

Evaluierung

„Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft!“



Interkulturelles Programm zur Förderung von Health Literacy und gesundheitlicher Chancengleichheit für Migrantinnen mit niedrigem SES und Training für Multiplikatorinnen aus der Zielgruppe

Endbericht der Evaluierung

Andrea Reiter
Mitarbeit: Isa Hager, statistische Auswertung

Wien, März 2012

Im Auftrag von beratungsgruppe.at



Evaluierung
Prospect Unternehmensberatung GesmbH
Siebensterngasse 21/4
A-1070 Wien
Tel: +43/1/523 72 39-0
E-mail: office@pro-spect.at
www.pro-spect.at

Projektträger und Durchführung
beratungsgruppe.at
Verein für Informationsvermittlung, Bildung und Beratung
Ergasse 25/36
A-1120 Wien
Tel: +43 1 9438332
Projektleitung Liesl Frankl
E-mail: office@beratungsgruppe.at

Das Projekt „Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft!“ wurde gefördert von:



Gemeinden: Ebreichsdorf, Ebergassing, Guntramsdorf



INHALTSVERZEICHNIS

MANAGEMENT SUMMARY	4
1. HINTERGRUND	7
2. EVALUATIONSANSATZ UND DATENBASIS DES BERICHTES.....	12
3. ECKPUNKTE ZUR PROJEKTUMSETZUNG	13
3.1. AKQUISE DER ZIELGRUPPE	14
4. SOZIODEMOGRAPHISCHE BESCHREIBUNG DER TEILNEHMERINNEN	16
5. AUSWIRKUNGEN DER INTENSIVBETREUUNG	22
5.1. STÄRKUNG DER HEALTH LITERACY UND EMPOWERMENT	25
5.1.1 gekona aus Sicht der teilnehmenden Frauen	25
5.1.2 Messbare Auswirkungen auf gesundheitliche Einflussfaktoren.....	28
6. ZIELERREICHUNG	39
7. SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	46
ANHANG	52

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Cover von zwei „Sani-Büchlein“	9
Abbildung 2: Aufenthalt der Befragten in Österreich	17
Abbildung 3: Selbstbewertung der sozialen Einbindung.....	19
Abbildung 4: Selbstbewertung des eigenen Bildungsstandes	21
Abbildung 5: Veränderungen der Selbstbewertungen zwischen Programmbeginn und –ende, Anteil der Personen in %	31
Abbildung 6: Veränderung des Anteils der Personen, die die Dimensionen (eher) gut bewerteten in Prozent zu beiden Messzeitpunkten.....	34
Abbildung 7: Selbsteinschätzung des Bildungsstandes zu beiden Messzeitpunkten	35
Abbildung 8: Selbsteinschätzung des persönlichen Bekanntenkreises und der sozialen Einbindung zu bei den Messzeitpunkten	35
Abbildung 9: Selbsteinschätzung des Grades der Selbständigkeit beiden Messzeitpunkten.....	36
Abbildung 10: Selbsteinschätzung der allgemeinen Lebenssituation zu beiden Messzeitpunkten	37
Abbildung 11: Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Verfassung zu beiden Messzeitpunkten	37
Abbildung 12: Selbsteinschätzung des eigenen Wissens über Gesundheitsförderung zu beiden Messzeitpunkten	38
Abbildung 13: Aufgabenfeld und Haltung einer Gesundheitsbotschafterin	43

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Altersverteilung der Teilnehmerinnen	17
Tabelle 2: Kinder unter 15 Jahren im Haushalt.....	18
Tabelle 3: Deutschkenntnisse nach Alter.....	20
Tabelle 4: Gruppenangebote in den beiden Programmdurchläufen	23
Tabelle 5: Exkursionen in den beiden Programmdurchläufen	24
Tabelle 6: Durchschnittliche Selbsteinschätzung zu Beginn und am Ende des Programms in sechs erhobenen gesundheitsrelevanten Dimensionen	29
Tabelle 7: Mittelwerte der Selbstbewertung zu allen Dimensionen zu Programmbeginn und Programm-ende	30
Tabelle 8: Einschätzung der gesundheits- und bildungsbezogenen Dimensionen nach Berufstätigkeit	33
Tabelle 9: Einschätzung der gesundheits- und bildungsbezogenen Dimensionen nach Deutschkenntnissen	33
Tabelle 10: In Zusammenhang mit gekona gesetzte Aktivitäten der Teilnehmerinnen	41
Tabelle 11: Veränderungsvorhaben der Teilnehmerinnen: Was will ich noch verändern?.....	41
Tabelle 12: Veränderungen in der Familie und im Umfeld: Was hat sich bereits in meiner Familie und in meinem Umfeld verändert?.....	42

Management Summary

beratungsgruppe.at fördert mit dem Projekt „Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft!“ durch aufsuchende Bildungsarbeit Gesundheitsbewusstsein und -kompetenzen („Health Literacy“) bei Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status aus dem moslemischen Kulturkreis und deren Familien.

Niederschwelliger, aufsuchender und kultursensibler Zugang über Gesundheitstutorinnen

„Gesundheit kommt nachhause“ ist ein Projekt, das einer besonders stark benachteiligten und somit auch gesundheitlich gefährdeten Gesellschaftsgruppe Unterstützung anbietet. Die schwer erreichbare, in der einschlägigen Forschung daher als „hard to reach“ bekannte Zielgruppe, konnte über ausgebildete und durchgängig begleitete Frauen aus demselben Kultur- und Sprachkreis angesprochen und für das Projekt gewonnen werden. Durch die aufsuchende Arbeitsweise im Wohnumfeld der teilnehmenden Frauen, die niederschwellige Vermittlung der Inhalte über spezifische Informationsmaterialien und Veranstaltungen gelang es, die Frauen durchgängig im Programm zu halten und die Zielsetzungen zu erreichen. Einen zusätzlichen Mehrwert stellte die Anstellung der Gesundheitstutorinnen und damit Schaffung von Arbeitsplätzen und Professionalisierung von Migrantinnen dar.

Über 200 Mütter aus Wien und Niederösterreich nahmen am Programm teil

Insgesamt 212 Frauen, Mütter und Großmütter, aus dem moslemischen Kulturkreis wurden in zwei Programmdurchgängen jeweils sechs Monate intensiv betreut. Die Teilnehmerinnen waren zwischen 23 und 74 Jahre alt, gehören mehrheitlich zur ersten Generation von Zuwanderinnen und leben größtenteils seit Jahrzehnten in Österreich. Von Frauen österreichischer Herkunft unterscheiden sie sich durch eine durchschnittlich höhere Anzahl von Kindern und einen niedrigeren sozioökonomischen Status: Sie sind seltener berufstätig, verfügen über geringere Haushaltseinkommen und weniger Wohnraum. Wesentliches Charakteristikum ist eine nach subjektiver Selbsteinschätzung geringe soziale Integration. Jede dritte Teilnehmerin gibt zudem an, keine Vertrauensperson in Österreich zu haben. Der Befund einschlägiger Untersuchungen, demnach spezifische Gruppen von MigrantInnen gesundheitlich benachteiligt sind, etwa durch erhöhte Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem oder geringere Beanspruchung von Vorsorgemaßnahmen, wird von den Teilnehmerinnen bestätigt. Nach Selbsteinschätzung stufen sie ihr Wissen über Gesundheitsförderung als gering ein.

„Gesundheit kommt nachhause“ erweitert die Handlungsfähigkeit und Health Literacy

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Ziel, Health Literacy zu steigern, in hohem Ausmaß erreicht wurde. Bei 58% der Frauen hatte sich zu Programmende ihr Wissen zu Gesundheitsförderung nach ihrer Selbsteinschätzung verbessert. Der Vergleich dieser Bestandsaufnahmen zu Programmbeginn und zu Programmende zeigt bei 44% eine Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung. Für ebenso viele hat sich die persönliche Lebenssituation gebessert und für 38% die soziale Einbindung.

In der persönlichen Befragung im Rahmen der Evaluation beschreiben die Frauen Lernerfahrungen und -effekte auf mehreren Ebenen. Die Teilnehmerinnen erhöhen ihr Wissen zu Gesundheitsförderung und verändern Verhaltensmuster. Sie erkennen die Wichtigkeit des Lernens und sind bestrebt, mehr zu wissen. Dies beinhaltet nicht nur Gesundheitswissen, sondern auch ihre Deutschkenntnisse, die etliche Teilnehmerinnen durch Kursbesuche verbessern wollen. Dieses Empowerment der Teilnehmerinnen drückt sich auch darin aus, dass die Frauen ihre Familienzentriertheit überwinden wollen und mehr auf die eigenen Bedürfnisse achten und soziale Aktivitäten außerhalb der Familien setzen. Sie treffen sich auch nach Projektende weiter, tauschen sich aus und planen gemeinsame Unternehmungen. Diese von den Teilnehmerinnen beschriebenen Faktoren bewirken eine gestärkte Handlungsfähigkeit.

Mit dem Projekt wird somit nicht nur persönliches Verhalten, sondern die gesellschaftliche Integration einer stark ausgrenzungsgefährdeten Personengruppe gefördert. Die Teilnehmerinnen erkennen selbst deutlich, dass Ausgrenzung kränkt und krank macht und sprechen sehr gut auf den ganzheitlichen Zugang des Programms an. Gesundheitsförderung wird von ihnen nicht auf Ernährung und Bewegung reduziert, sondern damit auch zentrale Bereiche wie soziale Integration, Aktivität, Mobilität oder Kommunikation assoziiert.

Breitenwirkung und Nachhaltigkeit

„Gesundheit kommt nachhause“ fokussiert die Zielgruppe Mütter und Großmütter, die über ihre Kinder und ihre Fürsorgehaltung angesprochen und zur Teilnahme motiviert werden. Durch diese Orientierung profitieren neben den Kindern, die weiteren Familienmitglieder und schließlich die Community. Bei über 200 Teilnehmerinnen werden somit rund vier- bis fünfmal so viele Personen mittelbar erreicht. Die Frauen setzen auch nach Programmende Aktivitäten zur Förderung ihrer psychosozialen Gesundheit. Teilnehmerinnen früherer Programmdurchläufe treffen sich auch weiterhin zum Austausch und gemeinsamen Aktivitäten.

Standardisiertes Programm zur Stärkung der Health Literacy und Empowerment

Das Programm „Gesundheit kommt nachhause“ wurde nach der Erprobung im Modellprojekt „Gesundheit kommt nachhause. Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter“ auch im gegenständlichen Projekt mit erweiterter Zielgruppe und erweitertem Multiplikatorinnenansatz erfolgreich und effektiv durchgeführt. Zur regionalen Verbreitung und Übertragung liegt eine ausformulierte Projektbeschreibung und Kalkulationsgrundlage mit Qualitätsstandards vor. Zudem beschreibt der vorliegende Evaluationsbericht die zentralen Umsetzungsschritte und Programmelemente.

„Gesundheit kommt nachhause“ ist nicht nur Gesundheitsprojekt, sondern ein Bildungs- und „Integrationsprojekt“

Die Wirksamkeit des Programms beruht auf einer wertschätzenden und empathischen Grundhaltung, die den Frauen eine Entwicklung und den Ausbau ihrer Kompetenzen zutraut, und sich fundamental an ihrer Lebenswelt orientiert. Die Frauen - Gesundheitstutorinnen und Mütter - werden in ihrem selbständigen Frausein und ihrer gesellschaftlichen Teilhabe gestärkt und damit ihre Chancengleichheit erhöht. Letztendlich geht es um die Initiierung und Begleitung von Lernprozessen sowohl bei Gesundheitstutorinnen als auch bei den teilnehmenden Müttern. Die Förderung der Autonomie bei dieser sehr schwer erreichbaren Zielgruppe gelang durch ein kultursensibles Setting und Know-How bei den Projektverantwortlichen. Um benachteiligten Frauen diese Chance auch weiterhin zu eröffnen, gilt es, dieses Know-How zu nutzen und zu verbreiten.

„Gesundheit kommt nachhause“ ist ein bekanntes und „ausgezeichnetes“ Projekt

Diese Kompetenzen stoßen bereits auf breite Resonanz und die Wirksamkeit wurde auch von der Fachöffentlichkeit bald anerkannt. In Folge kontinuierlicher Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit hat „Gesundheit kommt nachhause“ bereits einen hohen Bekanntheitsgrad in ExpertInnenkreisen erreicht. Dies äußert sich etwa in zunehmenden inhaltlichen Anfragen und Einladungen der Projektverantwortlichen zu Veranstaltungen. gekona wird z.B. auch in der Broschüre der Volkshilfe „Armut macht krank. Fakten, Zusammenhänge, Empfehlungen“ als Best-Practice-Beispiel angeführt.

Einer breiteren Öffentlichkeit wurde gekona durch die Berichterstattung in Printmedien und Fernsehen infolge der Verleihung des Vorsorgepreises des Landes Niederösterreich in der Kategorie „Österreich - private Initiativen“ im März 2010 bekannt. Die Jury hob insbesondere den partizipativen Ansatz im lokalen Setting für die Zielgruppe Migrantinnen hervor.

Eine weitere Anerkennung wurde dem Projekt durch die Verleihung des Helene Potetz Preises an Liesl Frankl, Geschäftsführerin des Vereins beratungsgruppe.at und Projektleiterin, im März 2012 zuteil. Sie wurde für ihre Verdienste um Frauen in Meidling und die beiden Projekte „HIPPY“¹ und „Gesundheit kommt nachhause“ ausgezeichnet.

¹ HIPPY (Home Instructions for Parents of Preschool Youngsters) ist ein Bildungs-Förderprogramm für Eltern mit Kindern im Vorschulalter, das mittels Aufsuchender Elternarbeit und Gruppentreffen arbeitet. Vgl. www.hippy.or.at

1. Hintergrund

Verschiedene Untersuchungen im Bereich der Gesundheitsförderung belegen den Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Lebensbedingungen und Gesundheit. Personen mit niedrigem Bildungsstand und geringem Einkommen sind verstärkt Gesundheitsrisiken ausgesetzt und mehrfach belastet. Personengruppen mit Migrationshintergrund sind in dieser Gruppe überproportional vertreten.² In der Gesundheitsförderung und Prävention gelten MigrantInnen infolge erhöhter Zugangsbarrieren und verringerter Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Vorsorgemaßnahmen als „hard-to-reach“-Gruppe.³ Weibliche Migrantinnen sind im Vergleich zu männlichen Migranten zusätzlich benachteiligt: Neben der Benachteiligung aufgrund ihres Migrationshintergrunds sind sie wie alle Frauen struktureller Diskriminierung ausgesetzt, die sich u.a. in einer Schlechterstellung auf dem Arbeitsmarkt hinsichtlich Status und Einkommen auswirkt.⁴ Die Benachteiligung von Migrantinnen zeigt sich bzw. äußert sich auch in der Gesundheit. In einer Untersuchung des Ludwig Boltzmann Instituts für Frauengesundheitsforschung gaben österreichische Frauen häufiger ein gutes körperliches und seelisches Wohlbefinden an als Frauen aus der Türkei oder Ex-Jugoslawien.⁵ Migrantinnen nehmen nachweislich seltener Vorsorgeuntersuchungen⁶ und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in Anspruch und weisen eine höhere Rate an Fehlgeburten und Säuglingssterblichkeit auf. Migrantinnen sind zudem mit Kommunikations-, Kultur- und Informationsbarrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem konfrontiert.⁷ Gerade diese Gruppe bräuchte daher in besonderer Weise Unterstützung und Förderung ihrer Gesundheit.

Programm „gekona“ zur Förderung gesundheitlichen Chancengleichheit bildungsbenachteiligter Migrantinnen

beratungsgruppe.at, Verein für Informationsvermittlung, Bildung und Beratung, entwickelte daher ein Gesundheitsförder- und Bildungsprogramm „Gesundheit kommt nachhause“ (im Folgenden „gekona“) zur Unterstützung der mit Gesundheitsressourcen schlecht ausgestatteten Gruppe der Migrantinnen mit niedrigem sozioökonomischem Status aus dem muslimischen Kulturkreis⁸. Durch die Vermittlung von Gesundheitsbewusstsein und -kompetenz, sogenannter „Health Literacy“, soll Empowerment und Stärkung der benachteiligten Migrantinnen erreicht und somit ein Beitrag zur Chancengleichheit geleistet werden.

Mehrere Faktoren führen zu eingeschränkter Gesundheitskompetenz

Sozial, kulturell und ökonomisch benachteiligte Frauen sind in besonderer Weise auf Unterstützung angewiesen, weil sie von üblichen Informationskanälen des Gesundheitswesens ausgeschlossen sind. Der soziale Status hat zudem einen

² So wird in einem Presseartikel vom 27.03.2012 getitelt „Experten: Notstand bei Gesundheit von Migranten“

http://diepresse.com/home/panorama/integration/744149/Experten_Notstand-bei-Gesundheit-von-Migranten, 27.3.2012

³ Mayer, Julia: Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma, Gesundheitsdossier des Österreichischen Integrationsfonds, ÖIF-Dossier Nr. 17, Mai 2011, S. 5

⁴ Fassmann, Heinz; Reeger, Ursula: Lebensformen und soziale Situation von Zuwanderinnen. In: Fassmann, Heinz (Hg.) (2007): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006, S.190.

⁵ Wimmer-Puchinger Beate: Migrantinnen-Gesundheit – Wie viele Sprachen spricht unser Gesundheitssystem?

<http://www.wien.gv.at/integration/pdf/ws04-vortrag.pdf>, 27.6.2008

⁶ Migrantinnen türkischer und ex-jugoslawischer Herkunft nehmen im Vergleich zu Österreicherinnen Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen deutlich seltener wahr, dies betrifft besonders Mammografien, Krebsabstriche oder Gesundenuntersuchungen, vgl. femigration und integration, zahlen, daten, indikatoren 2011, Fakten, Österreichischer Integrationsfonds 2011, S. 22

⁷ Wimmer-Puchinger Beate: Migrantinnen-Gesundheit – Wie viele Sprachen spricht unser Gesundheitssystem?

<http://www.wien.gv.at/integration/pdf/ws04-vortrag.pdf>, 27.6.2008

⁸ <http://www.gekona.at>

starken Einfluss auf die Gesundheitskompetenz, d.h. darauf, inwieweit jemand Entscheidungen treffen kann, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. In Folge ihrer sozioökonomischen Merkmale, ihrer mangelnden deutschen Kommunikationsfähigkeiten und der kulturellen Statuszuschreibung verfügt diese Gruppe über geringe Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten. Die Frauen entstammen einem kulturellen Hintergrund, der Frauen häufig restriktive und eingeschränkte Lebens- und Kompetenzbereiche zuweist.

Intensivbetreuung durch Gesundheitstutorinnen in aufsuchender Methodik

Das Programm „Gesundheit kommt nachhause“ vermittelt durch aufsuchende Bildungsarbeit Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) bei Migrantinnen, Müttern mit sehr niedrigem sozioökonomischen Status, vorwiegend aus dem islamisch-türkischen Kulturkreis und ihren Familien. Dafür werden die Teilnehmerinnen von geschulten Laienkräften, sogenannten Gesundheitstutorinnen im Rahmen einer Intensivbetreuung durch das Programm begleitet, das insgesamt sechs Monate dauert. Die Gesundheitstutorinnen sind Migrantinnen mit demselben sozioökonomischen Hintergrund wie die Zielgruppe, die eine spezifische Basisschulung absolvierten und während der Programmumsetzung durchgängig vom Steuerungsteam angeleitet und unterstützt werden. Die Gesundheitstutorinnen vermitteln in 14-tägigen Müttertreffen, die bei einer Teilnehmerin zu Hause stattfinden bzw. in deren Wohnnähe, Gesundheitsinhalte. Sie sind als Mitarbeiterinnen bei beratungsgruppe.at angestellt.

