

4/2014

ÖGZ

ÖSTERREICHISCHE GEMEINDE-ZEITUNG

Das Magazin des Österreichischen Städtebundes



Österreichischer
Städtebund



PRÄVENTION UND FÖRDERUNG – FIT IN DIE ZUKUNFT

Gesundes Stadtleben

GENERALSEKRETÄR



Städte sind Orte der Gesundheit

Der Begriff „Gesundheit“ ist ein wesentlicher Bestandteil unseres täglichen Lebens. Ganz nach der Volksweisheit „vorbeugen ist besser als heilen“ gewinnt die aktive Gesundheitsvorsorge immer mehr an Bedeutung. Städte und Gemeinden – als unmittelbares Lebensumfeld der Bevölkerung – spielen dabei eine wichtige Rolle. Denn die Frage ob wir krank werden oder gesund bleiben, entscheidet sich vor allem dort, wo wir wohnen, spielen, lernen oder arbeiten.

Seien es Sportprogramme oder soziale Netzwerke: die kommunale Gesundheitsförderung steigert das Wohlbefinden der BürgerInnen.

Heutzutage setzen Gesundheitsinitiativen der Städte und Gemeinden bereits bei den Kleinsten unserer Gesellschaft an: Die Gesundheitserziehung startet bereits in den Kinderkrippen und Kindergärten und gibt wichtige Impulse für das spätere Leben. Sie legen den Grundstein für einen gesunden Lebensstil und bieten damit vielfältige Präventionsmaßnahmen an.

Dr. Thomas Weninger
Generalsekretär des Österreichischen Städtebundes

2

Generalsekretär Thomas Weninger
Städte sind Orte der Gesundheit
Editorial des Generalsekretärs des Österreichischen Städtebundes

3

Bürgermeister Michael Häupl
Reformen für die Gesundheit
Vorwort des Präsidenten des Österreichischen Städtebundes

3

Impressum

4

Aktuelle Meldungen
Städtebund Aktuell & Kommunalnews
Kurzberichte aus den Bundesländern

12

ELGA
Ein sicheres und modernes Informationssystem

13

Wiener Gesundheits- und Sozialstadträtin Sonja Wehsely
Das Wiener Spitalkonzept 2030
Die bestmögliche medizinische Versorgung für die Bevölkerung

14

Clemens Martin Auer
Gestärkte Primärversorgung
Für ein gesünderes Österreich

16

Martin Schenk
Gesundheit und Armut
Die soziale Schere geht unter die Haut

18

Der schwierige Weg
Barrierefreie Gesundheitsversorgung in Österreich

20

Brigitta Gruber und Birgit Kriener
Gesundes Führen entwickelt Ressourcen
„Gesundes Führen“ orientiert sich an der Gesundheitsförderung

22

Maria Kletečka-Pulker und Sabine Parrag
Videodolmetschen – ein neues Tool
Sprache ist ein zentrales Element für die Qualität einer Behandlung

24

Barbara Leitner
Erwerbsarbeit mit Einschränkungen
Die Situation von gesundheitlich beeinträchtigten Personen

26

Johannes Luxner
Der eigenen Gesundheit zuliebe
Jeder bzw. jede Dritte fühlt sich im Job gesundheitlich beeinträchtigt

28

Izabela Horodecki
(Glücks-) Spielsucht
Die aktuellen Entwicklungen einer weiterhin tabuisierten (Ur-) Sucht

- 30 *Peter Lüftenegger*
Weltweit in gesunden Städten leben
Die „Gesunde Städte“-Bewegung
- 32 *Dennis Beck*
Gesunde Bezirke – Gesunde Grätzl
Wie bringt man mehr Gesundheit in die Bezirke?
- 34 *Ulf Zeder*
Ein Gesundheitsleitbild für Graz
Die sieben Leitsätze des Gesundheitsleitbildes
- 36 Gesundheitsmanagement im Magistrat Linz
Gesunde MitarbeiterInnen in einem gesunden Unternehmen
- 38 Urlaub und Mikroschulungen
Burn-out-Prävention in Innsbruck
- 40 Zehn Ziele
Für ein gesundes Wels
- 42 *Doris Weisel und Julia Schwanzer*
Miteinander statt Nebeneinander
Netzwerk Nachbar in Tulln
- 43 *Martina Eigelsreiter*
Public Health
St. Pölten: Gesundheit braucht ein starkes Netzwerk
- 44 MitarbeiterInnengesundheit
Knittelfeld: Gesundheitstag ist Auftakt des Präventionsprojekts
- 52 Magazin

IMPRESSUM: ÖGZ – Österreichische Gemeinde-Zeitung, Ausgabe Nr. 4/2014 • Medieninhaber und Herausgeber: Österreichischer Städtebund, 1082 Wien, Rathaus, www.staedtebund.gv.at, oegz@staedtebund.gv.at, Tel. +43(0)1/4000-89993 • Leitung: Generalsekretär Dr. Thomas Weninger • Verleger: Bohmann Druck und Verlag Ges. m. b. H. & Co. KG, 1110 Wien, Leberstraße 122, Geschäftsführer: Dr.ⁱⁿ Gabriele Ambros, Gerhard Milletich • Chefredakteurin des Österreichischen Städtebundes: Mag.^a Silvia Stefan-Gromen, Tel. +43(0)1/4000-89993, Fax: +43(0)1/4000-7135 • Redaktion: Mag. Roland Preiss, Grafische Gestaltung: Martin Hampejs, Lektorat: Mag. Bernhard Plos, Fotoredaktion: Markus Wache • Reproduktion: Repromedia Druckges. m. b. H. nfg. KG, Leberstraße 122, 1110 Wien • Druck: Wograndl Druck Ges. m. b. H., Druckweg 1, 7210 Mattersburg • Auflage: 6.000 • Erscheinungsweise 2014: 10 Ausgaben • Cover: Shutterstock, Copyright für nicht (anders) bezeichnete Fotos: Österreichischer Städtebund • Zum Nachdruck von Veröffentlichungen aus der ÖGZ ist ausnahmslos die Genehmigung der Redaktion einzuholen. Namentlich gezeichnete Beiträge geben die Meinung der/des Verfassenden wieder, die sich nicht unbedingt mit jener der Redaktion bzw. der Position des Städtebundes decken muss. Die Redaktion der ÖGZ bekennt sich zum Einsatz einer geschlechtergerechten Sprache in allen Artikeln und Beiträgen. • Abonnements laufen ganzjährig und müssen eingeschrieben einen Monat vor Ablauf abbestellt werden, sonst erfolgen nach Usancen im Zeitungswesen Weiterlieferung und Weiterverrechnung. Einzelheft: EUR 4,50; Jahresabonnement: EUR 42; Abo-Bestellnummer: Tel. +43(0)1/740 32-466 • Anzeigen: Sascha Kovacs, s.kovacs@schmid-verlag.at, Tel. +43(0)1/740 32-573 • Advertorials sind bezahlte Einschaltungen und unterliegen der Verantwortung der Anzeigenabteilung.

PRÄSIDENT



Stadt Wien, Kurt Veith

Reformen für
die Gesundheit

Städte tragen im Gesundheitsbereich große Verantwortung und sind mit immensen Ausgaben konfrontiert. Es führt aber kein Weg vorbei: Städte sehen die Notwendigkeit, ihr Angebot insbesondere in den Bereichen Kindergärten und Pflege angesichts des hohen Bedarfs weiter auszubauen und zu verbessern. Zudem ist die Ausweitung des Angebots an sozialen Dienstleistungen auch das beste Instrument, um Arbeitsplätze zu schaffen und die soziale Balance zu halten. Dies ist nur möglich, wenn die Geldmittel zielgerecht eingesetzt werden. Die Aufteilung dieser Geldmittel muss daher einmal mehr nach Aufgaben erfolgen, ineffiziente Transferverflechtungen müssen abgebaut werden.

Für finanzielle Spielräume bedarf es einer intensiven Aufgabenreform auf den Ebenen von Bund, Ländern und Gemeinden. Weiters können Strukturreformen die Situation maßgeblich verbessern: ein Forcieren der Gesundheitsreform und eine Neugestaltung des Pflegebereichs bilden wichtige Schwerpunkte. Es ist an der Zeit, das Transfersystem endlich zu vereinfachen und zu entflechten.


Bürgermeister Dr. Michael Häupl
Präsident des Österreichischen Städtebundes

DER ETWAS ANDERE VALENTINSTAG:

Österreichs Städte tanzten gegen Gewalt

One Billion Rising (*Eine Milliarde erhebt sich*) ist eine weltweite Kampagne für ein Ende der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Die Milliarde steht für die statistische Aussage der UN, dass ein Drittel aller Frauen und Mädchen weltweit in ihrem Leben Opfer von Gewalt werden. Bereits seit 15 Jahren ist der 14. Februar nicht nur Valentinstag, sondern auch das Datum für Gerechtigkeit. Auch in Österreichs Städten wurde getanzt, dieses Jahr besonders für Gerechtigkeit in dem Sinne, dass man(n)che auch vor Behörden und Institutionen gleicher sind als andere und sich Institutionen hier auch mitschuldig machen, wenn sie Gewalt gegen Frauen dulden, nicht bekämpfen oder sogar fördern. Aber sehen Sie selbst:

Linz



2014 waren weltweit mehr als 130.000 Aktionen angemeldet. In ganz Österreich, auch an vielen Orten Oberösterreichs, erhoben sich Frauen und Männer, so auch in Linz. Organisiert wurde „One Billion Rising“ von Frauen aus dem Frauenbündnis „8. März“: u.a. vom Frauenbüro der Stadt Linz, dem ÖGB - Frauen OÖ, der Katholischen Frauenbewegung OÖ und dem „Haus der Frau“.

Stadt Salzburg

Für ein Leben von Frauen und Mädchen frei von Gewalt tanzten in der Stadt Salzburg fast 500 Menschen – auch Bürgermeister Heinz Schaden tanzte mit. Das Frauenbüro der Stadt Salzburg hat die Aktion 2014 gemeinsam mit fast 40 PartnerInnen auf die Beine gestellt.



Klagenfurt



Klagenfurt tanzte mit und zeigte klar: Wir machen uns stark gegen Gewalt und für Gerechtigkeit für Frauen! Viele Stadtsenatsmitglieder – u.a. Bürgermeister Christian Scheider, Vizebürgermeisterin Maria-Luise Mathiaschitz und Stadträtin Andrea Wulz – waren mit dabei.

Wiener Neustadt

„One Billion Rising“ am Hauptplatz in Wiener Neustadt: Heuer wurde erstmalig gemeinsam mit Schulen (Gymnasien + BHS) ein Flashmob organisiert. Die SchülerInnen hatten in den großen Pausen schon in den Schulen getanzt und zu Mittag gab es ein Zusammentreffen aller interessierten Menschen vor dem Rathaus. Rund 1.000 Personen haben in Wiener Neustadt getanzt und damit ein sehr eindrucksvolles Zeichen hinterlassen.



St. Pölten



Weltweit tanzten am Valentinstag Menschen unter dem Motto „One Billion Rising for Justice“ für ein selbstbestimmtes Leben von Frauen frei von Gewalt. Auch St. Pölten hat sich diesem Aufruf angeschlossen! Tanzende Menschen am Rathausplatz zeigten damit kollektive Stärke und Solidarität über alle Grenzen hinweg.

FRAUEN- UND GLEICHSTELLUNGSPOLITIK AUF DER KOMMUNALEN EBENE GEWINNT AN KONTUREN

Eine Umfrage des KDZ zu den Themen Gender Mainstreaming, Gender Budgeting und Frauenförderung hat ergeben, dass Frauenpolitik vor allem mit zunehmender Größe der Gemeinde behandelt wird.

Durchgeführt wurde die Umfrage im Auftrag des Österreichischen Städtebundes unter seinen Mitgliedsgemeinden. Ziel der KDZ-Umfrage war es, den Umsetzungsstand von gleichstellungs- und frauenpolitischen Agenden in Österreichs Städten und Gemeinden zu ermitteln. Die Initiative, diese Umfrage durchzuführen, ging vom Frauenausschuss des Österreichischen Städtebundes aus, dessen Vorsitzende die Wiener Stadträtin Sandra Frauenberger ist. Die Online-Umfrage richtete sich an sämtliche Mitglieder des Österreichischen Städtebundes.



„Städte und Gemeinden tragen entscheidend dazu bei, wie sich das Leben im Alltag für Frauen gestaltet, etwa bei der Stadtplanung, beim öffentlichen Verkehr oder bei der Kinderbetreuung. Kommunalpolitik ist daher immer auch Frauenpolitik“, betonte Thomas Weninger, Generalsekretär des Österreichischen Städtebundes.

Maßnahmen der Städte

Je größer eine Stadt ist, umso eher werden frauen- bzw. gleichstellungspolitische Maßnahmen umgesetzt. Zu den wichtigsten Maßnahmen, die Städte setzen, gehört die Implementierung einer Frauen- und/oder Gleichstellungsbeauftragten bzw. eines Frauenbüros. Städte und Gemeinden sind aber auch Arbeitgeberinnen und als solche haben zwölf Städte einen Frauenförderplan erstellt. Quotenregelungen für die Führungsebene haben noch sehr wenige Städte, eine davon ist Wien, die damit durchwegs gute Erfahrungen gemacht hat. „Der Anteil an Führungskräften hat sich seitdem von 5 auf 36 Prozent erhöht“, so Frauenberger.

Umsetzungsstand Gender Budgeting

Gender Budgeting, das oft als in Zahlen gegossene Politik bezeichnet wird, weist einen geringen Umsetzungsstand bei gleichzeitig uneinheitlicher Umsetzung auf. Hier ist auch erwähnenswert, dass es 70 Prozent der Städte und Gemeinden bekannt ist, dass die Verpflichtung zur Umsetzung von Gender Budgeting verfassungsrechtlich besteht – konkrete GB-Maßnahmen setzen



Graz Tourismus - Tom Lamm

aber nur 16 Prozent der befragten Städte. Auch hier zeigt sich wieder, dass Gender Budgeting in erster Linie von den größeren Städten betrieben wird. „Die größeren Städte schreiten voran, die kleineren Städte und Gemeinden werden hoffentlich folgen“, so der Generalsekretär des Österreichischen Städtebundes Thomas Weninger: „Gender Budgeting wird vielleicht einmal der Normalfall werden im Kommunalbudget.“

Frauenausschuss des Österreichischen Städtebundes

Im Frauen-Ausschuss des Österreichischen Städtebundes sind Politikerinnen und Frauenbeauftragte der Mitgliedsstädte vertreten. Ziel der Vernetzung ist es, die Situation der Frauen unmittelbar vor Ort zu verbessern.

Erfahrungsaustausch und gemeinsame Aktionen – wie zum Beispiel ein österreichweites Pfeifkonzert gegen Gewalt an Frauen, Aktionen zum „Equal Pay Day“ sowie gemeinsam erarbeitete Resolutionen – machen den Frauenausschuss zu einer wichtigen Plattform für kommunale Frauenpolitik.



Wiener Linien

„ÖFFI“-AUSBAU MUSS VERSTÄRKT WERDEN

„Mit dem Bevölkerungswachstum in den Ballungszentren steigen auch die Herausforderungen. Die bereits dicht besiedelten Ballungsräume und Stadtregionen kämpfen mit dem wachsenden Mobilitätsbedürfnis der Bevölkerung.“

Der einzig logische Schritt ist der Ausbau des umweltschonenden öffentlichen Verkehrs“, sagte Städtebund-Generalsekretär Thomas Weninger anlässlich der vom Verkehrsclub Österreich (VCO) präsentierten Publikation „Öffentlicher Verkehr mit hoher Qualität“.

Die mit dem PKW verbundenen Probleme wie Stau, Lärm, Feinstaub und Luftverschmutzung sind in Städten deutlich spürbar und heben die Vorteile des Individualverkehrs auf. Der Trend zum öffentlichen Verkehr ist somit eine Erleichterung und Lösung gerade für die belastete urbane Bevölkerung und trägt zu einer höheren Lebensqualität in Städten bei.

„Die Städte begrüßen diesen Trend grundsätzlich, sind jedoch bei dessen Ausbau und Abwicklung besonders stark gefordert. Nicht überall ist der öffentliche Verkehr auch auf die steigenden Fahrgastzahlen ausgelegt, teilweise stoßen die ‚Öffis‘ bereits jetzt an ihre Kapazitätsgrenzen“, betonte Weninger und meinte weiter: „Intervalle können vielerorts nicht mehr verkürzt werden und neue Linien befinden sich erst im Planungsstadium. Und schließlich stellt sich auch noch die Frage der Finanzierung.“

Umfragen bestätigen: Keine „Öffi“-Privatisierung

Wie Umfragen belegen, ist es im Interesse aller ÖsterreicherInnen, dass die öffentlichen Verkehrsmittel auch in öffentlicher Hand bleiben. Städte investieren laufend in den Ausbau und die Qualitätsverbesserung des öffentlichen Verkehrs, wobei die Finanzierung nachhaltiger Verkehrsmaßnahmen die öffentlichen Haushalte zunehmend belastet. Allein zwischen 2005 und 2009 nahm die Nettobelastung der Städte über 30.000 EinwohnerInnen sowie der Landeshauptstädte zur Finanzierung des öffentlichen Verkehrs um mehr als 50 Prozent zu, wie Untersuchungen des KDZ aus den Jahren 2010 und 2013 aufzeigen. „Vor allem das Thema der Finanzierungsverantwortung und Finanzierungsstruktur des öffentlichen Verkehrs in den Städten und deren Umland ist daher von besonderer Bedeutung“, so Thomas Weninger.

Doch die anfallenden Investitionen umfassen nicht nur den Aus- und Neubau, sondern auch die Anschaffung neuer, behindertengerechter und energieeffizienterer Fahrzeuge. Auch die Bahnhöfe, Haltestellen und Betriebsstätten werden laufend modernisiert. „Gerade in Stadtregionen wird der öffentliche Verkehr in den nächsten Jahren zunehmen. Hier brauchen wir überregionale Konzepte im Schienenverkehr, da nur diese in der Lage sind, die Masse an Fahrgästen zu bewältigen“, so Weninger: „Städte sind wichtige Akteure und Leistungsträger in der österreichischen Verkehrspolitik. Um ihre Aufgabe erfüllen zu können, brauchen sie mehr Geld.“

AMS: UNTERNEHMEN MELDETEN 2013 MEHR ALS 401.000 FREIE STELLEN

Trotz schwacher Konjunkturlage blieb die Arbeitskräftenachfrage in Österreich im Vorjahr auf hohem Niveau. 2013 wurden dem Arbeitsmarktservice (AMS) insgesamt 401.462 freie Stellen zur Besetzung gemeldet, das waren um 1,7 Prozent oder 6.823 Stellen weniger als 2012. „Auch wenn die wirtschaftliche Lage 2013 alles andere als leicht war, war die Dynamik am Arbeitsmarkt doch recht hoch, Österreichs Unternehmen meldeten dem AMS im Schnitt alle 80 Sekunden eine neue Stelle“, erklärt Johannes Kopf, Vorstand des Arbeitsmarktservice (AMS). 72 Prozent der über 401.000 Jobangebote waren Vollzeitarbeitsplätze, 19 Prozent Teilzeitjobs und in neun Prozent der gemeldeten Stellen waren für die Betriebe beide Varianten möglich.

Die meisten freien Stellen gab es 2013 im Bereich der wirtschaftlichen Dienstleistungen (115.920/minus 4.798 bzw. 4%), gefolgt vom Fremdenverkehr (73.113/minus 2.006 bzw. 2,7%) und dem Handel (60.285/minus 186 bzw. 0,3%). Den stärksten Stellenzuwachs verzeichneten die Bereiche Grundstücks- und Wohnungswesen (2.661/plus 708 bzw. 36,3%), Erziehung und



Fotolia

Unterricht (6.391/plus 1.284 bzw. 25,1%), Verwaltung (11.775/plus 1.372 bzw. 13,2%) und Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (4.321/plus 680 bzw. 18,7%). „Erfolgreich waren wir auch bei der Stellenakquisition für Höherqualifizierte“, erklärt Kopf. Mit einem Plus von 10,7 Prozent gab es den größten relativen Zuwachs bei Jobs für AkademikerInnen (13.421/plus 1.297), gefolgt von Stellen für Personen mit Lehrausbildung mit einem Plus von 2,1% (188.556/plus 3.966).



Tirol

KAISER-MAXIMILIAN- PREIS 2014 GEHT AN HERWIG VAN STAA

Der Kaiser-Maximilian-Preis – eine Auszeichnung für außerordentliche Leistungen in der Europäischen Regional- und Kommunalpolitik – geht 2014 an den Präsidenten des Tiroler Landtages DDr. Herwig van Staa – das entschied eine international besetzte Jury am 28. Februar. Der Preis besteht aus einer Urkunde und einer Medaille (Schautaler von 1509, Kaiser Maximilian I.) sowie einem Geldpreis in der Höhe von 10.000 Euro.

Das Land Tirol und die Stadt Innsbruck hatten den „Europapreis für Regional- und Kommunalpolitik des Landes Tirol und der Stadt Innsbruck“ im Jahr 1997 gestiftet. Anlass war die Vollendung des 85. Lebensjahres des langjährigen Bürgermeisters der Stadt Innsbruck und Präsidenten des Tiroler Landtages DDr. Alois Lugger. Der Kaiser-Maximilian-Preis ist Anerkennung der Verdienste um Europa. Erster Preisträger im Jahr 1998 war der Präsident von Katalonien, Jordi Pujol. Letztes Jahr ging die Auszeichnung an Karl-Heinz Lambert, Ministerpräsident der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens.

FÜNF MILLIONEN EURO FÜR DEN AUSBAU DES HAFEN WIEN

Der Hafen Wien, ein Unternehmen der Wien Holding, wird in den kommenden Jahren weiter konsequent ausgebaut. Ende 2013 hat die Europäische Union entschieden, insgesamt 5,3 Mio. Euro an Fördermitteln für Projekte zum Hafenausbau zur Verfügung zu stellen.

„Der Hafen Wien zeigt einmal mehr, wie sinnvolle Investitionen zur wirtschaftlichen Erfolgsgeschichte unserer Stadt beitragen. Besonders freut mich, dass neben der hohen Investitionsquote, die wir gemeinsam mit unseren Betrieben aufbringen, auch finanzielle Unterstützungen der Europäischen Union abgerufen werden konnten. Denn an diesen beträchtlichen Förder-

rungen kann man deutlich sehen, wie sehr unsere Stadt Jahr für Jahr von EU-Programmen profitiert. Schließlich hat der Hafen Wien nicht nur für Wien und das Umland eine wirtschaftlich zentrale Bedeutung, sondern er ist auch einer der größten Donauhäfen in ganz Europa“, so Wirtschaftsstadträtin Vizebürgermeisterin Renate Brauner.



LBS Redl

KAV: DIPLOME AN 152 HOCHQUALIFIZIERTE PFLEGEPERSONEN

134 AbsolventInnen der städtischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen erhielten am 25. und 27. Februar ihre Diplome. In der Volkshalle des Wiener Rathauses gratulierte Gesundheitsstadträtin Sonja Wehsely 105 Frauen und 29 Männern persönlich zu ihrem Erfolg. Die Überreichung der Diplome an die 18 AbsolventInnen der Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege am Therapiezentrum Ybbs fand am 28. Februar statt. Insgesamt schlossen 37 AbsolventInnen mit Auszeichnung ab. Wehsely hob bei der Diplomverleihung die hohe Komplexität des Pflegeberufs hervor: „Die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind ein essentieller Bestandteil für die exzellente medizinische Versorgung in Wien. Mit 2.100 Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Krankenpflege ist der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) österreichweit der größte Ausbildungsanbieter für Pflegeberufe. Damit sichert die Stadt Wien sowohl die Qualität als auch die Anzahl an MitarbeiterInnen im Pflegebereich.“

Pflege aus geschulter Hand

Die umfangreiche dreijährige Ausbildung bietet den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Möglichkeit, pflegerische Expertise in Kombination mit wissenschaftlich fundiertem Wissen und viel Praxisnähe zu erwerben. Darüber hinaus sind Einfühlungsvermögen, hohe Motivation und starke Persönlichkeitswerte Voraussetzung. Das Aufgabengebiet der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen liegt im eigenverantwortlichen Organisieren der Pflege: Alle pflegerischen Maßnahmen – im Krankenhaus, in Pflegeeinrichtungen oder in der Hauskrankenpflege – werden selbst gestaltet, durchgeführt und kontrolliert.



Die frischgebackenen AbsolventInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen der Stadt Wien freuen sich über ihren Abschluss. Gesundheits- und Sozialstadträtin Sonja Wehsely gratulierte herzlich.

Für alle Interessierten wird die Ausbildung im ersten oder zweiten Bildungsweg angeboten. Tage der offenen Tür bzw. Infonachmittage finden ein- bis zweimal jährlich an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege statt. So haben Interessierte und noch Unentschlossene die Möglichkeit, Führungen durch die Schule zu machen, am Unterricht teilzunehmen, ihre Erste-Hilfe-Kenntnisse aufzufrischen oder mit den LehrerInnen und SchülerInnen über ihre Erfahrungen zu sprechen. Zweimal im Jahr – im März und im September – ist ein Schulstart möglich. Für den Schulbeginn im Herbst 2014 läuft die Bewerbungsfrist noch bis 31. März. Wer im März beginnen will, kann sich von Anfang Juni bis Ende September des betreffenden Jahres anmelden.

INFOS: www.wienkav.at/ausbildung

BANK AUSTRIA VERLEIHT HÖCHSTDOTIERTEN KUNSTPREIS ÖSTERREICHS

Der mit insgesamt 218.000 Euro dotierte „Bank Austria Kunstpreis“ wurde zum vierten Mal verliehen. Die hochkarätige Fachjury wählte aus 206 Einsendungen die PreisträgerInnen 2013. Ausgezeichnet werden:

- die beste regionale Kulturinitiative (70.000 Euro Preisgeld)
- die besten Projekte zur Kunstvermittlung an neue Zielgruppen (70.000 Euro Preisgeld)
- herausragende Arbeit im Bereich Kulturjournalismus (8.000 Euro Preisgeld)
- Sonderpreis und Preis der Jury (70.000 Euro Preisgeld)

Mit der Verleihung des Bank Austria Kunstpreises 2013 sind zugleich alle Kunst- und Kulturschaffenden eingeladen, ihre Projekte für den Bank Austria Kunstpreis 2014 einzureichen. Die Ausschreibungsunterlagen und weiterführende Informationen sind ab 20. Mai 2014 auf der Website der Bank Austria abrufbar: www.bankaustria.at.

STADTGESPRÄCH: SMART DURCH DIE STADT – INFORMATIONEN- & ORIENTIERUNGSSYSTEME

Moderne BürgerInnen verlangen heute auf ganz andere Weise Informationen als dies noch vor einigen Jahren der Fall war. In zunehmendem Maße stehen smarte Städte daher vor der Herausforderung, mit ihren BewohnerInnen auf intelligente Weise zu kommunizieren und Informationen rasch und attraktiv aufzubereiten. Zu diesem aktuellen Thema organisiert die Technologieagentur der Stadt Wien (ZIT) in Kooperation mit MD-OS/IKT und der MA 53 das WienWin-Stadtgespräch „Smart durch die Stadt - Was leisten intelligente Informations- und Orientierungssysteme?“ am 8. Mai 2014 von 10 bis 13 Uhr. Bei dem Event lernen TeilnehmerInnen Wiener Unternehmen kennen, die mit ihren innovativen Produkten Antworten auf diese Herausforderungen liefern: Von Lösungen für stationäre Informationsportale, über mobile Informations- und Kommunikationssysteme, bis hin zu Orientierungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum und in Gebäuden. Ort: MA 21, Rathausstraße 14-16, 1. Stock, 1010 Wien, im Veranstaltungsraum.



Dr. Erich Hechtner, Mag. Michael Fink, Stadträtin Sandra Frauenberger und Gewerkschaftschef Christian Meidlinger (v.l.).

NEUER UNABHÄNGIGER BEDIENTETENSCHUTZBEAUFTRAGTER

Wiens Unabhängiger Bedienstetenschutzbeauftragter Ing. Mag. Ernst Wursag (65) ist in den Ruhestand getreten. Zu seinem Nachfolger wurde nun Mag. Michael Fink (49) bestellt. Magistratsdirektor Dr. Erich Hechtner überreichte ihm am 25. Februar 2014 in Anwesenheit von Personalstadträtin Sandra Frauenberger und Gewerkschaftschef Christian Meidlinger das entsprechende Dekret.

Der Jurist und Chemiker Ing. Mag. Ernst Wursag war seit 2009 als Unabhängiger Bedienstetenschutzbeauftragter der Stadt Wien tätig. Er arbeitete bereits seit 1999 in diesem Bereich. Wursag war zunächst Chemiker in der Privatwirtschaft, trat 1986 in den Dienst der Stadt Wien und studierte neben seiner Arbeit in der Kanalabteilung Jus. Sandra Frauenberger und Erich Hechtner dankten ihm anlässlich seiner Verabschiedung für seine hervorragende Arbeit. Seine Nachfolge tritt nun Mag. Michael Fink an. Er studierte Jus und fing 1994 als rechtskundiger Bediensteter beim Magistratischen Bezirksamt 15 an. 1998 wechselte er in den Rechtsbereich der Magistratsdirektion. 2006 wurde er Leiter der Gruppe Zivil- und Strafrecht. Magistratsdirektor Hechtner wies anlässlich der Dekretüberreichung auf den hohen Stellenwert dieser Funktion hin. „Die Stadt Wien bekennt sich als Arbeitgeberin zu einer Kultur der Fairness und der sozialen Verantwortung. Was wir brauchen, ist ein Umfeld und eine Struktur, in der Kolleginnen und Kollegen Unterstützung finden, wenn es notwendig ist“, so Hechtner. Der Unabhängige Bedienstetenschutzbeauftragte der Stadt Wien erfüllt nicht nur eine dem Arbeitsinspektorat ähnliche Funktion, sondern ist auch mit der Wahrnehmung von Aufgaben zur Bekämpfung von Diskriminierungen beauftragt.

MÖDLHAMMER ALS PRÄSIDENT DES GEMEINDEBUNDES WIEDERGEWÄHLT

Helmut Mödlhammer ging Mitte März 2014 in seine vierte Amtsperiode als Präsident des Gemeindebundes. Auch seine beiden Vizepräsidenten Alfred Riedl und Rupert Dworak wurden vom Bundesvorstand des Österreichischen Gemeindebundes in ihren Funktionen bestätigt.

Mödlhammer trat als Bürgermeister von Hallwang nicht mehr bei den Salzburger Gemeinderatswahlen am 9. März 2014 an. Aus Sicht der Gemeindebund-Statuten kein Problem: Der Präsident muss lediglich zum Zeitpunkt seiner Wahl aktiver Bürgermeister sein.

ST. PÖLTEN: ERFOLGREICHE GRUNDSTEIN- LEGUNG FÜR ARBEITNEHMERINNEN-ZENTRUM

„2016 eröffnen wir hier gemeinsam das ArbeitnehmerInnen-Zentrum Niederösterreich. Dann ist St. Pölten endgültig die Hauptstadt der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer“, erklärte AKNÖ-Präsident Markus Wieser bei der Grundsteinlegung für den Neubau der Zentrale von AK und ÖGB in der Herzogenburger Straße in St. Pölten. Bürgermeister Mag. Matthias Stadler freut sich über den massiven Impuls in der Stadtentwicklung, den er durch das moderne Zentrum in unmittelbarer Nähe zum Bahnhof sieht.

„Wir errichten hier das Kompetenzzentrum für die ArbeitnehmerInnen“, erklärte Präsident Wieser. Das neuerrichtete ArbeitnehmerInnen-Zentrum von AK und ÖGB soll ein fester Bestandteil im Leben der St. Pöltner werden. Besonders betonte der Präsident seine Schwerpunkte in der Jugendarbeit, und wie positiv er die Nähe zum St. Pöltner Jugendzentrum „Steppenwolf“ und zur Kulturhalle „frei:raum“ sieht: „Da werden wir vieles gemeinsam planen und erreichen.“ Symbolträchtig nannte er das Übersiedlungsdatum 2016: das Jubiläumsjahr anlässlich des 150. Geburtstags von Ferdinand Hanusch. Dieser hatte als Sozialminister die Gründung der Arbeiterkammern erreicht. „Das ist für uns ein wichtiges Symbol für starke und unabhängige Arbeitnehmervertretung.“ Der Präsident erinnerte damit daran, dass eine starke AK keine Selbstverständlichkeit sei.

