

# Maßnahmen im Bereich von Gesundheitsförderung und Public Health zur Förderung von Chancengerechtigkeit

Facilitating Equal Opportunities by Means of Health Promotion and Public Health Activities

Ekim San & Hilde Wolf

## Themenschwerpunkt Public Health

### Zusammenfassung

---

Soziale Lebensumstände und Gesundheit sind eng miteinander verbunden. Zahlreiche Gesundheitsberichte und Studien machen deutlich, dass Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen meist einen schlechteren Gesundheitszustand sowie eine geringere Lebenserwartung aufweisen und Angebote der Gesundheitsvorsorge seltener in Anspruch nehmen. Im Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung bestehen wie im Bereich der gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung nach wie vor Ungleichheiten, von denen Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status in hohem Ausmaß betroffen sind. Welche besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse und Anliegen Menschen in benachteiligten Lebenslagen haben und wie Interventionen der Gesundheitsförderung gestaltet sein müssen, damit sie diese Zielgruppen erreichen, ist Thema dieses Beitrags. Neben der Darstellung von Daten zur Gesundheitssituation von Frauen und Männern sowie von Leitlinien zur Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen wird dabei auf die Erfahrungen des Frauengesundheitszentrums FEM Süd in Wien hinsichtlich umgesetzter Gesundheitsförderungsprojekte zurückgegriffen.

### Abstract

---

Social living conditions and the state of health are closely interconnected. Numerous health reports and studies show that people with a low social status tend to have a worse health status and a lower life expectancy and rarely make use of preventive health care. There are still inequalities concerning the access to health promotion offers, health prevention and health care, and especially people with a lower socioeconomic background are affected. The content of this contribution are the specific health condition of people in disadvantaged

circumstances, as well as successful interventions of health promotion to reach these target groups. Besides the presentation of data concerning the health situation of the Austrian population and health promotion guidelines for socially disadvantaged people, the experiences of the women's health centre FEM Süd in Vienna in the field of health promotion will be explored.

### 1. Gesundheitliche Determinanten in Österreich und im internationalen Vergleich

---

Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status einerseits und dem Gesundheitszustand sowie dem Gesundheitsverhalten von Menschen andererseits sind in vielen Studien und Gesundheitsberichten auch für Österreich nachgewiesen. Eine der einflussreichsten sozioökonomischen Variablen stellt dabei der Bildungsstand dar, die oft geforderte und schwer realisierbare „Health in all Policies“-Strategie wäre der richtige Ansatz, um den daraus resultierenden Herausforderungen zu begegnen. (Klotz, 2007; Klotz, 2008; Statistik Austria, 2016, 2015, 2007).

In der österreichweit repräsentativen Gesundheitsbefragung, die 2014 durchgeführt wurde und die aktuellste und umfassendste Analyse der soziodemographischen und sozioökonomischen Einflussfaktoren liefert, zeigt sich deutlich, dass die höchste abgeschlossene Schulbildung einen zentralen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten hat. Menschen mit höherem Bildungslevel fühlen sich gesundheitlich besser, leiden seltener an chronischen Krankheiten und Schmerzen und neigen weniger häufig zu gesundheitsriskantem Verhalten. Auch präventive Maßnahmen werden von höher Gebildeten häufiger in Anspruch genommen (Statistik Austria, 2016, 2015).

Die Gesundheitsberichterstattung der Stadt Wien (Stadt Wien, 2017) bestätigt den Zusammenhang zwischen sozialen Lebensumständen und Gesundheit für den Lebensraum der Großstadt. Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher ist die Lebenserwartung. Für die Prävalenz chronischer Erkrankungen bzw. gesundheitlicher Beschwerden lassen sich deutliche Unterschiede im Hinblick auf den Bildungsgrad feststellen: WienerInnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss sind häufiger von länger andauernden Gesundheitsproblemen betroffen als WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss. WienerInnen aus Haushalten mit höherem Einkommen schätzen ferner ihre Gesundheit besser ein als WienerInnen aus Haushalten mit geringerem Budget, d.h. je geringer die Bildung und das Einkommen, desto häufiger sind gesundheitliche Beschwerden.

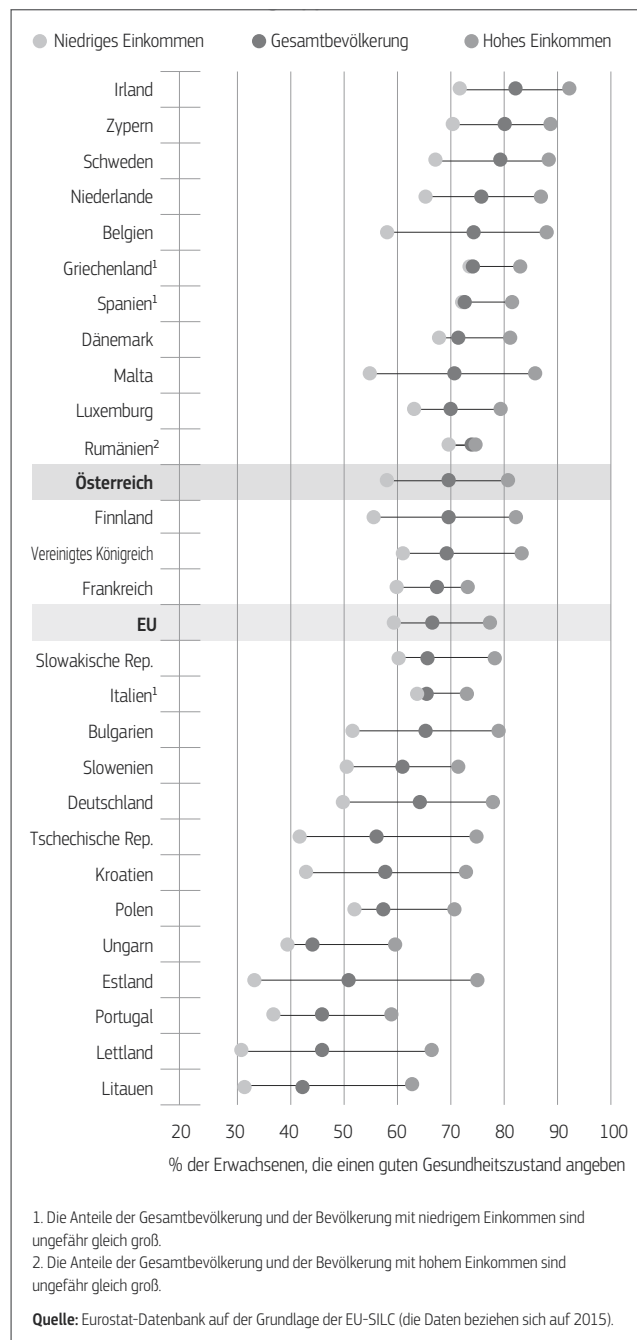
In engem Zusammenhang mit dem Einkommen ist auch die Erwerbstätigkeit eine weitere zentrale Determinante. In der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 zeigt sich ein deutlicher Einfluss von Arbeitslosigkeit auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Arbeitslose Personen fühlen sich gesundheitlich schlechter, leiden eher an chronischen Krankheiten und rauchen häufiger als Menschen, die sich im Erwerbsleben befinden (Statistik Austria, 2015).