Monatliche Exkursionen und Gruppenveranstaltungen zu spezifischen Themenfeldern ergänzen die Müttertreffen und bilden gemeinsam die sogenannte Intensivbetreuung.

Mit der aufsuchenden Methodik im Wohnumfeld der Teilnehmerinnen wird nicht nur ein niederschwelliger Ansatz verfolgt. „Gesundheit kommt nachhause“ bedeutet auch „zu Hause“ im Sinne von sich wohlfühlen, in einer vertrauten Umgebung sein. Dieser Aspekt wurde auch auf die Gruppenangebote übertragen, etwa bei den Vorsorgeuntersuchungen durch Vorbereitung, einen sehr persönlichen Umgang des Arztes und seiner Mitarbeiterinnen und die Öffnung der Praxis ausschließlich für die gekona-Teilnehmerinnen.

Weitere Programmelemente sind ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis und Prozessorientierung. Verfestigte Gewohnheiten und Einstellungen ändern sich kaum durch einmalige Angebote, sondern können nur in einem begleitenden Prozess angeregt werden. Der ganzheitliche Zugang wird an den Infomaterialien und den thematisch breit gefächerten Gruppenangeboten deutlich ersichtlich. Am Beispiel Ernährung erläutert, werden keine reinen Ernährungstipps gegeben, sondern die Rahmenbedingungen, etwa positive Aspekte von gemeinsamen Mahlzeiten im sozialen Setting Familie mitreflektiert. In der Umsetzung zeigte sich, dass das ganzheitliche Verständnis bei der Zielgruppe auf sehr positive Resonanz stößt.

Zielgruppenadäquate Materialien verpackt in einem Gesundheitskoffer

Für die Vermittlung der Gesundheitsinhalte entwickelte beratungsgruppe.at im Modellprojekt spezifische didaktisch-methodisch und inhaltlich zielgruppensensible Materialien. Jede Teilnehmerin erhält den sogenannten Gesundheitskoffer, der Bilderbücher und Informationsblätter enthält. In zehn illustrierten, deutschsprachigen Bilderbüchern werden gesundheitsrelevante Themen und Einflussfaktoren

über Geschichten aus dem Familienalltag vermittelt. Die behandelten Gesundheitsthemen decken ganzheitlich die soziale, psychische und physische Ebene ab.

Abbildung 1: Cover von zwei „Sani-Büchlein“



Basis: gekona-Gesundheitskoffer, beratungsgruppe.at

52 Infoblätter auf Deutsch und Türkisch erläutern zusätzlich zu entsprechenden Textteilen der Bilderbücher Hintergrundwissen. Diese bieten vertiefte Informationen zu folgenden Inhalten:

- Bewegung/motorische Fähigkeiten, Entspannung
- Entwicklung des Gehirns/Lernen, Entwicklung des Kindes
- Ernährung, Essgewohnheiten, Essstörungen
- Frühkindliche Bindung/Beziehung
- Gefühle/Emotionale Entwicklung/Wohlfühlen
- Haushaltshygiene
- Impfungen/Vorsorgeuntersuchungen
- Integration/Konflikte/Aggressivität
- Kommunikation/Zuwendung/Soziales
- Konsumverhalten/Einkaufen
- Körperbewusstsein, Körperhygiene, Körper und Körperfunktionen
- Lebensraumgestaltung/Zusammenleben
- Persönlichkeitsbildung
- Rollenbilder
- Schlaf und Träume
- Stillen/Babynahrung
- Sexualität/Schwangerschaft, Sexualaufklärung/Moral
- Spielen/Lebensfreude/Lachen
- Stress/Leistungsdruck
- TV/PC-Gewohnheiten
- Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“
- Umgang mit Medikamenten
- Unfallschutz/Erste Hilfe
- Verhaltensauffälligkeiten/Sucht
- Zahn- und Mundhygiene

Hinter der Materialgestaltung in Form von illustrierten Bilderbüchern, die mit klaren und verständlichen Texten lebensweltnahe Geschichten erzählen, verbergen sich zwei Anknüpfungspunkte an die Zielgruppe: Zum einen wird mit der Methode, Werte und Inhalte narrativ zu vermitteln, die orientalische Tradition des Geschichtenerzählens aufgegriffen. Zum anderen werden die Mütter dadurch erreicht, dass sie die Bücher gemeinsam mit ihren Kindern lesen. Dadurch können neben den Müttern, deren Kinder und alle Personen, die im Haushalt leben, erreicht werden. Durch diese „Early-Childhood-Intervention“ wird sowohl der Zugang zur Zielgruppe erleichtert als auch die Nachhaltigkeit des Programms durch die Einbeziehung der Kinder gesichert.

Erfolgreiche Durchführung eines Modellprojektes

Die Wirksamkeit dieses Programms⁹ bei der Zielgruppe wurde bereits im Modellprojekt „Gesundheit kommt nachhause. Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter“ von 2009 bis 2010 erprobt und erfolgreich umgesetzt. Mit einem niederschweligen Multiplikatorinnenansatz konnte die schwer zugängliche Zielgruppe sehr effektiv erreicht und unterstützt werden. Nach einer überraschend schnellen Akquise konnte eine durchgängige Beteiligung konstatiert werden. Die Dropout-Rate betrug lediglich 3,5%. Mittels standardisierten Verlaufsbefragungen (Programmbeginn, -mitte und -ende) der Teilnehmerinnen und Gruppeninterviews mit Teilnehmerinnen und Gesundheitstutorinnen konnte die Unterstützung und nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Situationen dieser Zielgruppe belegt werden. Drei von vier Frauen konstatierten nach eigener Einschätzung eine Zunahme ihres Wissens über Gesundheitsförderung. Nahezu 60% fühlten sich gesünder, die Hälfte der befragten Frauen registrierte eine Verbesserung ihrer Lebenssituation.¹⁰ In Folge des Multiplikatorinneneffektes wurden nicht nur die teilnehmenden Mütter, sondern vermittelt über diese auch weitere Personen im Familienverband erreicht: Ihre Kinder, Ehemänner sowie Personen aus dem nahen Umfeld profitierten vom Programm.

Folgeprojekt mit ergänzenden Schwerpunkten

Aus den Erfahrungen des Modellprojektes entwickelte beratungsgruppe.at ein standardisiertes Gesundheitsförder- und Bildungsprogramm, das im hier beschriebenen Folgeprojekt „Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft! Interkulturelles Programm zur Förderung von Health Literacy und gesundheitlicher Chancengleichheit für Migrantinnen mit niedrigem SES und Training für Multiplikatorinnen aus der Zielgruppe“ mit ergänzenden Schwerpunkten in zwei Durchläufen durchgeführt wurde.

Das Programm wurde nach den Standards des Pilotprojektes umgesetzt. Methodik, Didaktik, Dokumentation, Qualitätssicherung und Organisation wurden als bewährte Steuerungselemente beibehalten.

Um den Multiplikatorinneneffekt noch gezielter zu verfolgen, wurde nunmehr ausgewählten, engagierten und interessierten Teilnehmerinnen ein Training zu Gesundheitsbotschafterinnen angeboten. Weiters wurde die Zielgruppe der Mütter

⁹ Im Folgenden wird zwischen gleichnamigem Programm und Projekt unterschieden: Unter Projekt ist die gesamte strategische Umsetzung inklusive Vor- und Nacharbeit gemeint, unter Programm das konkrete Angebot für die Zielgruppe.

¹⁰ Reiter, Andrea: Gesundheit kommt nachhause. Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter, Evaluierung im Auftrag von beratungsgruppe.at, Wien April 2011, S. 50

um Großmütter, die im Modellprojekt großes Interesse bekundet hatten, erweitert. Das Folgeprojekt unterscheidet sich somit in folgenden Punkten vom Modellprojekt:

- Unter der Zielgruppe wurden besonders geeignete Frauen als Multiplikatorinnen, als sogenannte „Gesundheitsbotschafterinnen“ eingesetzt und geschult.
- Großmütter, die Enkelkinder betreuen, wurden in die Zielgruppe aufgenommen.
- In einem Jahr wurden zwei Programmdurchläufe mit insgesamt 200 Teilnehmerinnen durchgeführt, wobei jeder Durchlauf sechs Monate Intensivbetreuung umfasste. (Im Modellprojekt wurde nur ein Durchgang realisiert.)

Kennzeichen der Zielgruppe

Das Projekt betreut Migrantinnen (Mütter/Großmütter) mit vorwiegend türkischem Migrationshintergrund mit mehrfachen Belastungsfaktoren:

- schlechte Deutschkenntnisse
- (sehr) niedrige Schulbildung
- sehr niedriger beruflicher Status
- sehr niedriges (Familien-)Einkommen
- Die Frauen sind häufig sozial isoliert, zum Teil sind sie allein erziehend.

Begleitende Evaluation

Das gegenständliche Projekt wurde - wie schon das Modellprojekt¹¹ - von Prospect Unternehmensberatung begleitend evaluiert.

¹¹ Reiter, Andrea: Gesundheit kommt nachhause. Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter, Evaluierung im Auftrag von beratungsgruppe.at, Wien April 2011

2. Evaluationsansatz und Datenbasis des Berichtes

Die begleitende Evaluation war als Prozess- und Ergebnisevaluation angelegt. Sie zielte in der prozessfokussierenden Ausprägung darauf ab, handlungsrelevantes Wissen - Entscheidungshilfen für die Optimierung von Strukturen, Prozessen und Maßnahmen - zu generieren, das für die Projektsteuerung wichtig ist. Am Ende der beiden Programmdurchläufe standen die erzielten Ergebnisse und Wirkungen bei den Teilnehmerinnen im Fokus der Evaluierung. Ausgehend von den Projektzielen tragen Vorher-Nachher Vergleiche dazu bei, ein detailliertes Bild über die Wirkung des Projektes zu gewinnen. Es gilt dabei allerdings zu berücksichtigen, dass die Wirkungsweisen von Gesundheitsförderprojekten äußerst komplex sind und sich nicht mittels einfacher Ursache-Wirkungszusammenhänge erklären lassen.

Beitrag zur Entwicklung eines standardisierten Programms

Die Verknüpfung von Prozess- und Ergebnisevaluierung sollte dazu beitragen, mit Projektende Lernerfahrungen in das Programm zu implementieren und daraus weitere Programmstandards zur Stärkung der Health Literacy bei Migrantinnen mit niedrigem sozioökonomischen Status für die verbreitete Anwendung des Programms zur Verfügung stellen zu können. Dafür wurden die bestehenden Standards überprüft und ergänzt.

In Zentrum der Evaluation standen folgende Dimensionen:

- Die Beschreibung der Programmwirkung in der Zielgruppe
- Die Bewertung der erfolgten Prozesse und Ergebnisse
- Die Bedeutung der einzelnen Programmelemente und der Programmstruktur und Methoden für die erzielten Ergebnisse.

Methodeneinsatz

Basis dieses Berichts sind Befragungen des Steuerungsteams, von Gesundheitstutorinnen und teilnehmenden Müttern. Zudem erfolgte die Auswertung der internen Dokumentation und Erhebungen.

Konkret wurden folgende Erhebungsschritte durchgeführt:

- Teilnehmende Beobachtung an einem Gruppentreffen
- Befragungen und Reflexionssitzungen mit dem Steuerungsteam
- Befragungen von teilnehmenden Müttern und Gesundheitstutorinnen
- Dokumentenanalyse der vorliegenden Programmdokumentation, insbesondere der Projektstandsberichte
- Statistische Auswertungen der ersten und abschließenden Bestandsaufnahmen der teilnehmenden Mütter beider Programmdurchläufe
- Auswertung der zur Programmmitte und zu Programmende erhobenen Mütter-Treffen-Bögen“ der Teilnehmerinnen beider Programmdurchläufe

3. Eckpunkte zur Projektumsetzung

Im Projekt „Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft!“ wurden zwei Programmdurchläufe zu jeweils sechs Monaten durchgeführt. Der 1. Programmdurchlauf fand zwischen Jänner und Juni 2011 statt und wurde von 102 Teilnehmerinnen besucht. Der 2. Programmdurchlauf wurde von Mai bis Dezember 2011 für 110 Frauen angeboten.

Projektteam aus Steuerungsteam und Gesundheitstutorinnen

Das Projekt und das Programm gekona wurde von einem dreiköpfigen Steuerungsteam geleitet, das Programm von fünf Projektmitarbeiterinnen - den Gesundheitstutorinnen - umgesetzt. Die Professionalität des Steuerungsteam basiert auf sozialpädagogischem und interkulturellem Know-how. Die bei beratungsgruppe.at angestellten Gesundheitstutorinnen arbeiteten mehrheitlich bereits im Modellprojekt mit, in dem sie auch ihre Basisschulung erhielten. Sie waren für die Organisation der Müttertreffen und die inhaltliche Vermittlung zuständig, die Dokumentation der Müttertreffen sowie die Durchführung der Erhebungen.

Zentrale Projektsteuerung lenkt die Programmumsetzung

Dem Steuerungsteam oblag die Steuerung der Projektumsetzung. Es koordinierte und überwachte die gesamte strategische und operative Programmabwicklung, die Akquise und die Intensivbetreuung inklusive Gruppentreffen. Die Steuerungsgruppe hatte zu den Teilnehmerinnen vermittelten Kontakt über die Gesundheitstutorinnen, die in Fallbesprechungen und Teamsitzungen über Fortgang, Bedürfnisse und Problemlagen berichteten und begleitende Dokumentationen anlegten, sowie direkten Kontakt bei den Gruppentreffen. Diese Treffen hatten somit auch den Effekt, dass die Teilnehmerinnen Einblick in die Hintergrundstruktur bekommen und die Projektleitung persönlich kennenlernen konnten.

Permanenter Guidance-Prozess als Gelingungsfaktor

Während die Gesundheitstutorinnen somit die organisatorische und operative Umsetzung der Müttertreffen und Exkursionen vor Ort selbständig wahrnahmen, bedarf es - was sich schon deutlich im Modellprojekt gezeigt hatte - für die effektive und inhaltlich qualitative Programmumsetzung einer systematischen Programmbegleitung durch das Steuerungsteam. Die Gesundheitstutorinnen als geschulte Laienkräfte benötigen auch in der Fortführung des Programms kontinuierliche Begleitung. Diese wurde durch die Struktur der 14-tägigen Teamsitzungen und wöchentlichen Einzelgesprächen mit der Gesundheitstutorinnen mit der Projektkoordinatorin gewährleistet. Diese nahm in Abstimmung mit dem Leitungsteam die Guidance-Funktion in Form von Feedback, gezielter Weiterbildung, konkreten Handlungsanweisungen, als Reflexionsplattform und Vorbereitung von Maßnahmen wie Gruppentreffen wahr. Jede Gesundheitstutorin hatte zudem ihren „Bürotag“, an dem die Dokumentation abgelegt und Daten im Computer erfasst wurden und bedarfsorientiert Besprechungen mit Mitgliedern des Steuerungsteams erfolgten.

Überschneidung der beiden Projektdurchläufe

Da erfahrungsgemäß die regelmäßige Programmteilnahme für die betreuten Mütter in den Sommermonaten schwierig ist (Urlaub, Ramadan), war eine 2-monatige Unterbrechung beim ersten Durchgang im Juli und August geplant. Dieses Vor-

gehen wurde bereits im Modellprojekt erprobt und hat sich sehr bewährt, weil Ausfälle zu verzeichnen waren. Allerdings mussten dafür im laufenden Projekt Aktivitäten der beiden Programme parallel durchgeführt werden. Während des 1. Durchlaufs wurden Teilnehmerinnen für den Folgedurchgang akquiriert. Da mit dem 2. Programmdurchlauf im Mai begonnen wurde, um bis Dezember die sechs Monate zu erreichen, mussten die Gesundheitstutorinnen im Mai und Juni parallel Mütterrunden aus dem 1. und dem 2. Durchlauf betreuen. Diese organisatorische und zeitliche Herausforderung der Programmüberschneidung wurde vom Projektteam gut bewältigt.

Praxiserfahrung steigert Effizienz

Der 2. Programmdurchlauf konnte nach Auskunft des Steuerungsteams deutlich effizienter durchgeführt werden. Dies lag vor allem daran, dass bei den Gesundheitstutorinnen ein auffälliger Professionalisierungsschub infolge der umfangreichen Erfahrung und der fokussierten Guidance durch das Steuerungsteam verzeichnet werden konnte. Die Unterstützung und Begleitung der Gesundheitstutorinnen konnte sich nun mehr auf inhaltliche und musste sich weniger auf organisatorische Aspekte konzentrieren.

Die Akzeptanz und das Interesse Niederösterreichischer Gemeinden waren sehr hoch. Zu weit entfernten Gemeinden – wie Hainburg – musste im 2. Durchgang jedoch aus Effizienzgründen abgesagt werden.

3.1. Akquise der Zielgruppe

Auch wenn interessierte Frauen sich mittlerweile über Mundpropaganda bei den Gesundheitstutorinnen für eine Teilnahme melden, bedarf es für die verbindliche und zeitgerechte Einbindung der Zielgruppe einer längeren Vorlaufzeit und rund zwei Monaten intensiver Akquise. Erste Kontaktabahnungen und Werbungsaktivitäten für das Programm wurden daher schon im September 2010 gestartet: beratungsgruppe.at stellte beim Parkfest „summer-jam“ im Wiener Gemeindebezirk Liesing einen Info-Stand auf und informierte über das Programm. Bereits im Jänner 2011 wurde mit der Akquise für den 2. Durchlauf begonnen. Die Gesundheitstutorinnen mussten daher neben der laufenden Mütterbetreuung akquirieren. Die Akquise kann somit als durchgängig und projektimmanent beschrieben werden.

Strukturierte Vernetzungsarbeit und persönliche Kontaktaufnahme mit potenziellen Teilnehmerinnen

Kennzeichen der Akquise sind strukturierte Recherche, Kontaktabahnung über Vermittlungspersonen im Vorfeld und persönliche Kontaktaufnahmen mit potenziellen Teilnehmerinnen durch die Gesundheitstutorinnen. Die Akquise wurde vom Steuerungsteam vorbereitet und organisiert, indem passende Veranstaltungen und mögliche Kooperationen recherchiert wurden und mit interessierten Vermittlungspersonen Kontakt aufgenommen wurde. Erfolgreiche Kontakte waren z.B. ein Gemeindefacharzt, eine türkische Mitarbeiterin in einem Kindergarten oder eine Wiener Schuldirektorin, die einen eigenen Elternabend für MigrantInnen organisierte.

Alle Teilnehmerinnen wurden letztendlich von den Gesundheitstutorinnen in aufsuchender Arbeitsweise akquiriert. Die Gesundheitstutorinnen besuchten dafür Gemeinden und präsentierten gekona in Schulen, Kindergärten oder Moscheen und verteilten Informationsmaterialien bei Veranstaltungen oder „hot spots“, d.h. städtischen Gebieten, wo sich viele Migrantinnen aufhalten. Für das Zustandekommen einer verbindlichen Teilnahme bedarf es des persönlichen Kontaktes einer Gesundheitstutorin mit einer potenziellen Teilnehmerin. Durch die Begegnung „auf gleicher Augenhöhe“ wird schnell das Vertrauen der Frauen gewonnen.¹² Übliche Bewerbungskanäle wie Annoncen, Inserate oder das Auflegen von Anmeldeformularen greifen bei dieser Zielgruppe ebenso wenig wie das Anwerben über Dritte, auch wenn diese der Zielgruppe sehr nahe stehen.