Bürgermeister Mag. Matthias Stadler hob anlässlich der Grundsteinlegung hervor: „Die Landeshauptstadt St. Pölten profitiert vom Neubau der Arbeiterkammer-Niederösterreich-Zentrale in mehrfacher Weise: Zuerst wird mit diesem Bauprojekt ein wesentlicher städtebaulicher Akzent in diesem Stadtteil gesetzt. Weiters entstehen hier Büros für rund 350 Bedienstete. Das wird sich schon in naher Zukunft in vielen Bereichen der Stadt positiv auswirken, etwa für die Gastronomie oder die Kaufleute.“ Für die niederösterreichischen ArbeitnehmerInnen steht schon bald eine zentrale Beratungsstelle in verkehrstechnisch sehr günstiger Lage zur Verfügung. Nicht zuletzt werden der Veranstaltungssaal und die Seminarräume zusätzliche Impulse im Veranstaltungsbe- reich bringen. Alles in allem ist also die Übersiedlung der AKNÖ von Wien nach St. Pölten ein absoluter Gewinn.



Fotolia

START DER INITIATIVE „KINDERZUKUNFT!“

Unter dem Motto „Jedem Kind alle Chancen“ macht die Volkshilfe Städte und Gemeinden in Österreich ab sofort fit für eine gerechte „Kinderzukunft“. In einer gemeinsamen Anstrengung von Magistrat, Volkshilfe und engagierten BürgerInnen entsteht in Wiener Neustadt die erste Kinderhauptstadt Österreichs. Bürgermeister Bernhard Müller und Volkshilfe-Bundesgeschäftsführer Erich Fenninger gaben den Startschuss für eine breit angelegte Offensive gegen Kinderarmut. „Wir dürfen nicht zulassen, dass Kindern auf Grund finanzieller und ökonomischer Benachteiligung Chancen geraubt und sie von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen werden“, sind sich Bürgermeister Bernhard Müller und Erich Fenninger einig.

„Kinder, die in Armut aufwachsen, erfahren nicht nur materiellen Mangel. Sie erleben tagtäglich, dass sie weniger wert sind“, sagte Erich Fenninger. Bürgermeister Bernhard Müller fasste die Ziele der Initiative zusammen: „Wir wollen Exklusion verhindern und Teilhabe ermöglichen. Jedes Kind soll seine Potenziale voll ausschöpfen können.“

JEDEM KIND ALLE CHANCEN – SO KÖNNEN SIE HELFEN:

- Spendenkonto: BIC: OPSKATWW
IBAN: AT776000000001740400
- Online-Spenden: www.volkshilfe.at/kinderzukunft,
Kennwort: „wn.kinderzukunft“
www.kinder-zukunft.at
www.volkshilfe.at
www.wiener-neustadt.at

„ATHLETICS LIGHT 2014“ KICK-OFF IM WIENER RATHAUS

Sportstadtrat Christian Oxonitsch und Stadtschulratspräsidentin Susanne Brandsteidl präsentierten am 10. März im Rahmen einer Kick-off-Veranstaltung in der Volkshalle des Wiener Rathauses die „ATHLETICS light 2014“. Bei Wiens größter Schulsportveranstaltung für rund 20.000 Kinder können Schulkinder im Alter von 6 bis 10 Jahren ihr Bewegungstalent unter Beweis stellen. Die Veranstaltung basiert auf einem Zusammenschluss des Stadtschulrats für Wien, der Wiener Sportmittelschulen, dem Sportamt der Stadt Wien, der Initiative „Bewegung findet Stadt“ und Sponsoren. „Die ATHLETICS light gehen in die fünfzehnte Runde und sind Europas erfolgreichste Schulsportveranstaltung. Im Vordergrund steht dabei der Spaß an der Bewegung und nicht etwa der Wettkampf. Die Übungen von ATHLETICS light trainieren Schnelligkeit, Sprung- und Wurfkraft, Wendigkeit, Koordination und Ausdauer. Vielleicht ist heuer auch ein Profisportler oder eine Profisportlerin für die Zukunft dabei. Wir wünschen allen Kindern viel Spaß“, so Christian Oxonitsch und Susanne Brandsteidl.

INFOS: www.athletics-light.info & www.bewegungfindetstadt.at



Interreligiöser Dialog

Lernprozesse in der Begegnung von Juden, Christen und Muslimen

Dauer: 4 Semester, berufsbegleitend
Abschluss: Master of Arts – MA
Beginn: 6. November 2014

Neuer Lehrgang!

Donau-Universität Krems
silvia.spielauer@donau-uni.ac.at | +43 (0)2732 893-2417
www.donau-uni.ac.at/religion/interreligioeser-dialog



ELGA – Ein sicheres und modernes Informationssystem

Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) ist eine sichere elektronische Vernetzung der wichtigsten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten. ÄrztInnen oder Spitäler mit ELGA-Berechtigung können nur im Falle einer medizinischen Behandlung auf PatientInnen-Daten zugreifen.

Viele Bürgerinnen und Bürger wurden verunsichert und befürchten deshalb, dass mit der Einführung von ELGA mit ihren Gesundheitsdaten Missbrauch getrieben werden könnte. „Tatsache ist, dass ELGA ein wichtiger Entwicklungsschritt hin zu einem modernen, effizienten Gesundheitssystem ist und zugleich höchsten Sicherheitsstandards unterliegt“, bekräftigt Gesundheitsminister Alois Stöger, der für die Einführung des Projekts federführend verantwortlich ist.

ELGA ist kein zentraler Speicher, auf dem zukünftig die Gesundheitsdaten aller Versicherten abgespeichert werden. ELGA ist vielmehr eine sichere elektronische Vernetzung der wichtigsten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten. Sogenannte Gesundheitsdiensteanbieter, also Ärztinnen und Ärzte oder Spitäler mit ELGA-Berechtigung, können im Falle einer medizinischen Behandlung – und nur dann – auf die Daten ihrer PatientInnen zugreifen. Ärztinnen und Ärzte, die für Behörden, Versicherungen oder in einem betriebsärztlichen Dienst tätig sind, haben keinen Zugriff auf ELGA-Gesundheitsdaten.

Wann startet ELGA?

Ende 2014 wird ELGA in ausgewählten Pilotregionen in Betrieb genommen. Öffentliche Krankenanstalten werden ELGA-relevante Befunde (z.B. Entlassungsbriefe) zur Verfügung stellen, die ab dann von den Betroffenen eingesehen werden können. Im Jahr 2015 werden alle öffentlich finanzierten Krankenanstalten in Österreich an ELGA angebunden. Ab Juli 2016 sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheken verpflichtet, an ELGA teilzunehmen, die Privatkrankenanstalten folgen im Jahr 2017.

Die Vorteile von ELGA

Bereits jetzt sind Gesundheitsdaten wie Röntgen- oder Laborbefunde bei den einzelnen Gesundheitseinrichtungen elektronisch vorhanden. Mit ELGA werden diese Daten vernetzt, sodass Ärztinnen und Ärzte für Diagnostik und Behandlung zeit- und ortsunabhängig auf die Gesundheitsdaten zugreifen können. Damit soll nicht nur die Behandlungsqualität verbessert, sondern auch die Sicherheit der PatientInnen erhöht werden. Dies ist vor allem dann nützlich, wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen in die Behandlung involviert sind. Neu ist auch, dass PatientInnen erstmals die Möglichkeit haben, in ihre Befunde Einblick zu nehmen.

ELGA-Teilnahme

ELGA wurde als modernes und sicheres Informationssystem allen Bürgerinnen und Bürgern, die im österreichischen Ge-

sundheitssystem versorgt werden, zur Verfügung gestellt. Wer dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen möchte, kann sich von ELGA teilweise oder gänzlich abmelden. Eine Anmeldung zu ELGA ist jederzeit wieder möglich, allerdings werden die im Zeitraum der Abmeldung entstandenen Gesundheitsdaten nicht nachgetragen. ELGA ist ein Meilenstein in der Entwicklung des österreichischen Gesundheitssystems. So wie die e-card wird auch sie in einigen Jahren nicht mehr wegzudenken sein. ■

INFOS:

ELGA-Serviceline:

Mo bis Fr 7.00-19.00 Uhr,

Tel.: 050 124 4411

ELGA-Portal: www.gesundheit.gv.at

ELGA-GmbH: www.elga.gv.at

Bundesministerium für Gesundheit,

www.bmg.gv.at



Gesundheitsminister Alois Stöger ist für ELGA federführend verantwortlich.



Künftig werden sieben statt zwölf zentrale Spitäler die medizinische Versorgung der WienerInnen übernehmen – die Aufgaben der Krankenhäuser werden aufeinander abgestimmt.

Das Wiener Spitalskonzept 2030

In den Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) werden pro Jahr rund 400.000 PatientInnen stationär aufgenommen. Auch in Zukunft soll die Stadtbevölkerung mit einer bestmöglichen medizinischen Versorgung rechnen können.

Wiener Gesundheits- und Sozialstadträtin Mag.^a Sonja Wehsely

Die Wienerinnen und Wiener sind zu Recht stolz auf die gute und leistbare medizinische Versorgung in Wien: In den Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) werden pro Jahr rund 400.000 Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen. Darüber hinaus erfolgen ca. 3,4 Millionen ambulante Behandlungen. Das Wiener Spitalskonzept 2030 garantiert auch für die Zukunft die bestmögliche medizinische Versorgung für alle Wienerinnen und Wiener, unabhängig von Einkommen, Alter, Herkunft oder Geschlecht.

Modernisierung

Eine moderne Infrastruktur ist die notwendige Voraussetzung für eine effiziente Gesundheitsversorgung im Sinne der PatientInnen und SteuerzahlerInnen. Die Wiener Gemeindespitäler sind im Schnitt über achtzig Jahre alt, fünf Standorte bereits über hundert Jahre. Künftig werden sieben statt bisher zwölf zentrale Spitäler

die medizinische Versorgung der Wienerinnen und Wiener aufeinander abgestimmt und einander ergänzend übernehmen. In die Modernisierung der sieben zentralen Spitalsorganisationen werden bis zum Jahr 2030 rund 3,5 Mrd. Euro investiert.

Zeitgemäße Prozesse

Das Wiener Spital der Zukunft richtet großes Augenmerk auf die Erstversorgung und fachübergreifende medizinische Schwerpunkte.

Diese Schwerpunktsetzung schafft noch mehr Qualität bei den Leistungen genauso wie neue Strukturen und zeitgemäße Prozesse. Maßnahmen zur Förderung der Effizienz stellen sicher, dass die Ausgabensteigerungen im Spitalsbereich gedämpft werden. Das Wiener Spital der Zukunft hat zwar weniger stationäre Betten, erbringt aber mehr Leistungen, weil der medizinische Fortschritt zu einer verstärkten Versorgung im ambulanten und tagesklinischen Bereich führt. Die Verlegung von

Bettenkapazitäten in den Norden und Osten Wiens entspricht der Bevölkerungsentwicklung.

Krankenhaus Nord

Das neue Krankenhaus Nord ist das Flaggschiff des Wiener Spitalskonzeptes 2030 und wird pro Jahr 40.000 Menschen stationär und rund 250.000 Personen ambulant versorgen. Es wird von einer komplett neuen Betriebsstruktur profitieren und so in vorbildlicher Weise höchste Effizienz und größte Qualität vereinen. Der Grundstein wurde im Herbst 2012 gelegt. Das modernste Spital Österreichs geht 2016 in Vollbetrieb. Aber auch bei den anderen Gemeindespitälern sind große Bauprojekte in Umsetzung: Die Krankenanstalt Rudolfstiftung wird derzeit modernisiert und erweitert. Das Kaiser-Franz-Josef-Spital erhält bis 2015 ein neues Mutter-Kind- und ein OP-Zentrum. Das Wilhelminenspital wird bis 2024 bei laufendem Betrieb neu gebaut. ■

Gestärkte Primärversorgung für ein gesünderes Österreich

Gesundheitssysteme stehen weltweit vor zahlreichen Herausforderungen. Die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung müssen auf Veränderungen in der Gesellschaft und Epidemiologie adäquat reagieren können. Die Versorgung soll nachhaltig finanziell auch für die kommenden Generationen sichergestellt werden. Ein Schlüsselthema dabei ist eine starke Primärversorgung.

Dr. Clemens Martin Auer, Leiter der Sektion I im Bundesministerium für Gesundheit

Herausforderungen für das Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitswesen ist in zahlreichen Dimensionen international beispielgebend und trägt maßgeblich zu der überdurchschnittlich hohen Lebenserwartung der Österreicherinnen und Österreicher bei. Kritische Befunde von nationalen wie internationalen Organisationen betreffen insbesondere die schwach ausgeprägte Primärversorgung, die starke Fragmentierung des Gesundheitssystems bei starker Fokussierung auf den Bereich der Krankenhäuser und sich daraus ergebende Parallelstrukturen und Mehrfachbehandlungen. Sichtbare Auswirkungen sind einerseits überdurchschnittliche Facharztkontakte, überfüllte Spitalsambulanzen und hohe Hospitalisierungsraten, aber auch die sich daraus ergebenden vergleichsweise hohen Kosten des Gesundheitssystems.

Die Reaktionsfähigkeit des Gesundheitssystems auf zukünftige Herausforderungen wie demographischer Wandel und epidemiologische Veränderungen – insbesondere steigende Prävalenz von Mehrfacherkrankungen und chronischen Erkrankungen – ist, gerade in Zeiten von moderatem Wirtschaftswachstum, essentiell für die nachhaltige Sicherung der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Österreich.

Einer starken Primärversorgung – im Sinne einer allgemein und direkt zugänglichen ersten Kontaktstelle für alle Menschen mit allen Gesundheitsanliegen, die den Versorgungsprozess koordiniert und eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung gewährleistet – kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

Abwanderung aus ländlichen Gebieten

Viele ländliche Gebiete in der Europäischen Union sind bei der Schaffung qualitativ hochwertiger, nachhaltiger Arbeitsplätze gegenüber den städtischen Gebieten zurückgefallen. Dies hat in einigen Regionen Europas zu erheblicher Abwanderung der ländlichen Bevölkerung geführt. Auch in Österreich, in dem verglichen mit der EU ein relativ großer Anteil der Bevölkerung in überwiegend ländlichen Regionen lebt, sind diese Regionen von Abwanderung in den städtischen Bereich betroffen.

Neben der Schaffung von Arbeitsplätzen ist auch die Sicherstellung einer niederschweligen ambulanten Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen wesentlich.

Während in Österreich in Summe vergleichsweise überdurchschnittlich viele Ärztinnen und Ärzte arbeiten, gibt es in ländlichen Gebieten wenige Interessenten für Arztpraxen in der Allgemeinmedizin. Durch die Altersverteilung der derzeit praktizierenden AllgemeinmedizinerInnen wird dieser Trend in den nächsten Jahren noch verstärkt werden: Prognosen besagen, dass bis zum Jahr 2030 rund zwei Drittel der heute praktizierenden AllgemeinmedizinerInnen in Pension sein werden.

Insbesondere für ländliche Regionen muss die Antwort auf diesen strukturellen Ärztemangel eine Neu-Attraktivierung der Primärversorgung für angehende AllgemeinmedizinerInnen und weitere – für die Primärversorgung wichtig – Berufsgruppen sein.

Die PatientInnen stehen im Mittelpunkt

Ein klares Ziel der Gesundheitsreform ist es, die Patientinnen und Patienten und ihre bestmögliche Behandlung – und nicht die Institutionen – in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems zu stellen. Eine wesentliche Funktion der Primärversorgungseinrichtungen muss zukünftig darin bestehen, als erste, leicht und jederzeit zugängliche Kontaktstellen für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen und Problemen zur Verfügung zu stehen. In der Folge sollen diese Einrichtungen eine umfassende allgemeine Grundversorgung leisten sowie die Koordination der Gesundheits- und Krankenversorgung für die PatientInnen bzw. BürgerInnen übernehmen.

Die Primärversorgung muss insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllen, damit sichergestellt ist, dass sie auf wesentliche gesellschaftliche Veränderungen und die steigenden Erwartungen an die Gesundheitsversorgung rechtzeitig reagieren und eingehen kann.

Primärversorgung muss wohnortnahe erfolgen und, unter besonderer Berücksichtigung von Tagesrandzeiten und Wochenenden, zeitlich gut erreichbar sein. Das vorhandene Angebot soll zu allen Zeiten klar bekannt sein, sodass die derzeit bestehenden Unsicherheiten über verfügbare Primärversorgungseinrichtungen beseitigt werden.

Die Förderung von Gesundheit und die Prävention von Krankheit wird – auch durch ein proaktives Zugehen auf die betroffenen Personen – wesentlich gestärkt. Ein multiprofessionelles Team aus ver-



schiedenen Berufsgruppen gewährleistet eine umfassende Versorgung und begleitet kontinuierlich durch den Versorgungsprozess. Unnötige Mehrfachuntersuchungen und Überweisungen, die mit erheblichem Aufwand für PatientInnen verbunden sind, werden dadurch verhindert. Ebenso wird der Bedarf von besonderen Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche, ältere Personen und chronisch (Mehrfach-) Kranken berücksichtigt.

Primärversorgung als attraktives Arbeitsfeld

Die derzeit unklare Stellung der Primärversorgung resultiert auch in Unzufriedenheit bei den beteiligten Berufsgruppen. Dies betrifft insbesondere die Themen der Ausbildung, der Kooperation und der Honorierungsformen.

Außerdem führt die Fortschreitung der Feminisierung der pflegerischen und medizinischen Berufe zu einem verstärkten Bedarf an flexiblen und integrierten Arbeitsformen, die nur durch die Zusammenarbeit in einem Team gewährleistet werden können.

Die Arbeit in einem multiprofessionellen Team, die bereits heute in vereinzelt Primärversorgungseinrichtungen und -netzwerken praktiziert wird, soll zukünftig für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen verfügbar sein. Die klare und verbindliche Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen ermöglicht, auch durch stärkere Unterstützung bei Koordinations-

und Managementaufgaben, einen zielgerichteten Einsatz der Ressourcen.

Ziel muss es sein, dass sich angehende Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der weiteren wichtigen Berufsgruppen aktiv für eine Tätigkeit in der Primärversorgung entscheiden.

Herausforderungen als Chance nutzen

Vor 36 Jahren hat die Weltgesundheitsbehörde (WHO) in der Erklärung von Alma-Ata (1978) die Wichtigkeit von Primary Health Care – also einer umfassenden Primärversorgung – als integralen Bestandteil eines Gesundheitssystems festgestellt. Die Evidenz ist mittlerweile eindeutig: Eine starke Primärversorgung entlastet den Krankenhausbereich und verbessert die „Ergebnisse“ (Outcomes) der Gesundheitsversorgung.

Die Vorteile einer Stärkung der Primärversorgung sind seit Langem bekannt. Um auf die beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen adäquat zu reagieren und eine Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau nachhaltig sicherstellen zu können, ist die Stärkung der Primärversorgung ein prioritäres Ziel der Gesundheitsreform.

Bis Mitte des Jahres wird ein Konzept für eine gestärkte Primärversorgung in Österreich fertiggestellt. Diese Arbeiten werden durch ein Projektboard begleitet und unterstützt, in dem alle wesentlichen AkteurInnen im Gesundheitswesen vertreten

sind. Danach soll dieses Konzept rasch umgesetzt werden, um die Primärversorgung attraktiver für die in ihr arbeitenden und insbesondere die von ihr betreuten Menschen zu machen. Dies wird auch einen wesentlichen Beitrag für die Lebensqualität in ländlichen Gebieten leisten. ■

Die Gesundheitsreform

Im Jahr 2012 haben sich der Bund, der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und die Länder in konstruktiven Gesprächen auf die Einführung einer partnerschaftlichen Zielsteuerung für das Gesundheitswesen geeinigt.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Zuständigkeiten wurde damit eine in der Gesundheitspolitik neue Form der Staatsorganisation begründet, die neben dem Abschluss von Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG und der gesetzlichen Umsetzung dieser Vereinbarungen als wesentliche Neuerung privatrechtliche Verträge als neue Steuerungsformen vorsieht.

Um der Verantwortung einer nachhaltigen Sicherung der hohen Qualität des österreichischen Gesundheitswesens gerecht zu werden, werden durch den Einsatz moderner Steuerungsformen die Effektivität und Effizienz erhöht und somit die staatliche Handlungsfähigkeit vergrößert.

Damit wird gewährleistet, dass das österreichische Gesundheitswesen für die kommenden Herausforderungen (insbesondere Steigerung von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität) und den sich dadurch ändernden Bedarf der Patientinnen und Patienten bereit ist.

Gesundheit und Armut

Die soziale Schere geht unter die Haut. Die meisten Gesundheitsbeschwerden treffen die unteren Einkommensgruppen zwei bis dreimal häufiger als die oberen. Menschen mit geringerem Einkommen haben aber nicht nur eine geringere Lebenserwartung, sie haben im Alter auch weniger Jahre in voller Gesundheit zu erwarten.

Martin Schenk, Sozialexperte und stv. Direktor der Diakonie Österreich

Als die Titanic den Eisberg rammte und sank, waren die Chancen für die Passagiere zu überleben sehr ungleich verteilt. Von den an Bord befindlichen Personen überlebte ein Drittel. Die Überlebenschancen richteten sich nach Klassengrenzen – je nachdem, welche Kabine bezahlt werden konnte. Von den Passagieren der ersten Klasse haben neunzig Prozent der Frauen überlebt, in der dritten Klasse nur fünfzig Prozent. Die Ungleichheit vor dem Tod ist nicht mit der Titanic versunken, sondern aktueller denn je. Denn ähnlich verhält es sich auch mit der Lebenserwartung der Bevölkerung. Die Gesundheits- und Lebenschancen haben mit dem sozialen Status zu tun: damit, auf welchem Deck Menschen leben, arbeiten, sich bewegen. Dreieinhalb Kilometer Luftlinie oder vier Stationen mit der U-Bahn trennen den noblen ersten Wiener Gemeindebezirk vom ärmeren fünfzehnten. Die BewohnerInnen der beiden Bezirke trennt vor allen Dingen eines: vier-einhalb Jahre Lebenserwartung. Sag mir, wo du wohnst, und ich sage dir, wann du stirbst. Menschen mit geringerem sozialen Status haben aber nicht nur eine geringere Lebenserwartung, sie haben im Alter auch weniger Jahre in voller Gesundheit zu erwarten. Sprung nach London: 17.000 Beschäftigte in Ministerien wurden auf Unterschiede in der Sterberate bei Herzerkrankungen untersucht. Die niederen Dienstränge hatten eine bis zu viermal höhere Sterberate bei Herzerkrankungen als die oberen Dienstränge. Nimmt man ihnen Blut ab, finden sich in den unteren Rängen

weit höhere Werte des Stresshormons Cortisol als bei den Top-Diensträngen. Die soziale Schere geht unter die Haut. Und sie schneidet ins Herz.

Die meisten Beschwerden treffen die unteren Einkommensgruppen zwei- bis dreimal häufiger als die oberen. Der größte Unterschied zwischen den Einkommensgruppen findet sich bei Beschwerden mit psychosomatischem Anteil, bei Depressionen und depressiven Verstimmungen, Kopfschmerzen, Angst, Nervosität, Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Einen etwas kleineren Unterschied zeigen Gelenkschmerzen, Magen-Darm- und Verdauungsbeschwerden, Atemschwierigkeiten, Konzentrationsstörungen und bei den Frauen Schlafstörungen. Besonders ausgeprägt sind die gesundheitlichen Ungleichheiten bei Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Stoffwechsels und des Herz-Kreislaufsystems.

Armut macht krank

Auffallend stark treten die psychosozialen Auswirkungen hervor. Armut kränkt die Seele. Menschen mit geringem sozioökonomischen Status weisen signifikant mehr Krankenhausaufenthalte aufgrund affektiver Störungen wie Depression auf. Bei arbeitslosen Personen beträgt die Wahrscheinlichkeit noch ein Vielfaches. Ähnliche Unterschiede lassen sich auch für Belastungsstörungen beobachten. Überproportional betroffen sind aber auch Menschen in Sozialhilfe und Frauen in prekären Arbeitsverhältnissen.

Menschen, die psychisch erkranken, haben bei sinkenden Chancen am Arbeitsmarkt, nicht-existenzsichernden Sozialleistungen und häufiger Stigmatisierung ein hohes Risiko, in die Armut zu rutschen. Aber auch der umgekehrte Weg von der Armut in eine schwere psychische Krise ist in der Public Health Forschung deutlich belegt. Chronische sozioökonomische Belastung geht unter die Haut. So konnte in allen Industrieländern festgestellt werden, dass mit fallendem Durchschnittseinkommen der Bevölkerung die Krankheiten ansteigen, dass in nahezu allen Gesellschaften die untersten sozialen Schichten die häufigsten und die schwersten Erkrankungen haben und dass mit dem Abfall der Einkommen die Lebenserwartung deutlich sinkt. Es lässt sich eine soziale Stufenleiter nachweisen, ein sozialer Gradient, der mit jeder vorrückenden Einkommensstufe die Gesundheit verbessert und das Sterbedatum anhebt.



Gesellschaften mit größeren Ungleichheiten in Einkommen, Arbeit und Wohnen weisen einen schlechteren gesundheitlichen Gesamtzustand auf als solche mit ausgewogener Verteilung von Einkommen und Lebenschancen. Sobald ein bestimmter Grad an Wohlstand erreicht ist, dürfte die relative Höhe des Einkommens ausschlaggebend für die gesundheitliche Situation sein. In den ärmeren Teilen der Erde ist mit höherer Wirtschaftsleistung pro Kopf eine höhere Lebenserwartung verbunden. In den reichen Ländern ist ein derartiger Zusammenhang nicht mehr nachweisbar. Es konnte aber eine erstaunlich hohe Korrelation zwischen Lebenserwartung und dem Anteil am Volkseinkommen, den die ärmeren Haushalte beziehen, nachgewiesen werden. Der Anstieg der Lebenserwartung in einem Zeitraum fiel umso größer aus, je größer der relative Zuwachs an Einkommen der ärmeren Haushalte war. Die Verschärfung sozialer Unterschiede hat also konkrete lebensweltliche Auswirkungen.

Bei Kindern von Erwerbslosen und SozialhilfebezieherInnen treten überproportional Bronchial-Erkrankungen und Kopfschmerzen auf. Die Atemwegserkrankungen rühren oft von feuchten Wohnungen her. Teilt man die Gesellschaft in drei soziale Schichten, zeigt sich bei Kindern in der unteren Schicht ein größeres Maß an Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und Einsamkeit. Wo Sicherheit fehlt, wird die kritische Phase des Einschlafens doppelt schwierig. Und der stressige Alltag unter finanziellem Dauerdruck erreicht auch die Kinder und zwingt sie, sich den Kopf zu »zerbrechen«. Viele Kinder tragen die soziale Benachteiligung als gesundheitliche Benachteiligung ein Leben lang mit. Sie sind auch als Erwachsene deutlich kränker als der Rest der Bevölkerung. Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen.

Kein Geld zu haben, macht ja nicht direkt krank. Sondern die Alltagssituationen, die mit Armut und mit allen damit einhergehenden Prozessen verbunden sind. Arme RaucherInnen sterben früher als reiche RaucherInnen. Was zum höheren Krankheits- und Sterberisiko Ärmere führt, ist mittlerweile gut erforscht: Es sind (1) die Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, (2) die Unterschiede in den Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten, (3) die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung und (4) die Unterschiede im Gesundheitshandeln. Das eine bedingt das andere. Der Stress durch finanziellen Druck und schlechte Wohnverhältnisse geht Hand in Hand mit einem geschwächten Krisenmanagement, und hängt unmittelbar mit mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einem ungesunden Lebensstil zusammen. Es sind nicht nur die Belastungen ungleich verteilt, sondern auch die Ressourcen, um diese zu bewältigen.

Wer mit Gesundheitsfragen von Armutsbetroffenen zu tun hat, sorgt sich um schimmelfreie Wohnungen, Bildung, Arbeit, Erholungsmöglichkeiten, und eine Auflösung der belastenden Existenzangst. Die Gesundheitsdienste müssen den Zugang, die Inanspruchnahme und die Qualität unabhängig von Einkommen und Herkunft gewährleisten. Die Ärmere müssen in ihren Selbsthilfepotentialen und Ressourcen gestärkt werden: was auch Auswirkungen auf einen gesünderen Lebensstil hat. Gesundheitsförderndes Verhalten ist am besten in gesundheitsfördernden Ver-

hältnissen erreichbar. Und sozialer Polarisierung können wir entgegenreten. Die Daten sprechen für sich: Sozialer Ausgleich ist eine gute Medizin. ■

ZUM AUTOR:

Martin Schenk, geb. 1970, Studium der Psychologie an der Universität Wien, ist Sozialexperte & stv. Direktor der Diakonie Österreich und Mitinitiator der österr. Armutskonferenz. Seine Schwerpunkte sind welfare policy, Gesundheit und Kinder/Jugend.

Schenk ist Mitinitiator zahlreicher sozialer Initiativen: „Hunger auf Kunst und Kultur“ (Kultur für Leute ohne Geld), „Wiener Spendenparlament“ (Stimmen gegen Armut), Verein Hemayat (Betreuung schwer Traumatisierter), „Sichtbar Werden“ (Armutsbetroffene organisieren sich); lange Jahre Arbeit mit Wohnungslosen, der Begleitung von sozial benachteiligten Jugendlichen und der Flüchtlingshilfe; Lehrbeauftragter am Fachhochschul-Studiengang Sozialarbeit am Campus Wien. Aktuell erschienen: bei Deuticke „Die Integrationslücke. Antworten in einer hysterisch geführten Auseinandersetzung“, 2012; „Es reicht! Für alle! Wege aus der Armut“, 2010; im Studienverlag „Handbuch Armut in Österreich“, 2009; im Mandelbaum-Verlag „Abbilder der Folter. 15 Jahre Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen“.

Infos: www.diakonie.at



**Ich mach mir keine Sorgen im Alter.
Ich geh zu SeneCura.**

Näher am Menschen
SeneCura
Kliniken und Heime

www.senecura.at

BARRIEREFREIE GESUNDHEITSVERSORGUNG IN ÖSTERREICH – BETRACHTUNGEN AUS MENSCHENRECHTLICHER SICHT:

Der schwierige Weg

Menschen mit Behinderungen sind meistens gesund. Behindert zu sein, bedeutet nicht, krank zu sein. Diese – häufige – Annahme resultiert aus einem falschen und völlig überholten Umgang mit Menschen mit Behinderungen.

*Die AutorInnen sind Mitglieder des Unabhängigen Monitoringausschusses
beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz*

Respekt ist – neben fehlender Barrierefreiheit – eine der größten Mangelerscheinungen des österreichischen Gesundheitssystems, vor allem wenn es um die Versorgung von Menschen mit Behinderungen geht. Als Mensch anerkannt und wahrgenommen, vor allem ernst genommen zu werden, ist wesentlich, gerade in einem so sensiblen Bereich wie der Gesundheitsversorgung. Der Unabhängige Monitoringausschuss – dessen Aufgabe es ist, die Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Österreich zu überwachen – hat im April 2013 in Salzburg eine öffentliche Sitzung zum Thema Gesundheitsversorgung abgehalten, an der über 150 Menschen teilnahmen: die überwiegende Anzahl davon SelbstvertreterInnen, die anschaulich über ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem berichteten. Einhelliger Tenor dabei: „Wir wollen ernst genommen werden!“ Auch die Konsequenzen, als Mensch nicht wahrgenommen zu werden und zu erleben, wie Dritte über einen entscheiden, wurden deutlich gemacht: „Es ist ungesund, nicht selbst zu entscheiden“, so eine Selbstvertreterin.

Behinderung bedeutet nicht Krankheit

In Diskussionen werden jene Menschen, die keine Beeinträchtigung haben, vielfach als „gesund“ bezeichnet, z.B. „aber die gesunden Kinder haben dann einen Nachteil.“ Diese Darstellung verstärkt den Eindruck, dass Behinderung mit Krankheit gleichzusetzen ist. Das ist falsch. Die meisten Menschen mit Behinderungen sind meistens gesund; würden sie die entspre-

chende Unterstützung durch das Gesundheitssystem erfahren, wären noch mehr noch gesünder. Der „defizitorientierte Ansatz“ stellt medizinische Aspekte und das, was Menschen mit Behinderungen vermeintlich bzw. angeblich nicht können, in den Mittelpunkt. Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen stellt klar, dass diese Sichtweise viel zu kurz greift: ganzheitlich betrachtet haben alle Menschen in irgendeiner Form einen Assistenz- und Unterstützungsbedarf, bei den sogenannten „chronisch Normalen“ ist dieser etwas weniger stark ausgeprägt.