Im internationalen Vergleich der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union liegt Österreich im Hinblick auf die selbst erlebte Gesundheit der Bevölkerung leicht über dem Durchschnitt: Nach eigenen Angaben fühlen sich sieben von zehn ÖsterreicherInnen (70 %) gesund, der EU-Mittelwert liegt bei 67%. Während die meisten ÖsterreicherInnen ihren Gesundheitszustand positiv erleben, werden auch hier die Ungleichheiten nach Einkommensniveau hervorgehoben. Wie auch in anderen EU-Ländern zeigen die Eigenangaben zur Gesundheit einen Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. Mehr als 80 % der ÖsterreicherInnen im höchsten Einkommensquintil bewerten ihren Gesundheitszustand als gut, bei der ärmsten Bevölkerungsschicht sind dies allerdings nur 60 % (siehe Abbildung 1).

Mehr als ein Viertel der gesamten Krankheitslast in der österreichischen Bevölkerung ist durch lebensstil-assoziierte Faktoren bedingt. Die Ungleichheiten bei der Gesundheit sehen die Autoren des Länderprofils Gesundheit 2017 (OECD, 2017) in Verbindung mit einer Reihe von Gesundheitsfaktoren, einschließlich der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen und einer Reihe an verhaltensbedingten Risikofaktoren: Der Anteil an RaucherInnen ist in der Bevölkerungsgruppe mit dem niedrigsten Bildungsstand um 83 % höher als in der Bevölkerungsgruppe mit dem höchsten Bildungsstand. Besonders deutlich werden die Unterschiede im Bereich der Adipositasprävalenz, diese ist in der Bevölkerung mit dem niedrigsten Bildungsstand mehr als doppelt so hoch als in der Gruppe mit hohem Bildungsabschluss. Fazit ist, dass ÖsterreicherInnen im Vergleich zu anderen EU-EinwohnerInnen zwar länger leben, aber weniger dieser zusätzlichen Jahre in guter Gesundheit verbringen

(OECD, 2017). Hier besteht somit Handlungsbedarf für die Gesundheitspolitik.

Abb. 1: Einkommen und Gesundheitszustand in EU-Mitgliedsstaaten



Aus diesen Befunden lässt sich ableiten, dass auch die psychische Gesundheit in ihrer Komplexität neben individuellen Dispositionen maßgeblich von sozioökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren beeinflusst wird (WHO, 2001).

Wesentliche Risikofaktoren für psychosoziale Belastungen und psychische Erkrankungen sind auf soziale, umfeldbedingte und wirtschaftliche Determinanten zurückzuführen. Neben Armut und geringer Bildung spielen dabei Phänomene wie Isolation und Einsamkeit, Erleben von Ausgrenzung, schlechte Wohnbedingungen, Gewalterfahrungen, Diskriminierung, arbeitsbezogene

Belastungen oder aber auch Arbeitslosigkeit eine bedeutende Rolle (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017b).

## 2. Gesundheitliche Aspekte im Kontext von Geschlecht und Diversität

Neben sozioökonomischen Faktoren haben auch das biologische Geschlecht sowie „Gender“ als soziale Geschlechterrolle einen Einfluss auf das Erleben von Gesundheit und Krankheit, das Gesundheitsverhalten sowie den Gesundheitszustand. Eine Erhebung der subjektiv erlebten Gesundheit in der österreichischen Bevölkerung brachte Unterschiede in Abhängigkeit von der Geschlechtszugehörigkeit zutage. Frauen sehen ihren allgemeinen Gesundheitszustand etwas pessimistischer als Männer: Mit 81 % „sehr gut“ oder „gut“ liegen Männer um vier Prozentpunkte vor Frauen (77 %) (Statistik Austria, 2015).

Frauen in Wien sind häufiger von chronischen Erkrankungen sowie Gesundheitsproblemen betroffen als Männer und darüber hinaus häufiger aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt als Männer, weisen jedoch eine längere Lebenserwartung auf. Allgemein ist die Lebenserwartung der letzten Jahre in Wien im Bundesländer-Vergleich stets im unteren Bereich. Einer der Gründe hierfür könnte sein, dass sich sozioökonomische Nachteile bei GroßstädterInnen gesundheitlich stärker auswirken als bei LandbewohnerInnen (Stadt Wien, 2017).

Im Hinblick auf lebensstilassoziierte gesundheitliche Risiken weist beispielsweise die Prävalenz von Adipositas – wie bereits erwähnt – einen sozialen Gradienten auf und es zeigen sich auch hier geschlechtsspezifische Unterschiede: 16 % der Männer und 13 % der Frauen sind gemäß der WHO-Definition adipös. Hochgerechnet sind dies 548.000 Männer und 489.000 Frauen ab 15 Jahren (Statistik Austria, 2016). Männer der niedrigsten Einkommensstufe haben dabei ein 1,5-faches Adipositas-Risiko gegenüber Männern der höchsten Einkommensstufe. Das Adipositas-Risiko von Frauen der niedrigen Einkommensstufe ist demnach sogar mehr als doppelt so hoch wie jenes der Frauen der höchsten Einkommensgruppe.