Unterschiedliche Zugänge im ländlichen und städtischen Raum

Die Akquise im ländlichen Umfeld unterscheidet sich vom städtischen Gebiet. Während in Wien die Bewerbung und Bekanntmachung des Programms durchaus auch im öffentlichen Raum (Parks, Veranstaltungen, vor Schulen) erfolgen kann, funktioniert der Zugang auf dem Land primär über Vertrauens- oder Kontaktpersonen. Der Erstkontakt im ländlichen Gebiet von Niederösterreich erfolgte nach einer Recherche, in welchen Regionen und Gemeinden Zielgruppenpersonen leben, zunächst über die politischen Gemeindevertretungen. Generell zeigten sich die kontaktierten Bürgermeister sehr interessiert und unterstützten die Kooperation mit Kindergärten, Schulen und MigrantInnenvereinen. Dies auch, weil der Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe für die GemeindevertreterInnen ein äußerst schwieriger ist und diesbezügliches Engagement und Unterstützung daher sehr willkommen sind. Darüber hinaus wurden kleine finanzielle Beiträge und die Nutzung von Räumlichkeiten in den Gemeinden angeboten.

„gekona“ wurde bereits zu einem Begriff

Nach Wahrnehmung des Steuerungsteams und der Gesundheitstutorinnen konnte gekona bereits einen gewissen Bekanntheitsgrad sowohl in der türkischen Community als auch bei Fachpersonen aus dem Integrationsbereich, aber auch öffentlichen Einrichtungen wie Schulen erzielen. Dieser Bekanntheitsgrad erleichterte die Akquise für die Programmteilnahme.

¹² Im Berliner Ernährungsprojekt „Gesund sind wir stark“ wurde dieser Zugang zur Zielgruppe über Personen mit demselben migrantischen Hintergrund ebenfalls bestätigt. MigrantInnenberatung „Gesund sind wir stark“, UGB-Forum 3/09, S.140-143.

4. Soziodemographische Beschreibung der Teilnehmerinnen

Insgesamt konnten 212 Frauen im Projektzeitraum betreut werden. Das geplante Kontingent von 200 Frauen wurde somit um 6% überschritten. Die Ergebnisse zeigen weiters, dass die Zielgruppe der bildungs- und sozialbenachteiligten Mütter aus dem vorwiegend türkischen Kulturkreis mit niedrigem SES eindeutig erreicht werden konnte.

Charakteristika der Zielgruppe „Großmütter“

Im Programm wurden auch Großmütter aufgenommen, die Enkelkinder betreuen. Zum Teil waren diese Frauen noch relativ jung und hatten selbst noch schulpflichtige Kinder. Ein Viertel der Teilnehmerinnen sind über 50 Jahre alt. In einigen Aspekten unterscheiden sich die älteren Teilnehmerinnen von den jüngeren. Unter den Großmüttern ist ein auffallend hoher Anteil an Frauen, die nicht lesen und schreiben können. Zum Teil bevorzugten sie, dass die Treffen nicht in der Wohnung, sondern an einem öffentlichen Ort stattfinden. In Ebreichsdorf trafen sich die Frauen daher im Rathaus. Weiters wurde von den Gesundheitstutorinnen festgestellt, dass die Großmütter tendenziell sehr pünktlich zu den Treffen erschienen, was von ihren jüngeren Teilnehmerinnen nicht immer behauptet werden kann.

Erhebung der Ausgangssituation

Vor den ersten Müttertreffen führten die Gesundheitstutorinnen mit ihren Teilnehmerinnen Bestandsaufnahmen durch. Dabei werden soziodemographische Merkmale und Fragen zu Gesundheit, Bildung und sozialer Integration erfasst. Die Auswertung dieser internen Erhebung und Datenerfassung erfolgte durch die externe Evaluation.

Die beiden Teilnehmerinnengruppen der beiden Programmdurchläufe unterscheiden sich geringfügig: Im 2. Programmdurchlauf waren die Frauen tendenziell etwas jünger, kamen ursprünglich häufiger aus einem ländlichen, nicht städtischen Umfeld und sind in Jahren gemessen etwas kürzer in Österreich.

Teilnehmerinnen leben in Wien und Niederösterreich

Von den gesamten 212 Teilnehmerinnen beider Durchläufe waren 128 aus Wien und 84 aus Niederösterreichischen Gemeinden: Ebreichsdorf, Ebergassing, Guntramsdorf, Deutschwagram, Bad Vöslau, Baden, Schwechat, Hainburg, Wasenbruck, Möllersdorf, Pfaffstätten, Mannersdorf und Wampersdorf. Der Anteil der Teilnehmerinnen aus Niederösterreich beträgt 40%.

Ein Viertel der Teilnehmerinnen ist über 50 Jahre alt

Aus der Altersverteilung wird ersichtlich, dass sowohl die Zielgruppe der Mütter als auch der Großmütter am Programm teilnahmen. Über die Hälfte der Teilnehmerinnen sind maximal 40 Jahre alt (56%), ein Viertel sind über 50 Jahre alt und knapp 20% sind zwischen 40 und 50 Jahre alt. Die jüngste Teilnehmerin war 23 Jahre, die älteste 74 Jahre alt.

Tabelle 1 zeigt die Altersverteilung.

Tabelle 1: Altersverteilung der Teilnehmerinnen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 34 J.	64	30,2	31,4	31,4
	35 bis 40 J.	51	24,1	25,0	56,4
	41 bis 50 J.	40	18,9	19,6	76,0
	älter als 50 J.	49	23,1	24,0	100,0
	Gesamt	204	96,2	100,0	
Fehlend	System	8	3,8		
Gesamt		212	100,0		

Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

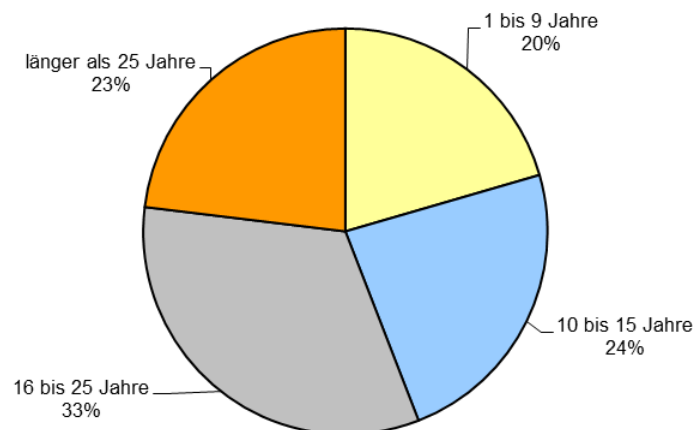
Mehrheitlich Zuwanderinnen aus der Türkei und dort aus ländlichen Gebieten

Alle Teilnehmerinnen bis auf fünf Frauen geben als Herkunftsland die Türkei an, zwei Bulgarien, eine Österreich, eine Iran und eine Marokko. 15 der Frauen, von denen diesbezüglich Informationen vorliegen, sind in Österreich geboren, das entspricht 7%. Somit sind mehrheitlich Migrantinnen der sogenannten ersten Generation vertreten.

43% der Frauen kommen ursprünglich aus einem städtischen Umfeld und 57% vom Land. Im 2. Programmdurchlauf wurden etwas mehr Frauen aus dem ländlichen Herkunftsgebiet betreut als im ersten, fast zwei Drittel kamen hier aus ländlichem Umfeld.

44% der Frauen, die nicht in Österreich geboren sind, sind seit ein bis 15 Jahre in Österreich, ein Drittel seit 16 bis 25 Jahren und 23% über 25 Jahre. Ihre Aufenthaltsdauer in Österreich liegt zwischen einem und 51 Jahren.

Abbildung 2: Aufenthalt der Befragten in Österreich



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=195

4- bis 5-Personen-Haushalte überwiegen

Die Haushalte der Teilnehmerinnen bestehen aus einer bis acht Personen, wobei 54% der Frauen mit bis zu vier Personen im gemeinsamen Haushalt leben und knapp die Hälfte mit über vier Personen. Den größten Anteil machen 4- und 5-Personen-Haushalte mit 49% aus. 12% der Teilnehmerinnen sind Alleinerzieherinnen. Während im 1. Programmdurchlauf 17% Alleinerzieherinnen waren, traf das im 2. nur auf 7% zu.

Berechnet man die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder, ergibt sich eine durchschnittliche Anzahl von 2,7 Kindern pro Familie. In Wien beträgt die durchschnittliche Kinderanzahl 0,89 Kinder pro Familie (über alle Familien gerechnet) bzw. 1,76 Kinder pro Familie mit Kindern.¹³ Im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt in Österreich fällt damit eine höhere Kinderanzahl bei den Teilnehmerinnen auf. 27% der Teilnehmerinnen haben keine schulpflichtigen Kinder mehr, 28% drei und mehr. Tabelle 2 illustriert die Anzahl der schulpflichtigen Kinder je Haushalt.

Tabelle 2: Kinder unter 15 Jahren im Haushalt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	57	26,9	26,9	26,9
	1	49	23,1	23,1	50,0
	2	46	21,7	21,7	71,7
	3	43	20,3	20,3	92,0
	4	16	7,5	7,5	99,5
	5	1	,5	,5	100,0
	Gesamt	212	100,0	100,0	

Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

Bemerkenswert ist, dass die Teilnehmerinnen größtenteils selbst aus sehr kinderreichen Familien stammen. Über die Hälfte, konkret 55%, haben fünf und mehr Geschwister. Keine einzige Teilnehmerin ist ein Einzelkind.

Ein gutes Drittel hat keine Vertrauensperson, zwei Drittel sind sozial schlecht integriert

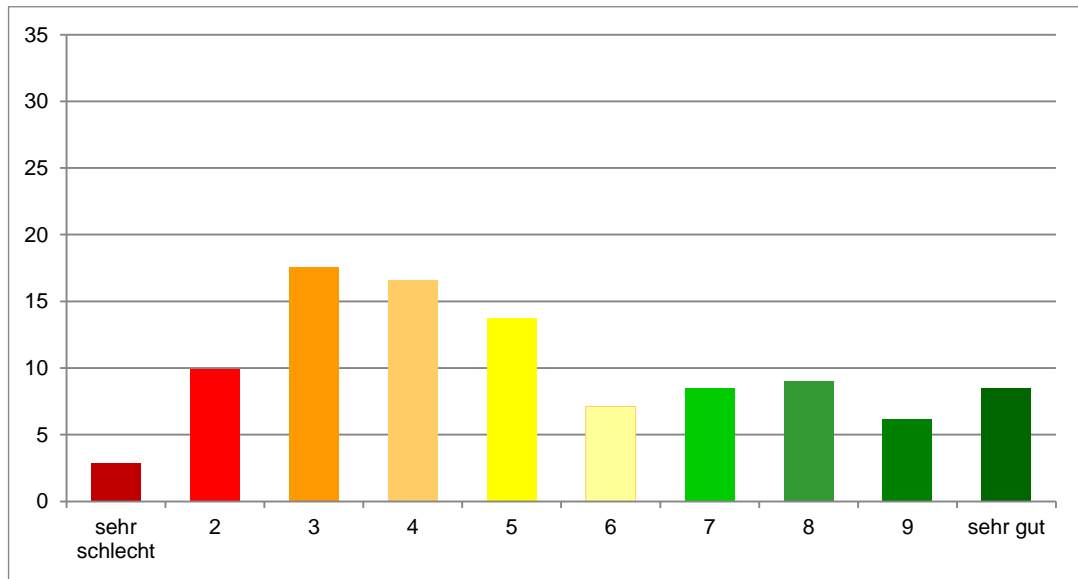
42% der Teilnehmerinnen haben Verwandte in Österreich, zu denen guter Kontakt besteht.

Insgesamt hatte jede dritte Teilnehmerin nach Eigenauskunft keine Vertrauensperson in Österreich. 65% der Frauen geben an, dass sie eine Vertrauensperson haben. Auffallend ist, dass im 2. Programmdurchlauf der Anteil der Frauen ohne Vertrauensperson bedeutend höher war: Waren dies im 1. Programmdurchlauf 22%, so verdoppelte sich dieser Anteil im 2. Programmdurchlauf auf 46%.

Die Teilnehmerinnen wurden auch nach dem persönlichen Bekanntenkreis und ihrer sozialen Integration gefragt. Auf einer 10-stufigen Skala von 1 (= sehr schlecht) bis 10 (= sehr gut) stufen 61% ihre soziale Einbindung als (eher) schlecht (1-5) ein. Abbildung 3 illustriert diese Einstufungen.

¹³ Statistik Austria, Familien nach Familientyp, Zahl der Kinder und Bundesländern - Jahresdurchschnitt 2010
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/index.html, abgerufen am 2.4.2011

Abbildung 3: Selbstbewertung der sozialen Einbindung



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

Über die Hälfte hat maximal 18 m² Wohnfläche pro Familienmitglied zur Verfügung

Um ein Bild über die Wohngrößenverhältnisse zu erhalten, wurden die Teilnehmerinnen nach ihrer Wohnungsgröße befragt. Die Angaben reichen von 30 m² bis zu 200 m², wobei 55% der Frauen maximal 80 m² mit ihren Familien bewohnen. Diese Angaben wurden auf die einzelnen Haushaltsmitglieder hochgerechnet. Dabei zeigt sich, dass 51% bis zu 18 m² pro Haushaltsmitglied zur Verfügung haben und 49% mehr als 19 m² Wohnfläche pro Haushaltsmitglied.

In Österreich liegt der Median der Wohnnutzfläche bei 36 m² pro Person. Auffallend ist dabei, dass österreichische StaatsbürgerInnen doppelt so viel Wohnraum zur Verfügung haben wie Personen ohne EU/EFTA Staatsbürgerschaft.¹⁴

Ein Fünftel ist berufstätig, weit über die Hälfte lebt von weniger als 1.500 Euro Haushaltseinkommen im Monat

22% der Teilnehmerinnen sind berufstätig. Von den befragten Teilnehmerinnen, die die Frage nach dem Haushaltseinkommen beantworteten, haben 60% weniger als 1.500 Euro Haushaltseinkommen im Monat zur Verfügung, 40% haben mehr als diese Summe. Allerdings gibt ein Fünftel aller Befragten dazu keine Auskunft bzw. kann dazu keine Auskunft geben. Mit dem Alter wird die Einkommenssituation schlechter: Je älter die Frauen sind, desto häufiger liegt ihr Haushaltseinkommen unter 1500.- Euro.

Österreichische Haushalte mit Kindern hatten 2007 ein verfügbares monatliches durchschnittliches Haushaltseinkommen von 3.478 Euro, wobei den einkommensschwächsten 10% der Bevölkerung ein verfügbares Haushaltseinkommen von weniger als 1.599 Euro zur Verfügung stand.¹⁵ Jede dritte Teilnehmerin bzw. ihre Familien zählen somit zum untersten Dezil, zum Zehntel mit dem geringsten Haushaltseinkommen in Österreich.

¹⁴ Statistik Austria (Hg.)(2009): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Wien, S.56

¹⁵ Statistik Austria (Hg.)(2009): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Wien, S. 97, eigene Berechnung

Über die Hälfte haben schlechte Deutschkenntnisse, insbesondere nichtberufstätige und ältere Frauen

Die Frauen wurden nach der Einschätzung ihrer Deutschkenntnisse auf einer Notenskala von 1-5 gefragt, wobei zwischen Verstehen, Sprechen, Lesen und Schreiben differenziert wurde. Zwischen diesen Kategorien zeigten sich kaum Unterschiede. Insgesamt ergibt sich, dass 21% ihre Deutsch-Kompetenzen als sehr gut oder gut, 24% als mittel und 55% als schlecht oder sehr schlecht bewerten. 12% oder 26 Frauen stufen ihre Kenntnisse als sehr gut ein.

Berufstätige Teilnehmerinnen stufen ihre Sprachkenntnisse in Deutsch besser ein, ebenso jene Frauen, die eine Vertrauensperson in Österreich haben. Ältere Teilnehmerinnen geben signifikant häufiger schlechtere Deutschkenntnisse an, wie untenstehender Tabelle entnommen werden kann.

Tabelle 3: Deutschkenntnisse nach Alter

		Deutschkenntnisse (Index)			Gesamt	
		gut	mittel	schlecht		
Alter (p = ,000)	bis 34 J.	Anzahl	27	15	22	64
		% v on Alter	42,2%	23,4%	34,4%	100,0%
	35 bis 40 J.	Anzahl	5	17	29	51
		% v on Alter	9,8%	33,3%	56,9%	100,0%
	41 bis 50 J.	Anzahl	4	10	26	40
		% v on Alter	10,0%	25,0%	65,0%	100,0%
	älter als 50 J.	Anzahl	6	7	36	49
		% v on Alter	12,2%	14,3%	73,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	42	49	113	204	
	% v on Alter	20,6%	24,0%	55,4%	100,0%	

Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=204

Der Vergleich der Deutschkenntnisse mit der Aufenthaltsdauer und dem Alter zeigt einen interessanten Zusammenhang: Bei jenen, die erst bis zu 20 Jahre in Österreich sind, wirkt sich das Alter nicht so stark auf die Deutschkenntnisse aus. Bei denen, die bereits länger als 20 Jahre in Österreich sind, zeigt sich ganz deutlich, dass die Jüngern dann schon gute Deutschkenntnisse haben, die Älteren aber immer noch nicht.

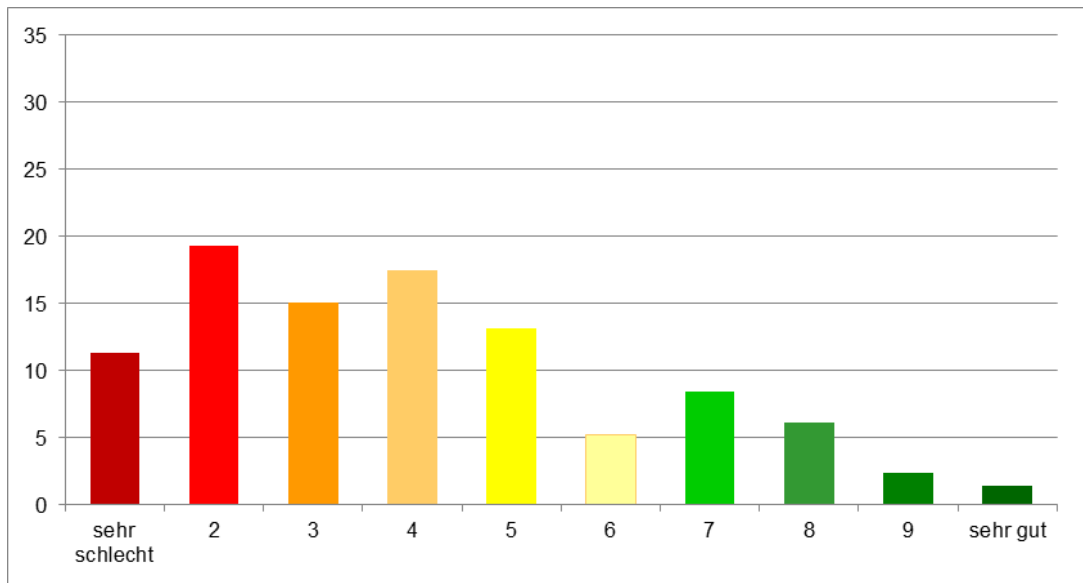
Eine besonders herausfordernde Teilgruppe müssten jene 35 Teilnehmerinnen (17% der gesamten Teilnehmerinnen) sein, die älter als 40 Jahre sind, bereits länger als 20 Jahre in Österreich leben und schlechte Deutschkenntnisse angeben.

Drei Viertel stufen ihren Bildungsstand als schlecht ein

Die Frauen wurden gebeten, ihren Bildungsstand einzuschätzen. Auf einer 10-stufigen Skala von 1 (= sehr schlecht) bis 10 (= sehr gut) stufen 76% der Teilnehmerinnen ihren Bildungsstand als (eher) schlecht (1-5) ein.

Abbildung 4 illustriert diese Einstufungen im Detail.

Abbildung 4: Selbstbewertung des eigenen Bildungsstandes



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

ZuwanderInnen aus der Türkei weisen generell einen niedrigeren, formalen Bildungsabschluss auf als ÖsterreicherInnen. 76% der in Wien lebenden türkischen Staatsangehörigen haben lediglich Pflichtschulabschluss.¹⁶ Die Selbsteinschätzung der Teilnehmerinnen von gekona stimmt somit mit den offiziellen statistischen Erhebungen zur Formalqualifikation überein.