Stigmatisierende Haltungen sind einer der größten Faktoren in der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen. Leider kommt es vor, dass man Menschen mit Behinderungen zu wenig Entscheidungsfähigkeit zutraut. Menschen mit Behinderungen nicht ernst zu nehmen ist eine soziale Barriere. Nicht sicherzustellen, dass man das Pflegepersonal in der Nacht rufen kann, ist eine kommunikative Barriere, die tödlich sein kann. Das hat vor allem mit dem paternalistischen und verqueren Umgang mit Menschen mit Behinderungen durch das medizinische Personal zu tun. Ausländische Untersuchungen, wonach die Lebenserwartung von Menschen mit Lernschwierigkeiten bis zu 16 Jahre verkürzt ist, fehlen in Österreich, aber die strukturellen Probleme, bedingt durch zahllose Barrieren, sind evident.

Selbstbestimmung

Entscheidungen selbst zu treffen, ist ein essentielles Menschenrecht. Denn es ist

„ungesund, nicht selbst zu entscheiden“. Es muss sichergestellt werden, dass Menschen mit Behinderungen die Entscheidungen über den eigenen Körper selbst treffen können. Es braucht eine „klare Sprache“, Aufklärung in Leichter Sprache, sowie Peer-Beratung im Krankenhaus. Es ist eine Frage der Aufbereitung der Information (Leichte Sprache u.Ä.) und nicht des – vermeintlichen – Schwierigkeitsgrades der Entscheidung oder des vermeintlichen (Un-)Vermögens der/des Patientin/Patienten.

Armut und Behinderung

Armut ist unter Menschen mit Behinderungen doppelt so häufig wie im Schnitt der Bevölkerung. Eine Expertin meinte im Rahmen der öffentlichen Sitzung denn auch: „Armut ist das größte Gesundheitsrisiko.“ Daraus leitet sich auch ab, dass barrierefreie Gesundheitsversorgung nicht losgelöst von Inklusion insgesamt angestrebt werden kann. In einem System, wo Gesundheitsversorgung eingebunden ist in ein Sozialversicherungssystem, das auf der Grundlage von Erwerbsarbeit funktioniert, ist sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen, auch mit höchstem Unterstützungsbedarf, Zugänge zum Arbeitsmarkt offenstehen müssen.

Armut – und damit auch mangelhafte Gesundheitsversorgung – korreliert auch mit Bildung. In diesem Sinne ist inklusive und barrierefreie Bildung in allen Sektoren des Bildungssystems als zentrales Menschenrecht für Menschen mit Behinderungen sicherzustellen. Menschen mit Behinderungen müssen auch als Auszubildende – sowohl im Sinne von Peer-Beratung für an-



Menschen mit Behinderung sind meist gesund, es wird ihnen viel zu oft die Entscheidungsfähigkeit genommen.

dere Menschen mit Behinderungen als auch als ExpertInnen in eigener Sache für nicht behinderte Auszubildende – in die (Aus-)Bildungssysteme eingebunden werden, um Barrieren als Mainstreaming-Thema in allen gesellschaftlichen Bereichen zu thematisieren.

Barrierefreie Versorgung

Folgende Zugangsweisen zum Thema und Maßnahmen erscheinen dem Ausschuss im Zusammenhang mit barrierefreier Gesundheitsversorgung insgesamt unbedingt erforderlich:

- Herstellung von umfassender sozialer, kommunikativer, sprachlicher (Gebärdensprache und Leichte Sprache), physischer (Arztpraxen!) und struktureller Barrierefreiheit beim Zugang zu allen Leistungen der Gesundheitsversorgung;
- Ausbildung des medizinischen Personals im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, Einbeziehung von Menschen

mit Behinderungen in diese Ausbildung und in die Gesundheitsberufe selbst;

- Vermehrter Schutz von Menschen mit Behinderungen vor – auch struktureller – Gewalt;
- Schließen von systematischen Versorgungslücken zwischen „Behindertenhilfe“ (Länder) und Krankenversicherung (Bund);
- Wissenschaftliche Studie über das Sterblichkeitsrisiko von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

Der Ausschuss regt an, in Verwirklichung von Österreichs menschenrechtlichen Verpflichtungen die Herstellung von umfassender Barrierefreiheit im Bereich der Gesundheitsversorgung zu einem gesamtgesellschaftlichen politischen Anliegen zu machen.

Die wichtigsten Dokumente des Ausschusses sind unter www.monitoringausschuss.at abrufbar. ■

INFO:

Der Unabhängige Monitoringausschuss ist zuständig für die Überwachung der Einhaltung der UN-Konvention „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ vom 13. Dezember 2006 (ratifiziert mit 26. Oktober 2008; BGBl. III Nr. 155/2008) in Angelegenheiten, die in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache sind, und hat sich auf der Grundlage von § 13 des Bundesbehindertengesetzes (BGBl. Nr. 283/1990 i.d.F.d. BGBl. I Nr. 109/2008) in Umsetzung der Konvention konstituiert. Dem weisungsfreien Ausschuss gehören VertreterInnen von Nichtregierungsorganisationen aus den Bereichen Menschen mit Behinderungen, Menschenrechte und Entwicklungszusammenarbeit sowie aus der wissenschaftlichen Lehre an. Die laufenden Bürogeschäfte des Ausschusses werden vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz geführt.

Gesundes Führen entwickelt persönliche Ressourcen

„Gesundes Führen“ orientiert sich an den Abläufen und Prinzipien der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Es ist kein beliebiges Vorgehen, sondern ist systematisch und wird zielorientiert geplant und umgesetzt.

Brigitta Gruber und Birgit Kriener, Betriebliches Gesundheitsmanagement e.U.

Psychische Belastungen und Burn-out in aller Munde – braucht es einen Brandschutz für die Seele?

Die zunehmende Verbreitung psychischer Erkrankungen ist Gegenstand öffentlicher Diskussion und bringt Menschen, Teams und ganze Betriebe in Notlagen. Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung steht dabei häufig das Burn-out-Syndrom, ein körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfungszustand, den Bauer (2013) als „Verschleiß der Seele“ bezeichnet. Faktoren, die uns ausbrennen lassen, finden sich sowohl in der Person selbst, in ihrem sozialen Umfeld, der Gesellschaft im Allgemeinen als auch in der Arbeitssituation. Entgegen der häufigen Konzentration auf spezifische Persönlichkeitsmerkmale „ausgebrannter“ Personen argumentiert Maslach, dass Burn-out-Symptome mehr über die Bedingungen des Jobs aussagen als über den Betroffenen selbst (vgl. Maslach

& Leitner, 2001). Eine risikohafte Konstellation entsteht dann, wenn zu hohen Anforderungen dauerhaft zu geringe Ressourcen gegenüberstehen. Der Ausgangspunkt des meist langen, schleichenden Kräfteverschleißes, der im Ausbrennen gipfelt, ist chronischer Stress, der als unangenehm empfunden wird und nicht mehr mit „normalem“, moderaten Krafteinsatz zu bewältigen ist. Ein Weg zur Vorbeugung solcher Risiken ist die jetzt auch gesetzlich geforderte Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen. Hier werden unnötige und unmäßige Stressauslöser als schädigender Sand im Getriebe aufgespürt und verändert.

Betriebliche Gesundheitsförderung ergänzt den Risikoblick mit dem Ressourcenblick

Ein weiterer sinnvoller Schritt zur Vorbeugung und Stärkung ist es, Menschen und

Betriebe mit Widerstandskraft und Bewältigungsressourcen auszustatten, um Belastungen, die der Beruf mit sich bringt, wohlbehalten meistern und überstehen zu können. Diese Nutzenerwartungen können mit qualitätsvoller Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) erfüllt werden. Dabei werden systematisch, unter Einbindung der MitarbeiterInnen als „ExpertInnen“ für ihre Gesundheit und ihren Arbeitsplatz, das Verhalten und die Verhältnisse im Betrieb in den Fokus genommen. Arbeitsbezogene und persönliche Ressourcen werden sichtbar gemacht und gestärkt, Gesundheits- und Bewältigungspotenziale entwickelt und Widerstandskräfte entfesselt. Gesundheitsfördernde Faktoren wie Handlungsspielraum, Vertrauen, Respekt, Anerkennung und soziale Unterstützung werden ermöglicht und gepflegt. Eine Schlüsselfunktion kommt hier den unmittelbaren Vorgesetzten und den Füh-

Tab. 1: Der „Anerkennende Erfahrungsaustausch“ – ein abgewandeltes MitarbeiterInnengespräch im Rahmen von „Gesundes Führen“

Förder-/Schutzabsicht	Interesse bekunden und gemeinsam Voraussetzungen für eine gute Arbeitsbewältigung schaffen oder erhalten
Haltung und Botschaft an den/die MitarbeiterIn	„Ich möchte von Ihnen lernen und Ressourcen für die Zukunft bewahren/ausbauen“
Dialogwerkzeug	Fünf Leitfragen zur Ermittlung von Ressourcen, Belastungsfaktoren und deren Verbesserungsmöglichkeiten
Inhalt / Leitfragen	Was gefällt Ihnen bei der Arbeit? / Was stört oder belastet Sie bei der Arbeit? / Was schätzen Sie am und im Unternehmen? / Was würden Sie an meiner (Vorgesetzten-)Stelle als erstes verändern? Was macht das Unternehmen für Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten?
Ernst-Nehmen der Einschätzungen und Vorschläge	Erstellung einer Gesprächsnotiz / Auswertung der Gesprächshinweise in einer betrieblichen Stärken-/Ressourcenliste und Schwächen-/Belastungsliste
Ergebnis und Wirkung	Steuerungshinweise zur Erhaltung und Kommunikation von vorhandenen Ressourcen und zur Veränderung von Belastungen. An-Erkennung des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin als „interner/interne BeraterIn“
Aufwand	ca. 30 Minuten pro Person. Auswertungs- und Schlussfolgerungsrunde auf Führungsebene (oder wenn gewünscht gemeinsam mit der Belegschaft)



ungspersonen des Betriebes zu. Die Redewendung „Menschen sind Medizin für Menschen“ wird Wirklichkeit, wenn Führungskräfte in der Lage sind, sowohl Entscheidungen für gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen zu treffen, als auch selbst als Co-ProduzentInnen von Wohlbefinden für sich und die MitarbeiterInnen zu wirken. Das zentrale Werkzeug dabei ist Kommunikation: abgewandelte MitarbeiterInnengespräche, sogenannte „gesunde Dialoge“ (Geißler et al. 2007), werden seit 2001 professionell zur MitarbeiterInnen- und Unternehmensführung eingesetzt. Diese Dialoge verfolgen folgende Ziele:

- Systematische Personalpflege und Vermehrung des Beziehungsvermögens im Betrieb;
- Vermittlung von glaubwürdiger, wechsel-

seitiger Achtsamkeit und Anerkennung als Wohlbefindens-Ressource;

- Systematische Auswertung der Mitarbeiterhinweise aus diesen Dialogen für kollektive gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb.

Wie kann Anerkennung bemerkbar und spürbar gemacht werden?

Zweifellos fühlt es sich gut an, wenn man angemessenes Lob oder eine Prämierung für besondere Leistungen bekommt. Doch abgesehen davon gibt es ein Sehnen nach Anerkennung für das, wer und wie man als Person ist und dafür, dass die eigene Arbeit etwas zählt. In diesem Sinne erfährt man als Beschäftigte/r Anerkennung, wenn die eigenen Einschätzungen, Bewertungen und Vorschläge vom Vorgesetzten nachgefragt und ernst genommen werden. Bei den ge-

sunden Dialogen handelt es sich um Gespräche, in denen die Führungskraft nach dem Motto „Wer fragt, der führt“ zur Beschreibung der Wohlbefindensressourcen anregt und Belastungsfaktoren samt Lösungs- oder Verbesserungsvorschlägen erkundet. Die Herausforderung für die Führungskraft liegt darin, durch Fragen zu aktivieren und durch aktives Zuhören mehr Verständnis für den/die GesprächspartnerIn zu erlangen.

Der Weg „Gesundes Führen“ im Betrieb

„Gesundes Führen“ (Gruber et al., 2011) orientiert sich am Ablauf und den Prinzipien der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Es ist kein beliebiges Vorgehen, sondern wird systematisch und zielorientiert geplant und umgesetzt. Das Kompetenzzentrum „BGF-UnternehmerInnenmodell“ vermittelt BetriebsberaterInnen, die Organisationen beim Einstieg in das Ressourcenschöpfen mit dem Modell „Gesundes Führen“ begleiten. ■

KONTAKT:

www.bgf-unternehmermodell.at

Mag.^a Brigitta Gruber:

office@arbeitsleben.com

Mag.^a Birgit Kriener:

office@birgitkriener.at

Literatur:

- Bauer, J. (2013). *Arbeit. Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht*. Karl Blessing Verlag: München.
- Geißler, H., Bökenheide, T., Schlünkes, H. & Geißler-Gruber, B. (2007). *Der Faktor Anerkennung. Betriebliche Erfahrungen mit wertschätzenden Dialogen*. Campus Verlag: Frankfurt am Main.
- Gruber, B., Feigl, M., Loitzl, G. & Kriener, B. (2011): *Gesundheitsfördernde Führung: Capacity building im Betrieb*. In: Krajic, K. (Hrsg.): *Lernen für Gesundheit. Tagungsband zur Jahrestagung 2010 der Österreichischen Gesellschaft für Public Health*. Linz.
- Maslach, C. & Leitner, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burn-out. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Springer Verlag: Wien, New York.

FÜR MITARBEITER*INNEN IM GESUNDHEITSWESEN UND NICHT-DEUTSCHSPRACHIGE PATIENT*INNEN:

Videodolmetschen – Ein neues Tool

Sprache ist ein zentrales Element für die Qualität einer Behandlung, und auch ein gut funktionierendes ÄrztInnen-PatientInnen-Verhältnis. Denn gerade für die Diagnose und die Durchführung einer Therapie ist funktionierende und mögliche Verständigung ein entscheidender Faktor und oft ausschlaggebend dafür, inwieweit sich PatientInnen im Gesundheitssystem orientieren und damit Zugang zu medizinischen Ressourcen erlangen können.

Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker, Mag.^a Sabine Parrag, Österreichische Plattform Patientensicherheit, Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

Sprachbarrieren im Gesundheitswesen

Nicht alle in Österreich lebenden Menschen haben den gleichen Zugang zu Angeboten des Gesundheitswesens. Hier tragen vielfältige Barrieren maßgeblich zur eingeschränkten Nutzung von Ressourcen und der Teilhabe am Gesundheitssystem bei. Faktoren wie Schichtzugehörigkeit, fehlende Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und kulturspezifische Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie kulturell bedingte unterschiedliche Einstellungen zu Prävention und dem Verständnis über das Funktionieren des Gesundheitswesens spielen dabei eine entscheidende Rolle. Aber auch von Seiten des Gesundheitspersonals gestaltet sich die Arbeit mit und die Behandlung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen durch auftretende Kommunikationsbarrieren häufig schwierig.

Genauso vielfältig wie die auftretenden Komplikationen durch Kommunikationsbarrieren sind auch die vielen Lösungsinitiativen und Ansätze im Krankenhaus-Setting und im niedergelassenen Bereich. So kommen vom Angehörigen-Dolmetsch über fremdsprachiges Gesundheitspersonal bis hin zum professionellen Dolmetsch-Dienst (vereinzelt auch mittels Telefon-Dolmetsch) die verschiedensten Lösungsstrategien zum Einsatz. Entsprechend unterschiedlich ist demnach auch die Qualität der Informationsübermittlung und Verständigung. Wie problema-

tisch Angehörigen-Dolmetsch bezüglich der übermittelten Informationen ist und welche Probleme mit dem Beiziehen von ungeschultem fremdsprachigem Gesundheitspersonal auftreten können, haben viele Studien gezeigt.

In weiterer Folge kommt es durch auftretende sprachliche und kulturelle Barrieren häufig zu einer Über- oder eben auch Unteranspruchnahme von Leistungen, einer erheblichen Erhöhung von Fehlbehandlungen (Stichwort PatientInnensicherheit) und in weiterer Folge zu häufigerem ArztInnenwechsel (Doctor-Shopping), da die Ursache von Beschwerden meist erst sehr spät gefunden und dadurch Hilfe bei mehreren ÄrztInnen gesucht wird.

Pilotprojekt „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“

Durch die – im Rahmen der im Mai 2011 gegründeten Arbeitsgruppe „Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen“ – gebündelte Expertise der im Feld „Migration und Gesundheit“ aktiv tätigen Arbeitsgruppenmitglieder konnte, in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin, dem ServiceCenter ÖGS.barrierefrei und dem Zentrum für Translationswissenschaft, das im Oktober 2013 erfolgreich gestartete Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen / Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ in seinen ersten Zügen konzipiert und an der Praxis orientiert angelegt werden.

Das unter der Leitung von Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker stehende Pilotprojekt, zu dessen Zweck eine professionelle Dolmetscher-Zentrale eingerichtet wurde, untersucht erstmalig in Österreich die Frage, inwiefern der Einsatz von Videodolmetschen einen Einfluss auf PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit ausübt. Die – durch das zum Einsatz kommende neue Tool – zu erwartende Effektivität und Flexibilität in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen und die damit in Zusammenhang stehende zu erwartende Einsparung von Kosten werfen allerdings die Frage auf, ob der Transfer von sensiblen Gesundheitsdaten (wenn auch verschlüsselt) dadurch ausreichend gerechtfertigt ist. Zudem wird untersucht, ob die Etablierung dieses innovativen Tools und das Hinzuziehen professionell ausgebildeter DolmetscherInnen, das ArztInnen-PatientInnen-Verhältnis und die soziale Interaktion im intra- und extramuralen Bereich beeinflusst und verändert. Ziel soll sein, dem Gesundheitspersonal ein Tool zur Verfügung zu stellen, mit welchem die Behandlung von PatientInnen mit wenig bis keinen Deutschkenntnissen vereinfacht – dank der modernen Technik nämlich mit nur einem Klick – und professionell angegangen werden kann. Besonderes Augenmerk soll hier auf der Verbesserung der Arbeitssituation und des Arbeitsalltags der MitarbeiterInnen gelegt werden, um mehr Sicherheit (insbesondere auch rechtlicher Natur) im Umgang



Innovation im Alltag: Videodolmetschen verspricht Effektivität und Flexibilität in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen.

APA-Fotografie

mit dieser meist schwierigen und heiklen Situation zu schaffen. Um das herauszufinden, wird das involvierte medizinische Personal mittels Fragebögen und Interviews befragt, um herauszufinden, inwiefern sich die Situation durch die Intervention des Videodolmetschens verändert hat.

Rechtliche Aspekte bei der Anwendung von Videodolmetschen im Gesundheitswesen

Es gab bereits Haftungsfälle, als PatientInnen zu Schaden kamen bzw. sogar verstarben, da sie sich nicht ausreichend verständigen konnten. Durch das vermehrte zur Verfügung stellen professionell ausgebildeter DolmetscherInnen könnte hier ein weiteres Sicherheitsnetz – zur Vorbeugung von Vorfällen aufgrund sprachlicher und kulturspezifischer Kommunikationsbarrieren – eingezogen werden.

Eine medizinische Maßnahme darf grundsätzlich nur mit wirksamer Zustimmung des/der einsichts- und urteilsfähigen Patienten/Patientin vorgenommen werden. Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, macht sich (nach § 110 StGB) strafbar. Lediglich wenn Gefahr im Verzug vorliegt, kann die Einwilligung entfallen. Entschei-

dend hierfür ist daher, dass der/die BehandlerIn sich mit dem/der Patienten/Patientin verständigen kann, um festzustellen, ob die Einsichts- und Urteilsfähigkeit gegeben ist, um ihn dann über die geplante Maßnahme entsprechend aufzuklären. Der/Die PatientIn muss durch die Aufklärung in die Lage versetzt werden, alle Für und Wider einer Behandlung unter Berücksichtigung seiner konkreten persönlichen Situation abwägen zu können. Die Einwilligung ist nur dann wirksam, wenn ihr eine ausreichende Aufklärung vorausgeht.

Aktuelle Gerichtsentscheidungen haben deutlich gezeigt, dass das Sprachenproblem in Krankenanstalten nicht zu unterschätzen ist. Die manchmal geübte Praxis, z.B. Familienangehörige oder Reinigungspersonal als „DolmetscherIn“ heranzuziehen, birgt die große Gefahr von Fehlübersetzungen und kann daher ebenfalls sehr leicht zu einer Haftung führen.

Datenschutzrechtliche Überlegungen

Gesundheitsdaten sind sensible Daten, die besonders durch das Datenschutzgesetz geschützt sind. Aus diesem Grund liegt ein Schwerpunkt bei diesem Projekt in der Datensicherheit und Verschwiegenheit.

Die DolmetscherInnen sind – wie auch die ÄrztInnen und alle Angehörige der Gesundheitsberufe – zur Schweigepflicht verpflichtet, d.h. sie dürfen keinerlei Namen oder Gesundheitsdaten weitergeben.

Videodolmetschen auf dem Prüfstand

Da das Tool primär für nicht-deutschsprachige PatientInnen und somit eine gesellschaftliche Minderheit entwickelt wurde, ist also zu hinterfragen, inwieweit es soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung auszugleichen vermag. Kurz gesagt: Das Tool „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ soll im Rahmen des Pilotprojektes auf seine Praktikabilität und „Humanverträglichkeit“ kritisch aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden.

Inwiefern die Etablierung von Videodolmetschen und die in diesem Zusammenhang erwartete Erhöhung der Behandlungsqualität einen Mehrwert für das involvierte Gesundheitspersonal, die PatientInnensicherheit und in weiterer Folge auch für das Gesundheitswesen hinsichtlich langfristiger Reduzierung der Kosten bringt, wird sich also noch zeigen. Die sozialwissenschaftlich ausgewerteten Daten werden dann in einem abschließenden Bericht im Oktober 2014 und in einer Abschlusstagung präsentiert werden.

Wie geht es weiter?

Damit Menschen mit Hör- bzw. Sprachbeeinträchtigung bzw. MigrantInnen auch künftig Leistungen im Gesundheitswesen barrierefrei in vollem Umfang nutzen können, gibt es nunmehr eine Betreibergesellschaft, die in enger Kooperation mit der Plattform Patientensicherheit diese Dienstleistung allen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen anbietet. Damit kann künftig die Behandlungsqualität im Sinne der PatientInnensicherheit verbessert werden. Nicht zuletzt wird dadurch die MitarbeiterInnensicherheit erhöht, da den MitarbeiterInnen ein Tool zur Verfügung gestellt wird, dass es ihnen ermöglicht, mit den PatientInnen barrierefrei zu kommunizieren und rechtssicher zu agieren. ■

INFOS: www.videodolmetschen.at

Erwerbsarbeit mit Einschränkungen

Zur Situation von gesundheitlich beeinträchtigten Personen im Arbeitsleben stehen in Österreich bislang nur wenige Daten zur Verfügung. Die Statistik Austria hat die „Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ im Jahr 2011 untersucht.

Mag.^a Barbara Leitner, Statistik Austria

Die Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist Thema der Untersuchung, die im Rahmen eines Moduls zur Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung bei ca. 20.000 Personen durchgeführt wurde. Die Zielgruppe der Befragung waren Personen im erwerbstätigen Alter (15 bis 64 Jahre) mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Definition von „Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ war in dem Zusammenhang weit gesteckt und umfasst Personen im Erwerbsalter, die entweder dauerhafte Gesundheitsbeschwerden bzw. Erkrankungen oder sensorische bzw. motorische Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten hatten, oder auch beides.

Zu den Ergebnissen: Insgesamt hatten im Jahr 2011 2,7 Mio. Personen, das sind 46,8% der Personen im Erwerbsalter (15 bis 64 Jahre), eine gesundheitliche Beeinträchtigung, das heißt, sie hatten mindestens eine dauerhafte Gesundheitsbeschwerde (2,4 Mio.; 41,6%) oder mindestens eine Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten (1,3 Mio.; 23,5%) oder beides (1,0 Mio.; 18,2%). Im Vergleich zu vorangegangenen Befragungen, im Besonderen zu einem im Jahr 2002 durchgeführten Modul zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitsleben, ist die Zahl der Personen, die über mindestens eine dauerhafte, länger als sechs Monate bestehende Gesundheitsbeschwerde berichteten, im vorliegenden Modul 2011 sehr hoch: Während 2011 2,4 Mio. Personen bzw. 41,6% der Personen im Erwerbsalter von dauerhaften Gesundheitsbeschwerden betroffen waren, waren es im Modul 2002 lediglich 685.000 Personen bzw. 12,6% der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren. *Die Daten sind allerdings aufgrund unterschiedlicher Frageformulierungen nicht vergleichbar:* In der Befragung 2002 wurde

eine einzelne Frage zum Bestehen von lang andauernden Gesundheitsproblemen gestellt, in der Befragung 2012 wurde hingegen den Befragten zu Beginn eine Liste möglicher dauerhafter Gesundheitsprobleme vorgelegt.

Die häufigsten dauerhaften Gesundheitsbeschwerden

Es erwiesen sich Rückenprobleme als häufigste dauerhafte Gesundheitsbeschwerde (22,9% der Personen im Erwerbsalter), 11,8% der Befragten hatten Probleme mit den Beinen oder Füßen, weitere 8,8% mit den Armen oder Händen. Herz-Kreislauf-Probleme wurden von etwa jeder zehnten Person im Erwerbsalter genannt (10,9%). 6,6% der Befragten hatten Migräne oder schwere Kopfschmerzen. Jeweils 5% der Befragten oder weniger hatten Hautprobleme bzw. allergische Hautreaktionen sowie Probleme mit den Verdauungs- oder Atmungsorganen. Zusätzlich zu den Gesundheitsbeschwerden wurden auch Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten anhand einer Liste von zehn Einschränkungen abgefragt. Am häufigsten genannt wurden Einschränkungen beim Heben und Tragen (10,7% der Personen im Erwerbsalter) sowie Einschränkungen beim Bücken (8,1%) bzw. beim Gehen und Treppensteigen (6,0%).

Erwerbstätigkeit von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Das Vorhandensein einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zeigte in der vorliegenden Befragung deutliche Auswirkungen auf die Erwerbstätigenquoten, also den Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerungsgruppe von 15 bis 64 Jahren. Die Erwerbstätigenquote von gesundheitlich Beeinträchtigten lag mit 67,2% deutlich unter der Erwerbstätigenquote von nicht

beeinträchtigten Personen (75,8%). Dies trifft sowohl auf beeinträchtigte Frauen als auch beeinträchtigte Männer zu. Die geringere Erwerbsbeteiligung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zeigte sich auch in den verschiedenen Altersgruppen, die Unterschiede in den Erwerbstätigenquoten steigen allerdings mit zunehmendem Alter an. Die Erwerbsbeteiligung von Personen mit Gesundheitsbeschwerden – um mögliche Effekte der Altersstruktur bereinigt, also altersstandardisiert – beträgt bei Personen mit dauerhaften Gesundheitsbeschwerden 69,2%, weitere 4,2% sind arbeitslos, 26,7% gehören zu den Nicht-Erwerbspersonen. Auffällig ist, dass die Gruppe der Personen mit psychischen Beschwerden einen wesentlich geringeren Anteil an erwerbstätigen Personen aufweist als die übrigen Gruppen. Etwa jeweils drei von zehn Personen mit einer Angststörung oder einer Depression waren zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig. Auch der Anteil an Arbeitslosen ist in diesen beiden Gruppen vergleichsweise am größten. Die höchste Erwerbsbeteiligung von jeweils über 68% hatten Personen mit Hauterkrankungen und Personen mit Rückenproblemen.

Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Arbeitsleben

Unter den zum Befragungszeitpunkt Erwerbstätigen hatten 19,7% bzw. rund 800.000 Personen zumindest eine gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben, d.h. sie waren in der Art der Arbeit (7,8%) und/oder in der Anzahl der Arbeitsstunden (5,9%) und/oder beim Weg von und zur Arbeit (1,0%) eingeschränkt. Nicht erwerbstätige Personen gaben an, sie hätten, wenn sie einen Beruf ausüben würden, zu rund einem Drittel (33,1%) zumindest eine gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben.

Determinanten für gesundheitsbedingte Einschränkungen

Erwartungsgemäß steigt das Risiko für gesundheitsbedingte Einschränkungen mit zunehmendem Alter. Im Vergleich zu 15- bis 24-Jährigen gleichen Geschlechts haben Männer im Alter von 55 bis 64 Jahren ein rund achtmal so hohes Risiko für eine gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben, bei Frauen im höheren Erwerbsalter ist das Risiko rund fünfmal so hoch. Hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung hatten Personen mit Pflichtschulabschluss als höchstem Schulabschluss ein etwa doppelt so hohes Risiko für gesundheitsbedingte Einschränkungen in der Arbeitswelt wie Personen mit einem Abschluss an einer höheren Schule. Ebenso rund doppelt so hoch wie bei Personen mit dem Geburtsland Österreich war das Risiko für das Auftreten einer gesundheitsbedingten Einschränkung im Arbeitsleben bei den in der Türkei geborenen Männern und bei den Frauen aus Ex-Jugoslawien. Körperlich belastende Berufe sind ein weiteres starkes Risiko für gesundheitsbedingte Einschränkungen. Männer, die in der Landwirtschaft tätig sind, haben ein zwei- bis dreimal höheres Risiko für eine gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben als Männer, die im Büro arbeiten. Auch Handwerker und Hilfsarbeiter haben ein erhöhtes Risiko. Bei den Frauen haben auch die Landwirtinnen sowie die Hilfsarbeiterinnen ein höheres Risiko für eine gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben als Frauen mit einer Bürotätigkeit.

Unterstützung und Ressourcen von Personen mit gesundheitsbedingten Einschränkungen bei der Arbeit

Die Fragen zu den arbeitsbezogenen Ressourcen wurden sowohl an alle aktiv Erwerbstätigen gestellt als auch an die nicht erwerbstätigen Personen, wobei Letztere angeben sollten, ob sie bei einer möglichen beruflichen Tätigkeit die jeweiligen Ressourcen benötigen würden. Insgesamt gaben 3,9% der erwerbstätigen Personen (rund 157.000) an, dass an ihrem Arbeitsplatz mindestens eine der drei genannten Ressourcen verfügbar ist. Der fünffache Anteil an Nicht-Erwerbspersonen (15,3% bzw. rund 245.000 Personen) gab an, im Falle einer Berufstätigkeit arbeitsbezogene Ressourcen zu benötigen. 1,6% der erwerbstätigen Personen hatten gesundheitsbedingt eine spezielle Ausstattung (Hilfsmittel wie z.B. ein Bildschirmlesegerät, einen Sprachcomputer oder ein Brailleggerät) und/oder eine bauliche Anpassung am Arbeitsplatz (z.B. die Begradigung der Türschwellen oder behindertengerechte Lifte); 4,1% der zum Zeitpunkt der Befragung nicht Erwerbstätigen hätten eine solche benötigt. Wiederrum 1,6% der erwerbstätigen Personen hatten gesundheitsbedingt spezielle Arbeitsvereinbarungen, d.h. dass die Arbeitssituation auf ihre gesundheitlichen Bedürfnisse angepasst wurde (z.B. durch reduzierte und/oder flexible Arbeitszeit, weniger anstrengende Arbeiten, etc.). Bei nicht im Erwerbsleben stehenden Personen meinten 13,6%, sie bräuchten eine

spezielle Arbeitsvereinbarung für eine mögliche berufliche Tätigkeit. 1,1% der aktuell erwerbstätigen Personen gaben an, durch persönliche Unterstützung von anderen Personen ihrer Arbeit nachgehen zu können; die aktuell nicht berufsausübenden Personen bräuchten zu 6,2% persönliche Unterstützung.

Nicht gesundheitsbezogene Einschränkungen

Unabhängig davon, ob jemand eine gesundheitliche Beeinträchtigung hatte oder nicht, wurde jeder Befragte gebeten, den Hauptgrund für eine mögliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit zu nennen. Rund eine Mio. Personen (17,7%) im Erwerbsalter hatten Einschränkungen in ihrer Erwerbsfähigkeit, die nicht durch ihre gesundheitliche Situation begründet waren. Betreuungspflichten und mangelnde Qualifikation waren die häufigsten Probleme: jeweils rund 5% aller Personen im Erwerbsalter nannten diese als wichtigsten Faktor für eine nicht gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben.