Auch im Hinblick auf die psychische Gesundheit zeigen sich Geschlechterdifferenzen, insbesondere beim psychischen Wohlbefinden schneiden Frauen deutlich schlechter ab, wobei die negativere Selbsteinschätzung der Frauen alle Altersgruppen betrifft. Frauen schätzen auch ihre Lebensqualität generell schlechter ein als Männer – diese wurde in der österreichweiten Gesundheitserhebung (Statistik Austria, 2015) mit dem von der WHO entwickelten Fragebogen (WHOQOL-World Health Organisation Quality of Life) erhoben. In diesem Fragebogen wird Lebensqualität definiert als „die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext

der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“. Eine Ausnahme stellte lediglich der Bereich der „sozialen Beziehungen“ dar, in dem Frauen – vielleicht wenig überraschend – positivere Ergebnisse erzielten.

Im Hinblick auf Einflüsse durch Faktoren der Migration weisen die AutorInnen des österreichischen Gesundheitsberichts darauf hin, dass die gesundheitliche Lage der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in engem Zusammenhang mit ihrer sozialen Situation zu sehen ist. Ob sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung mit Migrationshintergrund von jenem der österreichischen Bevölkerung unterscheidet, kann aus den Ergebnissen nicht endgültig beantwortet werden. Evident ist, dass Frauen und Männer mit Migrationshintergrund in geringerem Maße Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Erfreulicherweise weist jedoch die Lebenserwartung der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund kaum Unterschiede auf (Statistik Austria, 2016).

Im Hinblick auf die subjektive Gesundheit zeigen sich dennoch Unterschiede in der Selbsteinschätzung in Abhängigkeit von Migrationshintergrund und Geschlecht. Frauen und Männer aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (außerhalb der EU) und der Türkei beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand seltener als sehr gut oder gut als die anderen Bevölkerungsgruppen. Am wenigsten positiv schätzen Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 ihren eigenen Gesundheitszustand ein. Die Lebensqualität zeigt in allen Bereichen Einflüsse des Migrationshintergrunds. Im Besonderen wurde von der Gruppe der EU-Beitrittsstaaten ab 2004 die Lebensqualität als deutlich geringer beurteilt.

## 3. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit als Aufgabe der Gesundheitsförderung

In den letzten Jahren bekam die Zielsetzung, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, zunehmend Aufmerksamkeit von Seiten der Gesundheitsförderung und gesundheitspolitischer Strategien. Dabei wurde offensichtlich, dass jene „vulnerablen“ Zielgruppen, die besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind und somit großen Bedarf an gesundheitsfördernden Interventionen haben, gerade die sind, die für Gesundheitsförderung am schwersten zu erreichen sind (Löschke-Yaldiz & Wolf, 2009). Dazu gehören MigrantInnen, AlleinerzieherInnen, Menschen mit Behinderungen, Ältere etc. – und innerhalb dieser Gruppen haben Frauen und Männer wiederum unterschiedliche Bedürfnisse, die es zu berücksichtigen gilt.

Die Gewährleistung eines zielgruppenspezifischen und diskriminierungsfreien Zugangs, insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen sowie die Ermöglichung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zwischen

sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, wurden als österreichische Gesundheitsziele formuliert (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017a). Zu den Wiener Gesundheitszielen zählen auch die Prävention bei chronischen Erkrankungen, das Optimieren von Früherkennung und von Behandlungsabläufen bei epidemiologisch relevanten Krankheiten sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz bei sozial Benachteiligten (Wiener Gesundheitsziele 2025, 2018).

Hilfreich für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungspraxis sind die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland erarbeiteten Qualitätskriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (BZgA, 2017, S. 6), die im Folgenden in Kürze angeführt werden:

- **Konzeption:** Die Zielformulierung orientiert sich an den Bedarfslagen und Bedürfnissen der Zielgruppen und enthält einen klaren Bezug zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.
- **Zielgruppenbezug:** Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten ist präzise eingegrenzt.
- **Settingansatz:** Die Aktivitäten zielen sowohl auf Gesundheitshandeln von Personen als auch auf strukturelle Änderungen ab und orientieren sich somit am Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation.
- **MultiplikatorInnenkonzept:** MultiplikatorInnen werden systematisch eingebunden und gegebenenfalls qualifiziert, um gesundheitsförderliche Inhalte zu vermitteln.
- **Nachhaltigkeit:** Es werden dauerhafte und nachweisbare Veränderungen bei den Zielgruppen und Settings angestrebt.
- **Niederschwellige Arbeitsweise:** Das Angebot ist z. B. aufsuchend und begleitend angelegt, um Zugangshürden zu vermeiden oder möglichst niedrig zu halten.
- **Partizipation:** Es besteht ein hoher Grad an Beteiligungsmöglichkeiten für die Zielgruppe sozial benachteiligter Menschen.
- **Empowerment:** Es erfolgt eine Befähigung und Qualifizierung der Zielgruppe, die auf ihren Stärken und Ressourcen aufbaut.
- **Integriertes Handlungskonzept und Vernetzung:** Es finden Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit statt.
- **Qualitätsmanagement:** Die Qualität wird in allen Bereichen immer wieder überprüft, verbessert und entwickelt.
- **Dokumentation und Evaluation:** Dokumentation und Evaluation dienen dazu, die Erreichung der formulierten Ziele im Projektverlauf zu überprüfen und Arbeitsabläufe in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Überprüfung zu verändern.
- **Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis:** Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.

Alle diese Qualitätskriterien zu erfüllen wäre ein sehr hoher Anspruch, deshalb besteht auch bei den ExpertInnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

(BZgA) Einigkeit darüber, dass ein Projekt auch dann einem Good-Practice-Projekt entsprechen kann, wenn es lediglich in einzelnen Kriterien vorbildlich ist. Den PraktikerInnen können diese Kriterien jedoch als wertvolle Unterstützung bei der Projektentwicklung und -umsetzung dienen.