¹⁶ Statistik Austria, Bildung in Zahlen 2007/2008. In Wiener Sozialbericht 2010, Stadt Wien, S.27

5. Auswirkungen der Intensivbetreuung

Die Intensivbetreuung beginnt mit einem Einzelgespräch zwischen Gesundheitstutorin und Teilnehmerin. Die Übergabe des Gesundheitskoffers, der spezifisch entwickeltes Informationsmaterial enthält, erfolgt in der ersten Mütterrunde. Die sechs Monate dauernde Intensivbetreuung umfasst

- die 14-tägigen zweistündigen Müttertreffen unter der Leitung der jeweiligen Gesundheitstutorin,
- Gruppentreffen mit FachexpertInnen und
- Exkursionen in Kleingruppen.

Müttertreffen in kontinuierlichen Kleingruppen

Die Gesundheitstutorinnen teilen sich ihre Gruppen selbständig ein und betreuen in beiden Programmdurchläufen insgesamt 43 verschiedene Frauenrunden zu jeweils 4-5 Teilnehmerinnen (26 in NÖ, 17 in Wien). Die Mindestanzahl der Teilnehmerinnen bei den Frauenrunden wurde aus Effizienzgründen mit vier festgelegt und damit im Vergleich zum Modellprojekt, wo 2 bis 5 Frauen teilnahmen, erhöht. Bei diesen Treffen wird das Material des Gesundheitskoffers chronologisch durchgearbeitet. Insgesamt fanden 516 Müttertreffen statt.

Hohe Teilnahmefrequenz und nahezu keine Abbrüche

Die Teilnahmefrequenz bei den Müttertreffen war sehr hoch. Durchschnittlich besuchten die Teilnehmerinnen 11 von 13 Müttertreffen (1. Programmdurchlauf) bzw. von 14 Müttertreffen (2. Programmdurchlauf).

Ein gutes Fünftel (22%) der Frauen fehlte bei keinem einzigen der angebotenen Müttertreffen, weitere 51% nur ein oder zwei Mal. Lediglich 6% versäumten bis zur Hälfte der Treffen.

Nur drei Frauen brachen die Teilnahme ab, das entspricht einer Abbruchquote von 1,4%. Hintergrund war beispielsweise eine Schwangerschaft.

Thematisch breit gefächerte Gruppentreffen zur Gesundheitsförderung und Prävention

Die monatlichen Gruppentreffen werden vom Steuerungsteam organisiert und geplant. Inhaltlich werden die Bedarfe der Zielgruppe aus ExpertInnensicht und die Interessen der Teilnehmerinnen berücksichtigt. Dadurch ergibt sich ein inhaltlich breites Angebotsspektrum, das ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis berücksichtigt und auf Gesundheitsförderung und Prävention abzielt. Folgende 16 Angebote wurden im Projektzeitraum durchgeführt:

Tabelle 4: Gruppenangebote in den beiden Programmdurchläufen

Ort	Thema
VHS Wien Meidling	„Wie sich das Gehirn entwickelt“
VHS Wien Meidling	„Konzentrationschwäche, Hyperaktivität, AD(H)S“
VHS Wien Meidling	„Zahngesundheit“
Rathaus Guntramsdorf	„Wohlfühlen in meiner Gemeinde“
VHS Wien Meidling	„Basteln und Lernspiele selber machen“
Altes Rathaus Ebreichsdorf	„Frauengesundheit“
Praxis Dr. Sokol, Wien	„Arztbesuch - einander besser verstehen 1“ (medizinische Erläuterungen, Umgang mit Medikamenten) (je 1 Mal pro Durchgang)
Praxis Dr. Sokol, Wien	„Arztbesuch - einander besser verstehen 2“ (Befundung, medizinische Erläuterungen) (je 1 Mal pro Durchgang)
VHS Wien Meidling	„Spielerisch lernen: Tipps zur Zahnpflege“
VHS Wien Meidling	„Spielerisch lernen: Bewegung, Entspannung, Ernährung“
Altes Rathaus Ebreichsdorf	„Spielerische lernen: Bewegung, Entspannung, Ernährung“
VHS Wien Meidling	„Frauengesundheit“
Volkshaus, Wasenbruck	„Frauengesundheit“
Stadtteilzentrum Bassena, Wien Meidling	„Bauchtanz - gesund für Körper und Seele“

Gruppentreffen mit Mehrfachnutzen

Ein besonderes Qualitätskriterium der Gruppentreffen ist deren Mehrfachnutzen:

- Zentraler Zweck ist jener als Bildungsangebote für die Teilnehmerinnen, indem diese praxis- und lebensnahes Gesundheitswissen erhalten.
- Damit wird auch ein präventiver Ansatz im Sinne der Verhinderung von Krankheiten verfolgt, der im Falle der Vorsorgeuntersuchungen am offensichtlichsten zu Tage tritt. In beiden Durchgängen wurde dieses klassische Präventionsangebot von jeweils rund 30 Frauen besucht, mehrheitlich zum ersten Mal. Das niederschwellige, kultursensible Setting wurde von den Teilnehmerinnen sehr gut angenommen. Ein Arzt öffnete die Praxis ausschließlich für die gekona-Teilnehmerinnen an jeweils zwei Untersuchungstagen, der Anamnesebogen wurde ins Türkische übersetzt und von den Gesundheitstutorinnen gemeinsam mit den Frauen besprochen, die die Frauen auch zur Praxis begleiteten und dort übersetzten. Der Arzt stellte sich nach den Untersuchungen den Frauen für Fragen zur Verfügung. Ein Drittel der Befundungen zeigten dringenden medizinischen Handlungsbedarf an, den die Teilnehmerinnen auch annahmen. In diesen Fällen ist die sogenannte dritte Präventionsstufe („tertiäre Prävention“) erreicht, in der es weniger um Prävention als um Behandlung und Verminderung von Folgeproblemen geht.
- Die Gruppentreffen fördern die soziale Vernetzung der Teilnehmerinnen, was bereits zu gegenseitigen Besuchen von niederösterreichischen und Wiener Teilnehmerinnen führte.
- Eine weitere essentielle Funktion ist die Erweiterung des Bewegungsraums. Die Zielgruppe kennzeichnet ein enger regionaler Aktivitäts- und Mobilitätsraum. Nicht wenige - auch die in Wien lebenden Teilnehmerinnen - kennen z.B. die Wiener Sehenswürdigkeiten und die Innenstadt nicht.

- Für die Gesundheitstutorinnen erfüllen die Gruppenangebote auch die Funktion von Weiterbildungen.
- Durch die Gruppenangebote lernen die Teilnehmerinnen die regionale Infrastruktur und deren Nutzungsmöglichkeiten kennen. So wurde nach dem Gruppenangebot der Hebamme in Wasenbruck das „Volksheim“ von den örtlichen MigrantInnen auch später genutzt, was trotz der vorher schon bestehenden Möglichkeit nicht der Fall war.
- Bemerkenswert ist auch der Mehrwert, den das Gruppenangebot „Wohlfühlen in meiner Gemeinde“ z.B. der Gemeinde Guntramsdorf selbst brachte, indem durch gekona den bereits jahrelang hier lebenden Mitbewohnerinnen Gemeindeangebote und wichtige Basisinformationen zum Gemeindeleben, öffentlichen Angeboten und Serviceleistungen zum Teil erstmals vermittelt werden konnten.
- Teilnehmerinnen früherer Programme können bei Gruppenangeboten laufender Programme teilnehmen. Dadurch kann auch die Nachhaltigkeit gesichert werden.

Exkursionen erweitern kulturellen und regionalen Horizont

Zusätzlich führten die Gesundheitstutorinnen mit ihren Teilnehmerinnen Exkursionen durch. Die Anregungen dafür kommen auch von den Teilnehmerinnen selbst, die hohes Interesse zeigen, Neues für sich zu entdecken und in Folge auch angeregt werden, selbständig gemeinsame Aktivitäten zu verfolgen. Elf Exkursionen fanden statt.

Tabelle 5: Exkursionen in den beiden Programmdurchläufen

Ort	Thema
Pfarrkirche Christkönig, Wien, Neufünfhaus	„Kirche im interreligiösen Dialog“
Wien, Innenstadt	„Kulturelles Angebot in Wien: Hofburg“
Wohnung einer Teilnehmerin, Ebreichsdorf	Exkursion der Teilnehmerin aus Wien: „Unterschiede im alltäglichen Leben auf dem Land und in der Stadt 1“
Lainzer Tiergarten, Wien	„Freizeit & Kultur: Lainzer Tiergarten und Hermes-Villa“
Jugendzentrum, Wien 3. Bezirk	Exkursion der Teilnehmerinnen aus NÖ: „Unterschiede im alltäglichen Leben auf dem Land und in der Stadt 2“
Landgut Cobenzl, Wien	„Freizeitangebot in Wien“ (je 1 Mal pro Durchgang)
Heeresgeschichtliches Museum, Wien	„Freizeit & Kultur“
Wilhelminenspital, Wien	„Brustkrebsvorsorge - Türkisch sprachige Informationsveranstaltung im Wilhelminenspital“
Landstraße, Wien	„Freizeit & Kultur“: Figurentheater Lilarum - Der kleine Vogel Tikidu
Stadtteilzentrum, Wien Meidling: Bassena	„Kennenlernen der Angebote des Stadtteilzentrums Bassena“

Während mit den Gesundheitstreffen vor allem Bildungs- und Präventivmaßnahmen angeboten werden, decken die Exkursionen vor allem den Schwerpunkt „Soziale Gesundheit“ ab und streben die soziale Vernetzung, Kulturvermittlung und Erweiterung des Bewegungshorizontes der Teilnehmerinnen an. Diese Anregung nutzten einige Teilnehmerinnen, um selbständig mit ihren Familien die kennengelernten Orte und Einrichtungen zu besuchen.

Ergänzend zu diesen gemeinsam organisierten, größer angelegten Exkursionen boten die Gesundheitstutorinnen auch Exkursionen in Kleingruppen an, die sich an den Wochenthemen orientierten, wie der gemeinsame Besuch in einem Supermarkt, um Kennzeichnungen von Lebensmittelpackungen und Reinigungsmitteln gemeinsam zu recherchieren.

5.1. Stärkung der Health Literacy und Empowerment

Unter Health Literacy wird bei gekona Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbildung verstanden, die aus dem Wissen und dem Bewusstsein über komplexe Zusammenhänge erwachsen. Mit Health Literacy erwerben die Frauen kognitive, soziale und kulturelle Kompetenz, die sie in die Lage versetzt, ihre Lebensführung gesundheitsförderlich zu gestalten. Dabei steht nicht primär die Zunahme von Gesundheitswissen im Vordergrund, sondern im weitesten Sinne die Erweiterung der Handlungskompetenz und die Fähigkeit, sich erforderliches Wissen oder Informationen anzueignen.

5.1.1 gekona aus Sicht der teilnehmenden Frauen

Die Ergebnisse der persönlichen Befragungen zeigen die schwierigen Ausgangssituationen der Teilnehmerinnen, ihre Veränderungsbereitschaft und die Wirkung des Empowerment-Konzeptes von gekona. Die Frauen reflektieren ihre Situation, erkennen das „Krankmachende“ und Handlungsoptionen.

In beiden Programmdurchläufen wurden 24 Teilnehmerinnen persönlich befragt: 15 Teilnehmerinnen aus Wien und Niederösterreich wurden in vier kurzen Gruppenbefragungen im 1. Programmdurchlauf interviewt und weitere neun Frauen in zwei intensiven Fokusgruppen, einer in Niederösterreich und einer in Wien im 2. Programmdurchlauf. Die Frauen der Niederösterreichischen Fokusgruppe waren zwischen 30 und 40 Jahre alt und leben seit über 20 Jahren in einer Gemeinde in der Nähe von Wien. Keine von ihnen ist berufstätig, keine konnte das Gespräch auf Deutsch führen, weshalb die Gesundheitstutorin übersetzte. Eine Frau hat zwei Kinder, die anderen vier bzw. eine sechs. Die Frauen beschreiben eine starke Isoliertheit und Zurückgezogenheit. Während die Männer in Wien arbeiten, führen sie ein abgeschiedenes Leben, versorgen Kinder und Haus und verlassen letzteres praktisch nur zum Einkaufen. Großteils sind sie noch nie mit dem Zug nach Wien gefahren. In der Fokusgruppe in Wien konnte das Gespräch auf Deutsch geführt werden. Diese Frauen sind maximal 30 Jahre, haben zwischen ein und drei Kinder und sind seit rund zehn Jahren in Wien.

Hoher Lernwille: gekona spricht Frauen mit Bereitschaft zum Lernen und zur Veränderung an

Die Teilnehmerinnen bekunden ein sehr hohes Interesse zu lernen. Nicht nur über Gesundheit, sondern „über das Leben“ wolle sie mehr lernen, beschreibt eine Frau ihre Motivation bei gekona teilzunehmen. In Bezug auf ihr Gesundheitswissen sind den Befragten ihre Wissenslücken zum Teil sehr bewusst, etwa mangelndes Wissen über Verhütungsmittel als junge Ehefrauen. Aber auch heute haben sie z.B. erst im Zuge ihres Austausches bei gekona von den großen Preisunterschieden für das Einsetzen der Spirale erfahren. Neben den projektimmanenten Gesundheitsfragen betrifft das Lerninteresse den Erwerb von Deutschkenntnissen und Basisqualifikationen. Einige Frauen berichten vom Vorhaben, gemein-

sam einen Deutschkurs zu besuchen. Auch über die Methode haben sie ganz konkrete Vorstellungen, sie wollen Konversation betreiben, nicht Grammatik lernen. Unter den Großmüttern sind einige Analphabetinnen, die lesen und schreiben lernen wollen. Der Umgang mit diesen basalen Defiziten ist in den Gruppen nach Wahrnehmung der betreuenden Gesundheitstutorinnen ein offener und nicht mehr schambesetzter. Bemerkenswert ist, dass diese Frauen selbst mit fortgeschrittenem Alter Lernbereitschaft und hohe Motivation zeigen.

In beiden Fokusgruppen wurden von anderen Frauen aus der Community berichtet, die kein Interesse an gekona hätten, weil sie nichts lernen oder verändern wollen, keine Zeit haben oder prinzipiell nicht mit ihren Kindern spielen oder lesen. Für diese Haltung haben die Befragten kein Verständnis (mehr), sondern eher das Bedürfnis auch diesen Frauen gekona näher zu bringen. Dies deshalb, weil sie überzeugt sind, dass gerade die beschriebenen Frauen Unterstützung bräuchten, um ihre Isoliertheit und Lethargie zu aufzubrechen. Einige erinnern sich allerdings auch daran, dass sie selbst vor dem ersten Treffen Angst hatten.

Sozialkontakte und Beenden der Isolation

Eine Motivation der befragten Mütter zur Teilnahme bei gekona war auch das große Bedürfnis, die ausschließliche Ausrichtung auf familiäre Sozialkontakte zu durchbrechen. Sonstige Kontakte haben die Frauen - insbesondere jene in Niederösterreich - nach ihren eigenen Schilderungen praktisch keine. Eine Frau erzählt, dass sie in den ersten sechs Jahren in Österreich den Garten nicht verlassen habe und ihrer Familie in der Türkei einmal monatlich einen Brief, der vom Schwiegervater gelesen wurde, schreiben durfte. Mit gekona haben die Frauen einen Grund außer Haus zu gehen, eine Ansprechperson und ein Ziel, das sie nun auch, wenn es sein muss gegen den Willen der Ehemänner verfolgen. Die Schuld für ihre isolierte Situation schreiben sie aber weniger ihren Ehemännern zu, die bei der Heirat ebenso jung und unerfahren waren wie sie selbst, sondern der (Schwieger-)Elterngeneration, die über ihr Schicksal bestimmte. Einige Befragte beschreiben deutliche Zusammenhänge zwischen Isoliertheit und Krankheitsbildern, „zu Hause bleiben ist nicht gut, weil man krank und kraftlos wird.“ Dieser starke Wunsch hinauszugehen wird auch mit Lernen assoziiert – „wir lernen nur, wenn wir hinausgehen“. Mit dem Hinausgehen werden auch althergebrachte Lebensmuster symbolisch verlassen.

Hohes Bedürfnis nach Austausch und Selbstdefinition

Eine der Hauptschwierigkeiten der Frauen - sowohl in Niederösterreich als auch in Wien - war, dass sie keine Vertrauensperson in Österreich hatten und mit niemandem, auch nicht in der Familie, über ihre Probleme sprechen konnten. Damit fehlten wichtige Reflexions- und Austauschmöglichkeiten, die eigene Sicht von sich selbst und der persönlichen Situation einem Gegenüber darzulegen, um damit auch die Rolle als perfekt funktionierende Hausfrau und Mutter zu hinterfragen. Das Bedürfnis sich mitzuteilen und die Lebensbedingungen als Migrantin selbst zu erklären, wird auch in der Fokusgruppe deutlich. Eine Frau bringt es klar auf den Punkt, sie habe bei gekona mitmachen wollen, „weil wir unsere Stimme auch außerhalb von zu Hause hören wollen und jemand uns hören soll“. Die Mütter beschreiben eindrücklich ihre erste Zeit in Österreich, die schwierige Situation in der Familie des Ehemannes und die zu akzeptierende Autorität der Schwiegereltern, das Leiden an dieser Situation, die Abhängigkeit und dauernde Angst. Eine

Frau meint, sie würde gerne „dem Bundeskanzler von ihrem richtigen Leben“ erzählen.

Soziale Integration und Aktivierung durch die Gruppe

Die befragten Frauen schätzen die Müttertreffen und den Austausch, wo sie nicht nur Informationen erhalten, sondern psychisch profitieren. Müttertreffen wirken als „Therapie“ und „tun uns gut“. Die Frauen können über ihre Probleme offen sprechen, haben Spaß miteinander, lachen viel und haben neue Freundschaften geschlossen. Daraus schöpfen sie Selbstvertrauen und Impulse für weitere Aktivitäten. Eine Gruppe buchte z.B. gemeinsam mit „ihrer“ Gesundheitstutorin eine Reise nach Venedig. Eine andere wird gemeinsam mit einer Teilnehmerin ihren Urlaub in deren Ferienwohnung in der Türkei verbringen.

Dass die Vernetzung über die eigene Kleingruppe hinausgeht, zeigte sich an den gegenseitigen Besuchen von Frauen aus Niederösterreich und Wien, die sich bei Gruppentreffen oder beim Training zur Gesundheitsbotschafterin kennengelernt hatten. Die Teilnehmerinnen planten, sich auch nach Projektende noch weiter zu treffen.

Die gekona-Teilnehmerinnen nutzen auch moderne Medien für den sozialen Austausch. Eine Gesundheitstutorin hat Facebook als Vernetzungsplattform initiiert und rund 50 Mütter tauschen hier Informationen, Fotos und Tipps aus.

Stärkung des Selbstvertrauens und Gewinn an Autonomie

Die Teilnahme der Frauen wirkt sich auf ihr Selbstvertrauen aus. Eine Befragte beschreibt als wichtigste Lernerfahrung, dass sie nun auf ihre innere Stimme hört und sich selbst mehr zutraut. Eine andere beschreibt, dass sie sich nun weniger Sorgen macht. Eine weitere schickt ihre eineinhalbjährige Tochter gegen den Willen der „tobenden“ Schwiegermutter wie sie beschreibt in den Kindergarten, weil sie „raus“ und arbeiten gehen will.