Bestätigung einer Behinderung

5,2% der Personen im Erwerbsalter gaben eine bestätigte Behinderung an, das entspricht hochgerechnet rund 293.000 Personen. Am häufigsten wurde eine Bestätigung durch das Bundessozialamt genannt (2,6%), 1,9% der Personen im Erwerbsalter hatten eine Bestätigung durch die Pensionsversicherung, 0,6% eine durch die AUVA und 0,4% eine durch andere Institutionen. ■

VERGABE JOUR FIXE

Mit den Top-Vergabeexperten Österreichs

Ort: Bartensteingasse 2 (3. Stock),
1010 Wien, Vortragssaal

Info & Anmeldung:
kanzlei@schramm-oehler.at
www.schramm-oehler.at

KEINE
TEILNAHME-
GEBÜHR

Donnerstag, 24. April 2014:

„Vergabetalk – die aktuellsten vergaberechtlichen Entscheidungen“
mit **Reisner** (Bundesverwaltungsgericht)

Donnerstag, 8. Mai 2014:

„Neue EU-Vergabe-Richtlinien – Fragen und Wünsche zur Umsetzung“
mit **Hayden** (Bundeskanzleramt)

Donnerstag, 5. Juni 2014:

„Nur ein Bieter kann das! – Technische Besonderheit versus Wettbewerb“
n.n.“

SCHRAMM ÖHLER
RECHTSANWÄLTE

BEZAHLTE ANZEIGE

Der eigenen Gesundheit zuliebe

Jeder bzw. Jede Dritte fühlt sich im Job gesundheitlich beeinträchtigt. Das ergab eine Studie des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Gesetzliche Vorgaben für gesundes Arbeiten gibt es viele – doch es zählt auch die Eigenverantwortung.

Johannes Luxner, freier Journalist

Bei schwerer körperlicher Arbeit ist die Persönliche Schutzausrüstung (PSA) Pflicht – die Praxis sieht immer noch anders aus.

Lange galt es im Baugewerbe als besonders männlich, besonders wenig Schutzausrüstung zu tragen. So manche Narbe wurde mit Stolz gezeigt. Dank deutlicher gesetzlicher Vorgaben im Bereich des ArbeitnehmerInnenschutzes hat sich hier in den vergangenen beiden Jahrzehnten viel an Bewusstseinsbildung getan – auch wenn das Klischeebild des muskelbepackten und braungebrannten Bauhacklers, der sich und seine Haut damit einigen Risiken aussetzt, in den Köpfen fest verankert ist. ArbeitgeberInnen können zur Verantwortung gezogen werden, wenn etwa im Fall schwerer körperlicher Arbeit die persönliche Schutzausrüstung (PSA) nicht den gesetzlichen Vorgaben entspricht – oder im schlimmsten Fall gar nicht vorhanden ist. Ebenso sind die ArbeitnehmerInnen verpflichtet, sie zu tragen. Obwohl die Gesetzgebung deutlich formuliert, wie Arbeitsplätze, Maschinen und Werkzeuge beschaffen sein müssen oder was bei Nacht- oder Schichtarbeit einzuhalten ist, gestaltet sich die Praxis immer noch etwas anders. Vielen machen die Bedingungen am Arbeitsplatz zu schaffen.

Jede/r Dritte hat Rückenschmerzen

Zu diesem Ergebnis kam vor knapp ein- einhalb Jahren eine groß angelegte Studie des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Das sogenannte Fit2Work Arbeits-Fitness-Barometer zeigte, dass ein Drittel der Österreicherinnen und Österreicher unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz leidet. Allem voran sind es



Shutterstock



Jede/r Dritte hat Rückenschmerzen – mit Bewegung und Krafttraining lassen sich die Muskeln auf Trab bringen.

BILDSCHIRMARBEIT

Die Ergonomie ist der zentrale Faktor bei Bildschirmarbeitsplätzen. Wer nicht entsprechend sitzt, erhöht das Risiko Rücken- oder Kopfschmerzen zu bekommen. Büromöbel müssen an die BenutzerInnen angepasst sein. Daraus ergibt sich eine entspannte Sitzhaltung, die sich dadurch auszeichnet, dass der Blickwinkel auf den Bildschirm leicht schräg nach unten fällt. Die Rückenlehne der Bürosessel muss neigbar wie höhenverstellbar sein. Von Vorteil sind auch Armlehnen, die den Körper entlasten. Wichtig ist auch die Positionierung des Monitors, sodass keine Reflexionen entstehen. Die Blickrichtung auf den Monitor muss parallel zu den Fensterflächen verlaufen. Die Tastatur soll in einem Winkel zwischen 0 und 15 Grad neigbar sein. Auch die Lichtverhältnisse tragen Wesentliches zu einem gesunden Arbeitsplatz bei. Zwischen Bildschirm und Umgebung muss ein ausgewogener Kontrast vorhanden sein. Die Beleuchtung in Büroräumen verlangt nach einer Stärke von mindestens 500 Lux. Auch die Pausen sind deutlich definiert. So soll nach 50 Minuten ununterbrochener Bildschirmarbeit eine Auszeit von 10 Minuten erfolgen, um die Augen nachhaltig zu schonen.

KÖRPERLICHE ARBEIT

Fall und Sturz gelten als die häufigste Art von Arbeitsunfällen. Dementsprechend detailliert geben sich im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz etwa die Vorgaben für Absturzsicherungen am Bau. Denn das Baugewerbe zählt zu den Sektoren mit der höchsten Unfallgefährdung. In der gesamten Europäischen Union gibt es in diesem Bereich jährlich um die 1.000 Unfalldtote. Deshalb gibt es auch besondere Regelungen was auf Baustellen tätige Jugendliche betrifft. Vor allem im Bereich gefährlicher Arbeitsmittel herrschen Sonderregelungen, wie das Verbot des Hantierens mit Kettensägen. Einen wesentlichen Aspekt zur Gesundheit am Arbeitsplatz sowie in Hinblick auf vorbeugende Maßnahmen liefern die Regelungen zur persönlichen Schutzausrüstung (PSA). Sei es der Schutz der Augen, des Gehörs, der Atemorgane oder der Schutz gegen Hitze und Flammen: Die Schutzausrüstung muss perfekt auf die jeweiligen Bedürfnisse der TrägerInnen abgestimmt sein und darf nur in unumgänglichen Ausnahmefällen an andere MitarbeiterInnen weitergegeben werden.

die Rückenschmerzen. Sie machen knapp der Hälfte zu schaffen. Ebenso hoch oben im Ranking der berufsbedingten gesundheitlichen Leiden stehen Augenprobleme, von denen knapp ein Drittel betroffen ist. Das hat nicht nur unangenehme Folgen für die Betroffenen. Auch die Volkswirtschaft leidet darunter. Denn jene, die im Beruf gesundheitlich beeinträchtigt sind, kommen jährlich auf 25,5 Arbeitstage, die im Krankenstand verbracht werden. Knapp die Hälfte dieser Krankenstandstage sei bei einem entsprechenden sorgsamen Umgang vermeidbar, lauten die Schätzungen des Ministeriums. Wo genau anzusetzen ist, beschreibt das Arbeits-Fitness-Barometer ebenso detailreich.

Haltungsprobleme durch PC

Über 70 Prozent der Erwerbstätigen arbeiten regelmäßig an einem Bildschirmarbeitsplatz. Ein Viertel von ihnen beklagt gesundheitliche Beeinträchtigung durch die dabei gleichbleibende Körperhaltung. Knapp 30 Prozent der Befragten gaben an, dass ihre Arbeitssituation durch Hitzeeinwirkung erschwert wird. Von Lärm und Kälte sind jeweils 15 Prozent betroffen. In dieser Größenordnung bewegen sich in etwa auch Geruchsbelästigungen oder die Beeinträchtigungen durch Schadstoffe wie Gase, Staub oder Rauch. Gerade im Bereich der Bildschirmarbeitsplätze gibt es klar nachvoll-

ziehbare Richtlinien hinsichtlich ergonomischer Details. Im Bereich körperlicher Arbeit leisten die Vorgaben zur persönlichen Schutzausrüstung wertvolle Präventionsarbeit (siehe Kasten rechts). Wer sich daran hält, was im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz steht, ist prinzipiell auf der sicheren Seite. Doch Patentrezepte gibt es keine. ArbeitgeberInnen schaffen die Rahmenbedingungen im Betrieb. Wie stark sie auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen wirken, liegt meist an den individuellen Verhaltensweisen der handelnden Personen.

Denn richtig wirksam ist das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz erst dann, wenn sich zu den Richtlinien auch das nötige Quäntchen Eigenverantwortung gesellt. Die Achtsamkeit sich selbst gegenüber ist beim Thema Gesundheit am Arbeitsplatz mindestens genauso wichtig wie ein deutlich formulierter gesetzlicher Rahmen. Dann profitieren ArbeitnehmerInnen wie ArbeitgeberInnen. Und letztlich dürfen diese Bestimmungen nicht als Zwang betrachtet werden, sondern als Hilfestellung für alle Beteiligten. ■

INFOS:

www.arbeitsinspektion.gv.at
www.auva.at
www.vas.at
www.gesundheit.gv.at

(Glücks-) Spielsucht

Die aktuellen Entwicklungen einer weiterhin tabuisierten (Ur-) Sucht.

Dr.ⁱⁿ Izabela Horodecki

In der Fachliteratur wird Spielsucht als „Primär- und Ursucht“ bezeichnet, weil bei ihr das Wesen der süchtigen Entwicklung deutlicher wahrgenommen werden kann. Von Spielsucht wird gesprochen, wenn eine Person im Umgang mit dem Glücksspiel ein Verhalten entwickelt, das sie selbst bzw. ihre Umgebung schädigt. Die Störung ist mit gravierenden psychosozialen Folgen verbunden, die für die Person selbst, für ihre soziale Umgebung und auch für die Volkswirtschaft von Bedeutung sind.

Der intensive Drang zu spielen

Die Glücksspielsucht ist seit 1980 als eigene Diagnose in der dritten Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (DSM-III und aktuell DSM-IV) und seit 1992 auch in der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation als Pathologisches Glücksspiel (ICD-10 F63.0) unter Störungen der Impulskontrolle verzeichnet.

Als die wichtigsten diagnostischen Kriterien werden neben der exzessiven Häufigkeit des Spielens, die ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Glücksspiel, der intensive Drang zu spielen (dem nicht widerstanden werden kann), die Unfähigkeit das Spielen selbst zu beenden und das fortgesetzte Spielen trotz gravierender Folgen genannt.

Im Mai 2013 wurde mit der Aufnahme von „Gambling Disorder“ im DSM-5 als erster Verhaltenssucht unter „Sucht und zugehörige Störungen“ eine vorangehende jahrelange kontroverse ExpertInnen-Diskussion um das Verständnis der Spielsucht beendet. Die Entscheidung wurde gestützt auf Untersuchungen, die unter anderem auf gemeinsame genetische Faktoren und ähnliche neuronale Aktivierungsmuster bei Substanzabhängigkeit und Spielsucht hinweisen. Die diagnostischen Kriterien

sind im DSM-5 denen im DSM-IV vergleichbar.

Ökonomie und Medien

Ein Motor der Regulierung und Nutzung der Glücksspiele waren stets die Bedürfnisse der Staaten. Die heutige ökonomische Bedeutung dieses Wirtschaftszweiges wird durch die Höhe des jährlichen Bruttospielertrages des Glücksspiels in Europa (im Jahr 2012: 55 Milliarden Euro) deutlich. Die Spiel- und Wetteinsätze in Österreich haben sich zwischen 2002 und 2012 von 4,6 Milliarden Euro auf 14,1 Milliarden Euro mehr als verdreifacht.

Beigetragen zu dieser Entwicklung hat die permanente mediale Präsenz des Glücksspiels, das Internet als neuer Spielort und das kontinuierlich steigende Glücksspielangebot. Gleichzeitig wurden – früher wirksame – Präventivmaßnahmen wie beschränktes Glücksspielangebot, Residenzverbot und die Altersgrenze von 21 Jahren abgebaut. Auch die uneingeschränkte Glücksspielwerbung und technologische Entwicklungen wie Online- und Mobile-Glücksspiel tragen dazu bei, dass zunehmend mehr Menschen mit dem Glücksspiel konfrontiert werden und ein Problem entwickeln. Dass manche Glücksspiele wie Poker als Sport vermarktet werden, während andere wie Wetten rechtlich (in Österreich) nicht als Glücksspiel gelten, fördert ebenfalls die Problementwicklung. Genauso wie die fehlende Kontrolle der Umsetzung der rechtlichen Bestimmungen wie z.B. das Verbot der Glücksspielteilnahme für unter 18-Jährige: Über 40% der von der „Spielsuchthilfe“ Behandelten geben an, bereits als Jugendliche zu spielen begonnen zu haben.

Prävention

Während in den letzten Jahren in Deutschland und Polen mehrere öffentlich geförderte Studien zur Prävalenz patholo-



gischen Glücksspiels und mehrere Präventionsaktivitäten durchgeführt wurden, erlangte die Spielsucht die Aufmerksamkeit der Politik in Österreich bisher kaum bzw. wenn, erst seit Kurzem.

Die erste österreichische Präventionsstudie zum Thema Glücksspiel (Kalke, 2011) ermittelte für Österreich eine Prävalenz pathologischen und problematischen Glücksspiels von insgesamt 1,1% der 14- bis 65-Jährigen. Auf Österreich umgerechnet entspricht dies 64.000 Personen (zum Vergleich: in Österreich gibt es laut ÖBIG 2011 maximal 37.000 Drogenabhängige). Laut einer Studie aus Bayern (Erbas, Buchner 2012) befinden sich dabei nur 2,6% der Spielsüchtigen in Behandlung. Die Arten des Glücksspiels und vor allem der Spielort weisen in den Forschungsergebnissen der „Spielsuchthilfe“ (Wien) deutliche Veränderungen auf. So zeigt sich in den letzten zehn Jahren eine wachsende Bedeutung des Internets als Spielort.

Mit dem Internet nimmt das Glücksspiel Einzug auch ins Familienleben – für Spielsüchtige eine problematische Entwicklung.



Shutterstock

Während 2002 keine der bei der „Spielsuchthilfe“ behandelten Personen das Glücksspiel im Internet als ihre problematische Glücksspielart nannte, waren es 2012 bereits 25% der PatientInnen.

Laut Statistik Austria hatten bereits im Jahr 2010 73% aller österreichischen Haushalte einen Internetzugang. Mehr als 95% der Jugendlichen über 16 Jahre haben innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten das Internet genutzt. Glücksspiele sind nun tatsächlich allgegenwärtig, Vermeidung fast unmöglich. Glücksspiele nehmen somit auch Einzug ins Familienleben und können als gemeinsame Freizeitaktivität betrachtet werden.

Während sich in der Gesamtgruppe der von der „Spielsuchthilfe“ Behandelten nur 17,5% Frauen fanden, waren es in der Gruppe der online Spielenden 30%. Im Gegensatz zur Gesamtgruppe ist die bevorzugte Spielart dabei nicht das Automatenpiel, sondern das Kartenspiel, hier vor

allem Poker. Bemerkenswert ist auch die Tatsache, dass jüngere SpielerInnen sich eher über die Online-Beratung an die „Spielsuchthilfe“ wenden: während der Anteil der unter 30-Jährigen, die persönlich die „Spielsuchthilfe“ kontaktieren, bei 32% liegt, beträgt der entsprechende Anteil bei der Online-Beratung fast 50%. Zusammenfassend darf also festgehalten werden: es findet seit etwa zehn Jahren eine schrittweise Verschiebung der Spielsuchtproblematik bezogen auf die Spielarten und Spielorte in Richtung einer Zunahme von Online-Glücksspiel und Wetten statt.

Im Sinne des SpielerInnenschutzes ergeben sich folgende Forderungen: eine bessere Umsetzung des gesetzlich vorgeschriebenen Jugendschutzes und lückenlose Identitäts- und Alterskontrollen auch im Wettbereich. Ebenso eine verstärkte Information der Bevölkerung über Gefahren und Umgang mit Glücksspiel und

Online-Glücksspiel. Wichtig wäre auch ein streng reguliertes Glücksspielangebot (statt Verbote) mit einer (idealerweise) anbieterübergreifenden Spielerkarte (so dass eine umfassende Sperre möglich wäre). Es stellt sich allerdings die Frage, wie dies bei den laut Grünbuch 15.000 Online-Glücksspielseiten in Europa (85% davon illegal) umsetzbar wäre.

Nachdem für die Behandlung der Glücksspielsucht vor allem ambulante Behandlungseinrichtungen mit niedrigschwelligen und spezifischen Therapiekonzepten notwendig sind, sollte ein Teil der glücksspielbezogenen steuerlichen Einnahmen zweckgebunden für die Behandlung Spielsüchtiger verwendet werden (wie in den bisher nicht umgesetzten Beschlüssen des Wiener Landtages aus 2006 bereits vorgesehen war). ■

INFOS: www.spielsuchthilfe.at

Weltweit in gesunden Städten leben

Die Städte liefern viele gute Voraussetzungen für ein gesundes Leben ihrer Bürgerinnen und Bürger. Darauf baut die „Gesunde Städte-Bewegung“, die in Ottawa am 21. November 1986 ins Leben gerufen wurde und der inzwischen weltweit deutlich über 1.000 Städte folgen.

Dr. Peter Lüftenegger, Netzwerk Gesunde Städte

Die österreichischen Gesunden Städte blicken auf 20 Jahre des Bestehens zurück, derzeit gehören dem Netzwerk 23 Städte an. Sie bilden den Kern dieser Bewegung für Gesundheitsförderung, für ein bewusstes gesundes Leben und für einen gesunden Lebensstil. Die Ottawa-Charta hat noch immer ihre Aktualität und Gültigkeit und sie bildet die Grundlage für alle Aktivitäten, Programme und Konzepte des Netzwerks und der Gesunden Städte.

Die Gesichter an der Spitze des Netzwerks waren von der Gründung im Jahre 1993 der Innsbrucker Gesundheitsstadtrat Peter Moser und ab Juni 2000 die Linzer Vizebürgermeisterin und Gesundheitsstadträtin Dr. Christiana Dolezal. Als Koordinator fungiert seit der Gründung Dr. Peter Lüftenegger. Am 26. Juni 2014 wird in Kapfenberg eine neue Vereinsspitze gewählt und ein neuer Koordinator bestellt. Seit 1996 ist der Verein Gesunde Städte Österreich der Rechtsträger des Netzwerks, der sich aus Mitgliedsbeiträgen der Gesunden Städten finanziert. Die Infrastruktur stellt die Stadt Wien zur Verfügung.

Mitglieder, erste Schritte

Will eine Stadt dem Netzwerk beitreten, so fasst sie in der Regel einen politischen Beschluss, einen Gemeinderatsbeschluss, in dem sie die Prinzipien der Ottawa-



Das Netzwerk in Wien im März 2012

Charta und die Zielsetzungen des Netzwerks als kommunalpolitische Leitlinien anerkennt. Sie sollte aktiv an den Treffen, Veranstaltungen und Gemeinschaftsprojekten des Netzwerks teilnehmen und eine Plattform, einen Runden Tisch oder Arbeitskreis für Gesundheitsförderung einrichten; kurz: eine Gesundheitsförderungskonferenz gründen, bei der sich alle Institutionen, Organisationen, Gruppierungen und interessierte Einzelpersonen

treffen, denen Gesundheitsförderung ein Anliegen ist und einen regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch pflegen, der mittelfristig zu gemeinsamen Veranstaltungen und Aktionen, etwa einem jährlichen Gesundheitstag, führt. Weiters soll die neue Gesunde Stadt an den Veranstaltungen, Ausschusssitzungen, Symposien, Fachtagungen und Gemeinschaftsprojekten des Netzwerks teilnehmen. Sie ist im Netzwerk politisch durch eine/n ressortzuständige/n KommunalpolitikerIn und auf organisatorisch-administrativer Ebene durch eine/n KoordinatorIn – in der Regel den/die für das Gesundheitswesen zuständige/n Beamten/Beamtin – vertreten.

Aktivitäten

Jährlich finden drei Treffen der Gesunden Städte statt, gewöhnlich steht an einem Donnerstagnachmittag eine Ausschusssitzung auf dem Programm, bei der sich die gastgebende Stadt mit einem modellhaften Projekt aus dem Bereich der Gesundheitsförderung vorstellt und die Städte einen intensiven Informations- und Erfahrungsaustausch pflegen. Neben einem



Gesundheitsförderung in den Städten: ähnlich verwoben wie die „Weltmaschine“ des Steirers Franz Gsellmann.



Zwei Ärztinnen an der Spitze des Netzwerks: Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal (Linz) und Dr.ⁱⁿ Maria-Luise Mathiaschitz (r.)

Rahmenprogramm wird zu einem Abendessen geladen, bei dem der Erfahrungsaustausch und die persönlichen Kontakte vertieft werden können.

Am zweiten Tag steht eine Fachtagung bzw. ein Symposium auf der Tagesordnung, das einem Schwerpunktthema des Netzwerks gewidmet ist. Diese Themenschwerpunkte entsprechen auch den empfohlenen Basisthemen der Weltgesundheitsorganisation. Die letzten Fachtagungen waren den Themen „Gesund altern“, „Suchtprävention für Jugendliche“, „psychische Gesundheit“ und „gendergerechte Gesundheitsangebote“ gewidmet. Die Fachtagungen stehen auch der interessierten Öffentlichkeit der jeweiligen gastgebenden Stadt offen.

Projekte

Gemeinsam mit Kooperations- und Finanzierungspartnern führt das Netzwerk Gemeinschaftsprojekte durch. In den letzten Jahren wurden Fachtagungen, Publikationen und Projekte zu den Themen „Frauengesundheitszentren“, „Suchtprävention für Jugendliche“, „Qualitätskriterien kommunaler Gesundheitsförderung“, „Kommunale Gesundheitsberichterstattung“ und „Bürgerbeteiligung in Gesundheitsfragen“ durchgeführt. Eine Aktualisierung des letztgenannten Projekts ist vorgesehen, bei dem die Chan-

cen und Erfolgsaussichten von Partizipation anhand von erfolgreichen Projekten in Gesunden Städten analysiert werden und modellhaft herausgearbeitet werden sollen.

Mittlerweile spielt die kommunale Gesundheitsberichterstattung in vielen Gesunden Städten eine wichtige Rolle. Dahinter steht die Information und Einbeziehung der BürgerInnen in alle gesundheitsrelevanten kommunalen Entscheidungsprozesse. Haushaltsbefragungen zum Thema Gesundheit werden seit zehn Jahren in Gesunden Städten durchgeführt; dabei wird die subjektive Einschätzung der BürgerInnen abgefragt: Wie gesund fühlen sie sich, wie gesund leben sie, wie gesund ist das städtische Umfeld? Die Ergebnisse bilden wichtige Grundlagen für kommunalpolitische Entscheidungen im Bereich Gesundheit.

Information

Das Netzwerk informiert über seine Aktivitäten über „www.gesundestaedte.at“: erreichbar über die Website des Städtebundes. Weiters kann das Netzwerk regelmäßig in der ÖGZ über seine Aktivitäten berichten. Darüber hinaus gibt es eine gute Kooperation mit der Zeitschrift „Gesundes Österreich“ und dem Fonds Gesundes Österreich sowie mit der „Gesunden Stadt“, der Vierteljahresschrift

der WiG, der Wiener Gesundheitsförderung. Regelmäßig informiert über die Netzwerk-Aktivitäten wird auch durch das jeweilige Stadt-TV und die lokalen und regionalen Medien. Die Broschüre „20 Jahre Netzwerk Gesunde Städte Österreichs“, 2013 erschienen, informiert umfassend über Geschichte und Aktivitäten des Netzwerks und der Gesunden Städte.

Kooperationen

Als außerordentlich positiv erweist sich die enge Kooperation mit dem Österreichischen Städtebund. Über die regelmäßigen Netzwerk-Berichte in der ÖGZ können alle politischen und administrativen EntscheidungsträgerInnen der über 200 österreichischen Städte erreicht werden.

Mit den anderen Partnernetzwerken „Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen“, „Netzwerk gesundheitsförderndes Krankenhaus“, „Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung“, „Netzwerk Frauengesundheitszentren“ gibt es eine gute, kollegiale Zusammenarbeit.

Partnerschaften werden mit dem deutschen, dem slowenischen und dem italienischen Gesunde Städte-Netzwerk gepflegt. Die Kooperation mit dem Europa-Büro der WHO in Kopenhagen zählt ebenfalls zu den Fixpunkten des Netzwerks. ■

Gesunde Bezirke – Gesunde Grätzl

Einen ihrer großen Schwerpunkte setzt die Wiener Gesundheitsförderung im kommunalen Setting. Aber wie funktioniert das in einer Großstadt wie Wien? Wie bringt man mehr Gesundheit in die Bezirke, Stadtteile und Grätzl?

Dennis Beck, Geschäftsführer der Wiener Gesundheitsförderung

Die Stadt Wien kann als eines der Gründungsmitglieder des „Gesunde Städte“-Netzwerkes der Weltgesundheitsorganisation auf eine jahrzehntelange Tradition im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung verweisen. In der Wiener Gesundheitsförderung – einer Gesellschaft der Stadt Wien – bildet das Programm „Gesunde Bezirke“, ein Programm mit kommunalem Gesundheitsförderungsansatz, einen zentralen Schwerpunkt.

Ziel des Programms „Gesunde Bezirke“ ist es, gerade in sozial benachteiligten Bezirken bzw. Bezirksteilen (Grätzeln) Gesundheitsförderungsaktivitäten zu initiieren, umzusetzen und nachhaltig zu verankern. All diese Aktivitäten sollen ein Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sein und die subjektive und objektive Gesundheit der in Wien lebenden Menschen verbessern. Bezirke und Grätzl sind wichtige Interventionsfelder, da in ihnen – sofern die Aktivierung gelingt – Bevölkerungsgruppen angesprochen werden können, die über andere Settings kaum erreichbar sind: wie zum Beispiel Kleinkinder, Jugendliche in der Freizeit, alte Menschen.

In der ersten Phase der „Gesunden Bezirke“ wurden in den Jahren 2010 bis 2013 in Kooperation mit Partnereinrichtungen und der Bezirkspolitik in fünf Wiener Bezirken (Leopoldstadt, Margareten, Favoriten, Ottakring, Brigittenau) sehr unterschiedliche Konzepte und Aktivitäten umgesetzt. Aktivierung und Partizipation der BezirksbewohnerInnen waren bei aller Verschiedenheit der Ansätze immer fixer Bestandteil. Der Bogen der Aktivitäten reichte zum Beispiel von „Gesundheitsbeauftragten im Ge-

meindebau“ über Weiterbildungsangebote für BezirksakteurInnen, muttersprachliche Waschküchengespräche, Erzählcafés für SeniorInnen, eine Vielfalt an kleinen Initiativen von BewohnerInnen, über einen Männergesundheitstag im Fußballstadion bis hin zur Arbeit mit Kindern in Volksschulen und Jugendlichen in Jugendzentren. Ihre Gemeinsamkeit liegt einerseits im Bemühen, die Lebens- und Wohnumwelten der Menschen gesundheitsförderlich zu verändern, andererseits in den verschiedenartigen Beteiligungsprozessen selbst, in denen Menschen die Erfahrung machen, dass Engagement für das eigene Wohn- und Lebensumfeld möglich und gesundheitsförderlich ist.

Aus Erfahrung lernen

Die Ergebnisse der begleitenden Evaluation bestätigen, dass die Wiener Gesundheitsförderung mit dem Programm „Gesunde Bezirke“ auf dem richtigen Weg ist. Gleichzeitig geben sie eine fundierte Basis für die Weiterführung sowie die Ausweitung auf die beiden Bezirke Floridsdorf und Donaustadt. Die Programmleitung für die Bezirke – und damit zentrale Koordinations-, Vernetzungs- und Kommunikationsaufgaben – liegt nun direkt in der Wiener Gesundheitsförderung. Aufbauend auf die bisherigen Erfahrungen und die Evaluationsergebnisse werden für die zweite Phase des Programms (Oktober 2013 bis Oktober 2016) in sieben „Gesunden Bezirken“ zwei zentrale thematische Schwerpunkte gesetzt: „Gesundes Wohnen“ und „Kinder- und Jugendgesundheit“. Beide Themenfelder werden in Kooperation mit Partnereinrichtungen mit jeweils zwei Modulen umgesetzt.

Gesundes Wohnen

Grundstein des Moduls „Gesunder Gemeindebau“ ist die Schulung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu ehrenamtlichen „Gesundheitsbeauftragten“. Sie erhalten das notwendige Know-how, um danach das Thema Gesundheitsförderung in die Lebenswelt Gemeindebau zu tragen und gemeinsam mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern Initiativen auch umzusetzen.

Auch bei „Gesund Wohnen im Grätzl“ steht die Ausbildung von Ehrenamtlichen im Mittelpunkt. Sogenannte „Grätzleltern“ unterstützen Menschen in ihrer Nachbarschaft, in ihrem Umfeld dabei, die Wohn- und Lebenssituation zu verbessern und sogar aktiv zu gestalten. Damit bilden die „Grätzleltern“ eine Brücke zu professionellen Anlaufstellen und unterstützen gleichzeitig das eigenverantwortliche Erkennen und Lösen von spezifischen Problemstellungen.

Kinder- und Jugendgesundheit

Unter dem Titel „Gesunder Park“ sollen Mädchen und Buben in einem spielerischen und freudvollen Umfeld schon früh erleben, wie sie ihre eigenen Ressourcen für Gesundheit und Wohlbefinden mobilisieren können. Dazu wird auf die bewährten Prinzipien und die Arbeitsweise der Wiener Parkbetreuung gesetzt.

Im Rahmen von „Jugend aktivieren und stärken“ setzen sich Jugendliche über einen längeren Zeitraum mit für sie wichtigen Gesundheitsthemen auseinander – auf kreative und altersgerechte Weise. Im Zuge der aktiven Mitgestaltung von Jugendgesundheitskonferenzen erleben sich die jun-

gen Menschen als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Gesundheit.

„Ihre gesunde Idee für den Bezirk!“

Ob Einrichtungen, Vereine, Institutionen oder auch die Menschen, die in den Bezirken leben: Es gibt viele gute und sinnvolle Aktivitäten, die das Wohlbefinden im Bezirk steigern und das Wohnumfeld gesundheitsförderlich verändern können. Das kann die Organisation eines regelmäßigen Bewegungstreffs im Park sein, ebenso wie ein generationenübergreifendes Fußballturnier oder die Errichtung eines Gemüsebeets im Hinterhof. Die Wiener Gesundheitsförderung unterstützt kleine gesundheitsförderliche Maßnahmen: Engagierte Privatpersonen in den „Gesunden Bezirken“ erhalten neben der Beratung zur Umsetzung ihrer „Grätzeliniziativen“ bis zu 300 Euro für notwendige Anschaffungen. Umfassendere „Kooperationsinitiativen“, die aus der Zusammenarbeit und Vernet-

zung mit Einrichtungen im Bezirk entstehen, werden mit bis zu 3.000 Euro für Sachkosten unterstützt. Das Programm „Gesunde Bezirke“ ist in Summe ein Aufruf zur Partizipation der Bezirksbevölke-

rung und von BezirksakteurInnen, ein Aufruf zum Engagement für ein gesundheitsförderlicheres Wohnumfeld – mit dem Ziel, vor allem jene Menschen zu erreichen, die oft nicht so gehört werden. ■



Wiener Gesundheitsförderung

1000 gute Gründe, um für Europa zu stimmen

« Wenn die Zukunft die Jugend ist, dann ist Europa die Jugend.
Lasst uns wählen gehen! »

Matthäus Fandrejewski, youth representative of CESI



European
Movement
International

www.europeanmovement.eu

Europawahlen vom 22. bis 25. Mai

BEZAHLTE ANZEIGE

Ein Gesundheitsleitbild für Graz

Die Stadt Graz hat als erste Landeshauptstadt nun ein eigenes Gesundheitsleitbild. Dieses wurde im Gemeinderat beschlossen und bringt das Verantwortungsbewusstsein für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen zum Ausdruck. Es richtet sich in erster Linie an die städtischen Politik- und Ressortbereiche.

Dr. Ulf Zeder, Gesundheitsamt der Stadt Graz, Referat für Sozialmedizin, Referatsleiter

Die Gesundheit des Menschen ist laut Weltgesundheitsorganisation „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. Gesundheit wird demnach nicht im Gesundheitssektor „produziert“, sondern primär in anderen Bereichen, wie beispielsweise der physikalischen oder der sozialen Umwelt. Neben Faktoren wie Alter, Geschlecht und genetischen Veranlagungen nehmen auch politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rah-

menbedingungen direkt oder indirekt Einfluss auf das Gesundheitsverhalten eines jeden Menschen. Städte sind daher ein tragfähiges Fundament zur Förderung von Gesundheit, da sie für die regionale Planung von Lebens- und Arbeitsfeldern mit zuständig sind und ein Einbeziehen der Bürgerinnen und Bürger ermöglichen können und den zentralen Lebensraum für einen Großteil der Bevölkerung bilden.