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass Gesundheitsförderung durch die Kooperation verschiedener Disziplinen gelingt. Psychologische Erkenntnisse sind dabei für ein Verständnis gesundheitsbezogener Einstellungen und wesentlicher Prozesse des Gesundheitsverhaltens essenziell. Mehrperspektivisches Handeln einschließlich aktiver Reflexion der jeweiligen Konzepte in transdisziplinären Feldern der Gesundheitsförderung stellt daher eine Notwendigkeit dar (Wirtz, Kohlmann & Salewski, 2018).

#### 4. Die Arbeitsweise des Frauengesundheitszentrums FEM Süd

Das Frauengesundheitszentrum FEM Süd – als Teil des Instituts für Frauen- und Männergesundheit – steht in Wien seit 1999 für niederschwellige, ganzheitliche und kulturunabhängige Frauengesundheitsförderung. Der Aufgabenbereich von FEM Süd fokussiert im Besonderen gesundheitliche Bedürfnisse und Anliegen von sozial benachteiligten Frauen wie Alleinerzieherinnen, Frauen mit geringer Qualifikation und/oder geringem Einkommen sowie insbesondere Frauen mit Migrationserfahrung. Mittels Implementierung im Wiener Kaiser-Franz-Josef-Spital (Sozialmedizinisches Zentrum Süd), in einer Region Wiens mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Wohnbevölkerung, sowie mit aufsuchenden und niederschweligen Strategien werden Gesundheitsförderung und Prävention Zielgruppen zugänglich gemacht, die normalerweise aufgrund zahlreicher Barrieren nicht erreicht werden. Da im kommunalen Umfeld des Frauengesundheitszentrums eine große Zahl an Frauen mit Migrationshintergrund lebt, gibt es Beratungs- und Informationsangebote neben Deutsch auch in anderen Sprachen (aktuell: Bosnisch, Kroatisch, Serbisch, Türkisch, Englisch, Arabisch, Farsi). In einem multiprofessionellen und multikulturellen Team stehen den Nutzerinnen Klinische und Gesundheitspsychologinnen, Psychotherapeutinnen, Ärztinnen und Sozialarbeiterinnen zur Verfügung.

Die Arbeitsweise ist charakterisiert durch Flexibilität und unbürokratisches Vorgehen, wobei die Türen stets offen stehen, um mögliche Hemmschwellen abzubauen. Mittels aufsuchender Methoden wird Kontakt zu sozial benachteiligten Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in ihrer Lebenswelt aufgenommen, beispielsweise in Deutschkursen, Jugend- und Nachbarschaftszentren, Kulturvereinen oder aber auch an öffentlichen Plätzen (z. B. in Parkanlagen) bzw. bei berufstätigen Frauen in Niedriglohnbranchen (z. B. bei Reinigungskräften) auch

am Arbeitsplatz. Die Erfahrung hat gezeigt, dass am Anfang jeder Maßnahme „Vertrauensbildung“ steht – ist diese geglückt, sind Frauen dieser Zielgruppe sehr wohl für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu gewinnen.

Wichtig ist es, alle Angebote partizipativ und somit den Bedürfnissen dieser Frauen entsprechend zu entwickeln und umzusetzen. Im Zentrum stehen dabei die Stärkung von Selbstbestimmung und das Empowerment nicht nur im Hinblick auf gesundheitliche Belange, sondern in Bezug auf sämtliche Lebensbereiche. Neben einem großen Informationsbedürfnis zu verschiedensten Gesundheitsthemen zeigt sich dabei vor allem Interesse an Aktivitäten im Gruppenzusammenhang, die Spaß machen, Frauen aus der Isolation „holen“ und in nur geringem Ausmaß problemorientiert sind. So konnten schon zahlreiche Aktivitäten wie „Gesundheitstage“, Bewegungskurse, aber auch umfassende Gesundheitsförderungsprojekte umgesetzt werden. Eine zentrale Rolle kommt dabei denjenigen Mitarbeiterinnen zu, die denselben ethnischen Hintergrund haben und daher die gleiche „Sprache“ – auch in übertragener Hinsicht – sprechen. Durch diese Konzeption gelingt es, Frauen zu erreichen, für die bestehende Institutionen der Gesundheitsversorgung und -förderung nicht adäquat sind.

Im Folgenden werden sowohl ein Präventions- als auch ein Gesundheitsförderungsprojekt mit insbesondere Frauen als Zielgruppe – exemplarisch für die Arbeitsweise von FEM Süd – im Detail dargestellt.

#### 4.1. Durchblick – Gesundheitskompetenz für Frauen

Gesundheitskompetenz ist ein Thema, das alle betrifft und in engem Zusammenhang mit Gesundheit und geringem sozioökonomischen Status steht. Laut Ilona Kickbusch – eine der Pionierinnen der Gesundheitsförderung – ist diese Fertigkeit eine der wichtigsten Kompetenzen des 21. Jahrhunderts (Kickbusch, 2015). Unter dem Begriff Health Literacy hat Gesundheitskompetenz in angloamerikanischen Ländern schon seit Längerem an Bedeutung gewonnen. Diese bestimmt mit, wie sich Entscheidungen auf Gesundheit und Lebensqualität auswirken und ist eine täglich benötigte Ressource.

Informationen zu Handlungsmöglichkeiten dienen als Basis für einen gesunden Lebensstil, die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und dazu, eine aktive Rolle einnehmen zu können. Demgegenüber steht das Ideal gesundheitskompetenter AkteurInnen des Gesundheits- und Sozialsystems, die eine Kommunikation auf Augenhöhe ermöglichen und in gesundheitskompetenten Organisationen unterstützt werden. Wie Gesundheit hängt auch Gesundheitskompetenz mit sozioökonomischen Faktoren zusammen. Damit ist Gesundheitskompetenz ebenfalls eine soziale Determinante der Gesundheit.