Die befragten Frauen gewinnen durch ihre Teilnahme an gekona ein Stück an Autonomie schon alleine indem sie zu den Müttertreffen gehen und ihre Arbeit zu Hause einfach liegen lassen, wie es eine Teilnehmerin aus Niederösterreich beschreibt. Niemand hat sich jemals bei ihr für diese Arbeit bedankt und „jetzt ist es genug“. Durch gekona können sie – so beschreiben es die Befragten – etwas für sich selbst machen. Als Migrantin in Österreich selbständiger zu werden, ist mit Kommunikationskompetenzen verbunden. Die Frauen aus Niederösterreich wollen folglich – auch wenn einzelne Männer dagegen sind – „endlich Deutsch lernen“.

Mehr Wissen, Bewusstsein, veränderte Lebensgewohnheiten und Haltungen

Die Frauen beschreiben, dass sie durch die Vermittlung praktisch verwertbaren Wissens ihren Lebensalltag und damit ihre Lebensbedingungen gesundheitsbewusster gestalten und z.B. aufgrund der Nachteile starker, chemischer Reinigungsmittel auf diese verzichten oder auf gesunde Ernährung, mehr Bewegung und Zahnhygiene achten. Von starken antibakteriellen Putzmitteln – nach jahrelangem intensivem Einsatz – abzulassen, bedeutet bei dieser Zielgruppe mehr als einen Markenwechsel oder ökologischeres Verhalten: Diese Frauen durchbrechen damit fundamental die Vorstellung der perfekten Reinlichkeit.

Weiters betonen die Frauen, dass sie ihren Umgang mit ihren Kindern und Männern und ihr innerfamiliäres kommunikatives Verhalten verändert haben und mehr

miteinander sprechen. Den Kindern wird bewusst mehr Zeit gewidmet und ein gelassener Umgang beschrieben, der als stressfreier und weniger aggressiv erlebt wird. Eine Frau beschreibt, dass sie gelernt habe, mit der Tochter zu spielen und ihr zuzuhören. „Wenn ich schreie, überlege ich, was ich da mache, gekona hat mir da viel geholfen, ich habe viele Fehler bei mir entdeckt, was ich im Umgang mit Kindern besser machen kann.“

Veränderte Lebensentwürfe für die eigenen Kinder

Für ihre eigenen Kinder - Söhne und Töchter - streben die befragten Frauen andere Lebensentwürfe als die eigenen an. Berufsausbildung und „eigenes Geld“ werden auch für die Töchter als essentiell erachtet. Und nach der Heirat sollen die Kinder in eigenen Wohnungen und nicht bei ihnen leben. Eine Befragte aus Wien, die von sich sagt, dass sie weder Deutsch noch Türkisch gut kann, legt bei ihrer Tochter schon früh entsprechende Weichen: Diese darf zu Hause keine türkischen Sender sehen, braucht kein Kopftuch tragen und soll eine Ausbildung machen.

5.1.2 Messbare Auswirkungen auf gesundheitliche Einflussfaktoren

Diese qualitativen Befunde werden auch quantitativ belegt, wie die folgende Darstellung der Ergebnisse der schriftlichen Befragungen durch die Gesundheitstutorinnen der Teilnehmerinnen zeigt.

Die Teilnehmerinnen wurden bei Eintritt in das Programm und zum Programmende mit Unterstützung der Gesundheitstutorinnen (Erläuterung, Übersetzung) mittels der programmimmanenten Bestandsaufnahmen schriftlich befragt. Dabei wurden die subjektiven Einschätzungen zu sechs Dimensionen bezüglich Gesundheit, nämlich Wissen zu Gesundheitsförderung, gesundheitliche Verfassung, persönliche Lebenssituation, Grad der Selbständigkeit, soziale Einbindung und Bildungsstand, erhoben und die beiden Messzeitpunkte verglichen.

Den Befragten wurden bei den Zweitbefragungen die ersten Bewertungen nicht mitgeteilt. Die Bewertungen erfolgten auf einer Skala von 1 (= sehr schlecht) bis 10 (= sehr gut).

Die durchschnittlichen Einschätzungen beider Messzeitpunkte liegen jeweils zwischen 3,8 und 5,8 Punkten, die beste durchschnittliche Bewertung erhielt der Bereich Lebenssituation, Gesundheit, Soziale Einbindung und Wissen über Gesundheitsförderung, gefolgt von der Selbständigkeit. Den geringsten Mittelwert erreichte der Bereich Bildung. Die folgende Tabelle veranschaulicht diese Bewertungsrangreihe.

Tabelle 6: Durchschnittliche Selbsteinschätzung zu Beginn und am Ende des Programms in sechs erhobenen gesundheitsrelevanten Dimensionen

	N		Mittelwert	Median
	Gültig	Fehlend		
Index SB Lebenssituation	209	3	5,8541	5,5000
Index SB Gesundheit	209	3	5,5167	5,0000
Index SB Soziale Einbindung	208	4	5,3726	5,0000
Index SB Wissen Gesundheitsförderung	209	3	5,1770	5,0000
Index SB Selbständigkeit	207	5	4,6449	3,5000
Index SB Bildung	209	3	3,8206	3,0000

Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=207-209

Wissen über Gesundheitsförderung, soziale Einbindung und Lebenssituation verbessern sich signifikant

Beim Vergleich der Selbsteinschätzung zu Programmbeginn und –ende wird ersichtlich, dass die durchschnittlichen Bewertungen sehr leicht steigen, lediglich die Mittelwerte der Bereiche Bildung und Selbständigkeit werden etwas geringer. Dies kann auch ein Indiz für eine Bewusstseinssteigerung für notwendige Handlungsbedarfe in diesen Bereichen sein.

Die Zielgruppe bewertet in der Ausgangserhebung die Bildung durchschnittlich am schlechtesten, gefolgt von Selbständigkeit und Wissen um Gesundheitsförderung. Der Vergleich der Mittelwerte aller abgefragten Dimensionen zeigt (vgl. Tabelle 7), dass die durchschnittlichen Bewertungen bei den späteren Befragungen in vier Dimensionen steigen. Lediglich die Mittelwerte der Dimensionen Bildung und Selbständigkeit verschlechterten sich am Ende des Programms. Die höchste durchschnittliche Steigerung der Selbsteinstufung mit 0,58 Differenzpunkten zwischen Erst- und Zweitbefragung ist beim Wissen um Gesundheitsförderung feststellbar. Damit wurde das zentrale Projektziel, der Steigerung der Health Literacy im Sinne der Gesundheitsbildung, klar erreicht.

Tabelle 7: Mittelwerte der Selbstbewertung zu allen Dimensionen zu Programmbeginn und Programm-ende

	N		Mittelwert	Median
	Gültig	Fehlend		
SB Bildung Beginn	212	0	4,06	4,00
SB Bildung Ende	209	3	3,62	3,00
SB Soziale Einbindung Beginn	211	1	5,26	5,00
SB Soziale Einbindung Ende	208	4	5,51	5,00
SB Selbständigkeit Beginn	210	2	4,78	4,00
SB Selbständigkeit Ende	207	5	4,56	4,00
SB Gesundheit Beginn	212	0	5,50	5,00
SB Gesundheit Ende	209	3	5,57	6,00
SB Wissen Gesundheitsförderung Beginn	212	0	4,91	5,00
SB Wissen Gesundheitsförderung Ende	209	3	5,49	6,00
SB Lebenssituation Beginn	212	0	5,78	5,00
SB Lebenssituation Ende	209	3	5,98	6,00

Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=209-212

Im nächsten Schritt wurde untersucht, ob sich die Mittelwerte zwischen Programmstart und Programmende signifikant unterscheiden und der Unterschied somit systematisch messbar und nicht zufällig ist. Bei den Dimensionen Selbständigkeit und Gesundheit zeigen sich keine relevanten Unterschiede. Die Messdimension Selbständigkeit nimmt im Durchschnitt etwas ab, die Messdimension Gesundheit wird leicht besser, der Unterschied ist aber nicht signifikant. Die Messdimension Bildung nimmt im Durchschnitt signifikant ab. Die Messdimensionen soziale Einbindung, Wissen über Gesundheitsförderung und Lebenssituation werden im Durchschnitt signifikant besser.

Je schlechter die Erstbeurteilung, desto stärker fallen die Verbesserungen aus

Anhand der Mittelwerte wurde auch untersucht, ob sich die gemessenen Verbesserungen bei unterschiedlichem Ausgangsniveau unterschiedlich stark zeigen. Dies ließ sich bei den Dimensionen Gesundheit, Wissen über Gesundheitsförderung und Lebenssituation nachweisen: Jene Gruppe, welche zu Beginn des Programms hinsichtlich ihres **Gesundheitszustandes** in der Kategorie mit der negativsten Beurteilung war, verbessert sich durchschnittlich um 1,1 Punkte, jene in der mittleren Kategorie und jene mit der besten Gesundheit verbesserten sich nicht mehr.

Noch deutlicher ist das Ergebnis beim **Wissen um Gesundheitsförderung**, wo sich die Gruppe, die am wenigsten wusste, um 1,5 Punkte verbesserte, jene in der mittleren Gruppe um durchschnittlich 0,3 Punkte und jene mit dem besten Wissen verbessert sich nicht mehr.

Bei der Dimension **Lebenssituation** wurde in der Gruppe, die am Anfang die schlechteste Beurteilung abgab, eine Verbesserung um 1,2 Punkte gemessen, der Rest verbessert sich nicht mehr.

Damit zeigt sich ein grundsätzliches Muster: Jene, die schon bei der ersten Messung gute Ergebnisse hatten, verbesserten sich meist nicht. Jene, die bei der ersten Messung „mittlere“ Ergebnisse hatten, verbesserten sich wenig und wer sich

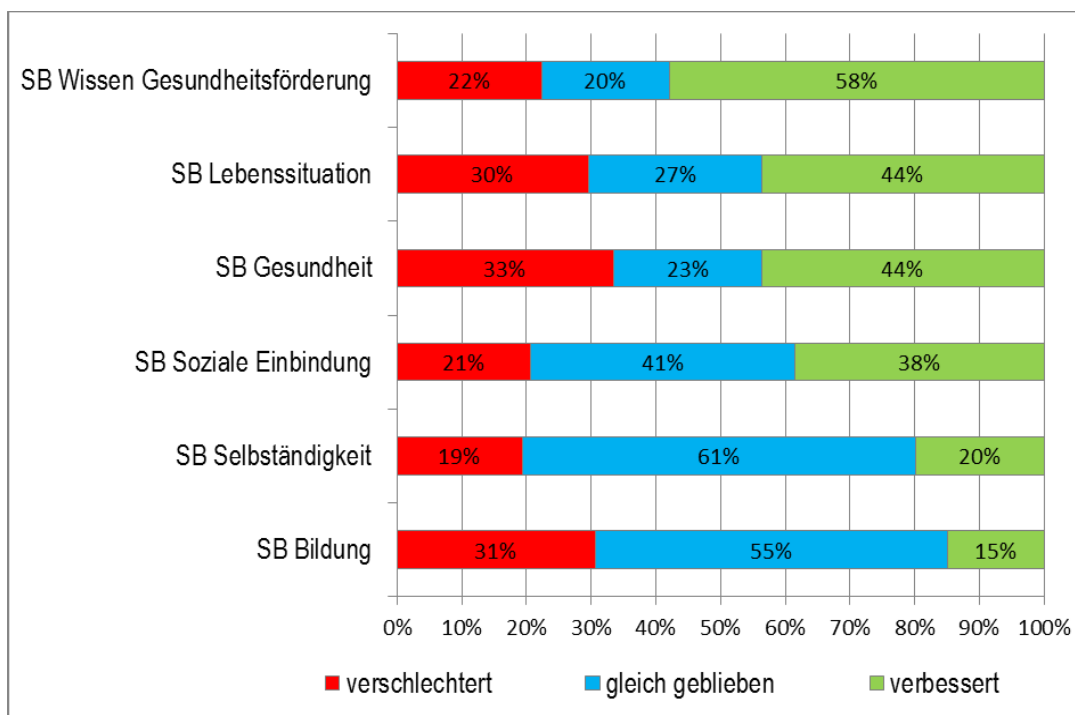
bei der ersten Messung am schlechtesten einstuft, hat damit auch die besten Chancen auf eine deutliche Verbesserung.

Verbesserungen betreffen Verhalten und Verhältnisse

Und jeweils 44% sehen Verbesserungen der Lebenssituation und ihrer Gesundheit. Knapp 40% der Frauen registrieren Verbesserungen ihrer sozialen Einbindung. Letzteres kann als Indiz gewertet werden, dass nicht nur Auswirkungen auf der Verhaltens-, sondern auch auf der Verhältnisebene erzielt werden konnten.

Die Wahrnehmung von Verschlechterungen fällt bei der Selbständigkeit und sozialen Einbindung am geringsten, bei der Selbstbewertung der Gesundheit und Bildung am höchsten aus. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich die Bildung zu Programmende faktisch verschlechtert hat, kann vermutet werden, dass sich die Wahrnehmung der betreffenden Frauen sensibilisierte und sie Defizite stärker wahrnahmen. Erfahrungen mit Gesundheitsförderungsprojekten zeigen, dass die damit verbundene Bewusstseinsveränderung auch zu einer kritischeren Einschätzung der eigenen Situation führen kann.

Abbildung 5: Veränderungen der Selbstbewertungen zwischen Programmbeginn und –ende, Anteil der Personen in %



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

Zusammenhänge zwischen den Selbstbewertungsdimensionen

Um Bewertungsunterschiede analysieren zu können, wurden die Mittelwerte der beiden Messzeitpunkte zu einem Index zusammengefasst und miteinander sowie mit den sozialen Merkmalen verknüpft.

Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und der Selbstbewertung

Grundsätzlich zeigt sich folgendes Bewertungsmuster: Je besser die Selbstbewertung in einem Bereich ist, desto besser sind auch die Selbstbewertungen in den anderen Bereichen. Besonders stark zeigt sich der Zusammenhang der Bewertung der Bildung und der Selbständigkeit sowie des Wissens über Gesundheitsförderung: Jene, die sich als gut gebildet verstehen, meinen auch, selbständiger zu sein und ein höheres Wissen über die Gesundheitsförderung zu haben. Der Bereich Lebenssituation hängt besonders stark mit allen anderen Bereichen zusammen. Die gesundheitliche Verfassung hängt am wenigsten mit den anderen Bereichen zusammen.

Im Folgenden wird gezeigt, dass insgesamt die Deutschkenntnisse der wesentlichste Faktor für die Frauen sind, der ihre gesamten Lebensbereiche bestimmt, besonders deutlich zeigt sich das bei der Selbständigkeit. Weiters sind Jugend, Berufstätigkeit und das Vorhandensein einer Vertrauensperson Faktoren, die mit einer besseren Bewertung der sechs Messdimensionen einhergehen.

Ältere Frauen weisen schlechtere Selbstbewertungen auf

Die älteren Frauen schätzen nicht nur ihre Deutschkenntnisse, sondern auch ihre Bildung geringer ein sowie alle anderen Messdimensionen, mit Ausnahme der Sozialen Einbindung. Je länger die Frauen in Österreich lebten, desto besser beurteilen sie ihre Sozialen Einbindung und Selbständigkeit.

Berufstätige haben bessere Selbsteinschätzungen

Nicht-Berufstätige Frauen zeichnen sich wie Tabelle 8 zeigt durch eine schlechtere Bewertung in den sechs Messdimensionen aus, insbesondere hinsichtlich Selbständigkeit und sozialer Einbindung.

Tabelle 8: Einschätzung der gesundheits- und bildungsbezogenen Dimensionen nach Berufstätigkeit

		Berufstätigkeit					
		ja		nein		Gesamt	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Index SB Bildung	(eher) schlecht	26	60,5%	132	83,0%	158	78,2%
	(eher) gut	17	39,5%	27	17,0%	44	21,8%
Index SB Soziale Einbindung	(eher) schlecht	13	30,2%	102	64,6%	115	57,2%
	(eher) gut	30	69,8%	56	35,4%	86	42,8%
Index SB Selbständigkeit	(eher) schlecht	11	26,2%	119	74,8%	130	64,7%
	(eher) gut	31	73,8%	40	25,2%	71	35,3%
Index SB Gesundheit	(eher) schlecht	19	44,2%	108	67,9%	127	62,9%
	(eher) gut	24	55,8%	51	32,1%	75	37,1%
Index SB Wissen Gesundheitsförderung	(eher) schlecht	16	37,2%	109	68,6%	125	61,9%
	(eher) gut	27	62,8%	50	31,4%	77	38,1%
Index SB Lebenssituation	(eher) schlecht	12	27,9%	95	59,7%	107	53,0%
	(eher) gut	31	72,1%	64	40,3%	95	47,0%

Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, 1 bis 5 ist (eher) schlecht, 6-10 ist (eher) gut, Durchschnitt beider Messzeitpunkte

Deutschkenntnisse beeinflussen Selbstbewertungen in allen Bereichen

Besonders deutlich gehen die schlechten Deutschkenntnisse mit einer negativen Selbstbewertung einher: Wer nicht gut Deutsch kann, bewertet sich in allen sechs Messdimensionen deutlich schlechter. Insgesamt sind die Deutschkenntnisse somit der wesentlichste Faktor für die Frauen, der ihre gesamten gesundheitsbezogenen Lebensbereiche bestimmt. Besonders deutlich wird das bei Selbständigkeit sichtbar.

Tabelle 9: Einschätzung der gesundheits- und bildungsbezogenen Dimensionen nach Deutschkenntnissen

		Deutschkenntnisse (Index)							
		gut		mittel		schlecht		Gesamt	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Index SB Bildung	(eher) schlecht	16	38,1%	38	76,0%	110	94,0%	164	78,5%
	(eher) gut	26	61,9%	12	24,0%	7	6,0%	45	21,5%
Index SB Soziale Einbindung	(eher) schlecht	9	21,4%	23	46,0%	89	76,7%	121	58,2%
	(eher) gut	33	78,6%	27	54,0%	27	23,3%	87	41,8%
Index SB Selbständigkeit	(eher) schlecht	2	4,8%	21	42,0%	111	96,5%	134	64,7%
	(eher) gut	40	95,2%	29	58,0%	4	3,5%	73	35,3%
Index SB Gesundheit	(eher) schlecht	17	40,5%	26	52,0%	90	76,9%	133	63,6%
	(eher) gut	25	59,5%	24	48,0%	27	23,1%	76	36,4%
Index SB Wissen Gesundheitsförd.	(eher) schlecht	9	21,4%	28	56,0%	94	80,3%	131	62,7%
	(eher) gut	33	78,6%	22	44,0%	23	19,7%	78	37,3%
Index SB Lebenssituation	(eher) schlecht	6	14,3%	18	36,0%	88	75,2%	112	53,6%
	(eher) gut	36	85,7%	32	64,0%	29	24,8%	97	46,4%

Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, 1 bis 5 ist (eher) schlecht, 6-10 ist (eher) gut, Durchschnitt beider Messzeitpunkte

Soziales Netz, insbesondere Vertrauensperson fördert Selbstbewertung

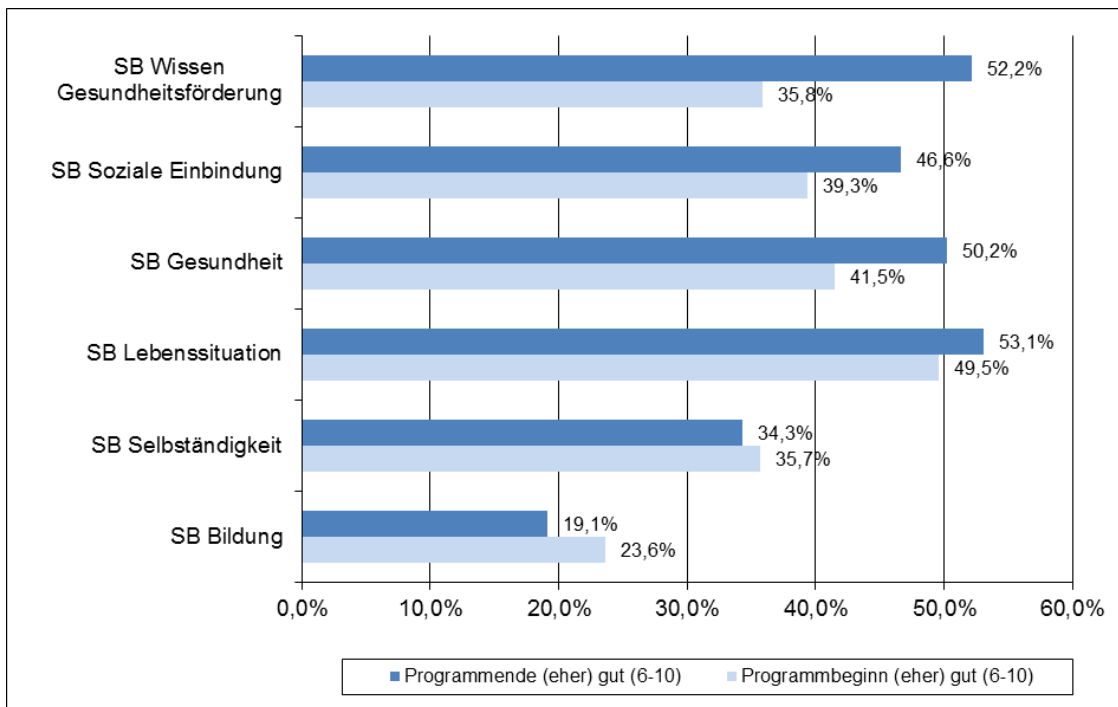
Das Vorhandensein von Angehörigen in Österreich, insbesondere aber das Vorhandensein einer Vertrauensperson wirken sich positiv auf die Selbstbewertung aus, besonders hinsichtlich Wissen um Gesundheitsförderung.