Eine Stadt ist dann eine gesunde Stadt, wenn sie sich der Gesundheit bewusst verpflichtet und in Kooperation mit vielen

anderen Akteurinnen und Akteuren Strukturen und Prozesse für ihre nachhaltige Verbesserung gemeinsam entwickelt und erprobt. Dafür muss ein grundlegendes Ausrichtungsverständnis prägnant beschrieben werden, verbindliche Gültigkeit erworben und gut kommuniziert werden. Das Leitbild wurde durch die ExpertInnen der FH Joanneum erarbeitet und am 23. Jänner 2014 im Gemeinderat für das gesamte „Haus Graz“ als wirksam beschlossen. Unter „Haus Graz“ firmieren der Magistrat und die Unternehmen der



Stadt Graz (Holding, GBG, ITG und andere). Der Entwicklungsprozess war mit viel Aufklärungsarbeit und Diskussionen verbunden, galt es doch ein gemeinsames Gesundheitsverständnis zu generieren und vorhandene Ängste und Befürchtungen gegenüber den mit dem Leitbild einhergehenden Verpflichtungen abzubauen.

Gesundheit gemeinsam gestalten

Wichtig war es dabei, nicht die Zuständigkeiten Anderer zu beschreiben oder ihnen Handlungsmaßnahmen zuzuschreiben. Ebenso wenig sollten rein verhaltensorientierte Präventionsmaßnahmen skizziert werden. Vielmehr liegt das Augenmerk auf den kommunalen Möglichkeiten und darauf, wie und in welchen Bereichen sinnvoll kooperiert werden kann.

Der Slogan „Gesundheit gemeinsam gestalten“ bringt das Leitbild auf den Punkt, beinhaltet aber auch die Anforderung, wirksame organisatorische Voraussetzun-

gen zu etablieren (Struktur), wie auch die Unterstützungsnotwendigkeiten für KooperationspartnerInnen (System) zu erarbeiten. ■

Als weitere wichtige Grundgedanken für eine gesundheitsfördernde Stadtpolitik ergeben sich:

- Einbeziehung aller Einflussfaktoren auf die Gesundheit;
- Gesundheit als Querschnittsmaterie in allen Politikbereichen;
- Nachhaltigkeit und Ressourcenschonung;
- Herstellen von Chancengleichheit;
- Beteiligung und Befähigung der Bürgerinnen und Bürger;
- Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen.

INFOS:

ulf.zeder@stadt.graz.at
0316 / 872 32 39

Die sieben Leitsätze des Gesundheitsleitbildes in Kurzfassung:

Leitsatz 1:

GESUNDHEIT FÜR ALLE

Graz orientiert sich an einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff und verfolgt in der Gesundheitspolitik das Rahmenkonzept der Weltgesundheitsorganisation „Gesundheit für alle“, welches auf die Erreichung gesundheitlicher Chancengleichheit abzielt.

Leitsatz 2:

RESSOURCENORIENTIERTE STADTPOLITIK

Graz bekennt sich zu einer gesundheitsfördernden Stadtpolitik und versteht diese als eine Investition in die Zukunft, die systematisch, koordiniert und nachhaltig umgesetzt werden soll.

Leitsatz 3:

GESUNDHEIT ALS QUERSCHNITTAUFGABE

Graz versteht Gesundheitsförderung als eine Querschnittsaufgabe, die sowohl eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der städtischen Abteilungen und Gesellschaften, als auch die Zusammenarbeit mit den gesundheitsrelevanten Akteurinnen und Akteuren, Institutionen sowie Initiativen erfordert.

Leitsatz 4:

BERÜCKSICHTIGUNG GESUNDHEITLICHER AUSWIRKUNGEN

Graz berücksichtigt in öffentlichen Planungen und Entscheidungen die Auswirkungen auf die Gesundheit.

Leitsatz 5:

GESUNDHEITLICHE VERANTWORTUNG AUF VERHALTENS- UND VERHÄLTNISEBENE

Graz schafft gesundheitsförderliche Lebenswelten durch das Zusammenwirken von politischer und individueller Verantwortung.

Leitsatz 6:

FÖRDERUNG BÜRGERLICHEN ENGAGEMENTS

Graz fördert bürgerliches Engagement bei der Gestaltung gesundheitsfördernder Vorhaben.

Leitsatz 7:

STÄRKUNG DES SOZIALEN ZUSAMMENHALTS

Graz unterstützt und fördert die Entwicklung des sozialen Zusammenlebens.

Das Gesundheitsleitbild kann auf der Website der Stadt Graz heruntergeladen werden:

www.graz.at – Suchbegriff: Gesundheitsleitbild



Betriebliches Gesundheitsmanagement im Magistrat Linz

Ziel von Stadtverwaltung und Politik ist es, Gesundheitszustand und -bewusstsein der städtischen MitarbeiterInnen zu erhalten und zu verbessern, um den Anforderungen der Arbeitswelt besser gerecht zu werden.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement umfasst Maßnahmen zur Förderung der individuellen Gesundheit und einer gesunden Organisation:

- Arbeitszufriedenheit und -motivation
- Zusammenarbeit, Betriebsklima, Verbesserung der Dienstleistungsqualität
- Erhöhung der Gesundheitsquote
- Gesundheitsbewusstsein
- demographische Entwicklungen

Ein wesentlicher Baustein für die betriebliche Gesundheitsförderung ist der Betriebsärztliche Dienst (BÄD), der seit 1948 besteht. Damit war Linz österreichweit Pionier bei Arbeitsschutz, Arbeitshygiene und betrieblicher Gesundheitsförderung.

Heute betreut der BÄD ca. 6.600 MitarbeiterInnen aus allen Berufsgruppen. Organisatorisch dem Amt Präsidium, Personal und Organisation unterstellt, arbeitet er selbständig und weisungsfrei. Wahrgenommen werden nicht nur gesetzlich vorgeschriebene Aufgaben, sondern vor allem betriebliche Erfordernisse und künftige Entwicklungen. Daten und Befunde unterliegen der Schweigepflicht. Ein Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung ist der Bedienstetenschutz auf Grundlage des Oö. Gemeindebedienstetenschutzgesetzes, weitere Maßnahmen im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung und ArbeitnehmerInnenschutz verbessern die Arbeitsbedingungen der städtischen Bediensteten.

Seit 2002 vergibt die Stadt Linz die Leistung der Sicherheitsfachkraft extern. So kann auf gesetzliche Entwicklungen rasch reagiert werden. Derzeit ist die Fa. Shebl & Partner Sicherheitsfachkraft bei der Stadt Linz. Zusätzlich sind im Bedienstetenschutz zwei Arbeitsmedizinerinnen des BÄD tätig. Gesteuert wird der Bedienstetenschutz von der Präsidialverwaltung: Eine Kommission nach § 51 Oö. GbSG unter dem Vorsitz des Präsidialdirektors arbeitet im Einvernehmen mit der Personalvertretung ständig an Weiterentwicklung und Verbesserung. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung setzt Linz zahlreiche Maßnahmen zur Fehlzeitenminimierung und Gesundheitsförderung. Seit dem Jahr 2002 gibt es für die MitarbeiterInnen von Stadt und Unternehmensgruppe Linz das betriebliche Gesundheitsförderungsprogramm AM PULS zur ganzheitlichen und nachhaltigen Sicherung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Der Arbeitskreis Gesundheit ist zen-

trales Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung in Magistrat und Unternehmensgruppe Stadt Linz.

Folgende Maßnahmen und Projekte haben sich direkt aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagement AM PULS unter Federführung des Arbeitskreises Gesundheit entwickelt oder werden von diesem zentral gesteuert:

Betriebliche Suchthilfe und Prävention

Das betriebliche Suchthilfeprogramm gilt flächendeckend unabhängig von Hierarchiestufen und umfasst alle Suchtarten (in der Praxis meist Alkohol). Für jede/n MitarbeiterIn ist eine verantwortliche Führungskraft festgelegt. Die Umsetzung des Programms ist für Führungskräfte verpflichtend. Im Zentrum des Programms steht der Contract, ein zweijähriger Vertrag zwischen MitarbeiterIn, Führungskraft, BÄD und Dienstaufsicht. Während dieser Zeit werden dienstrechtliche Maßnahmen ausgesetzt. Nach einem erfolgreich bewältigten Programm besteht kein Hindernis für die weitere Laufbahn.

4-Stufenprogramm:

Vorstufe: Erkennen und Ansprechen

Stufe 1: Konkretisieren und Handeln

Stufe 2: Therapie und Kontrolle

Stufe 3: Ergebnis und Konsequenzen



Seit Einführung des betrieblichen Suchthilfeprogramms ist eine deutliche Abnahme der Fälle mit Contractabschluss und eine Zunahme bei der Vorstufe erkennbar. Ursache für diesen Trend ist das frühzeitige Ansprechen der Thematik durch geschulte Führungskräfte und die innerbetriebliche Sensibilisierung.

Gesundheitswoche Bad Aussee

Die „Bad Aussee Gesundheitswoche“ startete 2006. Jede Dienststelle der Stadtverwaltung entsendet nach einem fixen Schlüssel MitarbeiterInnen; eine endgültige Auswahl erfolgt durch die „Bad Aussee“-Kommission.

Im Rahmen der Gesundheitswoche wählen die TeilnehmerInnen ein Programm bestehend aus Bewegung, Erholung, Lebensführung und Ernährung.

Die Kosten werden vom Dienstgeber getragen (Selbstbehalt: 70 Euro) und umfassen folgende Leistungen:

- eine Woche Sonderurlaub mit Bezügen
- Unterbringung im Gewerkschaftsheim in Bad Aussee, Halbpension
- Teilnahmemöglichkeit am gesamten Aktivprogramm
- Untersuchung im BÄD

Fehlzeitenmanagement (zentral organisiert)

Gegenüber erkrankten MitarbeiterInnen hat der Dienstgeber eine Fürsorgepflicht: er soll eruieren, ob die Erkrankung (auch) aus den Arbeitsbedingungen resultiert und diese Störfaktoren beseitigen (z.B. ergonomische Maßnahmen, Konfliktbereinigung, Einhaltung von ArbeitnehmerInnenschutzvorschriften). Die Daten sind auch für die Personalplanung wichtig. Die unmittelbare Führungskraft hat im Fehlzeitenmanagement eine tragende Rolle bei der Koordinierung der erforderlichen Maßnahmen, besonders, wenn Konflikte am Arbeitsplatz oder Teambuildingprobleme Ursache für gesundheitliche Beeinträchtigungen sind. Ab dem 10. Krankenstandstag pro Jahr ist es verpflichtend, ein Rückkehrgespräch durchzuführen.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Hier werden MitarbeiterInnen nach Langzeitausfällen reintegriert.

Dies erfolgt in einem Stufenplan:

- Wiedereingliederung am Arbeitsplatz
- Wiedereingliederung in der Dienststelle
- Wiedereingliederung an einem anderen Arbeitsplatz im Magistrat
- Bei Bedarf: Wiedereingliederung in Firmen der Unternehmensgruppe Stadt Linz

Lange Fehlzeiten haben unterschiedlichste Ursachen, es wirken mehrere Faktoren zusammen, die in den Bereichen ArbeitnehmerInnenschutz, Arbeitshygiene, Gesundheitsverständnis und -vorsorge, Veränderungen in der Arbeitswelt und im privaten und sozialen Umfeld liegen können.

Verschiedene Belastungen erhöhen den Druck und führen zu Überlastung, Überforderung, Stress, Depression oder Syndromen wie z.B. Burn-out.

Das Ziel ist

- Erhalt und Unterstützung der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit, besonders im Hinblick auf demographische Entwicklungen
- Vermeiden und Verhindern von chronischen Erkrankungen
- Reduktion und Minimieren des Risikos von Arbeitsunfällen
- Sicherung der Langzeitarbeitsfähigkeit.

Arbeitspsychologische Beratung im Betriebsärztlichen Dienst

Zwei Tage im Monat bietet ein ausgebildeter Psychologe ein vertrauliches Gespräch zur Burn-out-Prävention. Die Kosten trägt der Dienstgeber.

Work-Life-Balance: Coaching im BÄD

- persönlicher Maßnahmenkatalog für MitarbeiterInnen im Bereich Arbeits- und psychosoziales Umfeld sowie individuelle Gesundheit (Clearing);
- Input für Dienstgeber und Führungskräfte, welche Maßnahmen am Arbeitsplatz gesundheitsfördernd sind;
- Unterstützung der Führungskräfte durch energiesparende Führungsarbeit;
- betrieblicher Gewinn: Erhalt der Arbeitsfähigkeit.

Fairness am Arbeitsplatz

2002 wurde „Fairness am Arbeitsplatz“ flächendeckend und unabhängig von Hierarchiestufen installiert. Die Anlaufstelle Fairness arbeitet vertraulich, erst nach Zustimmung wird bei schweren Konflikten, Mobbing, Diskriminierung oder sexueller Belästigung mit den Konfliktparteien verhandelt.

Gesundheitsförderprogramm für Lehrlinge

Das Gesundheitsförderungsprogramm für Lehrlinge beinhaltet Sicherheitstraining, Suchtprävention, Seminare zu Ernährung und Bewegung sowie eine Rückenschule.

Altersteilzeit

Bei Zustimmung der Dienststellenleitung und Erfüllung der gesetzlichen Rahmenbedingungen können Magistratsbedienstete Altersteilzeit in Anspruch nehmen.

„Treff – Plus“ Bewegungsraum

Der „Fitnessraum“ für MitarbeiterInnen.

Gesundheitsbericht

Der Gesundheitsbericht der Stadt Linz wurde erstmals 2010 erstellt.

Er beinhaltet Daten über Aktivitäten, Projekte und Maßnahmen. Erfolge werden messbar und vergleichbar. Es entsteht ein effizientes Steuerungs- und Kontrollinstrument, das auch Auskunft über den Gesundheitszustand der MitarbeiterInnen gibt. Ziel ist es, Unternehmens- oder Arbeitsbereiche mit besonderen gesundheitlichen Problemen zu erkennen und Maßnahmen zu entwickeln.

FAZIT

Die betriebliche Gesundheitsförderung hat „gesunde MitarbeiterInnen in einem gesunden Unternehmen“ zum Ziel. Im Zentrum steht die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen in technischer, arbeitsmedizinischer, organisatorischer, kommunikativer und personeller Sicht.

Gesundheitsförderung muss ganzheitlich und dauerhaft in den betrieblichen Alltag integriert werden. Sie stellt den Anspruch auf ständige Weiterentwicklung entsprechend den betrieblichen Entwicklungen und Erfordernissen. ■

Vizebürgermeister Christoph Kaufmann inmitten der Pflegepaare und ihren PflegeschülerInnen.



Fotos: Stadt Innsbruck / AZW

INNOVATIVES PROJEKT:

Urlaub und Mikroschulungen als Burn-out-Prävention

Erholung für pflegende Innsbrucker BürgerInnen und deren pflegebedürftige Angehörige in den Häusern der Stadt Innsbruck in Westendorf.

Autonom und oftmals im Verborgenen

In der Stadt Innsbruck gibt es eine Vielzahl an Personen, die auf eigenen Wunsch zu Hause einen Angehörigen oder eine Angehörige pflegen und nur selten institutionelle oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Aufgrund der Autonomie ist die Gefahr groß, dass diese Gruppe in Vergessenheit gerät. Deshalb ist es der Stadt Innsbruck ein besonderes Anliegen, diesen Innsbruckerinnen und Innsbruckern einen kostenlosen Erholungsurlaub zu ermöglichen. Als Auszeit aus dem fordernden Alltag und als Burn-out-Prävention sollen diese Tage dazu beitragen, die anspruchsvolle Lebensaufgabe wieder gut zu meistern.

Innovatives Kooperationsprojekt

In Kooperation mit dem Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK (AZW) und in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Gesundheit (fhg) wurde 2013 dazu ein einzigartiges Projekt konzipiert und erstmals realisiert, das Erholung und Prävention in einem gemeinsamen Urlaub verbindet:

Auszeit aus dem fordernden Alltag

Jedem Pflegepaar steht von der Abreise bis zur Rückkehr ein/e SchülerIn des Ausbildungszentrums West für Gesundheitsberufe zur Seite. So können in diesen Urlaubstagen Ausflüge und sonstige Aktivitäten unternommen oder aber auch einfach eine Auszeit in idyllischer Umgebung ge-

nommen werden – je nach Vorliebe gemeinsam oder aber auch beruhigt alleine, da für die professionelle und optimale Betreuung des/der zu pflegenden Angehörigen gesorgt ist. Mehrere Lehrpersonen (diplomierte Pflegekräfte) begleiten gemeinsam mit den Pflegeschülerinnen und -schülern die Paare durch die fünf Tage.

Tipps & Tricks

Zusätzlich zum Freizeitprogramm werden Mikroschulungen zu den verschiedensten Themen für die pflegenden Angehörigen angeboten, um sie noch besser für ihre ambitionierte Aufgabe zu rüsten. Mit vielen, oftmals kleinen, aber effizienten Tipps können die pflegenden Angehörigen für ihre fordernde Aufgabe besser gerüstet werden.



Intensiver Austausch zwischen Jung und Alt.

Premiere 2013

Vom 27. bis 31. Mai 2013 verbrachten zehn Innsbrucker Pflegepaare einen kostenlosen Erholungsurlaub in den Häusern der Stadt Innsbruck in Westendorf. Gemeinsam mit PflegeschülerInnen des AZW wurden nicht nur zahlreiche Ausflüge in die idyllische Umgebung unternommen, sondern auch Mikro-Schulungen ganz nach den Bedürfnissen der Pflegepaare durchgeführt. Ein ganz besonderes Erlebnis für die Damen und Herren war auch der Ausflug zu Rosi Schipflinger in die Sonnbergstube, den der Projektleiter Markus Moosbrugger als Überraschung organisiert hatte.

Bei einem Besuch konnte sich der ressortzuständige Vizebürgermeister Christoph Kaufmann persönlich davon überzeugen, wie wertvoll und zielgerichtet dieses Projekt der Stadt Innsbruck ist: „Ich konnte erleben, wie sehr die Pflegepaare ihren Aufenthalt hier in unseren Häusern genießen und mit welchem Engagement die Schülerinnen und Schüler ihnen zur Seite stehen und die Tage abwechslungsreich gestalten. Diese Initiative, die meines Wissens einzigartig ist, übertrifft unser aller Erwartungen. Ich freue mich, gemeinsam mit dem Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe (AZW), schon jetzt

eine Neuauflage für 2014 ankündigen zu dürfen.“ Markus Moosbrugger, stellvertretender Fachbereichsdirektor „Pflege“ am AZW und Projektleiter, zeigte sich ebenfalls begeistert: „Alle Beteiligten – Pflegepaare wie Schülerinnen und Schüler – nehmen aus diesen Tagen so viel Positives mit, das sie noch lange begleiten wird.“

Neuauflage 2014

Vom 26. bis 30. Mai 2014 lädt die Stadt Innsbruck wieder Innsbrucker Pflege-

paare zu einem kostenlosen Erholungsurlaub in Westendorf ein. Durch die neuerliche Kooperation mit dem Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe können die idealen Rahmenbedingungen für eine unbeschwerter Auszeit geschaffen werden. ■

ANMELDUNGEN:

Referat „Frauen, Familien und SeniorInnen“, Tel.: 5360 / 4204.



So lässt sich die Auszeit unbeschwert genießen!

Zehn Ziele für ein gesundes Wels

Analog zu den Rahmengesundheitszielen des Bundes und des Landes Oberösterreich hat auch die Stadt Wels zehn Gesundheitsziele formuliert.

Diese wurden Mitte 2012 vom Gemeinderat einstimmig beschlossen. Gemeinsam mit starken Partnern (Institut für Gesundheitsplanung, Land Oberösterreich, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Oberösterreichische Ärztekammer) und in Kooperation mit der Landeshauptstadt Linz arbeitet die Stadt Wels konsequent an der Umsetzung. Nachstehend ein Überblick über die einzelnen Ziele.

1. Wohlbefinden in der Schule erhöhen

Schule ist ein wichtiger Ort nicht nur für Bildung, sondern auch zur Förderung gesundheitlicher Ressourcen. Das Gütesiegel „Gesunde Schule“ als gemeinsame Initiative von Landesschulrat, Land, Institut für Gesundheitsplanung und Gebietskrankenkasse ist ein nach außen sichtbares Zeichen für qualitätsgesicherte schulische Gesundheitsförderung. In Wels gibt es zur Zeit zwei Gütesiegelschulen. Ziel ist es, weitere Schulen zur Teilnahme zu motivieren.

2. Arbeitsplätze gesünder gestalten

Die Arbeitswelt hat großen Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Einige Welser Betriebe befinden sich bereits im Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) oder sind auch schon ausgezeichnete Gütesiegel-Betriebe (z.B. Reform-Werke oder Sabtours).

Ziel ist, die Anzahl der Betriebe, die BGF umsetzen, zu erhöhen. Dies geschieht durch gezielte Information wie etwa bei einem gemeinsamen Gesundheitstalk von Stadt, Wirtschaftskammer und Gebietskrankenkasse.

3. Ernährung für Kleinkinder und Säuglinge verbessern

Die Ernährungssituation in den ersten Lebensjahren wirkt sich auf die Gesundheit des gesamten späteren Lebens aus. Die Zentralküche Wimpassing, die alle städtischen Kindergärten beliefert, ist mit dem Gütesiegel „Gesunde Küche“ ausgezeichnet. Ebenso die Küche des Kinder-

gartens der Stadtpfarre Wels und die Küche des Klinikums Wels-Grieskirchen, die den Großteil der privaten Kindergärten beliefert. Im Rahmen des Projektes „Von Anfang an“ der OÖGKK gibt es zudem Ernährungsworkshops für Schwangere und Beikostworkshops für junge Eltern.

4. Zahngesundheit der Kinder verbessern

Zahngesundheitsförderung im Kindesalter ist die Grundvoraussetzung für lebenslang gesunde Zähne. Es ist von großer Wichtigkeit, bereits in der frühen Kindheit mit der Zahngesundheitsförderung anzufangen. Diese ist neben den Themen Ernährung und Bewegung ein wichtiger Bildungsbereich des Netzwerks Gesunder Kindergarten des Landes Oberösterreich. Seit dem laufenden Kindergartenjahr nehmen derzeit fünf Welser Kindergärten teil, weitere folgen nach der Pilotprojektphase.

5. Bewegung im Jugendalter erhöhen

Körperliche Aktivität in Alltag und Freizeit hat großen Einfluss auf körperliche und psychische Gesundheit. Im Bereich



Fotos: Stadt Wels



dieses Zieles wurde eine Konzeptionsgruppe zum Thema Bewegung eingerichtet. In dieser entwickelten VertreterInnen der Städte Wels und Linz, des Landes, der Pädagogischen Hochschule, der Gebietskrankenkasse sowie des Instituts für Gesundheitsplanung Strategien und Maßnahmenvorschläge bzw. Handlungsempfehlungen, um die Bewegung im Jugendalter zu erhöhen.

6. & 7. Maßnahmen zur Suchtprävention weiterhin umsetzen und Tabakkonsum bei Jugendlichen reduzieren

Projekte wie „MammaMia“ (Mütter im Gespräch) und der Präventionspreis der Stadt Wels sind in Wels zu Dauereinrichtungen geworden. Der Präventionspreis 2014 steht heuer unter dem Motto „Text it - Kreatives Schreiben“. Dabei sollen Welser Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren zu vorgegebenen Themen eigenständig, jedoch mit professioneller Unterstützung, ein Gedicht, einen Rap oder eine Kurzgeschichte verfassen. Im Bereich der Tabakprävention ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig. Hier wird in Zukunft wieder eng mit verschiedensten Institutionen kooperiert.

8. Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken

Um mit den Herausforderungen des täglichen Lebens umgehen zu können, sind die dafür nötigen Ressourcen bereits im Jugendlichenalter aufzubauen. Die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit bedarf einer multiprofessionellen Strategie. Hier ist die Installation einer Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der im Bündnis für psychische Gesundheit vertretenen Organisationen vorgesehen.

9. Ältere Menschen aktiv einbeziehen

Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung, verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Auch hier soll eine Arbeitsgruppe, die multiprofessionell besetzt ist, an Konzepten zur aktiven Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben arbeiten.

10. Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen

Viele verschiedene gesellschaftspolitische Bereiche tragen zur Gesundheit bei. Die Zusammenarbeit im Sinne der Gesundheit soll in diesem Sinne verbessert werden.

Schwerpunkt Vorsorgeuntersuchung

Um noch mehr Welserinnen und Welser zu einer Vorsorgeuntersuchung zu motivieren, hat das Gesundheitsziele-Projektteam ein attraktives Gewinnspiel ins Leben gerufen. Wer sich bei einem/einer teilnehmenden praktischen Welser Arzt/Ärztin zur Vorsorgeuntersuchung entschließt, erhält beim Abschlussgespräch neben einem Anti-Stress-Ball einen Informationsfolder. Dieser enthält neben zehn Tipps für ein gesünderes Leben auch die Teilnahmeberechtigung zum Gewinnspiel. Hauptpreis ist ein von der Wels Strom GmbH gesponsertes Elektrofahrrad.

Bus als fahrender Werbebotschafter

Übrigens: Um die Gesundheitsziele möglichst vielen Welserinnen und Welsern näherzubringen, ist seit Herbst 2013 ein Bus der Linie Wels als „fahrender Werbebotschafter“ unterwegs.

Wie schon beim ausgelaufenen Projekt „Wir setzen Zeichen – Suchtvorbeugung in der Stadt Wels“ soll das Fahrzeug die Botschaften der Gesundheitsziele quasi in voller Fahrt unter die Welserinnen und Welser bringen. ■

NETZWERK NACHBAR:

Miteinander statt Nebeneinander

Die Stadt Tulln ist ein attraktives Pflaster – die Menschen schätzen die hohe Lebens- und Freizeitqualität. Damit durch das Bevölkerungswachstum Tullns die Anonymität nicht zunimmt, unterstützt die Stadtgemeinde Tulln mit der einzigartigen und ausgezeichneten Initiative „Netzwerk Nachbar“ das Miteinander in der Stadt – und wirkt damit dem Krankheitspotenzial rund um Isolation und Einsamkeit entgegen.

Doris Weisel, Gesundes Tulln, und Mag.^a Julia Schwanzer, Öffentlichkeitsarbeit & Bürgerinformation, Stadtamt Tulln

Das Wachstum einer Stadt zeigt, dass sie eine einmalige Lebensqualität für ihre BürgerInnen bietet – es hat aber auch soziologische Auswirkungen: Je größer eine Stadt wird, desto größer wird die Gefahr des anonymen „Nebeneinander-Lebens“. Diese Entwicklung führt oft zu Isolation und Einsamkeit, was wiederum ein Krankheitspotential in sich birgt: Das Risiko für psychische Störungen, Krebs oder durch Immunschwäche hervorgerufene Krankheiten steigt. Vor allem ältere Menschen laufen Gefahr, den Anschluss an ihr gesellschaftliches Umfeld zu verlieren. Regelmäßige soziale Kontakte steigern hingegen die Lebensqualität enorm. Studien belegen, dass Menschen mit einem guten Netzwerk stabiler Freundschaften meist körperlich gesünder und seelisch stabiler sind.

Das Konzept: BürgerInnen für BürgerInnen

Die Idee zu „Netzwerk Nachbar“ wurde im Jahr 2011 von Tullns Bürgermeister Mag. Peter Eisenschenk geboren. Das Prinzip ist einfach: Mittels eines kurzen Anmeldeformulars können BürgerInnen ihre Ideen zur Förderung der Gemeinschaft in ihrer Nachbarschaft einreichen. Mitarbeiter der Stadtgemeinde Tulln helfen den OrganisatorInnen daraufhin bei offenen Fragen und bieten vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten an – von der Übernahme von Raummieten bei Veranstaltungen über Werbemaßnahmen bis zum kostenlosen Verleih von Heurigen garnituren und Partyzelten bei Grätzelfesten. Außerdem wird für jedes Projekt eine Kostenerstattung von 100 Euro angeboten. „Zwischen einer Idee und der tat-

sächlichen Umsetzung eines Nachbarschaftsprojektes steht man oft vor vielen Fragen. Mit der Initiative „Netzwerk Nachbar“ unterstützen wir die BürgerInnen bei diesem Schritt“, so Bürgermeister und Initiator Mag. Peter Eisenschenk.

Erfolgsgeschichte: Über 5.000 TeilnehmerInnen und zwei Prämierungen

Jährliche Grätzelfeste, monatliche Baby-Treffs, Senioren-Spielnachmittage oder -Tanzrunden – an „Netzwerk Nachbar“-Projekten wie diesen haben seit Frühjahr 2011 insgesamt über 5.200 BürgerInnen teilgenommen – mit durchwegs positiven Rückmeldungen: „Grätzelfeste bringen die Nachbarschaft näher zusammen.

Mit Unterstützung der Initiative „Netzwerk Nachbar“ konnten wir unser Fest bereits zum wiederholten Mal toll umsetzen“, ist beispielsweise Manfred Girschik, einer der vielen Organisatoren, begeistert. Und nicht nur das spricht für die Akzeptanz und den großen Erfolg der Initiative: „Netzwerk Nachbar“ wurde bereits mit dem NÖ Vorsorgepreis ausgezeichnet und war unter den Finalisten des Projektwettbewerbs der „NÖ Dorf- und Stadterneuerung“. ■



Spielen und gemütlich plaudern: Das Spiele-Kaffee 60+ war ursprünglich einmal monatlich geplant, mittlerweile findet es sogar alle zwei Wochen statt.



Gute Laune beim geselligen Beisammensein in der Nachbarschaft – das bieten die allseits beliebten Netzwerk Nachbar-Grätzelfeste.



Die Eltern-Kind-Runde bietet einmal pro Woche gemeinsames Spiel sowie Rat und Austausch.

GESUNDHEIT BRAUCHT EIN STARKES NETZWERK:

Public Health

Städte bieten gute Voraussetzungen für eine effektive Gesundheitsvorsorge, denn Gesundheitsförderung kann nicht alleine von den herkömmlichen Gesundheitseinrichtungen wie z.B. den Krankenkassen geleistet werden.

Mag.^a Martina Eigelsreiter, Leiterin des Büros für Diversität der Stadt St. Pölten

Die Kommune, das Lebensumfeld der Bürgerinnen und Bürger, ist ein geeigneter Ort für die Förderung und den Erhalt der Gesundheit – das belegen die Erfahrungen der letzten Jahre. In Städten organisieren die Menschen ihr Leben sowie die Qualität des Zusammenlebens. Ihnen steht dafür ein beträchtlicher Gestaltungsspielraum zur Verfügung. Bei der Umsetzung der Zielvorstellungen können eine Reihe von Institutionen, Fachleuten und engagierten Bürgerinnen und Bürgern unterstützen. Dafür braucht es aber gut funktionierende Kooperations- und Koordinierungsstrukturen.

Moderne Gesundheitsprävention bezieht sich auf aktuelle bevölkerungsbezogene Fakten und nicht auf oberflächliche Daten, die ohne größeren Aufwand verfügbar sind. Wesentlich ist daher, anhand der Fakten zu entscheiden, welches Problem gesundheitspolitisch vorrangig behandelt werden muss und die Aktivitäten sowie die Berichterstattung danach auszurichten. Aktive Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge sind wesentliche Zukunftsthemen der Stadt St. Pölten: verschiedene Projekte und Maßnahmen sollen dazu beitragen, die St. Pöltner Bevölkerung in Gesundheitsfragen zu unterstützen. Genau das bezweckt auch die Aktion „FrauenHerz“: Die St. Pöltner Bevölkerung soll über Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Vorbeugung informiert sowie zur aktiven Vorsorge motiviert werden.

Aktion „FrauenHerz“

Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen zu den häufigsten Todesursachen bei Frauen in Österreich. Jedoch ist viel Aufklärungsarbeit notwendig: Nach wie vor wissen le-



Die groß angelegte Umfrage „Aktion FrauenHerz“ bietet die Möglichkeit, sich über das persönliche Herzrisiko zu informieren.

diglich nur rund 25 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Todesursache Nummer eins unter den Frauen sind. Herz-Kreislauf-Erkrankungen bieten allerdings auch sehr gutes Vorsorgepotential – durch entsprechendes Verhalten und Ausrichtung des Lebensstils kann der Krankheit entgegengewirkt werden. Genau das bezweckt die Aktion „FrauenHerz“ – eine Initiative des Österreichischen Herzfonds (der sich seit Jahren in all seinen Aktivitäten der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verpflichtet fühlt) in Zusammenarbeit mit dem Büro für Diversität der Stadt St. Pölten: Ziel des Gesundheitsprojekts und Vorsorgeprogramms „FrauenHerz“ ist, den Gesundheitszustand der weiblichen Bevölkerung zu erheben, die Frauen über ihr persönliches Herzrisiko zu informieren und Vorsorgeaktivitäten anzubieten, um den Lebensstil positiv zu beeinflussen.

Risiko: Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Im Juli 2013 erhielten alle in St. Pölten wohnhaften Frauen im Alter von 20 bis 65 Jahren einen Fragebogen zu den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Jeder ausgefüllte Fragebogen wurde individuell ausgewertet und jede Einsenderin erhielt auf dem Postweg ein persönliches Herzrisiko-Profil zugeschickt. Die Gesamtauswertung der erhobenen Daten erfolgte anonym und unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen.