Um die Gesundheitskompetenz in der österreichischen Bevölkerung ist es vergleichsweise schlecht be-

stellt, wie die Ergebnisse des European Health Literacy Surveys offenbaren – diese Untersuchung wurde 2011 in acht europäischen Ländern durchgeführt und Österreich belegte dabei vor Bulgarien den vorletzten Platz (Pelikan et al. 2013). Jede/r Vierte in Österreich hat Verständnisprobleme in der Kommunikation mit ÄrztInnen oder Schwierigkeiten, Informationen zu bestimmten Krankheitssymptomen zu finden. Die Hälfte der österreichischen Bevölkerung hat zudem Probleme, die Verlässlichkeit von Gesundheitsinformationen in Medien zu beurteilen.

In Deutschland fand 2014 die erste repräsentative bundesweite Befragung zur Gesundheitskompetenz statt, durchgeführt vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO). Mittels Fragebogen wurde die Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung gemessen. Fast 60 % der in dieser Studie Befragten hatten eine „unzureichende“ und „problematische“ Gesundheitskompetenz (Redaktion, 2015).

Die Frauengesundheitszentren in Wien und Graz haben im Zeitraum von 2013 bis 2016 diese Problematik aufgegriffen und drei Gruppen von Frauen in den Mittelpunkt des Projekts „Durchblick – Gesundheitskompetenz für Frauen“ gestellt: Frauen, die mit chronischen Erkrankungen leben, Frauen in höherem Lebensalter sowie Frauen mit Migrationshintergrund. Ziel war es, Frauen als Expertinnen für die eigene Gesundheit zu sehen und diese in ihrer Handlungskompetenz zu stärken. Institutionen und ExpertInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sollten sensibilisiert werden, um eine aktive Rolle von Frauen im Gesundheitssystem zu fördern.

Auf Basis einer Bedarfserhebung wurden Angebote für die unterschiedlichen Zielgruppen von Frauen entwickelt und in niederschweligen Settings umgesetzt. Im Projektverlauf ist es gelungen, 81 Gesundheitskompetenz-Kurse mit etwa 900 Teilnehmerinnen bei Organisationen wie Volkshochschulen, Pensionistenklubs, Nachbarschaftszentren etc. durchzuführen.

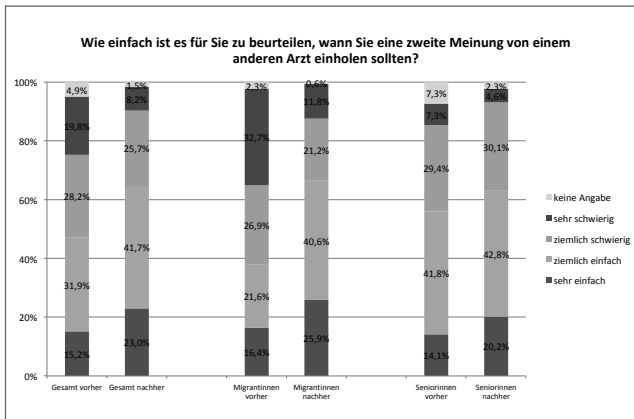
Die Kurse hatten einen Umfang von zumeist 15 Einheiten, die an sechs bis acht Terminen abgehalten wurden. Auf dem Lehrplan standen die drei Module „Gesundheitsbasiswissen“, „Kompetent beim Arzt/ bei der Ärztin“ und „kritische Gesundheitskompetenz“. In Graz wurde zu den Gesundheitskompetenz-Kursen eine Gruppe von Frauen, die mit chronischen Krankheiten leben, initiiert und dabei unterstützt, selbst ihre Anliegen zu vertreten.

Wesentlich war im Projekt „Durchblick“ auch, Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe mit dem Thema und dessen Bedeutung vertraut zu machen. Dazu wurden in den drei Projektjahren 24 Maßnahmen im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung durchgeführt, an denen etwa 330 ExpertInnen teilnahmen.

Die Wirkung der Kurse wurde von queraum.kultur- und sozialforschung (2016) evaluiert. Es zeigte sich eine durchwegs hohe Zufriedenheit und bei der Mehrheit der Teilnehmerinnen auch deutliche Zuwächse im Hinblick auf deren Gesundheitskompetenz im Vorher-Nachher-

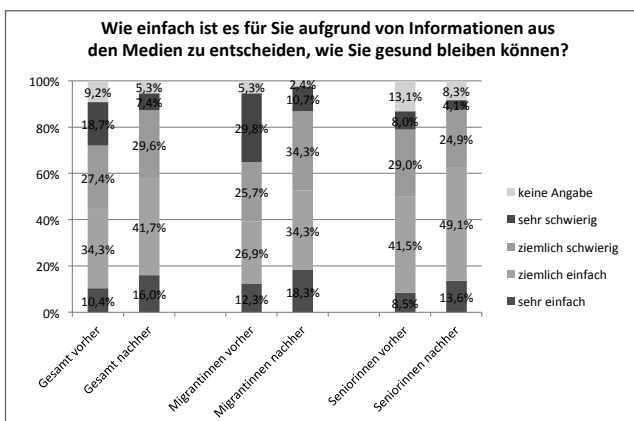
Vergleich. Auch das Feedback der Schulungen für Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe war sehr positiv, hervorgehoben wurde insbesondere die praktische Anwendbarkeit der vermittelten Inhalte. Im Folgenden sollen einige Grafiken die Veränderungen der Gesundheitskompetenz zwischen erster und zweiter Erhebung verdeutlichen.

Abb. 2: Beurteilen, wann eine zweite Meinung eingeholt werden sollte (N = 349)



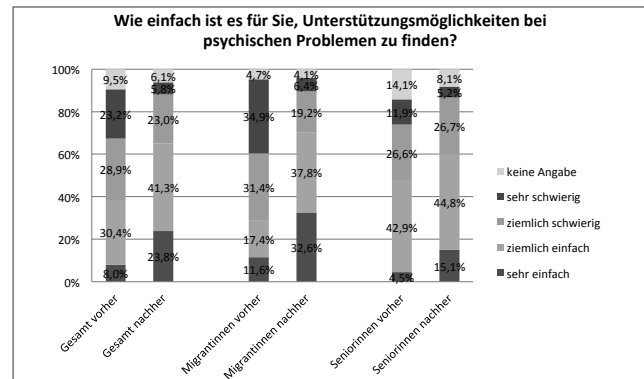
So konnte etwa hinsichtlich der Kompetenz „Beurteilen, wann eine zweite Meinung eines Arztes/einer Ärztin eingeholt werden sollte“ die Gesundheitskompetenz bei Migrantinnen und Seniorinnen gesteigert werden. Beachtlich ist, dass noch zu Beginn des Kurses 32,7% der Migrantinnen dies als sehr schwierig empfanden, während sich die Zahl nach dem Kurs verringerte – nur mehr 11,8% empfanden es als sehr schwierig, zu beurteilen, wann sie eine zweite Meinung einholen sollten.