Alleinerzieherinnen fallen in dieser Untersuchungsgruppe nicht besonders auf, auch die Gesundheitsbotschafterinnen lassen sich nicht anhand sozialer Merkmale oder Bewertungen charakterisieren.

Selbsteinschätzung der einzelnen Dimensionen im Beobachtungsverlauf

Im Folgenden ist von Interesse, wie sich der Anteil der Personen, die die sechs Bereiche (eher) gut bzw. (eher) schlecht bewerteten, zwischen den beiden Befragungszeitpunkten veränderte. Am auffallendsten sind die Veränderungen der Selbstbewertung des eigenen Wissens über Gesundheitsförderung, die sich um 22%-Punkte verbesserte und des eigenen Gesundheitszustandes, der sich um 15%-Punkte verbesserte, wie Abbildung 6 illustriert.

Abbildung 6: Veränderung des Anteils der Personen, die die Dimensionen (eher) gut bewerteten in Prozent zu beiden Messzeitpunkten

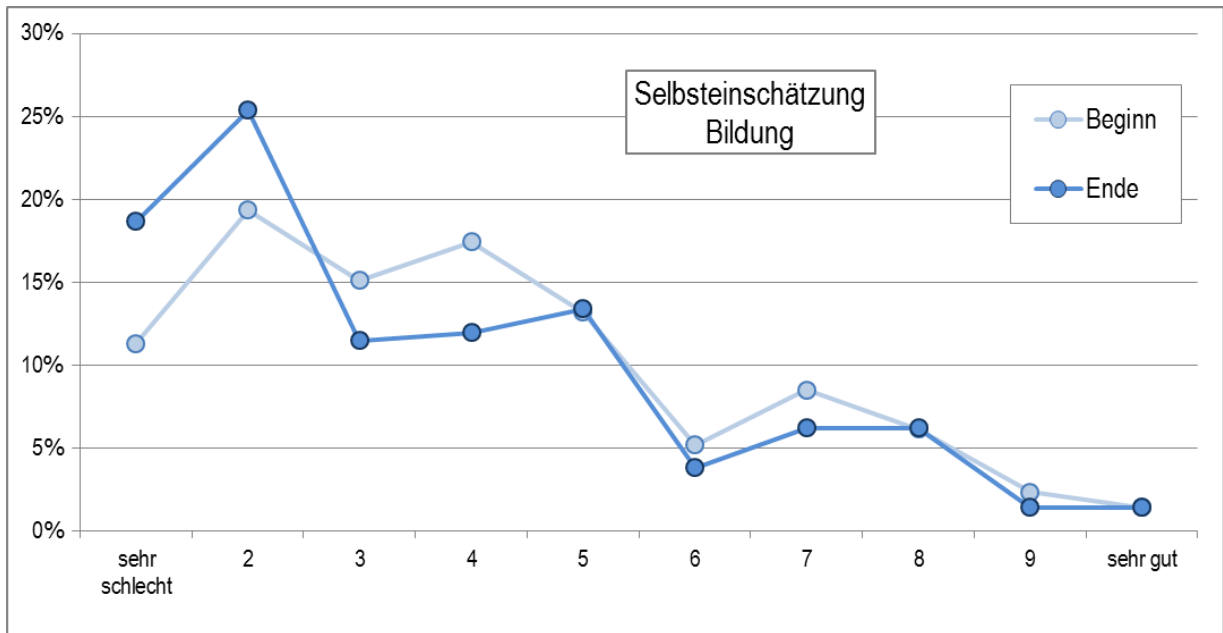


Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

Die folgenden sechs Liniendiagramme zeigen die Häufigkeitsverteilungen der Bewertungen der einzelnen Dimensionen zu den beiden Messzeitpunkten im Detail.

In der Dimension **Bildungsstand** zeigt sich ein relativ paralleler Verlauf zu den beiden Messzeitpunkten. Wie schon erwähnt, nahmen die Anteile der Personen, die ihren Bildungsstand als sehr schlecht beurteilten zu: Während sich zu Beginn 76% zwischen 1 und 5 einstuften, waren das bei der zweiten Messung 81%.

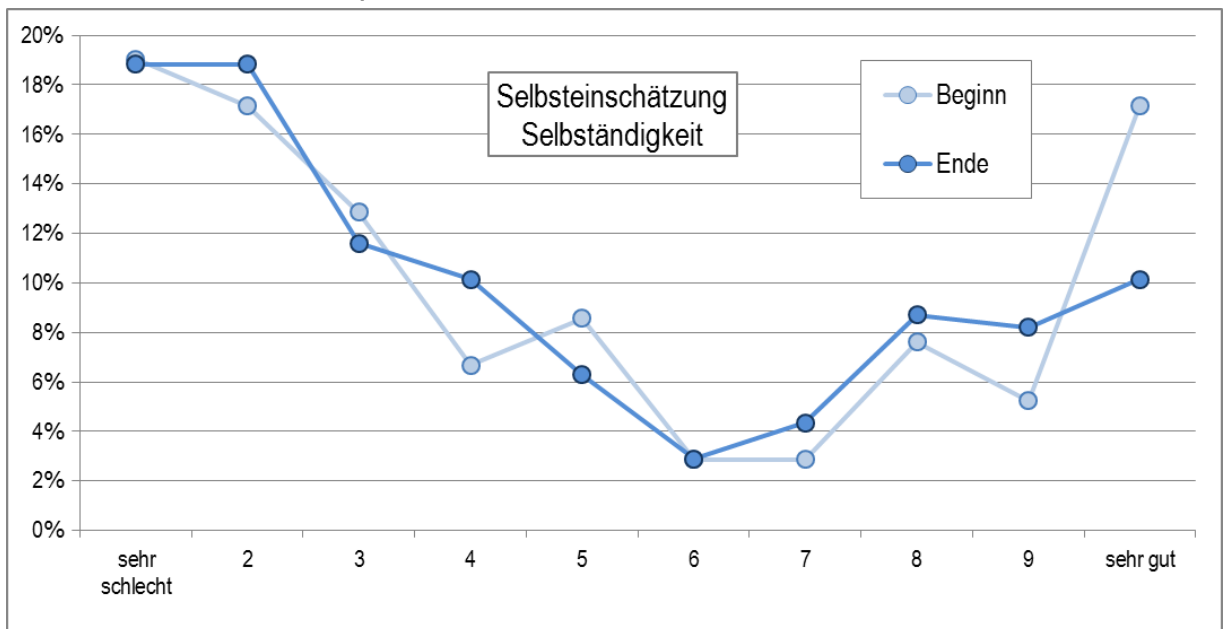
Abbildung 7: Selbsteinschätzung des Bildungsstandes zu beiden Messzeitpunkten



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

Insgesamt sehen sich am Anfang 61% **schlecht sozial eingebunden** (1-5), zu Projektende sind es mit 53% um 8%-Punkte weniger. Mit Programmende nehmen die sehr positiven Bewertungen wieder etwas ab.

Abbildung 8: Selbsteinschätzung des persönlichen Bekanntenkreises und der sozialen Einbindung zu beiden Messzeitpunkten

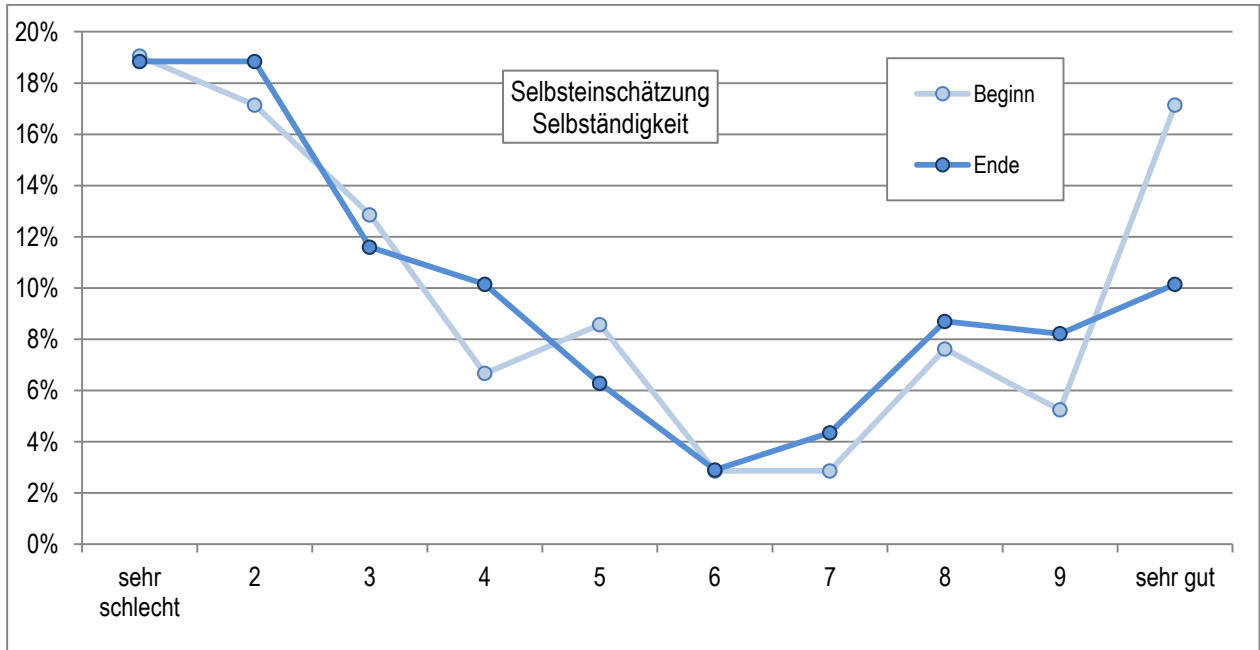


Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

Die **Selbstständigkeit** (Besuche bei ÄrztInnen, Erledigung von Amtswegen, Kontakt zu Kindergärten und Schulen, selbständiges Erledigung von Wegen etc.) ist der Bereich, wo sich bei der ersten Messung am meisten Frauen mit der Bestnote

einstufen, nämlich 17%. Dies ändert sich am Ende, wo es nur mehr 10% sind. Dieser interessante Befund bedeutet vermutlich nicht, dass die Selbständigkeit real abgenommen hätte, sondern das Bewusstsein über die eigenen eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten zugenommen hat. Zugleich ist die Dimension Selbständigkeit jene, wo sich auch am meisten Frauen am schlechtesten einstufen, nämlich 19% sowohl zu Projektbeginn als auch zu –ende. Die schlechtesten Einstufungen bleiben insgesamt konstant hoch (64% bei Programmbeginn zwischen 1 und 5 und 66% bei Programmende).

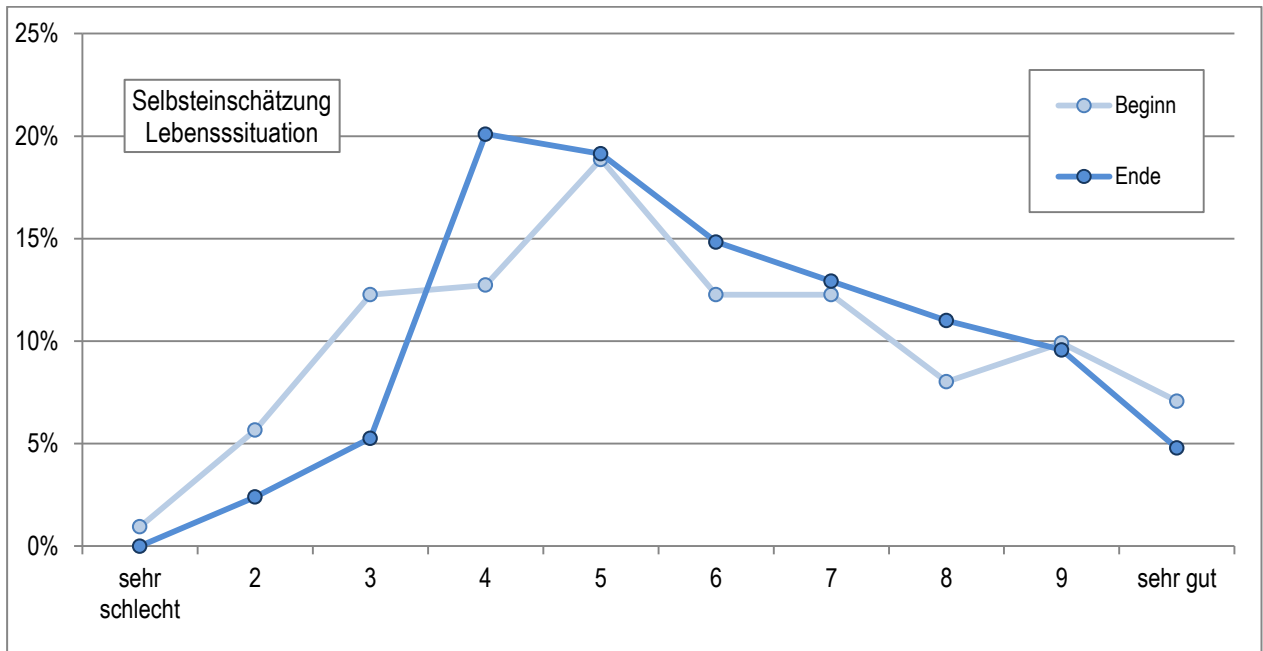
Abbildung 9: Selbsteinschätzung des Grades der Selbständigkeit zu beiden Messzeitpunkten



Basis: File gekona -Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

Die beiden Kurven zur Einschätzung der **allgemeinen Lebenssituation** verlaufen sehr parallel, d.h. es zeigen sich wenige Veränderungen bei tendenziell leichten Verbesserungen. Mit 50% bewertete jede zweite Teilnehmerin die eigene Lebenssituation bei Programmbeginn (eher) schlecht, am Ende gaben 47% die Noten 1-5 ab.

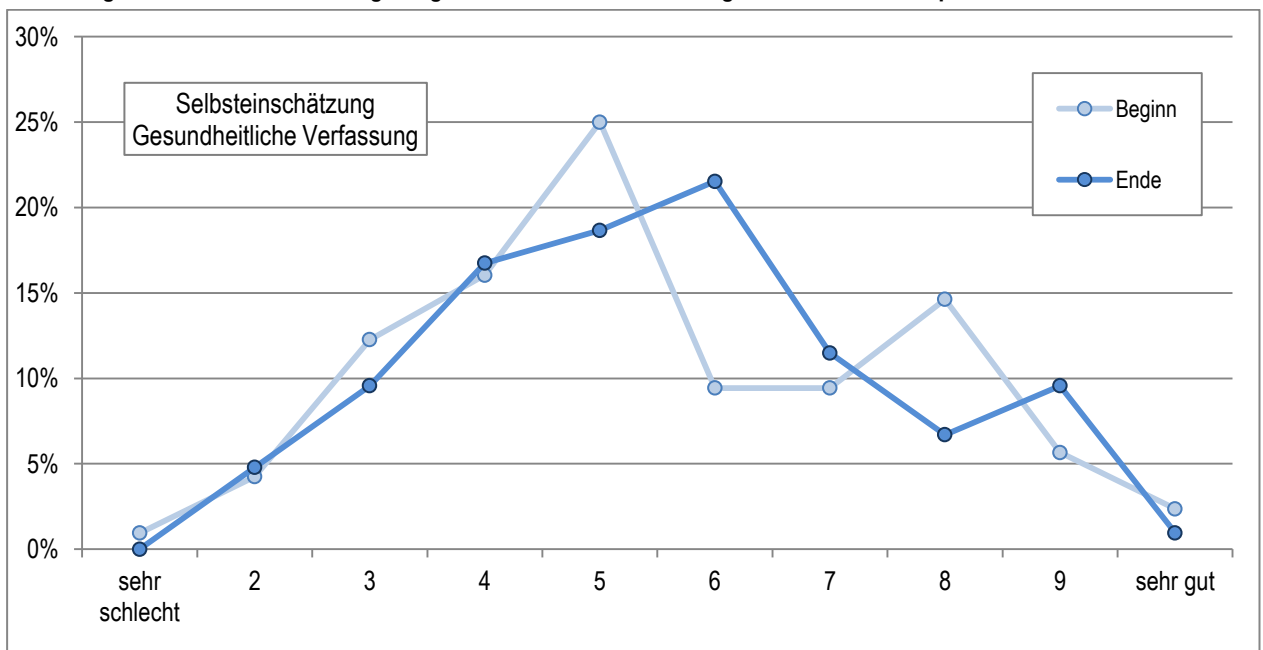
Abbildung 10: Selbsteinschätzung der allgemeinen Lebenssituation zu beiden Messzeitpunkten



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

Bei der Bewertung des **persönlichen Gesundheitszustands** zeigen sich ebenfalls deutliche Verbesserungen. Wird dieser zu Beginn von 60% der Frauen als schlecht eingestuft (1-5), waren es bei der zweiten Messung nur mehr 45%.