1.200 St. Pöltnerinnen haben an der Fragebogen-Aktion teilgenommen; die Ergebnisse sprechen eine deutliche Sprache:

- 49% der Frauen fühlen sich angespannt und gestresst;
- 41% machen zu wenig Bewegung;
- 40% haben einen erhöhten Cholesterinspiegel;
- 38% sind leicht bis stark übergewichtig.

Entsprechend den Ergebnissen der Fragebogenaktion wurden nun konkrete Angebote zur Förderung der Herzgesundheit in St. Pölten erstellt. Alle Frauen, die an der Erhebung teilgenommen haben, werden persönlich eingeladen, sowohl bei einem umfangreichen Bewegungsprogramm als auch bei Aktivitäten zu den Schwerpunkten Ernährung, Bluthochdruck, Cholesterin, Diabetes, Übergewicht und Entspannung mitzumachen und aktiv zu werden – ihrem eigenen Herzen zuliebe. Am Ende des Projekts im Jänner 2015 wird ein zweiter Fragebogen an die Teilnehmerinnen ausgeschickt. Die Ergebnisse der Auswertung machen die Veränderungen messbar und erlauben einen Vergleich. ■

KNITTelfELD:

Mitarbeitergesundheit



Die Stadtgemeinde Knittelfeld bildet mit einem Gesundheitstag den Auftakt zu einem groß angelegten Präventionsprojekt.

Im Rahmen des Leitprojektes „Was die Seele stark macht - Psychosoziale Gesundheit in der Stadtgemeinde Knittelfeld“ fand der offizielle Start für ein groß angelegtes MitarbeiterInnen-Gesundheitsprojekt für die Knittelfelder Gemeindebediensteten im Rathaus statt. 210 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatten die Möglichkeit, während der Arbeitszeit gesundheitspräventionsfördernde Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Es ist auf Gemeindeebene in der Steiermark das erste Projekt dieser Art.

Die Idee

Die Anforderungen im Berufsalltag werden immer größer: Leistungsdruck, körperliche Belastung und Mehrarbeit lassen Stress und Beschwerden aufkommen. Nicht nur in der Privatwirtschaft, sondern auch bei Bediensteten im öffentlichen Bereich. Die Stadtgemeinde mit dem Forum Gesunde Stadt hat sich dazu entschlossen, für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

ein Gesundheitsprojekt für Körper, Geist und Seele ins Leben zu rufen. Bürgermeister Siegfried Schafarik unterstützt die Initiative. Das Angebot ist vielfältig und ist für alle Bediensteten kostenlos.

Das Projekt

Eingeleitet wurde das Projekt mit einer Bestimmung der IST-Situation. In Form einer anonymen Befragung zum Thema „Zufriedenheit am Arbeitsplatz“ sind unter anderem die Arbeitsbedingungen, der Aufgabenbereich, die Stress- und Belastungsfaktoren sowie körperliche Beschwerden erhoben worden. Jaro Lakovscek erstellte den Fragebogen, wertete die Ergebnisse aus und präsentierte sie beim Gesundheitstag. Neben Vorträgen bot die Gesundheitsstraße Blutdruckmessung, Blutzuckerbestimmung, Körperfettmessung und Ernährungsberatung. Präsentiert wurden Angebote für den gesunden Rücken und Übungen für schmerzfreie Gelenke. Weiters gab es Chairmas-



Auf Wunsch der MitarbeiterInnen gibt es Bogenschießen am Städtischen Bauhof.

sage zum Probieren, Yoga, Klangmassage und Povernapping für Entspannung, Bogenschießen für die Konzentration, Aqua-Cycling, Aqua-Fitness und Aqua-Jogging für den Spaß an der Bewegung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatten die Möglichkeit, die Gesundheits- und Entspannungsangebote zu testen und sich ein individuelles Programm zusammenzustellen. Innerhalb eines Jahres können sie dann die Angebote während der Arbeitszeit nutzen.

Das Ziel

Im Rahmen der österreichischen Netzwerktagung für Gesunde Städte, die von 20. bis 22. März 2013 in Knittelfeld stattfand, wurde das Projekt präsentiert und die bis dahin gewonnene Erfahrung eingebracht. Ziel war es, dass sich die Bediensteten körperlich und psychisch wohler fühlen, dass sie mit Stresssituationen besser umgehen können und sie die Anforderungen des Berufsalltages leichter meistern. Zudem soll das Gesundheitsbewusstsein gestärkt werden. Die Stadtgemeinde will mit dem Pilotprojekt auch Vorreiterin für andere Organisationen oder Institutionen sein. Interessenten gibt es schon. ■



Fotos: Stadtgemeinde Knittelfeld

BREGENZ:

Gesundheits-Check für Bedienstete „rundum gesund“

Sebastian Kneipp war zwar kein Schulmediziner, recht hatte er aber trotzdem, als er Mitte des 19. Jahrhunderts meinte, wer nichts für seine Gesundheit tue, müsse früher oder später sehr viel Zeit für seine Krankheit opfern.

Dr. Thomas Baumann, Amt der Landeshauptstadt Bregenz

Vor diesem Hintergrund veranstaltete die Landeshauptstadt Bregenz im Vorjahr für ihre Belegschaft einen „Gesundheitstag“, an dem alle Interessierten freiwillig und kostenlos teilnehmen konnten.

Kapital „Gesundheit“

Es ist keineswegs selbstverständlich, dass jemand Ersparnis auf der Bank liegen hat. Genauso wenig selbstverständlich ist die eigene Gesundheit. Auch sie ist ein Kapital, das verwaltet werden muss, denn körperliches und seelisches Wohlbefinden ist der wichtigste Gradmesser für eine hohe Lebensqualität – in der Freizeit und am Arbeitsplatz.

Das gilt natürlich auch für den öffentlichen Dienst. Gesunde MitarbeiterInnen erbringen bessere Leistungen für die BürgerInnen, machen seltener und weniger schwere Fehler, sind Stresssituationen eher gewachsen und konsumieren natürlich weniger Krankenstandstage. Das hilft Steuergeld sparen.

Wer fördert, stiftet Nutzen

Die meisten Fehlzeiten des Personals entstehen durch Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, chronische Stoffwechselerkrankungen, Alkohol-, Nikotin- oder Medikamentensucht, Infektionskrankheiten, Übergewicht und Bewegungsmangel, die natürlich allesamt mit entsprechenden Beschwerden verbunden sind. Ein nachhaltiger Lebensstil entsteht demgegenüber nur durch Information und Motivation und einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsangeboten. Wer solche Schritte fördert, nutzt und hilft sich selbst und anderen.



Beigestellt

„Gesundheitsstraße“

Für Stadtbedienstete in Bregenz gibt es schon seit Längerem Gesundheitsangebote wie zum Beispiel eine „Rückenschule“, Supervision, etc. 2013 richtete die Stadt als Dienstgeberin darüber hinaus auch eine freiwillige und kostenlose „Gesundheitsstraße“ für alle MitarbeiterInnen ein. Bestens organisiert von Stadtarzt Dr. Michael Stockreiter und seinem Team sowie in Zusammenarbeit mit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), mit ÄrztInnen und sonstigen ExpertInnen wurden in erster Linie Beratungen, aber auch Tests (Lungenfunktion, Sehen, Hören, etc.) angeboten. Mit dabei waren ein Facharzt für Orthopädie sowie einer für Augenheilkunde und Optometrie, eine Fachärztin für Hautkrankheiten, zwei Allgemeinmediziner mit kleinem Labor, eine Diätologin und Ernährungsberaterin, eine Hörtesterin und – last but not least – eine Qi-Gong-Lehrerin. Das Rote Kreuz rief Erste-Hilfe-Maßnahmen in Erinnerung und demonstrierte die richtige Anwendung eines Defibrillators.

Tolle Resonanz

Alles in allem stieß der „Gesundheitstag“ auf große Resonanz bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Insgesamt wurden über 220 Untersuchungen und Beratun-

„Gesundheitsvorsorge steigert die Zufriedenheit, verhindert Leid und spart Geld. Wichtig für den Menschen ist auch eine vernünftige Work-Life-Balance.“

Dr. Michael Stockreiter, Stadtarzt

gen durchgeführt. Bei positiven Krankheitsbefunden wurde den Betroffenen empfohlen, zwecks weiterer Abklärung und Therapie mit der Haus- oder Fachärzteschaft Kontakt aufzunehmen.

Verbesserungen angeregt

Die rund 500 Bediensteten der Stadt gehen höchst unterschiedlichen Tätigkeiten nach, von der Büro- bis zur Waldarbeit. Empfehlungen für weitere Verbesserungen betreffen daher auch naturgemäß verschiedene Bereiche: Maßnahmen gegen zu langes gleichmäßiges Sitzen ebenso wie die Verwendung von Hilfsmitteln beim Heben und Tragen oder von Schutzausrüstung (Brillen, Gehörschutz, Handschuhe, Sicherheitsschuhe, etc.). Auch die Frage psychischer Belastungen am Arbeitsplatz – Stichwort Burn-out – wird nicht ausgeklammert.

Betriebliche Gesundheitsförderung

2014 arbeitet die Stadt an einem besonderen Projekt zur „Betrieblichen Gesundheitsförderung“. Dabei wurde – sozusagen als erster Schritt – Ende Februar ein repräsentativer Querschnitt der Belegschaft zu einem bereichsübergreifenden Brainstorming geladen. Mittelfristiges Ziel ist die Erstellung eines nachhaltigen Konzeptes für die nächsten drei Jahre. ■

SOZIALE DIENSTLEISTUNGEN:

Den Erfolg messbar machen

Mit diesem wichtigen Aspekt beschäftigte sich ein vom Österreichischen Städtebund initiiertes und vom KDZ-Zentrum für Verwaltungsforschung betreutes Projekt mit dem Titel „Sozialindikatoren für Österreichs Städte“.

DIⁿ Nikola Hochholdinger, Mag. Philip Parzer, MSc

Die Ergebnisse liegen nun in Form eines Leitfadens vor, in dem – neben einer Bestandsaufnahme zur Sozialplanungspraxis in Österreichs Städten, einem Managementmodell zur Planung und Steuerung sozialer Angebote – gemeinsam mit ExpertInnen der Sozialplanung aus Österreichs Städten ein mehrdimensionales Indikatoren-Set zur Messung des Erfolgs („Social Value“) von sozialen Dienstleistungen entwickelt wurde.

Zielsetzung und Nutzen

Vorrangiges Ziel in der Entwicklung des Indikatorensets zur kommunalen Sozialplanung war es, einen pragmatischen und in der Praxis rasch umsetzbaren Zugang zur Messung des Erfolgs und des „Social Value“ von sozialen Angeboten zu entwickeln. Unter „Social Value“ verstehen wir die Generierung gesellschaftlichen Mehrwerts, der mit der Erbringung sozialer Dienstleistungen verknüpft ist. Dieser Mehrwert umfasst den konkreten Nutzen der kommunalen Sozialarbeit für die Klientinnen und Klienten bzw. Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger sowie weitere relevante Interessengruppen (z.B. Bürgerinnen und Bürger, Politik, Wirtschaft, usw.). Dabei stehen die erzielten Wirkungen, der durch öffentliche Mittel finanzierten kommunalen Sozialleistungen, für die Menschen wie auch für die Gesellschaft im Mittelpunkt.

Das nun vorliegende Indikatorenmodell stellt eine Möglichkeit dar, um eine Bestandsaufnahme zur Leistungsfähigkeit und Wirkung sozialer Dienstleistungen durchzuführen, als auch eine Standortbestimmung im interkommunalen Vergleich zu bewerkstelligen. Somit kann es als begleitendes Instrument im Rahmen der Angebots- und Bedarfsplanung, des Controllings und der Optimierung von

Treffsicherheit und Effizienz sozialer Dienstleistungen eingesetzt werden.

Indikatorenkatalog und Managementmodell

Der Indikatorenkatalog gliedert sich in ein Schlüsselindikatorenset mit insgesamt 24 Indikatoren und ein Gesamtindikatorenmodell „Soziale Stadt“ mit insgesamt 119 Indikatoren. Diese sind dabei anhand der politischen Handlungsfelder „Arbeiten“, „Wohnen“, „SeniorInnenbetreuung und Pflege“, „Behindertenhilfe“, „Jugend und Jugendwohlfahrt“ und „Soziale Inklusion“ untergliedert. Die soziodemographischen Basisdaten bieten dabei einen wichtigen Referenzpunkt zu gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen. Eine Prämisse in der Entwicklung des Indikatorenmodells war, neben der hohen Steuerungsrelevanz, auch die Verfügbarkeit der für die Berechnung der Indikatoren notwendigen Grunddaten. Somit sind rund 80 Prozent aller Indikatoren statistisch erfassbar während nur rund 20 Prozent über regionalisierte Sonderauswertungen oder Modellrechnungen und städtische Erhebungen zugänglich sind. Idealerweise wird das Indikatorenmodell in einen strategischen Sozialplanungsprozess integriert, der die folgenden Handlungsebenen umfasst:

- Politischer Auftrag / Leitlinien formulieren – Wohin geht es?
- Ziele setzen – Welche Ergebnisse und Wirkungen sollen erzielt werden?
- Produkt- und Ressourcenplanung durchführen – In welchen Strukturen sollen die Leistungen erbracht werden?
- Leistungserbringung sicherstellen – Was ist konkret von wem zu tun?
- Social Value bestimmen und evaluieren – Welche Ergebnisse und Wirkungen wurden mit den umgesetzten

Programmen, Leistungen und Maßnahmen erreicht?

Durch diesen gesamtstrategischen Zugang werden die notwendigen Grundlagen geschaffen, um den kommunalen Sozialplanungsprozess zu professionalisieren und somit einen wichtigen Beitrag zur stetigen Verbesserung des Kundinnen- und Kundennutzens unter effizientem Mitteleinsatz sicherzustellen.

AUSBLICK

Mit dem Indikatorenmodell kann die wichtige Wirkungsdiskussion auf politischer Ebene angestoßen sowie die Treffsicherheit und Effizienz sozialer Dienstleistungen weiter verbessert werden. Aktuell wird der Indikatorenkatalog schon von einigen Städten befüllt und erste Möglichkeiten für einen interkommunalen Vergleich werden ausgelotet.

Indikator	Indikatorbeschreibung	Indikatorwert	Indikatorbewertung
1.1.1.1	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.2	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.3	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.4	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.5	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.6	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.7	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.8	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.9	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.10	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.11	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.12	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.13	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.14	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.15	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.16	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.17	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.18	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.19	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.20	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.21	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.22	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.23	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.24	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.25	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.26	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.27	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.28	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.29	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.30	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.31	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.32	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.33	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.34	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.35	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.36	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.37	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.38	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.39	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.40	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.41	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.42	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.43	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.44	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.45	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.46	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.47	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.48	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.49	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.50	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.51	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.52	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.53	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.54	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.55	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.56	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.57	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.58	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.59	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.60	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.61	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.62	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.63	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.64	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.65	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.66	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.67	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.68	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.69	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.70	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.71	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.72	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.73	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.74	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.75	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.76	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.77	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.78	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.79	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.80	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.81	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.82	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.83	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.84	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.85	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.86	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.87	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.88	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.89	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.90	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.91	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.92	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.93	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.94	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.95	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.96	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.97	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.98	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.99	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut
1.1.1.100	Anteil der Bevölkerung, die in der Stadt wohnt	100%	Sehr gut

HILFE BEI STARKEM ÜBERGEWICHT:

„rundum gesund“

Das Projekt „rundum gesund“ wird vom Institut für Frauen- und Männergesundheit in Kooperation mit der Wiener Gebietskrankenkasse umgesetzt. Hier werden mehrsprachige Kurse zur Gesundheitsförderung für Frauen, Männer und türkische Familien mit Adipositas angeboten.

Mag. Paul Brugger, Institut für Frauen- und Männergesundheit

Das Projekt umfasst neben den kostenlosen Kursprogrammen auch eine Vernetzung aller wesentlichen Berufsgruppen, der Politik sowie von Betroffenen als „Wiener Forum Übergewicht und Adipositas“.

Die Kurse

Die Kurse werden von PsychologInnen und PsychotherapeutInnen in enger Zusammenarbeit mit MedizinerInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen und BewegungstrainerInnen geleitet. Die Kurse orientieren sich an den Qualitätskriterien für Adipositas-Programme und umfassen die Bereiche Ernährung, Bewegung sowie psychosoziale Aspekte des Lebensstils. Ziel ist es hier vor allem sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen anzusprechen und zu erreichen.

Für deutschsprachige Frauen und Männer sowie türkischsprachige Familien werden jeweils 8-monatige Kurse zur Umstellung des Lebensstils und langfristiger Gewichtsabnahme angeboten. Zur großen Beliebtheit und zum Erfolg der Kurse tragen auch besondere Aktionen wie z.B. gemeinsames Kochen bei. Die wöchentlichen Gruppentreffen helfen bei der Verbesserung des Ernährungsverhaltens, motivieren zu mehr Freude an Bewegung, zur Senkung medizinischer Risiken, zu einer langfristigen Gewichtsabnahme sowie einer Steigerung der Lebensqualität. Zusätzlich werden auf der Homepage www.rundum-gesund.at Informationen, konkrete Tipps, Rezepte, usw. angeboten. Hier haben Interessierte auch die Möglichkeit, sich über kommende Kurse zu informieren und sich anzumelden.

Wiener Forum für Übergewicht und Adipositas

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt ist das Weiterführen der innovativen fachlichen Vernetzung „Wiener Forum Übergewicht und Adipositas“, einer Plattform für Institutionen und mit dem Thema befasste Berufsgruppen, sowie auch Betroffenen selbst – auch hier nach dem Vorbild internationaler Modelle.

Die Vernetzungsplattform erhielt im Entstehungsprozess wertvolle Unterstützung durch die Stadt Wien. Landtagspräsidentin Marianne Klicka, die das Forum von Beginn an mit Begeisterung unterstützt hat, dazu: „Es braucht die gemeinsamen Bemühungen aller beteiligten Berufsgruppen, um für die Betroffenen möglichst wirksame Hilfe zu leisten.“

Das Ziel des Forums ist eine Bündelung der Aktivitäten, die Förderung eines fachlichen Austausches und die Entwicklung gemeinsamer Strategien. Das Forum bietet die Möglichkeit, sich persönlich zu vernetzen, Projekte vorzustellen bzw. neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis kennenzulernen. Das nächste Treffen des Forums wird im Juni

2014 in der Wiener Gebietskrankenkasse stattfinden und sich neuen und innovativen Ansätzen zum Thema Hilfe und Behandlung bei Adipositas widmen. ■

Die angebotenen Kurse umfassen Ernährung, Bewegung und psychosoziale Aspekte.



Die Gewinner des Bank Austria Sozialpreises 2013

Mit ihrem Sozialpreis, der heuer bereits zum vierten Mal ausgeschrieben wurde, unterstützt die Bank Austria gemeinnützige Initiativen, Organisationen und Vereine, deren Projekte Kinder/Jugendliche oder Migration/Integration als inhaltlichen Schwerpunkt haben.

Das Neue, Besondere daran ist, dass es heuer pro Bundesland einen Gewinner gibt, der jeweils 10.000 Euro erhält. In Wien wurde das Kinderhospiz MOMO prämiert.



Interview mit Dr.ⁱⁿ Martina Kronberger-Vollnhofer, Geschäftsführerin des mobilen Kinderhospizes MOMO:

Gewinner des „Bank Austria Sozialpreises 2013 für Wien“! Wie hört sich das an? Wie war Ihre erste Reaktion?

Das hört sich wunderbar an und wir sind sehr stolz darauf, uns Gewinner des Bank Austria Sozialpreises 2013 nennen zu dürfen. Unsere erste Reaktion war ein lautes „Juchuuuh“ des gesamten Teams. Wir wollen aber an dieser Stelle auch unsere Wertschätzung den anderen Mitbewerbern gegenüber zum Ausdruck bringen. Jedes einzelne Projekt ist enorm wichtig und verdient entsprechende Wahrnehmung und Respekt.

Wie haben Sie selbst die letzten Wochen und Tage des Votings mitverfolgt?

Natürlich mit großer Spannung. Eine Zeitlang haben wir mit einem beruhigendem Sicherheitsabstand geführt, der sich jedoch in den letzten Tagen des Votings deutlich verschmälert hat. Somit blieb es bis zum Schluss ungewiss, wer die meisten Stimmen erhalten wird.

Beschreiben Sie doch bitte noch kurz, was das Besondere an Ihrem Projekt ist?

Schwerstkranken Kinder wünschen sich oft nichts sehnlicher, als so lange wie möglich zu Hause bei ihrer Familie sein zu können. Der Bedarf an mobiler Betreuung für diese Kinder und deren Familien ist sehr groß: in Wien und im Umland leiden rund 800 Kinder an lebensbedrohenden und unheilbaren Krankheiten, 120 sterben jährlich daran.

Kinder haben völlig andere Bedürfnisse als Erwachsene – so muss auch die Betreuung auf diese ausgerichtet sein.

Wiens mobiles Kinderhospiz MOMO organisiert die dafür notwendige Unterstützung: medizinische Versorgung, pflegerische Betreuung durch die mobile Kinderkrankenpflege MOKI-Wien, psychosoziale Beratung sowie ehrenamtliche Begleitung. Das multidisziplinäre MOMO-Team ist unbürokratisch und spontan für die gesamte Familie da. Die Betreuung beginnt in einem möglichst frühen Krankheitsstadium und setzt sich über den gesamten Krankheitsverlauf fort – Tage, Wochen, Monate aber auch Jahre. Die Begleitung auf all diesen Ebenen macht erst möglich,

dass schwerstkranken Kinder immer wieder dort sein können, wo sie sich am wohlsten fühlen: zu Hause bei ihren Familien.

Der Bank Austria Sozialpreis ist mit 10.000 Euro dotiert. Wie wird diese Summe konkret für Ihr Projekt eingesetzt?

Da unsere ganzheitliche Betreuung für die Familien kostenlos ist, es aber derzeit keine öffentliche Förderung für unsere Leistungen gibt, finanzieren wir uns ausschließlich über Spendengelder. Somit trägt der Bank Austria Sozialpreis ein großes Stück dazu bei, schwerstkranken Kinder und ihre Familien auch weiterhin zu Hause betreuen zu können.

Warum ist es, aus Ihrer Sicht, notwendig, Institutionen wie das Kinderhospiz MOMO ins Leben zu rufen? Ist das diesbezügliche Angebot nicht ausreichend?

In Österreich leben rund 3.000 Kinder und Jugendliche, die an lebensbedrohenden oder unheilbaren Erkrankungen leiden, etwa 500 sterben jährlich daran. Mit der Diagnose einer schweren Krankheit ist nichts wie früher, meist wünschen sich die Familien möglichst viel zu Hause zu sein. Ohne professionelle Unterstützung ist das nicht zu schaffen. Die mobile Betreuung von Kindern mit lebensbegrenzenden Krankheiten ist allerdings noch sehr lückenhaft, diesbezüglich zählt Österreich leider zu den europäischen Nachzüglern. Das zu ändern, hat sich MOMO – eine Initiative von Caritas, Caritas Socialis und MOKI Wien – zum Ziel gesetzt. Auch im politischen Sinn will die Initiative

MOMO-Geschäftsführerin
Dr.ⁱⁿ Martina Kronberger-Vollnhofer
fördert die mobile Betreuung von Kindern
mit lebensbegrenzenden Krankheiten.



MOMO dem Thema eine öffentliche Stimme geben.

Das Projekt

In Wien und Umland leben rund 800 Kinder und Jugendliche, die an lebensbedrohenden oder unheilbaren Erkrankungen leiden, 120 sterben jährlich daran. Mit der Diagnose einer schweren Krankheit ist nichts wie früher, meist wünschen sich die Familien möglichst viel zu Hause zu sein.

Ohne professionelle Unterstützung ist das nicht zu schaffen. Die mobile Betreuung von Kindern mit lebensbegrenzenden Krankheiten, etwa schweren Stoffwechselstörungen, Muskelerkrankungen oder als Unfallfolge ist allerdings noch sehr lü-

ckenhaft. Das zu ändern hat sich das mobile Kinderhospiz MOMO, eine Initiative von Caritas, Caritas Socialis und MOKI-Wien zum Ziel gesetzt. MOMO möchte entsprechend der Empfehlungen für Europäische Standards in einem möglichst frühen Krankheitsstadium ansetzen, wonach die pädiatrische Palliativ-Versorgung bei der Diagnose beginnt und sich über den gesamten Krankheitsverlauf fortsetzt.

Das multidisziplinäre Team ist unbürokratisch und spontan für die Familien da und sorgt durch die entsprechende medizinische, pflegerische und psychosoziale Unter-

stützung dafür, dass möglichst viel wertvolle Zeit zu Hause verbracht werden kann. Wichtig ist die enge Zusammenarbeit mit Kinderabteilungen sowie niedergelassenen ÄrztInnen. Finanziert wird das mobile Hospiz derzeit über Spenden, öffentliche Förderungen gibt es für MOMO derzeit keine. ■

INFOS: www.kinderhospizmomo.at



Ist die Rettung gerettet?

Die Novelle des allgemeinen EU-Vergaberechts für öffentliche Aufträge und Konzessionen hält die Gemeinnützigkeit bei der rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung für besonders schützenswert. Die Behörde sollte nun bei der Umsetzung der entsprechenden Richtlinien in österreichisches Recht nicht päpstlicher sein als der Papst.

Markus Glanzer und Robert Dempfer, Österreichisches Rotes Kreuz

Österreich verfügt über ein im internationalen Vergleich ausgezeichnetes Rettungswesen. Sanitäter werden auf hohem Niveau ausgebildet. Eine bundesweit einheitliche Notrufnummer, zeitgemäße technische Ausstattung und ein dicht geknüpftes Netz von Rettungsdienststellen stellen rasche Eintreffzeiten der HelferInnen sicher. Rettungsdienstlich unversorgte Landstriche gibt es nicht. Das gemeinnützige, nicht auf Gewinn ausgerichtete und mit Hilfe von zehntausenden Freiwilligen betriebene Rettungssystem bietet hochqualitative und leistbare rettungsdienstliche Versorgung in allen – auch strukturschwachen – Regionen Österreichs.

Als inhärenter Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens ist es ein Teil der Daseinsvorsorge. Ein funktionierendes Rettungswesen gehört zum „persönlichen Sicherheitsgefühl“ eines Landes. Im Zentrum steht dabei der Bedarf der Menschen, die Hilfe erwarten – und NICHT, wie es auf der Website des größten kommerziellen Rettungsdienstbetreibers Europas heißt, „das Wachstum des Rettungsdienstes“.

Kommerzielle wittern Gewinne

Das Österreichische Rote Kreuz als flächendeckend anerkannte Rettungsorganisation betreibt 85 Prozent des Rettungsdienstes in Österreich im sogenannten „Rettungs-Verbundsystem“: bestehend aus Notfallrettung und Sanitätseinsätzen. Der Vorteil für die PatientInnen: Bei Notfallrettung und Sanitätseinsätzen werden professionell ausgebildete RettungssanitäterInnen eingesetzt. Gerade im Krankentransport wittern aber vermehrt kommer-

zielle Anbieter wirtschaftliche Gewinne und drängen auch in Österreich auf den Markt. Das europäische Vergaberecht hat eine solche Kommerzialisierung bis vor Kurzem begünstigt. Das Rote Kreuz warnt seit Jahren vor den Konsequenzen einer Zerschlagung des Rettungs-Verbundsystems. Denn in Summe ist dieses „System aus einem Guss“ nicht nur die volkswirtschaftlich günstigste Betriebsform. Sie ist vor allem die für Patientinnen und Patienten qualitativ hochwertigste. Eine Kommerzialisierung des Teilpakets Kranken-

transport würde aber zu einer Auftrennung dieses Verbundsystems führen.

Verlorene Aufwuchskraft

Gemeinnützige, freiwillige Rettungsdienstsysteme sind auch ein wichtiger Teil des Bevölkerungsschutzes. Durch eine Zerschlagung des Verbundsystems ginge aber ihre „Aufwuchskraft“ verloren: die Fähigkeit, auf unvorhergesehene Großschadensereignisse und Katastrophen rasch und wirksam reagieren zu können. Denn die Ressourcen des Rettungs-Verbundsystems bilden auch dafür die Basis. Alleine beim österreichischen Roten Kreuz stehen 60.000 ausgebildete freiwillige, professionelle Helferinnen und Helfer bereit. Es verfügt über erprobte Alarmierungswege, eine effiziente Führungsstruktur, materielle Ressourcen und routinierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die jederzeit einsetzbar sind.

Es ist noch kein Jahr her, dass sich diese Aufwuchskraft ein weiteres Mal bewährt hat: Ohne das Heer der Freiwilligen wäre die Hochwasserhilfe im Frühjahr 2013 nicht möglich gewesen. Während ein Teil der Rotkreuz-Helferinnen und -Helfer im Katastrophenhilfeinsatz war, haben ihre Kolleginnen und Kollegen die rettungsdienstliche Versorgung im Land lückenlos aufrechterhalten.

Vorrang für Gemeinnützige

Im letzten Jahr wurde das allgemeine europäische Vergaberecht für öffentliche Aufträge und Konzessionen novelliert, das auch die Vergabe von rettungsdienstlichen Leistungen regelt. Beide Richtlinien enthalten nun eine Bereichsausnahme für den Rettungsdienst als Bestandteil von



Shutterstock

Katastrophenschutz, Zivilschutz und Gefahrenabwehr. Mit dem Beschluss des „Vergaberechts Neu“ im Jänner 2014 hat das Europäische Parlament ein Bekenntnis zur Gemeinnützigkeit geleistet und hervorgehoben, dass der Rettungsdienst keine wettbewerbliche, marktfähige Dienstleistung ist. Erstmals wurde in der Konzessions- und in der Vergaberichtlinie ein Gemeinnützigkeitsvorbehalt für den Rettungsdienst auf europäischer Ebene aufgenommen und wie folgt begründet: „Diese Richtlinie sollte nicht für bestimmte von gemeinnützigen Organisationen oder Vereinigungen (ohne Erwerbszweck) erbrachte Notfalldienste gelten, da der spezielle Charakter dieser Organisationen nur schwer gewahrt werden könnte, wenn die Dienstleistungserbringer nach den in dieser Richtlinie festgelegten Verfahren ausgewählt werden müssten.“ Für die Träger des Rettungsdienstes – darunter die Gemeinden – ist es nun möglich,

den Rettungsdienst ohne formale europaweite Ausschreibung an gemeinnützige Organisationen zu übertragen. Auf Anfrage erklärte der für Binnenmarkt und Dienstleistungen zuständige EU-Kommissar Michel Barnier außerdem: „In den Geltungsbereich der Konzessionsrichtlinie fallen nur gewerbsmäßig durchgeführte Krankentransporte.“ Das Rote Kreuz übt aber kein Gewerbe aus, und statt Krankentransporten – siehe oben – de facto Sanitätseinsätze mit dementsprechend qualifiziertem Personal.

Umsetzung in nationales Recht

Die Umsetzung der Vergabe- und Konzessionsrichtlinie in österreichisches Recht soll bis Juni 2015 erfolgen. Eine Aufnahme des Gemeinnützigkeitsvorbehaltes (Bereichsausnahme Rettungsdienst) sowie des Bekenntnisses zum Rettungs-Verbundsystem in das nationale Vergaberecht (Bundesvergabegesetz)

sollte grundsätzlich im Interesse der Gebietskörperschaften liegen. Dies bewahrt sie vor teuren und aufwendigen Ausschreibungsverfahren und ermöglicht den weiteren Einsatz eines bewährten Systems. Eine ex-post-Auftragsbekanntgabe wahrt die Grundsätze der Nicht-Diskriminierung und Transparenz. Sollte eine Gebietskörperschaft den Rettungsdienst dennoch ausschreiben wollen, kann sie das auch weiterhin tun. In puncto Anwendung der Bereichsausnahme auf das gesamte Rettungs-Verbundsystem lassen die Richtlinien allerdings einen Spielraum offen. Hier gilt es, bei ihrer Umsetzung in nationales Recht eine Überregulierung zu vermeiden. Die Schaffung strengerer nationaler Regelungen, als von der Richtlinie gefordert, ist nicht notwendig. Was ganz im Sinne des Bedarfs der Patientinnen und Patienten wäre. Und der ist im Rettungsdienst das wichtigste Kriterium. ■

Wir sind  wo Sie uns brauchen.



Über 200.000 Gemeindebedienstete Österreichs in über 200 Berufsgruppen sind 365 Tage im Jahr da, wo Sie sie brauchen.