Abb. 3: Entscheidungen aufgrund Informationen aus den Medien (N = 347)



Weiters wurden die Teilnehmerinnen befragt, wie schwierig es für sie ist, aufgrund der Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie gesund bleiben können. Insgesamt konnte eine Steigerung aufgrund der Informationen im Kurs erzielt werden, wobei insbesondere bei Migrantinnen eine deutliche Verbesserung eintrat (vorher empfanden es 29,8% als sehr schwierig, nach dem Kurs nur mehr 10,7% Informationen aus den Medien hinsichtlich gesundheitlicher Relevanz zu beurteilen. Insgesamt zeigte sich, dass nur 16% das Umsetzen dieser Kompetenz als „sehr einfach“ einschätzen.

Abb. 4: Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen finden (N = 349)



Bei beiden Zielgruppen und vor allem bei den Migrantinnen ist eine deutliche Steigerung bei der Kompetenz „Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen finden“ zu erkennen. Während zu Kursstart etwa ein Drittel (34,9%) der Migrantinnen angaben, sehr schwer Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden, waren es nach dem Kurs nur mehr 6,4% – somit auch die größte Steigerung innerhalb der gesamten Kernkompetenzen.

Das Projekt „Durchblick“ war eines der ersten Vorhaben, das den Fokus auf die Förderung der Gesundheitskompetenz vulnerabler Zielgruppen legte und hat somit eine Vorreiterrolle inne. Das Projekt wurde in Wien ermöglicht durch den Fonds Gesundes Österreich, die Wiener Gebietskrankenkasse sowie die Wiener Gesundheitsförderung und konnte dazu beitragen, dass der abstrakte Begriff „Gesundheitskompetenz“ Eingang gefunden hat in Lebensrealitäten von Frauen. Eine Anerkennung des Engagements war schließlich die Nominierung für den österreichischen Vorsorgepreis 2016. Das Projekt „Durchblick“ wurde als Modellvorhaben in den nationalen Aktionsplan Frauengesundheit aufgenommen und kann so hoffentlich auch für andere AkteurInnen hilfreich sein und weiterwirken.

Da die Nachfrage nach Gesundheitskompetenz-Kursen sowie Schulungen über das Projektende hinaus bestand, konnte im Auftrag der Wiener Gebietskrankenkasse und der Wiener Gesundheitsförderung (aus Mitteln des Landesgesundheitsförderungsfonds) im Jahr 2017 mit dem Projekt „DURCHBLICKer\*in“ eine Fortsetzung starten. Dieses Projekt spricht nun auch Männer als Zielgruppe an und wird in Kooperation mit dem Männergesundheitszentrum MEN umgesetzt – die ersten Erfahrungen sind vielversprechend. In drei Projektjahren sollen insgesamt 70 Gesundheitskompetenz-Workshops für 700 Frauen und Männer stattfinden. Zielgruppe sind hier insbesondere arbeitsmarktfremde oder arbeitssuchende Frauen und Männer mit und ohne Migrationserfahrung sowie Frauen, die Teilnehmerinnen von Deutschkursen der Volkshochschulen und anderer Bildungsträger sind. Ergänzend dazu werden in 15 Fortbildungsmaßnahmen 200 ProfessionistInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie aus arbeitsmarktpolitischen und Erwachsenenbildungseinrichtungen für das Thema Gesundheitskompetenz sensibilisiert.

## 4.2. Ich bleib' gesund – türkischsprachige Unterstützung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung

Studien zeigen auf, dass der Zugang zur Gesundheitsvorsorge für Menschen mit Migrationserfahrung erschwert ist. Der soziokulturelle Hintergrund prägt das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, die Wahrnehmung und Beschreibung von Symptomen, die Erwartungshaltung an die Behandlung oder das Gesundheitsverhalten. Menschen mit Migrationshintergrund sind teilweise mit Zugangsbarrieren konfrontiert (z. B. Sprach- und Informationsbarrieren, soziokulturelle Unterschiede, niedriger sozioökonomischer Status), weshalb Chancengerechtigkeit noch nicht erreicht ist (Anzenberger, Bodenwinkler & Breyer, 2015).

Da WienerInnen mit Migrationshintergrund zu den sozioökonomisch schwächeren Bevölkerungsgruppen zählen, wird entsprechender Handlungsbedarf beim Zugang zu Präventionsangeboten offensichtlich. Um für MigrantInnen den Zugang zu wichtigen Maßnahmen der Früherkennung zu erleichtern, bedarf es niederschwelliger sowie aufsuchender Angebote in der Erstsprache. Interventionen, die nachweislich zu einem verbesserten Zugang und einer erhöhten Inanspruchnahme von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten führen, weisen folgende Merkmale auf:

- Partizipatorische Orientierung
- Kultursensibel
- Angebote in Erstsprache
- Kostenlos
- Eingebunden in die Stadtteilarbeit und den Alltag der Zielgruppe  
(Mayer, 2011, S.27).