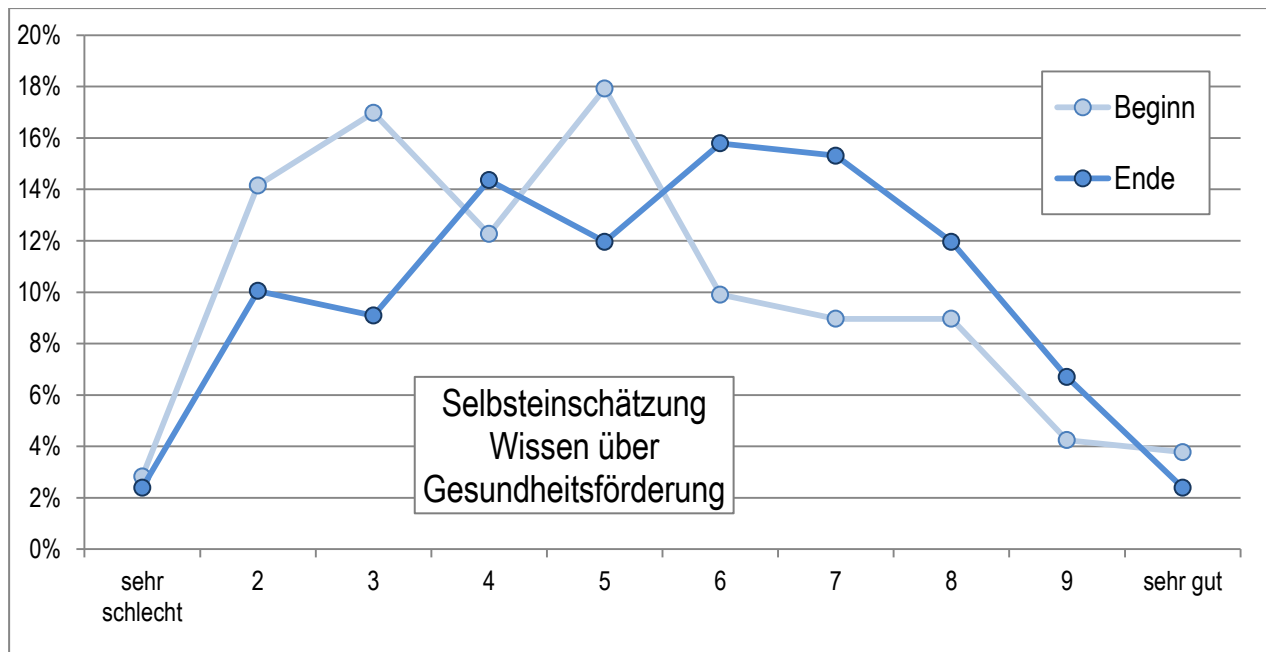
Abbildung 11: Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Verfassung zu beiden Messzeitpunkten



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=101

Zu Programmbeginn stufen 64% ihr **Wissen über Gesundheitsförderung** zwischen 1 und 5 ein, am Ende waren dies nur mehr 48%. Die Einschätzung des eigenen Wissens über Gesundheitsförderung hat sich somit am deutlichsten zwischen 1. und 2. Messung zugunsten besserer Einstufungen verschoben.

Abbildung 12: Selbsteinschätzung des eigenen Wissens über Gesundheitsförderung zu beiden Messzeitpunkten



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=212

Verbessertes Wissen über Gesundheitsförderung wirkt sich auf Gesundheit und Lebenssituation positiv aus

Bei der Verknüpfung der sechs Dimensionen zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem verbesserten Wissen über Gesundheitsförderung und der Verbesserung der Gesundheit und der Lebenssituation.

Zudem wird sichtbar, dass die Verbesserung des Wissens über Gesundheitsförderung eine etwas bessere Bewertung der Bildung und der sozialen Einbindung bei Programmende nach sich zieht.

Frauen aus Niederösterreich profitieren eher in Hinblick auf verbesserte Gesundheit und Bildung, Frauen aus Wien in Hinblick auf die soziale Einbindung

Zwischen Land- und Stadtbewohnerinnen lassen sich Unterschiede in der Selbsteinschätzung feststellen. Die Teilnehmerinnen aus Niederösterreich und dem ländlichen Umfeld weisen mehr Verbesserungen hinsichtlich Gesundheit und Bildung auf, Frauen aus Wien stufen die soziale Einbindung stärker ein als ihre niederösterreichischen Kolleginnen.

Geringe messbare Zusammenhänge mit Sozialmerkmalen

Alter, Berufstätigkeit und Aufenthaltsdauer in Österreich erweisen sich für die gemessenen Veränderungen als unerheblich. Bei höherem Einkommen und wenn eine Vertrauensperson da ist, dann gelingt eine Verbesserung der Selbsteinschätzung hinsichtlich der Bildung öfter. Schlechte Deutschkenntnisse und keine Vertrauensperson in Österreich hängen mit weniger Verbesserung hinsichtlich des Wissens um die Gesundheitsförderung zusammen.

6. Zielerreichung

Das Programm gekona bestätigt auch in seiner Fortführung gesundheitsfördernde Effekte. Das übergeordnete Ziel der Stärkung der Health Literacy wurde - wie gezeigt wurde - in beiden Durchläufen erreicht, indem das Wissen über Gesundheitsförderung verbessert wurde. Die von beratungsgruppe.at in der Projektkonzipierung formulierten und in der Umsetzung verfolgten Zielsetzungen wurden alle erreicht. Im Folgenden wird auf diese Zielformulierungen im Einzelnen eingegangen:

Zielsetzung: Die Gesundheitstutorinnen sind in der Lage, das Programm, die gesundheitsrelevanten Inhalte, die Zielsetzungen und die Materialdidaktik zielgruppenadäquat zu vermitteln.

Die Gesundheitstutorinnen waren mehrheitlich bereits Mitarbeiterinnen im Modellprojekt. Sie konnten auch im gegenständlichen Projekt das Programm aus Sicht der Projektleitung gut umsetzen. Dies bestätigt die hohe Teilnahmefrequenz, das positive Feedback von befragten Teilnehmerinnen und die subjektive Einschätzung der Gesundheitstutorinnen selbst.

Zielsetzung: Schulung der Gesundheitstutorinnen

Die Schulung der Gesundheitstutorinnen im Modellprojekt¹⁷ war aus Sicht der Projektleitung wichtig, vor allem der Teil „Praxistransfer-Didaktik“. Allerdings erwies sich die geblockte Wissensvermittlung didaktisch als nicht optimal für die Gesundheitstutorinnen. Als weit effizienter und wichtiger wird die Wissensvermittlung anhand von Problemstellungen, die sich im Zuge der praktischen Arbeit ergeben, bei den regelmäßigen Teamgesprächen in Form eines permanenten Guidance-Prozesses erachtet. Dementsprechend wurde eine neue Mitarbeiterin kurz eingeschult, absolvierte den Abschlusstest der Grundschulung bei seminarconsult prohaska und wurde dann intensiv begleitend geschult. Ihr gelang aus Sicht der Projektleitung ein guter Programmeinstieg. Daher ist der Aufwand des Steuerungsteams für die Schulungsleistungen besonders zu beachten.

Gesundheitstutorinnen sind routinierter und selbstsicherer

Die befragten Gesundheitstutorinnen beschreiben, dass sie in ihren beruflichen Aktivitäten nach dreimaliger Programmumsetzung deutlich an Selbstsicherheit gewonnen haben und mit Herausforderungen in den Müttertreffen besser umgehen können. Den Austausch im Team und mit der Steuerungsgruppe finden sie ebenso wie ihren „Bürotag“ wichtig, weil sie hier Informationen erhalten und Fragen erörtern können.

Zielsetzung: 200 Migrantinnen - Mütter und Großmütter - mit niedrigem SES nehmen am Programm teil, haben den Gesundheitskoffer bekommen und diesen unter Anleitung der Gesundheitstutorinnen durchgearbeitet.

Mit der Aufnahme von 212 Teilnehmerinnen in die beiden Programm-Durchläufe und der geringen Drop-Out-Quote von drei Frauen wurde die quantitative Zielsetzung klar erreicht und übertroffen.

¹⁷ Qualifizierung für Frauen mit Migrationshintergrund „Beratung, Betreuung und Elternbildung im interkulturellen Zusammenhang“ entwickelt und durchgeführt von beratungsgruppe.at in Kooperation mit seminar-consult prohaska.

Zielgruppe wurde gut erreicht

Die Zielgruppe der bildungs- und sozialbenachteiligten Mütter und Großmütter aus dem islamischen Kulturkreis mit niedrigem SES, die als äußerst schwer erreichbar bekannt ist, konnte mit der konzipierten Methodik gut erreicht werden. Dies gilt für Mütter und Großmütter. Die Teilnehmerinnen haben nahezu alle türkischen Migrationshintergrund und schulpflichtige oder jüngere eigene Kinder bzw. beaufsichtigen als Großmütter Enkelkinder. Bei der überwiegenden Mehrheit handelt es sich um Zuwanderinnen der ersten Generation, lediglich rund 7% sind in Österreich geboren.

Die Zielgruppe ist im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt multifaktoriell benachteiligt. Das Bildungs- und Qualifikationsniveau ist nach Angaben der Befragten mehrheitlich niedrig, die Deutschkenntnisse bei 55% schlecht. 57% haben ländliche Herkunft. Ein Faktor, der von der UNESCO als wesentlich für die Sozial- und Bildungsbenachteiligung bewertet wird.

Auch in Bezug auf die ökonomischen Rahmenbedingungen sind die Teilnehmerinnen schlechter ausgestattet als durchschnittliche österreichische Familien: Sie haben im Durchschnitt mehr Kinder und leben mit 2,7 Kindern in einem Haushalt. Eine hohe Kinderanzahl ist nachgewiesenermaßen ein zentraler Faktor für Armutsgefährdung. Im Durchschnitt verfügen sie über ein geringeres Haushaltseinkommen - 60% haben ein Medianhaushaltseinkommen unter 1.500 Euro - und mehrheitlich haben sie weniger Wohnungsfläche zur Verfügung als die Österreichische Durchschnittsfamilie.

Zielsetzung: Die Frauen/Mütter sind für gesundheitsrelevante Themen sensibilisiert.

Die Befragten äußern sich alle sehr positiv über das Programm gekona. Hervorgehoben werden der Lerneffekt, der Anstoß zu Bewusstseinsprozessen und soziale Aspekte. Wissenszuwachs wird durchaus konkret angeführt, etwa im Bereich der Frauenheilkunde, Zahnprophylaxe, Medikamentengebrauch und Depressionen. In den Mütter-Treffen-Bögen¹⁸, die zu Programmende ausgefüllt wurden, geben 79% der Befragten an, die Geschichten und Infoblätter gelesen zu haben. Es zeigt sich auch, dass die Teilnehmerinnen auch nach Beendigung des Programms weiterhin mehr auf sich, ihre Gesundheit und die ihrer Familie achten.

Gesundheitstutorinnen bleiben zum Teil Ansprechpersonen

Die Gesundheitstutorinnen werden von den Müttern als Kontaktpersonen auch nach Programmende sehr geschätzt und werden bei Fragestellungen um Unterstützung gebeten. Zwei der dazu befragten Gesundheitstutorinnen fühlen sich dadurch in ihrer Rolle bestärkt und profitieren nach eigener Beschreibung sehr von dieser Wertschätzung, weshalb sie diese ehrenamtlichen Hilfsleistungen - etwa die Begleitung zu einem Amt oder Ärztin - auch gerne erbringen. Eine befragte Gesundheitstutorin unterstreicht, dass es ihr sehr gut tut, anderen helfen zu können, zumal sie sich gut an die eigenen nicht allzu lange zurückliegende Situation in Österreich erinnern kann, wo sie auch diese Art von Unterstützung gebraucht hätte.

¹⁸ Zur Programmhälfte und zu Programmende wurden die Teilnehmerinnen in einem von beratungsgruppe.at erstellten „Mütter-Treffen-Bogen“ von den Gesundheitstutorinnen nach Veränderungen und Aktivitäten gefragt, die sie in Zusammenhang mit gekona gesetzt haben.

Zielsetzung: In den Familien der Teilnehmerinnen wurden gesundheitsrelevante Themen und Verhaltensweisen überdacht, die Kinder haben sich mit dem Material beschäftigt und gesundheitsförderliches Wissen konnte vermittelt werden.

In den Mütter-Treffen-Bögen geben 42% der Befragten an, dass sie ihren Kindern vorgelesen haben. In der mündlichen Befragung berichteten Frauen, dass ihre Kinder die Geschichten gerne lesen und Großmütter, die selbst nicht lesen können, motivierten ihre Enkelkinder, ihnen die Geschichten vorzulesen und mit ihnen darüber zu reden. Tabelle 10 dokumentiert die Aktivitäten der Teilnehmerinnen zu Programmmitte und am Ende.

Tabelle 10: In Zusammenhang mit gekona gesetzte Aktivitäten der Teilnehmerinnen

	Programmmitte		Programmende	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Geschichten und Infoblätter gelesen den Kindern vorgelesen	151	73,3%	162	78,6%
nachgedacht	93	45,1%	86	41,7%
im Internet nachgeschlagen	72	35,0%	77	37,4%
Übungen gemacht	28	13,6%	45	21,8%
Gesamt	206	100,0%	206	100,0%

Basis: File gekona-Mütter-Treffen-Bogen, beratungsgruppe.at; Auswertung Prospect Unternehmensberatung, Mehrfachnennungen, N=212

Zielsetzung: Die Frauen/Mütter sind mit Hilfe der Programmmaßnahmen (Informationen) in die Lage versetzt, vorhandene Ressourcen (eigene und öffentliche) zu nutzen, sowie als Multiplikatorinnen in der Familie und in ihrem soziokulturellen Umfeld auf Verhalten und Verhältnisse positiv verändernd wirken zu können.

Die Auswertung der Mütter-Treffen-Bögen zeigt bei der Frage nach Veränderungsvorhaben, dass der Wille Informationen weiter zu vermitteln und die sozialen Aktivitäten zu steigern, am häufigsten angeführt werden, beides auch Indikatoren für gesteigertes Selbstvertrauen.

Tabelle 11: Veränderungsvorhaben der Teilnehmerinnen: Was will ich noch verändern?

	Programmmitte		Programmende	
	Anzahl	%	Anzahl	%
meinen Kindern mehr Aufmerksamkeit schenken	37	18,2%	25	12,3%
meine Kinder besser verstehen	51	25,1%	33	16,2%
mehr miteinander reden	38	18,7%	39	19,1%
mehr auf mich selbst achten	87	42,9%	88	43,1%
Informationen weiter vermitteln	48	23,6%	102	50,0%
bewusster leben (z.B. Einkaufen, Ernährung)	90	44,3%	77	37,7%
mehr soziale Kontakte pflegen, mehr hinaus gehen	78	38,4%	103	50,5%
Gesamt	203	100,0%	204	100,0%

Basis: File gekona-Mütter-Treffen-Bogen, beratungsgruppe.at; Auswertung Prospect Unternehmensberatung, Mehrfachnennungen, N=212

28% der Respondentinnen der Mütter-Treffen-Bögen geben an, dass sie bereits Informationen in ihrem Umfeld und ihrer Familie weitergegeben haben. Häufig

wird angeführt, dass den Kindern mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird und dass sich das familiäre Kommunikationsverhalten verbessert hat. Deutlich wird, dass gekona dazu beiträgt, die soziale Isoliertheit der Frauen aufzubrechen.

In den Mütter-Treffen-Bögen wurden folgende Veränderungen festgehalten:

Tabelle 12: Veränderungen in der Familie und im Umfeld: Was hat sich bereits in meiner Familie und in meinem Umfeld verändert?

	Programmmitte		Programmende	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Ich schenke meinen Kindern mehr Aufmerksamkeit	86	40,8%	78	38,8%
Ich verstehe meine Kinder besser (Bedürfnisse)	80	37,9%	95	47,3%
Wir reden mehr miteinander	65	30,8%	65	32,3%
Ich schaue mehr auf mich selbst	49	23,2%	67	33,3%
Ich vermittele die Informationen weiter	62	29,4%	57	28,4%
Ich lebe bewusster (z.B. Einkaufen, Ernährung)	95	45,0%	113	56,2%
Ich pflege mehr soziale Kontakte, gehe mehr hinaus	35	16,6%	54	26,9%
Gesamt	211	100,0%	201	100,0%

Basis: File gekona-Mütter-Treffen-Bogen, beratungsgruppe.at; Auswertung Prospect Unternehmensberatung, Mehrfachnennungen, N=212

Diese Ergebnisse machen auch deutlich, dass die Mütter und Großmütter zwischen Programmmitte und –ende in den meisten Bereichen noch weitere Verbesserungen erzielten, so finden um rund 10%-Punkte mehr Frauen am Ende des Programmes, dass sie ihre Kinder besser verstehen oder bewusster leben und somit positiv auf ihr soziokulturelles Umfeld wirken.

Das Angebot der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung, an dem über 60 Frauen teilnahmen, vermittelte über diesen Weg nicht nur Informationen über den eigenen Gesundheitszustand, sondern veranschaulicht einen wesentlichen Teil des österreichischen Gesundheitssystems und dessen Vorsorgeprämissen.

Zielsetzung: 10-16 Teilnehmerinnen sind durch die Teilnahme am Programm und ein zusätzliches, spezielles Training befähigt, als „Gesundheitsbotschafterinnen“ (geschulte Multiplikatorinnen) in der Community tätig zu sein und das Programm Interessierten zu präsentieren.

Im Modellprojekt hatten sich die Gesundheitstutorinnen Organisationstätigkeiten erleichtert, indem sie sich in ihren Gruppen Unterstützung von einzelnen Müttern geholt hatten, z.B. zur Kommunikation von Terminverschiebungen. Im laufenden Projekt wurde diese Praxis strukturiert einbezogen: Besonders interessierte und engagierte Teilnehmerinnen wurden als sogenannte Gesundheitsbotschafterinnen trainiert und eingesetzt. Für die Vermittlung der spezifischen Aufgaben und Haltungen in dieser Funktion wurde von beratungsgruppe.at ein eigenes 2-tägiges Training entwickelt (vgl. Abbildung 13).

Sehr hohes Interesse am Training zur Gesundheitsbotschafterin

Das Interesse der Teilnehmerinnen sowohl aus Wien als auch aus Niederösterreich war sehr groß. 20 Teilnehmerinnen meldeten sich zum Training Ende März 2011 an. Damit wurde das Plansoll von mindestens zehn ausgebildeten Gesund-

heitsbotschafterinnen bereits im 1. Durchlauf überschritten und beide Trainings der Gesundheitsbotschafterinnen bereits in der ersten Projekthälfte durchgeführt.

Gesundheitsbotschafterinnen sind ehrenamtlich tätige Multiplikatorinnen

Die Gesundheitsbotschafterinnen fungieren ehrenamtlich als Vermittlerinnen zwischen der Community und den Gesundheitstutorinnen und unterstützen diese bei ihrer Tätigkeit und vermittelten Teilnehmerinnen. Sie bewarben die Idee der Gesundheitsförderung und das Programm gekona innerhalb der Zielgruppe.

Abbildung 13: Aufgabenfeld und Haltung einer Gesundheitsbotschafterin

Was ist eine Multiplikatorin?

Allgemein ist ein Multiplikator oder eine Multiplikatorin eine Person, die Wissen oder Information weitergibt und dadurch zu deren Verbreitung beiträgt.

Was sind die speziellen Aufgaben der Gesundheitsbotschafterinnen?

Vermittlerinnen zwischen ihrer Community (Gemeinschaft) und Gesundheitstutorinnen:

01. neue Teilnehmerinnen für weitere Programmdurchläufe anwerben (Akquise)
02. Mithilfe bei der Organisation der Mütterrunden
03. Teilnahme an Mütterrunden, um die Gesundheitstutorinnen zu unterstützen
04. Als „Referentinnen“ die eigenen Erfahrungen und Reflexionen in Mütterrunden und bei Gruppentreffen einbringen
05. Einladungen von Müttern aus der Community zu Gruppentreffen und Exkursionen

Vermittlung der Programm-Anliegen (Idee im Hintergrund):

06. Bewusstsein fördern
07. Organisation von Müttertreffen außerhalb des Programms („Sozial-Runden“) mit und ohne Verwendung des zweisprachigen Gesundheitskoffers
08. Einbringen der eigenen Erfahrungen
09. Anregen zu Reflexion der Lebenszusammenhänge
10. Vermittlung von Informationen über Angebote, Beratungseinrichtungen, Lektüre, etc.

Wie arbeiten Gesundheitsbotschafterinnen?