Die Gemeindebediensteten.

www.wirsindda.at



Eine Initiative der GdG-KMSfB

BEZAHLTE ANZEIGE

Europawahl 2014: Online-Wahlkartenanträge

Auch bei den Wahlen zum Europäischen Parlament werden viele Bürgerinnen und Bürger auf das Wählen mittels Wahlkarte zurückgreifen. Städte und Gemeinden, die ein signierbares Online-Formular für den Wahlkartenantrag anbieten, können damit erneut bares Geld sparen.

Wie bereits 2013 bei der Nationalratswahl und der Volksbefragung zur Wehrpflicht können Wahlkarten, die mit Handy-Signatur oder e-Card mit Bürgerkartenfunktion beantragt werden, als einfaches Schreiben versandt und müssen nicht eingeschrieben verschickt werden. Damit ersparen sich Behörden wieder die Einschreibgebühr von 2,20 Euro pro versandter Wahlkarte. Und die Antragstellerinnen und Antragsteller profitieren durch den bereits bekannten Vorteil, die Wahlkarte direkt im Briefkasten vorzufinden.

Bereits im Vorjahr haben viele Städte und Gemeinden auf signierbare Online-Formulare zur Wahl- oder Stimmkartenbestellung gesetzt. Dabei konnten beim Versand Kosten gespart und gleichzeitig auch der Komfort für die Bürgerinnen und Bürger verbessert werden. Die Möglichkeit, die Wahl- oder Stimmkarte als einfaches Schreiben zu versenden, hat der Gesetzgeber nicht nur in der Nationalrats-Wahlordnung 1992, sondern auch in der Europa-

wahlordnung festgeschrieben. Wahl- oder Stimmkarten, die postalisch versandt werden, sind grundsätzlich als eingeschriebene Briefsendungen zu verschicken. Die Ausnahme bilden vor allem jene Wahl- oder Stimmkarten, die mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehenem Antrag angefordert werden.

Elektronische Signatur gewährleistet sichere Identifikation

Zwar kann die antragstellende Person im elektronischen Antrag auch auf andere Weise – wie etwa mit eingescanntem Identitätsnachweis (z.B. Reisepass) bzw. mit der Reisepassnummer, oder fallweise auch mit Antragscode und Geburtsdatum – identifiziert werden, für den Versand der Wahlkarte als Standardbrief und somit dem Lukrieren der Ersparnis ist jedoch zwingend die Unterfertigung mit qualifizierter elektronischer Signatur notwendig.

Entsprechende Online-Formular-Lösungen zur Wahlkartenbeantragung können

von verschiedenen Anbietern (z.B. Online-Formular von www.amtsweg.gv.at oder Nutzung der Plattform www.wahlkartenantrag.at via „gemdat NÖ“ sowie via „gemdat OÖ“, KUFGem, Gemeindeinformatik Vorarlberg und PSC) bezogen und den Bürgerinnen und Bürgern auf der gemeindeeigenen Webseite, aber auch via HELP.gv.at zur Verfügung gestellt werden. Bei Fragen zum Formularangebot zur Beantragung der Wahlkarte und die Einbindung Ihres Formulars in HELP.gv.at kann Ihnen Mag. Johannes Rund (johannes.rund@bka.gv.at) gerne weiterhelfen.

Wahlberechtigte jetzt informieren

Auf HELP.gv.at finden sich detaillierte Informationen zur Europawahl 2014 sowie zum Wählen mit Wahlkarte. Die Inhalte stehen mittels „Content-Syndizierung“ zur einfachen Übernahme in die gemeindeeigene Website zur Verfügung. Möchten auch Sie ein Online-Formular zur Wahlkartenbestellung anbieten und

AUS DEM STÄDTEBUND



Mit Handy-Signatur und
Bürgerkarten-Antrag lassen
sich Portokosten sparen.

Beigestellt

das auch auf Ihrer Webseite bekanntmachen? Dazu stellt Ihnen [HELP.gv.at](http://www.help.gv.at) „Textbausteine zum Wahl-/Stimmkartenantrag“ zur Verfügung (Sie finden diese unter <http://www.help.gv.at/partner> - Menüpunkt „Downloads“: Textbausteine für Gemeinde-Websites).

Handy-Signatur am Vormarsch

Nicht nur der elektronische Wahlkartenantrag ist ein Verfahren, dessen Erledigung mit Handy-Signatur oder e-Card mit Bürgerkartenfunktion einen deutlich spürbaren Mehrwert durch Zeit- und Kostenersparnis bringt. Zahlreiche weitere Anwendungen wie die Nutzung von Services der Sozialversicherung, die elektronische Zustellung, FinanzOnline, die Einsichtnahme ins neue Pensionskonto ab Mitte 2014 oder die Nutzung von ELGA (elektronische Gesundheitsakte) können mit elektronischer Signatur rasch und einfach abgewickelt werden. Somit kann die Wahl-

kartenbestellung für die Europawahlen genutzt werden, die Aktivierung von Handy-Signaturen voranzutreiben und den Bürgerinnen und Bürgern damit ein sicheres Werkzeug für Identifikation und Authentifizierung im Internet in die Hand zu geben. In Zukunft werden auch mehr und mehr privatwirtschaftliche Anwendungen die Handy-Signatur einsetzen, sodass diese nicht nur im behördlichen Kontext, sondern auch für Wirtschaftsanwendungen und im Privatbereich unverzichtbar sein wird. Elektronische Vertragsabwicklung und elektronische Ausweisleistung mit Handy-Signatur sind zunehmend gefragt – das zeigen die beachtlichen Aktivierungszahlen.

Aktivierungsmöglichkeiten der Handy-Signatur

Die Handy-Signatur – also die eigenhändige Unterschrift mit dem Mobiltelefon – kann in nur wenigen Minuten kostenlos

freigeschaltet werden und ist anschließend sofort einsatzbereit. Die Nutzung ist – vergleichbar mit dem Onlinebanking-Vorgang – denkbar einfach.

Details zu den einzelnen Aktivierungsmöglichkeiten (z.B. auch direkt in der Registrierungsstelle im Bürgerservice vieler Städte und Gemeinden möglich) sowie alle zur Verfügung stehenden Anwendungen sind unter <http://www.buergerkarte.at> beschrieben. Gerne schult das Bundeskanzleramt auch Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sodass diese Handy-Signaturen der Wohnsitzbevölkerung aktivieren können. Nähere Informationen zu den Schulungen sowie auch zu entsprechenden Unterlagen zur Handy-Signatur erhalten Sie von Mag. Elvira Regenspurger, Bundeskanzleramt, IKT-Strategie (elvira.regenspurger@bka.gv.at).

*Mag. Elvira Christine Regenspurger,
Abteilung I/11, Bundeskanzleramt*

Zukunft Stadtfinanzen

Die Gemeinden kennen die Bedürfnisse der Bevölkerung am besten. Sie sind erste Anlaufstelle und sichern Arbeitsplätze durch Investitionen an Ort und Stelle für die Daseinsvorsorge. Die weltweite Finanzkrise verursacht eine Wirtschafts- und Budgetkrise auf allen staatlichen Ebenen, so auch bei den Gemeinden.

Die Lösung der finanziellen Probleme liegt nicht allein darin, dass noch mehr gespart wird, sondern dass auch leistungsadäquate Einnahmen erzielt werden, um den sozialen Standard halten zu können. Ein 5-Sterne-Hotel kann nicht mit Einnahmen eines 2-Sterne-Hotels finanziert werden. Die Ursachen der Krise sind systemisch bedingt und liegen im Verlust an ethischen Werten sowie in Gier und Machtmissbrauch begründet, sodass sich eine virtuelle „Schattenfinanzwirtschaft“ aufblähte und den öffentlichen Dienst am Menschen in den Hintergrund drängte. Der Druck zur Privatisierung wird immer größer und wird durch die gewinnorientierte Doppik forciert, obwohl diese die Krise verursacht hat. Der Rechnungsstil hängt von den verfolgten Zielen ab, die sich im öffentlichen Bereich fundamental von der Privatwirtschaft unterscheiden. Die drückenden Finanznöte der öffentlichen Hand lassen sich

durch unerlaubte Spekulationen mit Derivaten nicht lösen. Die Budgetkrise ist auf die Missachtung des ökonomischen Prinzips von Leistung und Gegenleistung durch Entrichtung von Steuern und Entgelten zurückzuführen. Die hinterzogenen Abgaben werden vielmehr in Steueroasen geparkt, für spekulative Finanztransaktionen eingesetzt und Schuldnerländern nur dann zur Verfügung gestellt, wenn die Allgemeinheit dafür bürgt. Die politische Gestaltungsmöglichkeit geht damit immer mehr verloren.

Problemfelder (Bürgermeister Bernhard Müller, Wiener Neustadt)

- Gemeinden haben keine Gesetzgebungskompetenz und kein Steuerfindungsrecht;
- Erosion der gemeindeeigenen Steuern, wie Verlust der Getränkesteuer und Einnäbrüche bei der Kommunalsteuer;



- Abhängigkeit von den Bundesabgabenanteilen in konjunktureller und rechtlicher Hinsicht (Steuerreformen);
- Ungerechtes Transfersystem durch Landesumlagen für Krankenanstalten, Sozialhilfe und Pflege;
- Umverteilung über die „Hintertüre“ durch Verschieben von Belastungen auf Gemeinden durch Gesetze.

Lösungsansätze

- Umsetzung des aufgabenorientierten Finanzausgleichs und Zusammenführung von Aufgaben- und Ausgabenverantwortung;
- Aufgabenentflechtung und Reduktion der Transferzahlungen an die Länder;
- Reduzierung der Gemeindeanzahl und Vermeidung von Doppelgleisigkeiten von Magistraten und Bezirkshauptmannschaften;
- Aufgabenübertragung auf Regionen mit eigenem Statut, Zusammenfassung von Ortsgemeinden zu Gebietsgemeinden;
- Finanzierung der kommunalen Infrastruktur durch zweckgebundene Abgaben;
- Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung und Übertragung der Sozial- und Krankenanstalten-Agenden auf die Länder;
- Reform der Grundsteuer und Aktualisierung der Einheitswerte.

INFOS:

IKW-Band 125, Stabile Finanzwirtschaft in Gemeinden, Herausgeber Friedrich Klug, Linz 2013, € 15, Bestellung: ikw@ikw.linz.at



Shutterstock

AUS DEM STÄDTEBUND

Historische Kleinstädte am Grünen Band Europas, heute ein Band des Lebens:

Das Grüne Band – Wege in die Zukunft

Das Grüne Band Europas ist heute der Lebensraumverbund und die Erinnerungslandschaft entlang des ehemaligen Eisernen Vorhangs. Es handelt es sich um eine pan-europäische Initiative, an der 24 Länder mitarbeiten und teilhaben. Die involvierten Personenkreise kommen aus den unterschiedlichsten Fachbereichen.

Brigitte Macaria und Arthur Spiegler, ECOVAST AUSTRIA & INTERNATIONAL

Der ehemalige „Eiserne Vorhang“, der Europa zwischen 1961 und 1989 entzweite und einen militärisch-politischen Todesstreifen entlang der Grenzen erschuf, bildet ein tragisches Hintergrundwissen, das niemals in Vergessenheit geraten soll. Dies Geschichte der Historischen Kleinstädte währt meistens schon viele hundert Jahre. Bereits in den 1970er-Jahren gab es Aktivitäten, die die folgenden Entwicklungen des Grünen Bandes unterstützten: Beobachtung und Erfassung der Natur im Grenzstreifen in Deutschland und an der russisch-finnischen Grenze.

Sehr bald nach 1989 entstand in deutschen Naturschutzkreisen die Idee, vom ehemaligen sowjetischen Generalsekretär Michail Gorbatschow unterstützt, aus dieser Verlassenschaft einen Streifen des Lebens, ein grünes Band durch Europa zu schaffen und zu erhalten. Eine Grundvoraussetzung dafür schuf die Natur selbst: Aufgrund des strikten Nutzungsverbot und der Absiedlung dieses militärischen Sperrgebietes entstand ein naturnahes Habitat für Pflanzen und Tiere, für die im sonst land- und forstwirtschaftlich so intensiv genutzten Zentraleuropa (fast) kein Platz mehr war. Der Verlauf des Grünen Bandes findet im Wesentlichen in Nord-Süd-Richtung durch Zentraleuropa statt. Von Travemünde an der deutschen Ostseeküste bis Triest an der Adria. Wegen des im Detail sehr gewundenen Verlaufs beträgt die Länge allein dieses Abschnitts an die 3.400 km. Der österreichische Abschnitt hat eine Länge von 1244 km, verbindet etwa 14 sehr unterschiedliche Landschaften und weist mindestens ebenso viele Historische Kleinstädte an beiden Seiten seines Verlaufes auf. Das gesamte Grüne Band vom Polarmeer an der finnisch-russischen Grenze mitsamt seiner Dreiteilung in Südosteuropa beläuft sich auf annähernd 12.500 km. Seit 2012 ist das Grüne Band Europas in vier Hauptabschnitte gegliedert (Fennoskandien, Baltic, Central Europe

und Balkan).¹ Kaum war das Sperrgebiet aufgehoben, formierten sich jene Interessen, die auf Jahrzehnte von dieser Zone ausgeschlossen waren. Vor allem jene der Bereiche Landwirtschaft, Verkehr und Industrie. Deshalb liegt heute das Augenmerk aus der Sicht des Naturschutzes auf der bestmöglichen Erhaltung eines ökologisch hochwertigen und naturnahen Zustandes des Grünen Bandes, auch wenn dies lückenlos nicht (mehr) möglich ist. In letzter Zeit verstärkte sich die Erkenntnis, dass mit Naturschutzbestrebnungen allein die ökologische Sicherung dieser langgestreckten Zone gegenüber dem Druck (gewinn)wirtschaftlicher Interessen nicht nachhaltig durchsetzbar ist.² Vielmehr gilt es, die Interessen und Kräfte von ländlicher Entwicklung, Natur-, Landschafts- und Kulturschutz sowie nachhaltigem Tourismus zielorientiert zu vereinen. Dazu soll auch diese Publikation einen Beitrag leisten.

Das Wesen der Historischen Kleinstädte

Die Historischen Kleinstädte und fast alle Ortschaften bilden mit der Kulturlandschaft eine untrennbare Einheit. ECOVAST (European Council for the Village and Small Town) ist ein europäisches Netzwerk mit zehn Sektionen in europäischen Ländern. Über den Kontinent hinweg wer-

den die Arbeitsbereiche vordringlich im ländlichen Europa mit seinen Landschaften und Historischen Kleinstädten wahrgenommen. Es muss endlich auch eingesehen und in Planungen umgesetzt werden, dass eine gedeihliche Zukunft Europas nicht allein vom Wohlergehen der Großstädte abhängt! ECOVAST Austria, die österreichische Sektion von ECOVAST International, versteht unter einer mitteleuropäischen Historischen Kleinstadt eine Stadt mit bis zu 50.000 EinwohnerInnen. Entscheidend sind das Jahr der Stadternennung und die Erfüllung des eigens erarbeiteten Schlüssels von fünf historischen Kriterien. Zusätzlich wurden auch fünf funktionale Kriterien erstellt, die die Kleinstädte heute, in ihrer Rolle für ihre Region, erfüllen sollten. In Österreich gibt es – auf Grundlage der amtlichen Statistik – 164 Kleinstädte, 64 davon sind Bezirkshauptstädte. Sogar von dieser Gesamtzahl erfüllen 159 die Kriterien an Historizität, das sind an die 98%! Dabei sollten jeweils vier der fünf Kriterien erfüllt sein. Besonders wichtig ist, dass die Historizität der Kleinstadt sicht- und erlebbar ist. Darauf gründet ihre Beliebtheit, Bedeutung und Wertschätzung sowie ihre identitätsstiftende Wirkung auf die Bevölkerung und oft weit darüber hinaus. Die Historischen Kleinstädte sind die Perlen unserer ländlichen Räume und damit auch des Grünen Bandes. Lebendige Klein-

Tabelle der bedeutendsten historischen und funktionalen Kriterien für Historische Kleinstädte:

Historische Kriterien:	Funktionale Kriterien:
1. Ein Stadtzentrum, deutlich von historischer Bausubstanz geprägt	1. Standort höherer Schulen
2. Der markante, historische, öffentliche Platz	2. Zentrum medizinischer Versorgung
3. Zentrum mit historischen Fassaden	3. Standort der regionalen Verwaltung
4. Großes, zentrales religiöses oder öffentliches Gebäude (z.B. Rathaus)	4. Wirtschaftszentrum
5. Burg, Ruine, (Reste von) Befestigungen	5. Größere Dichte an Arbeitsplätzen und höheren Berufen

AUS DEM STÄDTEBUND

städte sind Träger des kulturellen Lebens und des Kulturtourismus außerhalb der Großstädte, und sie können diese Rolle längs des Grünen Bandes in besonderer Weise erfüllen. Inzwischen wurden die Bemühungen um die Kleinstädte auf europäischer Ebene unter dem Titel „ASSET Project“ (Action to Strengthen Small European Towns) von ECOVAST International erfolgreich aufgegriffen. Kleinstädte werden jetzt auch von der Europäischen Kommission verstärkt wahrgenommen. Dies geschieht allein deswegen zurecht, da die Vielfalt der Historischen Kleinstädte und die mit ihnen verbundenen Kulturlandschaften ein unverzichtbares Wesenselement der europäischen Identität darstellen.

Gemeinsame Wege in die Zukunft

Über die Nöte der Kleinstädte in den ländlichen Räumen wird schon lange gesprochen und geforscht und es gibt bereits sehenswerte und praxiserprobte Lösungsansätze. Es ist daher an der Zeit, sich verstärkt der möglichen Optionen, den Wegen in eine bessere Zukunft anzunehmen. Auch auf diesem Gebiet gibt es den allgemein wirksamen „Stein der Weisen“ nicht. Jede Kleinstadt besitzt eine eigene, unverwechselbare Individualität und muss sich ihrer Besonderheiten und Stärken bewusst werden und diese nachhaltig nutzen. Viele Historische Kleinstädte tun dies bereits, und es werden erfreulicherweise ihrer immer mehr. Aber viele haben ihre Chancen – noch – nicht erkannt. Die Historischen Kleinstädte entlang des Grünen Bandes sind meist peripher gelegen. Dies beinhaltet die Gefahr weiterer wirtschaftlicher und sozialer Rückläufigkeit aufgrund der Abgrenzung von den benachbarten Wirtschaftsräumen. Diese unerfreuliche Wahrnehmung ist noch immer eine unliebsame Nachwirkung des ehemaligen „Eisernen Vorhanges“. Bei einer veränderten Sichtweise lässt sich selbst daraus durchaus Positives abzeichnen: Sie sollten erkennen, dass gerade dies ihre Besonderheit ausmacht, die – richtig genutzt und vermarktet – eine beinahe konkurrenzlose Gunstsituation ergibt. Dabei gilt es, einige unabdingbare Grundregeln erfolgreicher Regionalplanung zu befolgen:

1. „Gemeinsam statt einsam“ oder „gemeinsam ist man stärker“. Das heißt, gemeinsam bewerben und vermarkten.

2. Klare Kenntnis dessen gewinnen „was man hat“ und sich dazu klar und selbstbewusst bekennen. Man hat Natur- und Kulturschätze, die in dieser Form und historischer Einbettung niemand anderer hat.

3. Tourismus längs des Grünen Bandes ist ohne die Standorte der Historischen Kleinstädte nicht denkbar. Nicht zu vergessen ist die Vielfalt der regionalen Küchen! Es geht auch nicht um Auto *oder* Rad- *oder* Fußwanderwege, sondern um eine Kombination aller Drei – manchenorts ergänzt durch das Boot.

4. Zur Erkundung und dem Bekanntwerden dessen „was man hat“ – gerade unter der heimischen Bevölkerung – bewährt es sich ausgezeichnet, Schulen und Erwachsenenbildung einzubinden. ECOVAST und einige andere hellhörige Institutionen haben dazu spezielle Methoden entwickelt: so bietet beispielsweise „Die Schule des Sehens“ ein lustvolles, neues Kennenlernen der vermeintlich gut gekannten Umgebung, die unmittelbar „vor der Haustüre“ liegt.

Als Initiationsveranstaltung kann ein internationales Symposium über „Wege in die Zukunft“ von den Kleinstädten am Grünen Band angedacht werden. Unterstützende Partner auf nationaler und europäischer Ebene sollen dazu gefunden werden. Aus europäischer Sicht ist zu bedenken, dass der zentraleuropäische Abschnitt des Grünen Bandes zur Gänze in der Förderregion „Central Europe“ liegt. Auf nationaler und bilateraler Ebene bietet sich die junge Region „Centroe“ an. Dies betrifft das nördliche Staatsgebiet von Österreich, den Süden der Tschechischen Republik und den Westen der Slowakei.

Im Bild: Die sechs Kreuze markieren die sechs Pilotregionen, PR's, an denen grenzüberschreitende Workshops mit internationalen TeilnehmerInnen von Ecovast AT geleitet, im Rahmen des „Green Belt-Projects“ stattfanden. Dieses „Kennenlernen was man hat“, bezüglich Landschaften und Historischen Kleinstädten sollte im gesamten Grünen Band vollzogen werden, um darauf eine nachhaltige Entwicklung aufzubauen.

PR1: Gnasfeld, GE (ehem. innerdeutsche Grenze: DDR/BRD)

PR2: Cesky Les-Oberpfälzer Wald, GE/CZ

PR3: Bratislava Umland, Weinviertel, Mähren, SK, CZ, AT

PR4: Kutschenița Tal, AT/SI

PR5: Südburgenland, AT

PR6: Julische Voralpen, IT, SI

Fußnote: ¹ <http://www.europeangreenbelt.org/route.html>, ² ECOVAST Austria war in den letzten beiden Jahren in einem wissenschaftlich-europäischen Projekt zur Beleuchtung dieses Themenfeldes erfolgreich durch grenzübergreifende Workshops entlang des Grünen Bandes im zentraleuropäischen Abschnitt eingebunden (Green Belt Project).

Jeder Workshop

„Schule des Sehens“ besteht aus:

- Einer Exkursion in die Landschaft mit ihren Marktflecken und/oder Historischen Kleinstädten, um die Charakteristika der Landschaft zu erleben und zu diskutieren (Fotodokumentation und Stichwortzettel).
- Die gemeinsame Auswertung, Besprechung und Diskussion der Exkursions-Resultate sowie die Erarbeitung der hierarchischen Bewertung der am stärksten wahrgenommenen Eindrücke (zehn Rubriken): „Landschaften-Matrix“.
- Auswahl und Bearbeitung der Illustrationsbeispiele; Herauskrystallisieren der Charakteristika durch eine verständliche Kurzbeschreibung und/oder Entwicklung von treffenden „Nicknames“ der erlebten Grenzregionen; Gestaltung aussagekräftiger Präsentationsmaterialien.

Infos:

Core Team ECOVAST Austria & International,
Brigitte Macaria & Arthur Spiegler
www.ecovast.org
Brigitte K. Macaria, PhD
ECOVAST Austria, Secretary General
1090 Wien, Sobieskigasse 9/14
Telefon: +43 (0)1 317 37 26
Mobil: +43 (0)660 14 24 005
E-Mail: b.macaria@a1.net
Arthur Spiegler, PhD
ECOVAST Austria & International
Vice President International, Chairman of Landscape
1180 Wien, Pötzleinsdorfer Straße 34
Telefon/Fax: +43 (0)1 479 78 35
E-Mail: a.spiegler@reflex.at



AUS DEM STÄDTEBUND

Das „Entree zum ÖV“: Haltestelle der Zukunft

Durch eine nutzerfreundlichere Gestaltung intelligenter Haltestellen soll die Eintrittsschwelle niedriger gemacht und so neue Fahrgastgruppen zur Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs angeregt werden.

Ing. Roland Krpata, Wiener Linien

Zu Beginn des Projekts wurde eine Umfrage zum Status der Haltestellen unter 535 Fahrgästen durchgeführt, darunter auch 30 in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen. Diese Erkenntnisse sind nun mit den betrieblichen Erfordernissen in Einklang zu bringen, sodass ein verbessertes Informationsangebot im Haltestellenbereich konzipiert werden kann. Darüber hinaus wurde in einer Studie anhand von Unfallstatistiken die Verkehrssicherheit der verschiedenen Haltestellentypen untersucht. Am Kagraner Platz wurde bereits ein Pilotprojekt zur neuen Möblierung der Haltestellen der Zukunft umgesetzt, die seit dem 5. Oktober 2013 genutzt werden kann.

Wie soll die Haltestelle 2.0 aussehen?

- Größere und besser ausgeleuchtete Fahrgastunterstände sowie deren Neupositionierung zur Harmonisierung der Gehrelationen
- Moderne und mehr Sitzgelegenheiten sowie Anlehn-Elemente
- Hinterleuchtete Vitrinen, größere Schrift und besser lesbare Fahrplan-Darstellungen
- Informationsvermittlung gemäß dem „Mehr Sinne“-Prinzip – also akustisch, visuell und taktil
- QR-Code zur Mitnahme von Informationen oder als Link zu Apps

Die Ergebnisse werden in das Planungshandbuch der Stadt Wien einfließen, genauer gesagt in die Neufassung des Kapitels „Regelplanung der Haltestellen-Typologie mit einer Re-Dimensionierung der Anlagen, einer neuen fahrgastfreundlichen Möblierung und einer barrierefreien Fahrgastinformation“. Eine eigene Haltestellendatei wird den Optimierungsbedarf aller Haltestellen festhalten, um die Um-



setzung von Folgeprojekten zu erleichtern. Die Haltestelle der Zukunft ist jedoch ein sich ständig weiter entwickelndes Konzept – weitere Forschungsprojekte sind bereits in Vorbereitung.

INFOS:

Ing. Roland Krpata, Projektleiter im U-Bahnbau der Wiener Linien, Abteilung Planung, Behindertenangelegenheiten und Forschungsprojekte
Tel.: +43-1-7909-67014
Fax: +43-7-7909-67009
E-Mail: roland.krpata@wienerlinien.at

Straßenbahnhaltestelle der Linie 26 am Kagraner Platz mit Haltestelleninformation in neuem Design als Haltestelle der Zukunft.



Fotos: Wiener Linien/Thomas Jantzen

Neues europaweites Projekt unter österreichischer Beteiligung gestartet!

Der Bürgermeister in Europa – (k)ein unbekanntes Wesen!



Ein Forschernetzwerk befragte 2.700 Bürgermeister in 17 Ländern und kam zum Ergebnis: Bürgermeister sind meist männlich, im Alter von 50+ und viele entstammen „Bürgermeisterfamilien“.

Das Aufgabenspektrum, dem sich die Verantwortlichen der größeren österreichischen Städte in der Praxis widmen, ist breit gefächert und dynamischer Natur. Traditionelle Aufgaben sind die Konsolidierung der Finanzen zur Sicherung der Daseinsvorsorge, Setzung von Wachstumsimpulsen, die Modernisierung der Verwaltung, Antworten auf die Suburbanisierung im Umland der Kernstädte, usw. Neue Aufgaben sind – ohne jede Vollständigkeit – die Förderung der E-Mobilität, höhere Transparenz der Stadtbudgets, smarte Bau-

ten oder Energieeffizienz. Viele Städte sind heute ein experimentelles Labor für Innovationen zur Verbesserung der Aufgabenerfüllung und für neue Aufgaben. Der Stellenwert neuer Formen der Kooperation mit Stakeholdern ist gestiegen. Genauso wie es zur Wiederentdeckung der direkten Demokratie als Quelle von Innovationen und Legitimation kommt. Alle Aufgabenfelder der Stadtpolitik stehen zunehmend unter dem Einfluss der Globalisierung und Europäisierung (über die EU hinaus). Sie setzen die Städte un-

ter Anpassungsdruck und sind Chancen, pro-aktiv an „größere“ und tendenziell auch unvermeidbare Entwicklungen heranzugehen. Für letzteres stehen die vielen Ansätze der freiwilligen horizontalen Kooperation der größeren Städte. Aktuell wirken 155 europäische Städte am lukrativen Innovationswettbewerb der Bloomberg-Stiftung (2014) mit; andere EU-Städte nehmen an der EU Future Cities Competition (2012) teil oder kooperieren in der „Open Cities Open Data“-Plattform. Der Kern (durchaus mit Konkur-

AUS DEM STÄDTEBUND

renzelementen) ist dabei das kollaborative Lernen durch Austausch von Informationen, Visionen, Praxisbeispielen, Ideen usw., das Lernen von den „Besten“ der Städte, bei Annahme ähnlicher Probleme (Bevölkerungsstagnation, Arbeitslosigkeit, Luftverschmutzung und andere mehr).

Aber was wissen wir über die Bürgermeister, über die formal und faktisch wichtigste Gruppe der städtischen Funktions-träger? Ihre legitime Machtrolle überschreitet die (in Österreich) eingeführte Gewaltenteilung.

Sie initiieren, gestalten und verantworten maßgeblich die Aktivitäten und Ergebnisse der Stadtpolitik. Sie betreiben das „agenda setting“ und definieren alte und neue Aufgaben und deren Prioritäten. Sie verantworten die externe Repräsentation einer Stadt, üben die Rolle des Behördenchefs aus. Freilich sind die institutionellen Bürgermeister-„Profile“ europaweit sehr unterschiedlich (sie reichen vom Modell des starken und personalisierten Bürgermeisters mit exekutiver „Vollverantwortlichkeit“ bis zum irischen System, in dem es „unseren“ Bürgermeister formal nicht gibt).

Viele Forschungsfragen

Auf diesem Hintergrund stellen sich, durchaus mit Praxisrelevanz, eine Reihe von Forschungsfragen über die Bürgermeister:

- Was sind ihre wichtigen Problemwahrnehmungen?
- Welche politischen Ziele präferieren sie?

Unter der Annahme des „institutions matter“ stellen sich direkt folgende Forschungsfragen:

- Dominante soziodemographische Merkmale
- Wie werden Bürgermeister ausgewählt?
- Was sind ihre Karriereerwartungen?
- Was erleben sie im täglichen Alltag der Amtsausübung?
- Welche Führungsstile praktizieren die Bürgermeister?
- Mit welchen Bezugsgruppen interagieren sie?
- Welche Rolle spielen Netzwerke in der städtischen Politik?
- Wie ist die Sicht der Bürgermeister zur direkten Demokratie und wie reagieren sie auf eine entsprechende „Nachfrage“?

ForscherInnennetzwerk sucht Antworten

Ein loses Netzwerk von KommunalforscherInnen in 17 Ländern – mit österreichischer Beteiligung – widmete sich den gelisteten Fragen vor zehn Jahren in einem ambitionierten Projekt und legte eine beachtete englische Buchpublikation mit dem programmatischen Titel „The European Mayor. Political Leaders in the Changing Context of Local Democracy“ vor (2006, erschienen im VS-Verlag). Im Projektverlauf wurden 2.700 Bürgermeister und lokale Führungspersönlichkeiten der Länder interviewt – was ein einmaliges Material zutage förderte. Die geradezu spannende Frage lautet: gibt es Ähnlichkeiten und/oder Unterschiede zwischen den Bürgermeistern der EU-Länder und/oder kann man von einem europäischen Bürgermeister sprechen (also von der EU-typischen „Einheit in der Vielfalt“).

Einige (ausgewählte) Antworten

- (Männliche) Bürgermeister im Alter von 50+ sind die größte Alterskohorte unter den Bürgermeistern
 - Viele Bürgermeister entstammen „Bürgermeisterfamilien“
 - In etablierten Kommunalsystemen (darunter Österreich) sind langjährige Erfahrungen in der Kommunalpolitik Voraussetzung oder Sprungbrett für die Bürgermeisterkarriere
 - Es gibt nicht „die“ aufgabenbezogene Bürgermeister-Agenda, sondern drei „mayorale“ Agenden:
 - die „Pro growth“-Agenda richtet die Stadtpolitik auf forcierte Entwicklung aus, d.h. auf Wachstum der Wirtschaft, der Bevölkerung, auf internationale Attraktivität und Wettbewerb;
 - die zweite Agenda fokussiert stärker die Erhaltung der sozialen Dienste, die innere Stadtentwicklung usw. („care taker“-Rolle);
 - die dritte Agenda präferiert die Bekämpfung klassischer städtischer Probleme, wie soziale Ungleichheit, Luftverschmutzung (die Stadt als Generator sozialer Wohlfahrt für Benachteiligte).
- Die drei Agenden sind kollektive Gestaltungsvisionen einer Stadt, wurzelnd in unterschiedlichen historischen oder politischen Bedingungen. Das Handeln der Bürgermeister findet in diesem idealtypischen Aufgabenkontext statt. Sie können

ihre Wahlagenden darauf ausrichten, korrespondierende Umsetzungsaktivitäten im Alltag setzen, usw. Die Pro-growth-Agenda legitimiert sich mit dem Gesamtinteresse einer Stadt und kooperiert in der Praxis naheliegend bevorzugt mit mächtigen lokalen und internationalen Akteuren (Investoren, usw.), um die Stadt zu entwickeln („entrepreneurial city“). Der Unterschied zur dritten Bürgermeister-Agenda ist mehr als deutlich (hierin ist der Bürgermeister festgelegt auf die Lösung sozialer oder ökologischer Ungleichheiten und kooperiert bevorzugt mit politischen Akteuren). Die zugegeben idealen „Konstrukte“ müssen in der Praxis des Handelns der Bürgermeister entsprechend relativiert, gemischt und auch situativ angepasst werden, wenn ein Bürgermeister seine Wiederwahl nicht gefährden will.

