt von Motivation (z. B. Stationswechsel, Wechsel vom Stationsdienst in den Funktionsdienst, von der Station in die Ambulanz und umgekehrt).
- **Fort- und Weiterbildung** bzw. lebenslanges Lernen und die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (Supervision, Coaching) können helfen, veränderte berufliche Anforderungen besser zu bewältigen.
- Wenn **Kündigungen** notwendig sind, sollte nicht das Alter als bestimmendes Kriterium herangezogen werden, sondern die tatsächliche Kompetenz.
- **Verbesserungen der Arbeitssituation älterer MitarbeiterInnen** bedürfen eines Einstellungswandels und des Abbaus intergenerationeller Vorurteile bei allen MitarbeiterInnen, aber auch auf der Führungs-Ebene.

# X.
# DIE UMSETZUNG DES WIENER PROGRAMMS FÜR FRAUENGESUNDHEIT

# *IMPLEMENTATION OF THE VIENNA WOMEN'S HEALTH PROGRAMME*

# INHALT

**10 DIE UMSETZUNG DES WIENER PROGRAMMS FÜR FRAUENGESUNDHEIT 467**

**10.1 LAUFENDE UND ABGESCHLOSSENE PROJEKTE 468**

10.1.1 Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „Die Klügere sieht nach“ 468
10.1.2 Modellprojekt zur Prävention nachgeburtlicher (postpartaler) Depressionen (PPD) 469
10.1.3 „Schwanger“ – das Infotelefon 0800–2042 20 470
10.1.4 „Mamma Mia“ – Gesundheitsförderung für Mütter mit Kleinkindern 470
10.1.5 Wiener Informations- und Präventionskampagne gegen Essstörungen (WIKE)/ Hotline für Essstörungen 0800 201120 471
10.1.6 Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen: „Frauenherzen schlagen anders“ und „Nach Herzenslust“ 471
10.1.7 Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital 473
10.1.8 Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder – Opferschutz an Wiener Krankenanstalten 473
10.1.9 Genitalbeschneidungs-Beratungsstelle „Bright Future“ 473
10.1.10 „barrierefrei“ – Gynäkologische Vorsorge und Versorgung von Frauen mit Behinderung 473

**10.2 INFORMATION, ÖFFENTLICHKEITSARBEIT UND VERNETZUNG 474**

**10.3 EVALUATION DER UMSETZUNG DES PROGRAMMS 475**

## Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung

„Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung" ist ein Projekt des Forschungsinstituts des Wiener Roten Kreuzes[844] in Kooperation mit der Stadt Wien, das von 2003 bis 2005 durchgeführt wurde. Die Finanzierung erfolgte durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) im Rahmen der EQUAL Entwicklungspartnerschaft AEIOU (Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen) sowie durch den Fonds Gesundes Österreich. Gemeinsam mit MitarbeiterInnen und Führungskräften wurden Problembereiche und Ressourcen der Arbeit analysiert, Lösungsvorschläge entwickelt und gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt und bewertet. Ziel war ein Vorantreiben der Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen in der mobilen Pflege und Betreuung und damit zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beizutragen. Zielgruppe waren die rund 500 Beschäftigten, die in der mobilen Pflege und Betreuung in Wien arbeiten (HeimpflegerInnen, PflegehelferInnen, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen – vorwiegend Frauen), wobei in Wien die Heimhelferinnen die größte Gruppe darstellen. Die Arbeitsbedingungen der mobilen Pflege bergen besondere Gesundheitsrisiken auf körperlicher, psychosozialer und emotionaler Ebene. Eine Ist-Analyse erfolgte aufgrund von Gesprächen mit Schlüsselpersonen und Tiefeninterviews mit MitarbeiterInnen sowie einer Fragebogen-Erhebung über Belastungsfaktoren und Ressourcen. In Gesundheitszirkeln tauschen sich MitarbeiterInnen über belastende Arbeitssituationen aus und entwickeln gemeinsam konkrete Verbesserungsvorschläge. Ein im Zuge des Projekts erstellter Gesundheitsbericht enthält Analyseergebnisse und Verbesserungsvorschläge und wurde allen MitarbeiterInnen zugänglich gemacht. In einer einjährigen Umsetzungsphase wurden die Veränderungsvorschläge nach Diskussion mit dem Management umgesetzt. Eine externe prozessbegleitende Evaluation bewertete das Projekt hinsichtlich Umsetzbarkeit, Effektivität und Nachhaltigkeit.

## Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Pflegende

Im Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) sind derzeit rund 11.000 Personen beschäftigt, nur ein Prozent von ihnen erreicht das reguläre Pensionsalter, 30 Prozent sind zwischen 40 und 50 Jahre, 18 Prozent über 50 Jahre alt. Der Pflegeberuf zählt aufgrund der starken körperlichen und psychosozialen Belastungen zu den Berufen, der besonders hohe Anforderungen an ältere ArbeitnehmerInnen stellt. Die Fluktuation im Pflegeberuf ist extrem hoch – 85 Prozent des Pflegepersonals im patientennahen Dienst sind unter 35 Jahre alt. Ausgehend von diesen Fakten wurde bereits im Jahr 1999 das Pilotprojekt **„Meisterhafte Pflegekunst – Alter(n)sgerechte und gesundheitsgerechte Karrierewege im Pflegeberuf"**[845] initiiert, das langfristig den vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf wegen mangelnder Perspektiven entgegenwirken wollte. Das Modell wurde auf drei Stationen von Krankenanstalten des Wiener KAV erprobt und evaluiert. In einem weiteren, von 1996 bis 2001 im Rahmen des Wiener KAV laufenden Projekts konnten positive Erfahrungen mit der Reduktion der täglichen Arbeitszeit im Pflegebereich gesammelt werden. Im Kaiserin-Elisabeth-Spital wurde die tägliche Arbeitszeit von 12,5 Stunden auf 8 bis 10 Stunden reduziert, um Überforderung und chronischem Stress entgegenzuwirken. Es zeigte sich, dass die Zustimmung zu der kürzeren Dienstform umso größer war, je mehr Erfahrung das Personal mit einem Acht-Stunden-Dienst hatte. Besonders bei den älteren Pflegenden war die Zufriedenheit mit der Arbeitszeitverkürzung hoch. Zudem waren weniger Krankenstände und Überstunden erforderlich. Im Herbst 2005 hat das **„Wiener Informationsnetzwerk zur Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen"**[846] eine Kampagne zum Thema „Altern in Gesundheit" für MitarbeiterInnen des Wiener KAV gestartet. Im Mittelpunkt der Aktivitäten steht die Förderung der Alter(n)sorientierung in der Entwicklung der Organisationen. – Dies kann zum Beispiel durch folgende Lösungsansätze erreicht werden.[847]

844 http://www.wrk.at/forschungsinstitut
845 http://www.oegvp.at/2000e.pdf
846 http://www.gspwien-info.net/index.htm
847 http://www.gspwien-info.net/downloads/factsheet_aging.pdf

# 9 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG


## Zusammenfassung

Die **Vorsorgeuntersuchung neu** ist in Wien und Österreich das umfassendste Programm im Bereich der Sekundärprävention. Diese „Gesundenuntersuchung" wurde in den letzten Jahren vermehrt in Anspruch genommen: In Wien waren es im Jahr 2003 137.015 Personen (55 Prozent Frauen, 45 Prozent Männer), das bedeutet einen Anstieg von 8,3 Prozent gegenüber dem vorangegangenen Jahr. Auch der Mutter-Kind-Pass wird sehr häufig genutzt: Man kann davon ausgehen, dass **zwischen 92 und 94 Prozent der schwangeren Frauen bzw. Mütter von Kleinkindern** in Wien und Österreich die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen vollständig absolvieren.

Weitere **Beispiele frauenrelevanter Gesundheitsförderung und Prävention** sind die jüngst initiierten Aktivitäten zur psychischen Gesundheitsförderung, die geschlechtsspezifische HIV/AIDS-Prävention der Aids Hilfe Wien und weiters Ansätze zur Gesundheitsförderung älterer Frauen, von Migrantinnen sowie im Setting Spital bzw. in der Pflege.

## *Summary: Prevention and health promotion*

*The **Vorsorgeuntersuchung neu** ("New Medical Check-up") programme is the most comprehensive programme in the area of secondary prevention in Vienna and Austria. This check-up offer has been taken up increasingly in the last years: In 2003 a total of 137,015 persons in Vienna (55 percent women, 45 percent men) had a check-up done, that is an increase of 8.3 from the previous year. The mother-child-booklet is also used very frequently: an estimated **92 to 94 percent of all pregnant women and mothers with infants** in Vienna and Austria participate in all the mother-child-booklet examinations.*

*Other examples of **women-oriented health promotion and prevention** are the recently initiated activities on mental health promotion, the gender-specific HIV/AIDS prevention programmes of the Aids Hilfe Wien, and projects for the health promotion of elderly women, immigrant women, and in the hospital/nursing care setting.*


## Begriffsbestimmung

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht klar voneinander abzugrenzen.[804] Gesundheitsförderung ist ein relativ junges Konzept: Die Ottawa-Charta, das grundlegende theoretische Fundament der WHO-Gesundheitsförderungsinitiativen, ist im Jahr 2006 20 Jahre alt geworden. Dem Gesundheitsförderungs-Paradigma liegt ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit zugrunde, welches das bislang vorherrschende, vom medizinischen Denken geprägte Risikofaktorenmodell ablöst. Theoretisches Rahmenmodell der Gesundheitsförderung ist das der Salutogenese,[805] aufgrund dessen nicht mehr nur nach negativen Einflussfaktoren auf die Gesundheit gesucht wird, sondern jene Ressourcen, die trotz Risiken und Belastung zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit beitragen, gefördert werden sollen. Individuelle und kollektive Gesundheitsressourcen sollen gestärkt und Gesundheitskompetenzen auf partizipative Weise erlernt werden. Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsthematik, die in der Prävention, in der medizinischen Versorgung, in der Pflege und in der Rehabilitation anzuwenden ist. Sowohl der krankheitsorientierte Ansatz der Prävention als auch der ressourcenorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung zielen – wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien – auf die verbesserte Gesundheit des Einzelnen sowie der Bevölkerung und sollten als einander ergänzend betrachtet werden.

**Gesundheitsförderung** verfolgt zwei strategische Ansätze:[806] die Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer Politik, die

804 ROSENBROCK (2004).
805 ANTONOVSKY (1997).