Mit dem Projekt „Ich bleib' gesund“ trägt die Stadt Wien dazu bei, dass sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationserfahrung und geringen Deutschkenntnissen Zugang zur kostenlosen Vorsorgeuntersuchung finden. In zwei Vorsorgeuntersuchungsstellen der MA 15 werden türkischsprachige Beratung und Begleitung vor und während der Gesundenuntersuchung angeboten – Zielgruppe sind somit türkischsprachige Frauen und Männer. Diese erhalten nach dem Prinzip des „One-Stop-Shops“ medizinische Untersuchung und psychosoziale Beratung vor Ort. Da die Erfahrung gezeigt hat, dass MigrantInnen sehr häufig neben körperlichen Belastungen einer Vielzahl an psychosozialen bzw. psychosomatischen Problemen ausgesetzt sind, ist eine ganzheitliche Ausrichtung des Projektes wesentlich, die auch eine psychosoziale Hilfestellung ermöglicht. Diese wird durch eine sprachkompetente Beraterin gewährleistet. Ziel des Projektes ist Informationsvermittlung und Bewusstseinsbildung für türkischsprachige MigrantInnen im Hinblick auf die Möglichkeiten von Prävention sowie die Angebote von Gesundheitsvorsorgedienstleistungen der Stadt Wien. Die MitarbeiterInnen des Projektes nehmen hierfür durch aufsuchende, vertrauensbildende

Arbeit laufend Kontakt zu MigrantInnen in ihrem Lebensumfeld auf. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden auch zweisprachige Projektfolder ausgeteilt. Es finden unter anderem Besuche bei Kulturvereinen, sozialen Einrichtungen, Sprachkursen statt, aber auch Feste, Hochzeiten, türkische Restaurants und Cafés, Parkanlagen etc. werden aufgesucht, um das Angebot zu bewerben. Außerdem soll die Inanspruchnahmerate von Gesundenuntersuchungen bei Frauen und Männern dieser Zielgruppe erhöht werden durch ein niederschwelliges, wohnortnahes Angebot. Barrieren zur Gesundheitsvorsorge sollen mit einer Optimierung der Betreuungskette abgebaut werden. Die Vision des Projektes ist es auch, die im Projekt erreichten MigrantInnen darin zu bestärken, mehr Selbstverantwortung für die Gesundheitsvorsorge zu übernehmen. Im Speziellen bedeutet dies, dass diese auch in Zukunft die Gesundenuntersuchung in Anspruch nehmen, das Wissen darüber in ihrem sozialen Umfeld weitergeben und das Projekt insgesamt einen Beitrag zu einer gesünderen Lebensführung darstellt. Während im 1. Projektjahr noch 81 % der türkischsprachigen Untersuchten das erste Mal in ihrem Leben bei einer Vorsorgeuntersuchung waren, gaben im Jahr 2017 nur mehr 48 % an, vorher noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung gewesen zu sein. 52 % nahmen bereits zum wiederholten Male an der Gesundenuntersuchung teil. Eine Erhöhung der Inanspruchnahme und nachhaltige Wirkung konnte somit durch zielgruppenspezifische Maßnahmen erzielt werden.

Das Projekt läuft in dieser Form seit November 2006 – es handelt sich um eine Kooperation mit der MA 15, die die Infrastruktur der Gesundenuntersuchungsstellen im 10. und 15. Wiener Gemeindebezirk zur Verfügung stellt – das Vorhaben wurde auf Initiative des Wiener Programms für Frauengesundheit ins Leben gerufen und wird von der Wiener Gesundheitsförderung finanziert. Von 2006 bis 2017 konnten insgesamt 3.999 TeilnehmerInnen an der Gesundenuntersuchung – aufmerksam gemacht und zur Teilnahme motiviert durch die Aktivitäten der Projektmitarbeiterinnen – verzeichnet werden. Die bisherigen Resultate dürfen als echter Erfolg gewertet werden, der vor allem auf die Rolle der zweisprachigen kultursensiblen Projektmitarbeiterinnen zurückzuführen ist: Ohne deren aktives Zugehen auf die Zielgruppe würde diese kaum über die Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen erfahren. Die zweisprachigen Mitarbeiterinnen schlagen eine Brücke zwischen Wiens Gesundheitssystem und der MigrantInnenbevölkerung, indem sie Gesundheitsinformationen in die „Communities“ hineinbringen und das Personal bei der Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen KlientInnen unterstützen. Die Voraussetzung dafür ist die gute Kooperationsbereitschaft der MitarbeiterInnen in den Vorsorgeuntersuchungsstellen. Dieses innovative Projekt zeigt beispielhaft vor, wie eine interkulturelle Öffnung des bestehenden Gesundheitssystems möglich ist. Das positive Echo beweist das hohe Interesse der MigrantInnenbevölkerung am Thema Gesundheitsvorsorge, wenn Angebote zielgruppengerecht aufbereitet werden.

## 5. Schlussfolgerungen für Gesundheitsförderung und Public-Health-Maßnahmen unter Berücksichtigung von Gender & Diversität

Mittlerweile besteht auf allen Ebenen Konsens über die Notwendigkeit, sozial ungleiche Gesundheitschancen abzubauen und verstärkte Anstrengungen zur Gesundheitsförderung mit und für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu unternehmen. Werden die Ergebnisse einschlägiger Publikationen sowie die Erfahrungswerte in der Arbeit von FEM Süd zusammengefasst, so ergibt sich eine Reihe von Empfehlungen für Interventionsprojekte der Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Personen – im Folgenden erfolgt eine Aufzählung wesentlicher Aspekte bzw. Rahmenbedingungen ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- Aufsuchende Gesundheitsförderung in den jeweiligen Lebenswelten (Wohnumgebung, Kulturvereine, Kindergärten, Schulen, Betriebe, öffentliche Plätze ...)
- Gendergerechte Rahmenbedingungen (z. B. Kinderbetreuung, Flexibilität, Möglichkeit der punktuellen Teilnahme ...)
- Anpassung von Angeboten an Bedürfnisse und Kompetenzen der Nutzerinnen (Partizipation)
- Ganzheitliche, interdisziplinäre Programme
- Sozialer Charakter im Vordergrund (Gruppenangebote)
- „Wohlfühl- und Spaßfaktor“ statt Problemorientierung
- Empowerment für Gesundheit und selbstbestimmte Lebensführung
- Realistische Zielsetzung und Ressourcenplanung
- Zusammenarbeit mit kultur- und sprachkompetenten MultiplikatorInnen (ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen ...)
- Kommunikationsunterstützung durch Informationen in einfacher Sprache (auch mehrsprachig) sowie in audiovisueller Form