- Die drei Modelle erlauben unterschiedliche Interpretationen der Rolle der lokalen Wohlfahrt in einer sich europäisierenden oder globaler werdenden Städtewelt. Es macht einen Unterschied, ob beispielsweise das stadtpolitische Handeln gegen soziale Benachteiligung ein ideologisch verfestigter Zielwert ist oder ob die strategische Zielerfolgssetzung die global wettbewerbsfähige Stadtpolitik ist, die Wohlfahrtsgewinne im Interesse aller generieren kann (soll).

Das neue Bürgermeister-Projekt

Die Bürgermeister großer Städte handeln heute und zukünftig mehr denn je in dem sich verändernden inneren und äußeren Kontext, auch der sich ändernden „Wissenswelt“. Ansetzend hat das Projekt „The European Mayor II“ das Ziel, das „alte“ Wissen über die Bürgermeister zu überprüfen. Wo ist Konstanz bzw. Veränderung festzustellen? Warum? Was sind die Implikationen für die praktische Stadtpolitik? Neu ist die bedürfnisgerechte Präsentation des Wissens für die sich beteiligenden Bürgermeister, um deren praktisches Handeln zu unterstützen.

Das österreichische Teilprojekt wird vom Städtebund dankenswerterweise gefördert.

Univ.-Prof. Werner Pleschberger, BOKU Wien

Der österreichische Public Corporate Governance Kodex

In Österreich gibt es einen hohen Anteil an staatsnahen und staatseigenen Unternehmen, die eine hohe Beschäftigungsrate aufweisen und einen großen Anteil am Versorgungs- und Infrastrukturwesen des Staates einnehmen.

Mag.^a Karin Holzer, Bundeskanzleramt

Im Zusammenhang mit den Verwaltungsmodernisierungsaktivitäten der Bundesregierung wurde das Interesse an einer Festbeschreibung eines Reglements für diesen Bereich formuliert.

In Anlehnung an bestehende Kodizes für den privaten Wirtschaftsbereich in Österreich und für den öffentlichen Bereich, wie sie bereits in Deutschland, der Schweiz und bei der OECD existieren, wurde am 30. Oktober 2012 von der Bundesregierung der folgende Public Corporate Governance Kodex (B-PCGK) beschlossen. Es gibt noch keine allgemein gültige und einheitliche Definition, was Corporate Governance genau umfasst, aber allgemein wird darunter die Gesamtheit aller internationalen und nationalen Regeln, Vorschriften und Werte verstanden, die für die Führung und Überwachung von Unternehmen gelten sollen. Corporate Governance umfasst sowohl die Einhaltung von Gesetzen als auch das Befolgen anerkannter und akzeptierter Standards sowie das Weiterentwickeln dieser Standards für das eigene Unternehmen.

Kennzeichen guter Corporate Governance sind:

- Bewusster und angemessener Umgang mit Risiken;
- Funktionsfähige Unternehmensleitung;
- Transparenz in der Unternehmenskommunikation;
- Zielorientierte Kooperation zwischen Geschäftsführung und Aufsichtsrat.

Darüber hinaus ist eine Erkenntnis der empirischen Analyse „Evaluierung der ausgegliederten Rechtsträger“ aus dem Jahr 2011, dass es im Umgang mit den ausgegliederten Töchtern einen Governance Kodex braucht. In diesem Zusammenhang kann auf die Themen verbesserte Steuer-

ung und Formulierung exakter Zielfestlegung als rasch zu realisierende Erfordernisse verwiesen werden. Zurzeit ist eher eine Untersteuerung der ausgegliederten Unternehmen bemerkbar, wodurch sich die Handlungsspielräume der Unternehmen erweitern, was es erschwert, diese wiederum in die politischen und verwaltungsmässigen Vorgaben einzubinden.

Zudem haben vielfältige Fehlentwicklungen in öffentlichen Unternehmen die Notwendigkeit nach einer auf österreichische Gegebenheiten zugeschnittenen Ausgabe eines Public Corporate Governance Kodex sichtbar gemacht. Die Verwaltung selbst hat ihre Zuständigkeit auf die Kernprozesse reduziert, hingegen konnten die GeschäftsführerInnen der ausgegliederten Unternehmen Freiräume nutzen, die der Verwaltungsapparat nicht hatte.

Manche Aussagen mögen durchaus selbstverständlich oder banal erscheinen, angesichts jüngster Vorkommnisse im Kulturbereich wird man jedoch feststellen, die Inhalte eines Corporate Governance Kodex können nicht banal genug formuliert und oft genug wiederholt werden.

Anwendungsbereich

Was also umfasst der vorliegende Public Corporate Governance Kodex: der Governance Kodex legt einerseits für den Staat als Eigentümer dieser Unternehmen Maßnahmen fest und andererseits auch für das ausgegliederte Unternehmen und deren



Mag.^a Karin Holzer, Leiterin der Abt. I/5 – Sachwirtschaftsverwaltung, Service, Public Management, Bundeskanzleramt

Organe (Geschäftsführung, Aufsichtsrat, Vorstand).

Der Anwendungsbereich erstreckt sich nicht auf börsennotierte Unternehmen, jedoch auf Unternehmen des Bundes sowie auf deren Tochter- und Subunternehmen mit mehr als zehn Bediensteten oder 300.000 Euro Jahresumsatz, sofern für das betreffende Unternehmen nicht andere gesetzliche Regelungen zwingend anzuwenden sind. Der Kodex richtet sich an Unterneh-

men, an denen der Bund am Stamm-, Grund- oder Eigenkapital mit mindestens 50 Prozent beteiligt ist oder an Unternehmen, die der Bund durch finanzielle, sonstige wirtschaftliche oder organisatorische Maßnahmen tatsächlich beherrscht oder Gesellschaften, Stiftungen, Fonds und Anstalten öffentlichen Rechts und sonstige durch Bundesgesetze anders bezeichnet Rechtsträger öffentlichen Rechts im Sinne des Art. 126b B-VG, die der Aufsicht des Bundes unterliegen.

Der österreichische Governance Kodex wendet sich an Unternehmen mit eigener Rechtspersönlichkeit und einer Tätigkeit, die sich auf Vermögenswerte stützt. Die Leitsätze dieses Kodex sollen auch auf die Tochtergesellschaften anwendbar sein. Rechtlich stellen die Regelungen des Governance Kodex eine Selbstbindung des Bundes dar. Ziel des Kodex ist es, die Unternehmensführung und Unternehmensüberwachung transparenter und nachvollziehbarer zu machen und die Rolle des Bundes als Eigentümer und die

AUS DEM STÄDTEBUND

Rolle seiner Unternehmen klarer darzustellen.

Der Governance Kodex ist ein Nachschlagewerk für Begriffsbestimmungen wie Anteilseigner, Überwachungsorgan, Unternehmen, Unternehmen des Bundes, etc. Der Kodex enthält zwingende Regeln, die auf Gesetzen beruhen, die mit „L“ gekennzeichnet sind, und auf Empfehlungen, die mit „C“ gekennzeichnet sind.

Die Verankerung des Kodex im Regelwerk der Unternehmen kann über die Satzung und/oder die GeschäftsführerInnen-Geschäftsordnung bzw. über eine Aufsichtsrats-Geschäftsordnung erfolgen.

Mit dem vorliegenden Kodex wird zudem ein Reglement zu den Informations- und Berichtspflichten und zu den Intervallen der Berichtspflichten vorgeschlagen. Entscheidungen sollen nachvollziehbar dokumentiert und transparent werden. Ebenso wird festgehalten, dass einmal jährlich über die Einhaltung des Kodex eine Erklärung bzw. der Corporate-Governance-Bericht veröffentlicht wird und auf der Internetseite des Unternehmens zugänglich sein soll.

Geregelt ist auch der Erwerb von Beteiligungen: diese dürfen nur dann erworben werden, wenn u.a. der Erwerb wichtigen Interessen des Bundes dient, die Zahlungsverpflichtungen begrenzt sind und das Unternehmen des Bundes einen angemessenen Einfluss im Überwachungsorgan des Unternehmens erhält.

Das Zusammenwirken von Geschäftsleitung und Überwachungsorgan bei wichtigen Entscheidungen wie Festlegung und Änderung der Unternehmensstrategie, oder bei Maßnahmen, die zu einer Veränderung der Geschäftstätigkeit bzw. der Vermögens- oder Ertragslage führen, ist angesprochen. Ebenso ist das Problem der Verschwiegenheitsverpflichtung gegenüber dem entsendenden Organ erwähnt. Ein wesentlicher Punkt ist das Rechnungswesen. Das Rechnungswesen des Unternehmens muss jederzeit ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage sowie eine Unternehmensplanung und eine Kontrolle der wirtschaftlichen Verhältnisse ermöglichen. Es liegt ein Reglement bei Interessenskonflikten der Mitglieder der Geschäftslei-

tung vor. Die Mitglieder der Geschäftsleitung sind dem Unternehmenszweck verpflichtet und dürfen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit weder für sich noch für andere Personen von Dritten Zuwendungen oder Vorteile fordern oder annehmen. Ebenso dürfen bei den Entscheidungen keine persönlichen Interessen verfolgt werden und jedes Mitglied der Geschäftsleitung hat Interessenskonflikte dem Überwachungsorgan zu melden. Die Ausübung von Nebenbeschäftigungen ist geregelt.

Leitlinien zur Vergütung sind festgelegt, ebenso ist festgehalten, dass die Veröffentlichung der Vergütung der Mitglieder der Geschäftsleitung und des Überwachungsorgans der Zustimmung der Betroffenen bedarf. Nicht zu vernachlässigen sind Leitlinien des Kodex zur Internen Revision und deren Verankerung.

Im Mittelpunkt des vorliegenden Public Governance Kodexes steht somit die verantwortungsvolle Unternehmensführung und Unternehmenskontrolle durch das Zusammenwirken von Management und Anteilseignern.



Fotolia

25 Jahre Fußgängerzone in Dornbirn

Vor 25 Jahren wurde die Dornbirner Innenstadt autofrei. Mit der Eröffnung des Marktplatzes und der Fußgängerzone wurde Dornbirn die Einkaufsstadt der Region und zum beliebtesten Treffpunkt des Landes. Das Jubiläum wird mit einem Fest, das am 12. September 2014 über die Bühne am Marktplatz gehen wird, gefeiert. Mit einem eigenen Logo wird die Stadt während des ganzen Jahres auf das Jubiläum aufmerksam machen. Das Logo wurde kürzlich präsentiert.

Der Dornbirner Marktplatz ist seit 25 Jahren der Treffpunkt schlechthin und zieht mit seinen Märkten, zahlreichen Veranstaltungen und den Einkaufsmöglichkeiten Gäste aus der ganzen Bodenseeregion an. Anfangs wegen ihrer Größe noch viel diskutiert, sind die Qualitäten der Dornbirner Fußgängerzone heute unbestritten. Mit der Eröffnung der Fußgängerzone begann für die Stadt ein neues Zeitalter.

Bürgermeisterin Andrea Kaufmann: „Die Eröffnung der Fußgängerzone war ein Meilenstein in der Stadtentwicklung. Heute ist es nicht mehr vorstellbar, dass das Herz der Stadt vom PKW-Verkehr durchfahren wird. Die Stadt wird sich auch in Zukunft um die Qualität der Innenstadt kümmern; die Neugestaltung rund um die Schulgasse ist bereits in Vorbereitung.“

In der Zwischenzeit wurde von der Stadt weiter kräftig investiert – private Investoren sind dem Beispiel gefolgt und haben in den vergangenen Jahren zur Belebung der Innenstadt beigetragen. Ein besonderes Highlight ist die Stadtgarage mit ihrer direkten Anbindung an das Stadtzentrum. Die Erweiterung der Fußgängerzone und die geplante Neugestaltung im Bereich der Schulgasse werden zusätzliche Impulse bringen.

Seit nun genau 25 Jahren ist der Dornbirner Stadtkern verkehrsfrei und die Fußgängerzone bildet Raum und Platz für eine Vielzahl an Veranstaltungen und Begegnungen. Ereignisse am Marktplatz wie etwa der Wochenmarkt sind längst unersetzbare Tradition. Vor 25 Jahren ist vieles möglich geworden und die grafische Darstellung der Marke „25 Jahre Fußgängerzone“ soll über das ganze Jubiläumsjahr hinweg daran erinnern. Für den 12. September 2014 ist eine große Jubiläumsfeier – gemeinsam mit dem traditionellen Spielefest – geplant.

Ein neues Zeitalter

Wer älter als 25 Jahre ist, kann sich wahrscheinlich noch daran erinnern. Unter 25-Jährige kennen mit Sicherheit die Geschichte: Früher fuhren Autos über den Dornbirner Marktplatz und in der Mitte stand ein Polizist, der den Verkehr regelte. Im Jahr 1989 begann ein neues Zeitalter für Dornbirn und die Geschichte des Marktplatzes wurde neu geschrieben. Der damalige Stadtkern wurde ent-motorisiert und in eine Fußgängerzone umgewandelt. „Die Realisierung dieser Fußgängerzone ist der Beweis für ein sichtbar und spürbar gewordenes Umdenken in der Gestaltung unserer Lebensräume, für ein neues Verständnis in der Stadtplanung“, so der damalige Bürgermeister Rudolf Sohm in einer Veröf-

fentlichung im Gemeindeblatt vom 5. Mai 1989. Das 25-Jahre-Jubiläum wird die Stadt über das ganze Jahr hinweg begleiten. Die grafische Marke „25 Jahre Fußgängerzone“ hat zum Ziel, dass in Dornbirn bewusst gefühlt und daran erinnert wird, was heute durch die Fußgängerzone möglich ist und welche Impulse vom „Herzschlag Innenstadt“ ausgehen. Am 12. September wird in der Fußgängerzone die Jubiläumsveranstaltung stattfinden und damit der 25. Geburtstag gefeiert. Ein kreativer „Fußgang“ wird durch die Innenstadt leiten und zu den Geschäften führen, die seit 25 Jahren durch die Fußgängerzone optimal erschlossen sind. Den Abschluss bildet ein Konzert auf dem Marktplatz: an genau jenem Ort, an dem einst noch Autos fuhren. 1989 erklärte Bürgermeister Rudolf Sohm: „Im neu geschaffenen ‚Freilicht-Einkaufszentrum‘ laden zahlreiche nette Plätze, Restaurants und Cafés dazu ein, den Einkaufsbummel mit lockerem Vergnügen zu verbinden.“ Und genau das ist damals wie heute gültig, und der von Sohm beschriebene „Einkaufsbummel mit lockerem Vergnügen“ soll bei der Jubiläumsveranstaltung in den Mittelpunkt gestellt und erlebbar gemacht werden.

FAZIT:

Die Fußgängerzone bzw. der Dornbirner Marktplatz gelten heute als das Herz der Stadt, als pulsierender Treffpunkt für Bummler und Geschäftsleute, für TouristInnen und MarktfahrerInnen sowie für Veranstaltungen von A bis Z. Allein die Anzahl an stattfindenden Märkten beweist den Erfolg und die Notwendigkeit der vor 25 Jahre durchgeführten städtebaulichen Veränderung; genauso wie das Selbstverständnis, mit welchem sich FußgängerInnen heute sicher und frei in der verkehrsfreien Zone bewegen.



Präsentation des „Jubiläumslogos“ mit Stadtrat Guntram Mäser, Bürgermeisterin Andrea Kaufmann und Stadtmarketing-Geschäftsführer Herbert Kaufmann.

STROMVERSORGUNG NACHHALTIG SICHERN – ÜBERTRAGUNGSNETZE VERSTÄRKEN

Die europäische Stromversorgung ist im Umbruch. Mit dem Bekenntnis zum Ausbau erneuerbarer Energien hat Europa einen tiefgreifenden Transformationsprozess in der europäischen E-Wirtschaft eingeleitet.

Strom soll bis 2050 zum überwiegenden Teil aus erneuerbaren Energiequellen kommen. Länder wie Deutschland und Österreich haben die Weichen in Richtung des Ausbaus von Windkraft und Solarstrom gestellt. Bis 2020 soll sich durch die Ökostromförderung etwa die in Österreich installierte Windkraftleistung von derzeit rund 1.600 MW auf über 4.000 MW erhöhen. Das entspricht beinahe der doppelten Leistung der gesamten Donaukraftwerkskette. Absolute Grundvoraussetzung für das Gelingen der Energiewende ist der Ausbau und die Verstärkung der Stromnetze.

SICHERE STROMVERSORGUNG AUF BASIS LEISTUNGSFÄHIGER ÜBERTRAGUNGSNETZE

Österreich ist in der glücklichen Lage, ein sehr zuverlässiges Stromversorgungssystem zu haben. Die Ausfall- und Störungsstatistik der E-Control Austria weist für das Jahr 2012 eine Dauer von ungeplanten Versorgungsunterbrechungen von nicht einmal 35 Minuten aus. „Damit ist Österreich unter den Ländern mit der höchsten Stromversorgungssicherheit weltweit“, sagt Dr. Ulrike Baumgartner-Gabitzer, Vorstandsvorsitzende der Austrian Power Grid AG (APG),

des österreichischen Übertragungsnetzbetreibers. Im Netz der APG gab es in den Jahren 2012 und 2013 überhaupt keine Versorgungsunterbrechungen. „Um dieses hohe Versorgungsniveau nachhaltig absichern zu können, ist vor dem Hintergrund des Ausbaus der volatilen Windkraftzeugung dringend eine Verstärkung des heimischen Übertragungsnetzes notwendig. Mit den derzeit verfügbaren Leitungskapazitäten sind wir langfristig nicht in der Lage, das stark wachsende Stromaufkommen aus erneuerbaren Energiequellen in die heimische Stromversorgung einzubinden.“

MILLIARDENINVESTITIONEN IN DIE ZUKUNFT DER STROMVERSORGUNG

2,6 Milliarden Euro investiert die APG bis 2023 in ihr Netz, um die Versorgungssicherheit Österreichs nachhaltig abzusichern. Zentrales Element des APG-Netzkonzepts ist der 380-kV-Sicherheitsring. „Das APG-Netzkonzept baut auf dem 380-kV-Sicherheitsring auf“, erklärt Baumgartner-Gabitzer. „Dieses Konzept ist die Grundlage für eine nachhaltige Absicherung der heimischen Stromversorgung und eine kostenoptimale Zukunftslösung. Es ermöglicht nicht nur die Versorgung aller österreichischen Verbrauchszentren von zwei Seiten, sondern stellt auch die Verbindung der neuen und leistungsfähigen Windkraftanlagen im äußersten Osten des Landes mit Verbrauchszentren sowie mit den Pumpspeichern im Westen – den grünen Batterien im Alpenraum – her.“

Mehr Informationen unter www.apg.at



Sammlung von Alttextilien in Deutschland

Im Rahmen der Sitzung des Fachausschusses für Abfallwirtschaft und Städtereinigung am 21. und 22. Oktober 2013 in Korneuburg wurden Erfahrungen und Entwicklungen zur Sammlung von Alttextilien in Deutschland analysiert.

Dr. Guido Dernbauer, Österreichischer Städtebund



„Bei Alttextilien gibt es derzeit in Deutschland oft eine diffuse Erfassung über karitative, gewerbliche oder kommunale Systeme“, so Dr.-Ing. Heinz-Josef Dornbusch von INFA GmbH. Oft ist der Stoffstrom durch die Kommune nicht organisiert und die Potentiale zur getrennten Erfassung werden nicht ausgeschöpft. Anhand von Sortieranaylsen geht man von 2 bis 6 kg Alttextilien pro EinwohnerIn und Jahr im Restabfall aus. Der Marktwert schwankt und ist stark von der Qualität abhängig. Für Alttextilien im guten Zustand können 300 bis 500 Euro/t und für Schuhe bis zu 1.500 Euro/t erzielt werden. So gibt es bereits ein verstärktes Angebot von Rückgabemöglichkeiten im Einzelhandel (z.B. H&M).

Unterschiedliche Handlungsoptionen für Alttextilien

Im Bereich des Hol-Systems gibt es beispielsweise die Option einer kommunalen

Sacksammlung oder die Möglichkeit der Duo-Tonne. Bei der Duo-Tonne kommt es zu einer Doppelnutzung des Altpapierbehälters. Dabei wird nach der Papierabholung die gleiche Tonne, zum Beispiel am Tag danach, für die Alttextilienabholung verwendet. Weitere Möglichkeiten wären: die Sammlung gemeinsam mit dem Altpapier in der Altpapiertonne, wobei die Alttextilien in Säcken in die Altpapiertonne zu geben wären, oder die Sammlung über die Wertstofftonne. Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Sammlung über die Wertstofftonne nur bedingt funktioniert und somit keine gute Option darstellt.

Im Bring-System wäre eine Abgabemöglichkeit am Wertstoffhof oder beim Wertstoffmobil möglich. Von der Wirtschaftlichkeit gesehen ist das Aufstellen von Altkleidercontainern im Bring-System am effizientesten und bringt höhere Erlöse.

Qualität ist ausschlaggebend

Bei sortierten Altkleidern ist ein stetiger Preisanstieg zu erkennen, wobei es sich um trockene Ware handeln muss. Dies ist auch eine wesentliche Qualitätsanforderung.

Zur Qualitätssicherung ist außerdem eine wöchentliche Leerung der Container sinnvoll. Genaue Angaben zu den Sammlungsmengen in Deutschland liegen aufgrund der Vielzahl an verschiedenen Entsorgungswegen nicht vor. Man kann aber von einem jährlichen Potential in einer Größenordnung von ca. 30 kg/EW*a ausgehen. Die Sammlungsmenge im klassischen Altkleidercontainer variiert zwischen 50 und 300 kg/Woche.

Bei der Sortierung von Altkleidern unterscheidet man zwischen einer Grob- und Feinsortierung bzw. einer Spezialsortierung. Während der Spezialsortierung, die händisch erfolgt, werden bis zu 240 Sorten

AUS DEM STÄDTEBUND



Die TeilnehmerInnen der
Tagung in Korneuburg.

unterschieden. So wird z.B. bei Pullovern nach Qualitäten differenziert (Anteil Baumwolle, Anteil Polyester).

Unterschiedliche Verwertungswege

Altkleider, die in Deutschland gesammelt werden, gehen zu 40 Prozent in den Export (Afrika, Osteuropa, Katastrophenhilfe), weitere 40 Prozent werden stofflich verwertet und nur 10 Prozent der Kleidung bleibt in Deutschland und wird in Secondhand-Läden wieder verkauft.

Generell sind die Verwertungswege teilweise nur schwer nachvollziehbar. Deshalb ist es wichtig, bei Neuausschreibungen die Qualität der Sortierung und Transparenz der Verwertungswege zu definieren. So wurde ein Qualitätssiegel für das Textilrecycling Anfang 2013 vom Fachverband Textilrecycling ins Leben gerufen. Es gibt einen Zertifizierungsprozess und es kommt zu regelmäßigen Überprüfungen

durch einen unabhängigen Sachverständigen. Bis vor Kurzem war die Sammlung von Altkleidern ausschließlich in der Hand von privaten Unternehmen. Seit Juli 2013 sammeln z.B. die Abfallwirtschaftsbetriebe München Altkleider in Eigenregie unter dem Motto „Ihre Altkleider - unsere Verantwortung“. Als Sammelsystem wird ein Depotcontainersystem mit Bodenentleerung eingesetzt, analog zur Altglasammlung. Daneben gibt es stadtweit drei weitere Entsorgungsmöglichkeiten. Mit dem Aufziehen dieses eigenen Sammelsystems möchten die Abfallwirtschaftsbetriebe München gewerbliche Sammlungen unterbinden und den Wildwuchs von privat aufgestellten Altkleidercontainern reduzieren. Dies sollte auch zur Reduzierung der Vermüllung an privaten Standplätzen führen und eine Erhöhung der Recyclingquote mit sich bringen. Die Nutzung der Verwertungserlöse wird zur Stabilisie-

rung der Abfallgebühren eingesetzt. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 40 % aller in Deutschland aufgestellten Altkleidercontainer illegal sind. Das Kreislaufwirtschaftsgesetz ermöglicht eine Untersagung von gewerblichen Sammlungen, wenn der öffentlich-rechtliche Entsorgungsträger ein eigenes Sammelsystem zur Verfügung stellt. Der Parallelbetrieb karitativer Sammlungen ist jedoch möglich bzw. erwünscht. Im Rahmen der Sitzung des Fachausschusses für Abfallwirtschaft und Städtereinigung am 21. und 22. Oktober 2013 in Korneuburg wurden auch noch Themen wie z.B. Verpackungsverordnung, EU-Grünbuch Kunststoffabfälle oder „Trans Waste“ behandelt.

Ertragsanteilszuschüsse für März 2014

(Beträge in 1.000 Euro ohne Zwischenabrechnung)

a) Berechnungsbasis für die Zuschüsse an gemeinschaftlichen Bundesabgaben (GBA)

	Ertrag für 03/2014 ¹⁾	Veränderung ggü. 03/2013	Ertrag für 01-03/2014	Veränderung ggü. 01-03/2013
	in 1.000 EURO	in %	in 1.000 EURO	in %
GBA mit einheitlichem Schlüssel	4.993.283	4,7%	19.265.913	4,1%
davon:				
Veranlagte Einkommensteuer	-94.271		982.539	12,8%
Lohnsteuer	2.187.941	4,5%	7.017.682	7,6%
Körperschaftsteuer	-7.426		1.619.414	21,1%
Umsatzsteuer	2.079.695	-0,3%	6.426.277	0,6%
Mineralölsteuer	308.188	1,2%	1.040.272	-16,0%
Abgeltungssteuern Schweiz			28.577	
GBA mit speziellen Schlüsseln	152.397	0,7%	476.125	4,0%
davon:				
Bodenwertabgabe	17	-60,1%	1.235	-9,8%
Werbeabgabe	10.168	-4,8%	32.557	-0,6%
Grunderwerbsteuer	64.059	-1,3%	210.375	5,2%
GBA gesamt	5.145.680	4,6%	19.742.038	4,1%

1) i.d.R. basierend auf dem Steueraufkommen des zweiten vorangegangenen Monats.

b) Gemeindeertragsanteile

	Vorschuss für 03/2014	Veränderung ggü. 03/2013	Vorschuss für 01-03/2014	Veränderung ggü. 01-03/2013
	in 1.000 EURO	in %	in 1.000 EURO	in %
Burgenland	15.992	4,8%	60.931	5,3%
Kärnten	38.106	4,5%	146.081	3,0%
Niederösterreich	100.271	6,7%	388.139	5,9%
Oberösterreich	94.706	5,0%	370.189	5,6%
Salzburg	41.886	6,0%	162.378	5,7%
Steiermark	75.969	5,3%	296.018	4,1%
Tirol	54.090	6,4%	204.010	5,8%
Vorarlberg	28.085	4,3%	107.816	5,0%
Wien	160.550	6,4%	614.934	5,0%
Summe	609.657	5,8%	2.350.496	5,1%

Betriebliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Gemeinde

Ein gesundes Gemeindeamt braucht gesunde, zufriedene und motivierte MitarbeiterInnen. Um einen gesundheitsfördernden Weg im Gemeindedienst einzuschlagen, beraten Sie gerne die MitarbeiterInnen der BVA aus dem Bereich Gesundheitsförderung Öffentlicher Dienst.



Aufgrund der immer größer werdenden Herausforderungen, einem Mehr an Verantwortung und einem breiten Feld an zusätzlichen Tätigkeiten, überschreiten viele Gemeindebedienstete ihre Belastungsgrenzen. Vorhandene Gesundheitsressourcen bei der Arbeit werden in Zeiten von Budgetkürzungen und Umstrukturierungen seltener als bisher wahrgenommen.

Um mit den gegenwärtigen Arbeitsbelastungen besser umgehen zu lernen und die Quellen der Gesundheit am Arbeitsplatz neu zu entdecken, stellt das ganzheitliche Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ein ideales Instrument dar. Im Zuge eines BGF-Projektes können mit klaren zeitlichen Rahmenbedingungen alle Bediensteten der Gemeinde mit einbezogen werden. Ganz nach dem Motto „Ich bin mein eigener Experte für meine Gesundheit“ erfolgt sowohl eine Stärkung der Gesundheitskompetenzen als auch eine Sensibilisierung des Gesundheitsbewusstseins.

Für ein BGF-Projekt im Gemeindedienst sprechen die vielen verschiedenen Vorteile. Einerseits profitiert die Dienstgeberseite von der Steigerung der Arbeitszufriedenheit, andererseits können die DienstnehmerInnen ihre Gesundheitskompetenz steigern.

Warum sich die Initiierung eines BGF-Projektes in der Marktgemeinde Maria Enzersdorf auszahlt, beschreibt Amtsleiter Dr. Martin Mittermayr folgend: „Durch das BGF-Projekt konnte das Gesundheitsbewusstsein der MitarbeiterInnen gefördert werden, durch die diversen Aktivitäten im Rahmen des Projekts konnte auch der Teamgeist und die interne Kommunikation verbessert werden – alles zusammen Ergebnisse, die für



Dienstgeber und MitarbeiterInnen sehr positiv sind. Ohne die sehr professionelle Hilfe durch unsere Projektpartner, wie die BVA, hätten wir dieses Ergebnis nicht erreichen können.“

Wenn Sie Interesse haben einen gesundheitsfördernden Weg für und mit Ihren Gemeindebediensteten einzuschlagen, dann wenden Sie sich an die österreichweiten AnsprechpartnerInnen der Gesundheitsförderung öffentlicher Dienst. Für weitere und nähere Informationen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung stehen Ihnen die BVA-AnsprechpartnerInnen in den Bundesländern zur Verfügung:

HAUPTSTELLE

Landesstelle für Wien, Niederösterreich, Burgenland

Josefstädter Straße 80,
1080 Wien,
☎ 05 04 05/217 08 oder 217 20
✉ gesundheitsfoerderung@bva.at

Landesstelle für Oberösterreich

Hessenplatz 5, 4010 Linz
☎ 05 04 05/245 00 oder 245 19
✉ linz.gesundheitsfoerderung@bva.at

Landesstelle für Salzburg

Faberstraße 2A, 5020 Salzburg
☎ 05 04 05/270 11 oder 275 21
✉ salzburg.gesundheitsfoerderung@bva.at

Landesstelle für Kärnten

Siebenhügelstraße 1,
9010 Klagenfurt am Wörthersee
☎ 05 04 05/265 05 oder 265 26
✉ klagenfurt.gesundheitsfoerderung@bva.at

Landesstelle für Steiermark

Grieskai 106, 8020 Graz
☎ 05 04 05/257 50 oder 257 60
✉ graz.gesundheitsfoerderung@bva.at

Landesstelle für Tirol

Meinhardstraße 1,
6010 Innsbruck
☎ 05 04 05/285 00 oder 280 05
✉ innsbruck.gesundheitsfoerderung@bva.at

Landesstelle für Vorarlberg

Monfortstraße 11, 6900 Bregenz
☎ 05 04 05/295 00
✉ bregenz.gesundheitsfoerderung@bva.at

64. Österreichischer
STÄDTETAG

4. bis 6. Juni 2014

G R A Z

Städte neu denken – Finanzen, Bildung, Soziales



Programmablauf

Mittwoch, 4. Juni 2014

15:00 Uhr **Feierliche Eröffnung** des Städtetages in der Messe Congress Graz (Stadthalle)
Festreferat: Professor Dr. Benjamin R. Barber

Donnerstag, 5. Juni 2014

10:00–11:30 Uhr **Rahmenprogramm für Begleitpersonen**
Stadtrundfahrt mit dem Cabriobus

10:00–12:30 Uhr **Arbeitskreise**

1. Qualitätsvolles Bauen in Städten – Städte als vorbildliche Bauherren?
2. Mythen des Finanzausgleichs
3. Smart Urban Living: Meine Stadt – Mein LebensRAUM
4. Friedliches Zusammenleben in Österreichs Städten und Gemeinden
5. Schulen und Kommunen auf dem Weg zum gemeinsamen Lernen

ab 14:00 Uhr **Rahmenprogramme**

Freitag, 6. Juni 2014

09:00 Uhr **Abschlussstagung** mit Referat von Vizekanzler Dr. Michael Spindelegger

Alle Informationen rund um den 64. Österreichischen Städtetag in Graz finden Sie im Internet unter
www.staedtetag.at.