Generell gilt, dass Personen in sozial benachteiligten Lebenslagen für gesundheitsfördernde Interventionen nur durch intensiven persönlichen sowie ressourcenbasierten Einsatz zu erreichen sind. Für das Gelingen eines Projektes sind persönliche Einladungen der Personen aus der Zielgruppe (z. B. durch Ärztinnen/Ärzte, Vertrauenspersonen) sowie ein kontinuierlicher persönlicher und enger Kontakt (z. B. kleine Gruppen, Einzelberatung) wichtige Erfolgsfaktoren. Die normalerweise „üblichen“ Zugangswege wie Medieneinschaltungen, Einsatz von Flyern, Websites etc. sind bei sozial benachteiligten Personen unabhängig vom ethnischen Hintergrund nur bedingt zielführend.

Bewährt haben sich auch Modelle interkultureller Gesundheitsförderungsprojekte, die in benachteiligten Stadtteilen angesiedelt sind und die mit Empowermentangeboten wie Sprachschulungen gekoppelt sind. Zu

vermeiden sind aber paternalistische und stigmatisierende Strategien. Vielmehr sind positive Gesundheitspotenziale zu verstärken. Einschränkend muss jedoch festgehalten werden, dass alle innovativen Ansätze und Bemühungen der Gesundheitsförderung, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern, zu kurz greifen, wenn nicht strukturelle Veränderungen im Hinblick auf die „Lebensverhältnisse“ damit einhergehen. Im Hinblick auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen besteht leider nach wie vor großer Handlungsbedarf – hier ist die Ebene der politischen EntscheidungsträgerInnen gefordert. Denn neben den „biologischen“ Dispositionen liegt eine Reihe von „schützenden“ Faktoren einem guten Gesundheitszustand zugrunde, wie beispielsweise gute Ausbildung, sicherer Arbeitsplatz, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie ein stabiles soziales Netz.

Aufbauend auf dem nach wie vor Aktualität besitzenden „Klassiker“ der Gesundheitsförderung, der Ottawa-Charta (WHO, 1986), wonach „Gesundheitsförderung auf einen Prozess zielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“, braucht es neben „zielgruppengenaue“ Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, damit im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation zur gesundheitlichen Chancengleichheit jede/r eine faire Chance erhält, ihr/sein Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen.

### Literatur

- ANZENBERGER, J., BODENWINKLER, A. & BREYER, E. (2015). Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN (Hrsg.) (2017a). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Wien.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN (Hrsg.) (2017b). Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern. Bericht der Arbeitsgruppe. Wien.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG/BZGA (Hrsg.) (2017). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, 2. Auflage. Berlin.
- KICKBUSCH, I. (2015). Gesundheitskompetenz bedeutet Teilhabe. In *Journal Gesundheitsförderung*, 1/2015. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- KLOTZ, J. (2007). Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit 2001/2002. In *Statistische Nachrichten*, 11/2007. S. 1010-1022. Wien.
- KLOTZ, J. (2008). Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit – zeitliche Trends. In *Statistische Nachrichten*, 12/2008. S. 1011-1121. Wien.
- LÖSCHKE-YALDIZ, K. & WOLF, H. (2009). Gesundheitsförderung für Frauen im Kontext sozialer Benachteiligung. In I. Spicker & G. Lang (Hrsg.), *Gesundheitsförderung auf Zeitreise* (S. 127-134). Wien: facultas.



- MAYER, J. (2011). Migration und Gesundheit. Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. Wien: Österreichischer Integrationsfonds.
- OECD (2017). Österreich: Länderprofil Gesundheit 2017, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285040-de> [27.12.2018].
- PELIKAN, J., GANAHL, K. & RÖTHLIN, F. (2013). Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. Gesundheitswissenschaften Dokument.
- QUERAUM. KULTUR- UND SOZIALFORSCHUNG (2016). Durchblick – Gesundheitskompetenz für Frauen. Externe Evaluation, Endbericht. Wien.
- REDAKTION, J. G. (2015). Gesundheitskompetenz: Entwicklung, Studien und Ziele. In Journal Gesundheitsförderung, 1/2015. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- STADT WIEN (Hrsg.) (2017). Wiener Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- STATISTIK AUSTRIA (2016). Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten der Gesundheit. Im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (2015). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit und österreichischer Bundesgesundheitsagentur. Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- WHO (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Genf: WHO, 2001.
- WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, URL:[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa_Charter_G.pdf?sequence=2&isAllowed=y) [27.12.2018].
- WIENER GESUNDHEITSZIELE 2025 (2018). URL:<https://gesundheitsziele.wien.gv.at/site/> [27.12.2018] Wien.
- WIRTZ, M. A., KOHLMANN, C.-W. & SALEWSKI, C. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention – die psychologische Perspektive. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.). Psychologie der Gesundheitsförderung (S. 13-27). Bern: Hogrefe.

### Mag.<sup>a</sup> Hilde Wolf, MBA

Klinische und Gesundheitspsychologin, Arbeitspsychologin, MBA in Sozialmanagement. Leiterin des Frauengesundheitszentrums FEM Süd, Projektentwicklung und Projektmanagement sowie Lehrtätigkeit im Arbeitsfeld Gesundheitsförderung und Diversität. Vizepräsidentin des Berufsverbands österreichischer Psychologinnen und Psychologen.

Frauengesundheitszentrum FEM Süd  
Kundratstraße 3  
A-1100 Wien  
[hilde.wolf@wienkav.at](mailto:hilde.wolf@wienkav.at)



© Zsolt Marton

## Autorinnen

### Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Ekim San

Klinische und Gesundheitspsychologin. Beratung und Projektleitung im Frauengesundheitszentrum FEM Süd seit 2006. Expertise in den Bereichen Migration, Gender und Gesundheit.



Frauengesundheitszentrum FEM Süd  
Kundratstraße 3  
A-1100 Wien  
[ekim.san@wienkav.at](mailto:ekim.san@wienkav.at)