Orientierung an der Programm-Idee und den Programm-Grundsätzen:

11. Niemanden überreden, sondern offen von den eigenen Erfahrungen erzählen, um Vertrauen zu schaffen
12. Zum Nachdenken anregen, um Bewusstseinsprozesse in Gang zu setzen
13. An die Eigenverantwortlichkeit appellieren und anregen, Veränderungen in kleinen Schritten auszuprobieren (Anhand der eigenen Erfahrungen)
14. Das Selbstvertrauen durch positiven Zuspruch stärken, und zwar mit Beispielen aus dem Lebenszusammenhang der Mütter (z.B.: Wie Kinder gehen lernen)
15. Informationen weitergeben, aber keine Tipps geben
16. Keine medizinische oder psychologische Beratung machen
17. Gesundheit im Sinne von Wohlbefinden ganzheitlich darstellen, Zusammenhänge anhand von Beispielen darstellen
18. Trotz ernsthafte Arbeit, soll es allen Spaß und Freude machen
19. Allen Menschen mit Respekt und Wertschätzung begegnen

Basis: Curriculum „Training der Gesundheitsbotschafterinnen“, beratungsgruppe.at

Zielsetzung: Die Projekt- und Umsetzungserfahrungen wurden mit potentiellen KooperationspartnerInnen, ExpertInnen und Fördergebern ausgetauscht, und es wurden Vorarbeiten für den regionalen Ausbau des Programms geleistet.

Ein großer Teil der Projektaktivitäten des Steuerungsteams betraf Kooperationsaufbau und Aktivitäten zur Projektverbreitung. Personen und Institutionen, die im weitesten Sinn mit Integrations- und Bildungsfragen zu tun haben, wurden von beratungsgruppe.at kontaktiert. Zur regionalen Verbreitung gab es Kontakte mit

verschiedenen Bundesländern. Die Projektleitung wurde z.B. von NÖGUS (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds) für eine Programmpräsentation eingeladen. Der neue Integrationsstaatssekretär besuchte bald nach Amtsantritt persönlich die beratungsgruppe.at und informierte sich über das Projekt. Institutionen wie das Rote Kreuz zeigen konkretes Interesse an einer Programmumsetzung.

Zielsetzung: Ein transferierbares Programm zur Stärkung von „Health Literacy“ bei Migrantinnen mit niedrigem SES durch einen aufsuchenden Ansatz im Familiensetting und Empowerment ist beschrieben, standardisiert, dokumentiert und evaluiert.

Strukturelle Programmelemente sind der aufsuchende, niederschwellige Ansatz über geschulte Gesundheitstutorinnen und deren durchgängig begleitete Guidance durch das Steuerungsteam, niederschwellige Informationsmaterialien, ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis und Prozessorientierung. Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation sind integrale Bestandteile im Programm zur Sicherstellung der Zielerreichung.

beratungsgruppe.at erstellte nach den Erfahrungen des Modellprojektes Standards. Folgende Standards zur Sicherstellung einer effektiven und effizienten Programmdurchführung wurden durch die Praxis im gegenständlichen Projekt bestätigt und empfehlen sich bei Übertragung oder Umsetzung in anderen Regionen:

- Die **Gesamtteilnehmerinnenzahl** sollte etwa bei 100 liegen, d.h. wöchentlich 50 Teilnehmerinnen betreut werden. Damit bleibt die Anzahl an Teilnehmerinnen überschaubar und vier bis fünf Tutorinnen sind in einer Teilzeitbeschäftigung gut ausgelastet.
- Die **Programmablaufplanung** sollte sich an den zeitlichen Möglichkeiten der Teilnehmerinnen orientieren (Kindergartenzeiten, Ferienzeiten, Haushaltsaufgaben etc.)
- **Mehrere**, ca. vier **teilzeitbeschäftigte Tutorinnen** sollten für die vorgeschlagene Betreuung von 100 Frauen eingesetzt werden. Damit sind der Austausch und die Guidance durch die Steuerungsgruppe gut organisierbar.
- Der Schwerpunkt der **Schulung der Gesundheitstutorinnen** sollte im Bereich Materialkenntnisse, Programmdidaktik und Praxistransfer liegen
- Die Gesundheitstutorinnen sprechen als **Multiplikatorinnen in der Zielgruppen** in ihrer Community und ihrem Bekanntenkreis potentielle Teilnehmerinnen an.
- Für die **Akquise** muss ausreichend Zeit einkalkuliert werden (ca. 4 Wochen pro Tutorin)
- Pro **Müttertreffen** sollen mindestens **4–5 Frauen** teilnehmen (bei jeweils einer Frau zuhause oder in einem Gemeinschaftsraum nahe der Wohnungen)
- Ein Müttertreffen sollte rund **zwei Stunden** dauern (ohne Fahrzeiten).
- Die Mütterstunden sollten nach Schwerpunkten zusammengestellt werden, z.B. Wohnort, Alter der Kinder etc.
- Pro Mütterstunde sollten insgesamt rund 12 bis 14 Treffen stattfinden (inkl. erster und abschließender Bestandsaufnahme).

- Die **Gesamtdauer** des Programms sollte mindestens ein halbes Jahr betragen, um den Vertrauens- und Entwicklungsprozessen entsprechende Zeitrahmen zu geben.
- Die Durchführung einer systematischen **Dokumentation** mittels Akquise-listen, Materialübergabebögen, Bestandsaufnahmen (vorher-nachher) und Reflexionsbögen
- Wöchentlich sollen **Teamsitzungen** mit dem Steuerungsteam/der Koordinatorin und den Tutorinnen stattfinden, in denen die erfolgte Arbeit gründlich reflektiert wird und Anleitungsgespräche/Weiterbildung (Guidance- und Monitoring) stattfinden.
- Während eines Programmdurchlaufs sollen 5-6 von der Koordinatorin geplante **Gruppentreffen mit Expertinnen** und **mindestens 20 Teilnehmerinnen** stattfinden.
- Von den Gesundheitstutorinnen sollen **Exkursionen in Kleingruppen** nach Bedarf und Interesse der jeweiligen Mütterrunde organisiert werden.“¹⁹

¹⁹ beratungsgruppe.at: Projektbeschreibung und Kalkulationsgrundlagen

7. Schlussfolgerungen

Die Teilnehmerinnen am Gruppentreffen Vorsorgeuntersuchung zeigten ein buntes Bild: Türkische Frauen zum Teil mit Kopftuch, zum Teil ohne, zum Teil ältere Frauen, zum Teil jüngere, einige mit kleinen Kindern und Kinderwägen. Auch wenn sich diese Frauen in ihrem äußeren Erscheinungsbild zwischen sehr traditionell und eher modern unterscheiden, weisen sie grundlegende Gemeinsamkeiten auf, die sie für eine Teilnahme am Programm gekona prädestinieren: Sie leben schon jahrelang, teils Jahrzehnte in Österreich, ohne sich auf Deutsch verständigen zu können. Das österreichische Gesundheitssystem ist ihnen nicht vertraut und sie haben größtenteils noch nie eine Vorsorgeuntersuchung gemacht und schon gar nicht ein ausführliches Informationsgespräch mit einem Arzt/einer Ärztin führen können. Sie sind zudem in alltäglichen Handlungen häufig auf Unterstützung angewiesen. Viele hätten die Fahrt zum Arzt und wieder nach Hause ebenso wenig alleine bewältigen können, wie das Ausfüllen des Anamnesebogens, der von beratungsgruppe.at im Rahmen der gekona-Projekte ins Türkische übersetzt worden war. Zwei Beispiele unterstreichen diese Beobachtung: Eine Frau hatte das erste Mal seit sie in Österreich lebt einen Fahrschein gelöst, eine andere irrtümlich die e-card ihres Mannes verwendet, weil sie nicht lesen kann. Hervorzuheben sind allerdings das offene Klima und das große Interesse im Gruppengespräch mit dem Arzt. Die Frauen berichten ohne Scheu von Depressionen, Medikamentenkonsum und Beschwerden und zeigen unter Anwesenheit des Projektteams keine Berührungängste dem Arzt als Mann oder Autorität gegenüber.

Die Schilderung der Beobachtungsergebnisse der Evaluation soll dazu beitragen, die Problembereiche der Zielgruppe, die möglichen Unterstützungsebenen und die Ressourcen der Frauen, an denen angeknüpft werden kann, zu veranschaulichen.

gekona stärkt die Handlungskompetenzen und fördert das Empowerment der Teilnehmerinnen

Über den Ansatz der geschlechts- und kultursensiblen Gesundheitsförderung gelingt gekona weit mehr als die Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit bei dieser mit Gesundheitspotenzialen schlecht ausgestatteten Zielgruppe. In Betrachtung seiner Auswirkungen kann gekona nicht nur als Gesundheitsförderungsprojekt, sondern als Bildungs- und Integrations- bzw. Zugangsprojekt bezeichnet werden. Die aus den Rückmeldungen der Teilnehmerinnen ableitbaren und von den Projektverantwortlichen beobachtbaren Veränderungen vollziehen sich auf folgenden vier Ebenen:

1. Impulse für eine gesunde Lebensführung und Informationsgewinn zu gesundheitlichen Fragestellungen, die einen unmittelbaren Bezug zum Lebensalltag und den Lebensphasen der Frauen haben: Teilnehmerinnen erhalten Informationen zur besseren Orientierung im Gesundheitssystem und der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen.
2. Soziale Vernetzung durch Integration in einer Frauengruppe: Neue Kontakte und Freundschaften werden initiiert und Vertrauensräume geschaffen. Einsamkeit und Selbstverleugnung kennzeichnen viele Teilnehmerinnen, weil ihr Lebenssinn und ihre Alltagshandlungen häufig ausschließlich auf die Familie bezogen sind und eigene Bedürfnisse jahrelang unterdrückt wurden.

3. Steigerung des Selbstbewusstseins und Erweiterung der Handlungsfähigkeit: Die Frauen trauen sich mehr zu und äußern sehr großes Lerninteresse. Letzteres betrifft primär die Erweiterung ihrer Sprachkompetenzen in Deutsch, die ein Teil der Teilnehmerinnen bereits in Kursbesuchen konkret umsetzt bzw. in naher Zukunft plant.
4. Erweiterung des regionalen Bewegungsradius und Überwindung von Mobilitätshindernissen: Durch die regelmäßige Teilnahme an regional divers verankerten Gruppentreffen und Exkursionen durchbrechen die Teilnehmerinnen ihren gewohnten meist sehr eingeschränkten Bewegungsraum. Damit wird auch eine interkulturelle Brücke gebaut, weil die Erweiterung Räume, Einrichtungen und Kultur der Mehrheitsgesellschaft betrifft.

Durch die gezielte Unterstützung von Frauen erfolgt zudem ein Beitrag zur Herstellung der Geschlechtergerechtigkeit und Emanzipation der besonders benachteiligten Frauen. Die durch das Programm erzielten Veränderungen bewirken nachhaltige Empowermentprozesse der Frauen und eine Erweiterung ihrer Handlungsfähigkeit.

Persönliche Betreuung als Bedingungs- und Erfolgsfaktor

Der Schlüssel zur Erzielung dieser erweiterten Handlungsfähigkeit bei den Teilnehmerinnen liegt in der Herstellung einer Vertrauensbeziehung bzw. eines Vertrauensraumes und der Herstellung einer Betroffenheit, d.h. des Anknüpfens an der Lebenswelt und den Problemlagen der Teilnehmerinnen. Dies gelingt nur mittels durchgängiger persönlicher Betreuung. Diese reicht so weit, dass Teilnehmerinnen persönlich abgeholt werden, um ein Gruppentreffen zu besuchen oder auf ihrem Weg dorthin mittels Handykontakt unterstützt werden. Für das Herstellen dieser vertrauensvollen Beziehung braucht es Verständnis für die Lebenslage der Zielgruppenpersonen und eine Begegnung „auf gleicher Augenhöhe“. Idealerweise wird das von Frauen mit demselben sozioökonomischen Erfahrungshintergrund verkörpert. Derselbe Sprachhintergrund alleine genügt diesen Anforderungen nicht. Das zeigte sich in der Projektumsetzung z.B. daran, dass inhaltlich qualifizierte Trainerinnen türkischer Herkunft diese Beziehungsebene nicht aufbauen konnten. Dies gelingt durch die Mitarbeit von angeleiteten Peers, Laienkräften – im Projekt gekona als Gesundheitstutorinnen bezeichnet. Deren Mitarbeit benötigt allerdings strukturierte und laufende Anleitung und Unterstützung im Hintergrund. Dieses „Guidance“ wird von einem ‚österreichischen‘ Steuerungsteam geleistet, wodurch gekona auf einem interkulturellen Ansatz basiert.

Umsetzung erfolgte plangemäß

Das Projekt „Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft!“ wurde auf Basis eines detaillierten und stringenten Zeit- und Maßnahmenplans konzipiert. Die einzelnen Umsetzungsschritte wurden plangemäß und vollinhaltlich umgesetzt. In Folge der effektiven Akquisetätigkeiten und Berücksichtigung der Lernerfahrungen aus dem Modellprojekt wurden einige Meilensteine und Zielsetzungen sogar früher als geplant erreicht.

Eine – durchaus positive – Abweichung vom ursprünglichen Plan wurde vorgenommen. Bereits während des 1. Programmdurchlaufs wurde die geplante Anzahl der Einschulung von zehn Gesundheitsbotschafterinnen überschritten.

Die Spezifika des Folgeprojektes, nämlich die Erweiterung der Zielgruppenerreichung und das Training und die Integration von Gesundheitsbotschafterinnen, wurden wie beschrieben umgesetzt.

Praxiserfahrungen steigern Effizienz

Das Steuerungsteam und die Gesundheitstutorinnen konnten die Erfahrungen aus dem Modellprojekt-2010 gut verwerten und im laufenden Projekt-2011 einbringen. Dies betrifft neben der inhaltlichen Umsetzungsebene auch die Organisationsstrukturen, etwa die Erhöhung der Mindestteilnahmezahl in den Mütterrunden. Die vorhandenen personellen und zeitlichen Ressourcen konnten daher nach Angaben des Steuerungsteams ökonomischer eingesetzt werden als im Vorgängerprojekt. Eine weitere Effizienzsteigerung wurde vom Steuerungsteam - wie beschrieben - nach dem 1. Programmdurchlauf-2011 konstatiert.

Teilnahmeziel wurde erreicht: Über 200 Frauen aus Wien und Niederösterreich nehmen am Programm teil

Insgesamt wurden 212 Migrantinnen - Mütter und Großmütter - in die beiden Programmdurchläufe aufgenommen. Damit wurde das Ziel von 200 Teilnehmerinnen klar erreicht. Das Projekt zeichnet sich auch in seiner Fortführung durch einen gelungenen Zugang zur Zielgruppe aus. Das Folgeprojekt zeigte bisher deutlich, dass das Programm sowohl im städtischen als auch ländlichen Umfeld wirksam ist.

Mehr Wissen zu Gesundheitsförderung

Das Ziel Health Literacy zu steigern, konnte in hohem Ausmaß erreicht werden. Knapp 60% der Frauen geben zu Programmende eine Zunahme ihres Wissens über Gesundheitsförderung an. Zudem konnte gezeigt werden, dass nicht nur individuelle Verbesserungen erzielt werden konnten, sondern sich die Wahrnehmung in der Gesamtuntersuchungsgruppe von einer anfänglich mehrheitlich negativen Einschätzung hin zu einer positiven verlagerte: Waren es zu Beginn 64%, die das Wissen über Gesundheitsförderung (eher) schlecht einstufen, so waren dies mit Programmende nur mehr 48% der Teilnehmerinnen.

Zentrale Projektelemente sind wirksam

Wie schon im Modellprojekt erwiesen sich folgende Projektelemente für die erfolgreiche Projektumsetzung und Zielerreichung als wesentlich:

- ▶ **Gesundheitstutorinnen** aus der Community schaffen eine Vertrauensbasis: Die beschäftigten Gesundheitstutorinnen mit ähnlichem kulturellen Hintergrund konnten die Zielgruppe wirksam ansprechen und deren Vertrauen schnell gewinnen. Durch den Einsatz der Gesundheitstutorinnen gelang im Projekt eine effektive Akquise der Zielgruppe und eine durchgängige Betreuung mit einer äußerst geringen Ausfallsquote.
- ▶ **Monitoring und Guidance der Gesundheitstutorinnen** wird regelmäßig und strukturiert angeboten: Als zentraler Erfolgsfaktor für die Qualität der Arbeit der Gesundheitstutorinnen und letztlich der Programmdurchführung ist die Begleitung der Gesundheitstutorinnen durch das Steuerungsteam und die Projektkoordinatorin einzustufen. Umsetzungserfahrungen werden besprochen, inhaltlich-didaktisch angeleitet (Guidance) und systematisch begleitend beobachtet (Monitoring). Dabei werden ein kontinuierlicher und angeleiteter

Lern- und Reflexionsprozess angeregt und die Qualität des Programms gesichert.

- Die Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen erfolgt mittels eigens entwickelter **zielgruppensensibler Informations-Materialien**: Der im Modellprojekt entwickelte Gesundheitskoffer bewährte sich und wurde gut angenommen.
- Der Ansatz „**Early-Childhood-Intervention**“ überzeugt die Mütter und gewährleistet Nachhaltigkeit: Die Kinder lesen die Geschichten gerne bzw. fordern auch von den Müttern, sie vorzulesen oder lesen sie ihrerseits den Großmüttern vor, die nicht lesen können.
- Die **Intensivbetreuung der Teilnehmerinnen** in Form von Mütter- und Gruppentreffen wird von der Zielgruppe sowohl inhaltlich als auch strukturell gut angenommen und ist dadurch wirksam. Dies bestätigen die Frequenz der Teilnahme, die geringe Abbruchquote und die erhobenen Wirkungen. Kennzeichen dieser Intensivbetreuung ist die langfristige und vor allem auch persönliche Betreuung. Die Gruppenkonstellation der Müttertreffen fördert die soziale Einbindung. Bei der Hälfte der Teilnehmerinnen wurde die soziale Einbindung mit Programmende verbessert.

Best-Practice-Kriterien sind alle erfüllt

Die gängigen Qualitätskriterien, die bei Gesundheitsförderprojekten angelegt werden, sind in gegenständlichem Projekt alle erfüllt: Settingansatz, Partizipation der Zielgruppe, MultiplikatorInneneffekt, Empowerment, Dokumentation und Qualitätssicherung sowie Wirtschaftlichkeit.

- Der **Settingansatz** erweist sich im Programm als geeignet, um die sozial benachteiligten Frauen in ihrem Lebensalltag und ihrer Lebenswelt zu erreichen. Dabei sind die aufsuchende Arbeit und das ganzheitlich integrierte Programm essentiell.
- **Partizipation** ist primär über die Gesundheitstutorinnen, die aktiv in der Programmumsetzung einbezogen sind, und aus derselben Zielgruppe wie die Teilnehmerinnen stammen, gewährleistet. Durch das laufende Monitoring wird unmittelbar auf die Interessen und Bedürfnisse der Teilnehmerinnen reagiert. Dies wirkt sich auf die Inhalte der Gruppentreffen und Exkursionen aus, deren Inhalte sich an den Teilnehmerinnenwünschen und –bedürfnissen orientieren.
- Der **Multiplikatorinnenansatz** ist im Programm strukturell auf mehreren Ebenen verankert. Die Gesundheitstutorinnen und die Gesundheitsbotschafterinnen stammen aus der Zielgruppe und verbreiten die Themen an die Community und die Familien. Zudem fungieren die Teilnehmerinnen als Multiplikatorinnen, die ihre Lernerfahrungen unmittelbar an ihre Kinder und die Familien und ihr soziales Umfeld weitertragen.
- Ein zentraler Projektbestandteil ist die umfassende **Dokumentation** der Projektumsetzung als Basis der **Qualitätssicherung**. Dokumentiert wird u.a. der Beratungsprozess (Teilnahmen an Mütter-/Gruppentreffen) sowie die einzelnen Umsetzungsschritte in den monatlichen Projektstandsberichten. Letztere ermöglichen einen kontinuierlichen Soll-Ist-Vergleich und Transparenz der

Tätigkeiten. Zur Veranschaulichung sind zwei von acht Projektstandsberichten im Anhang angefügt. Die intern entwickelten Formulare und Evaluations-Tools, wie z.B. Bestandsaufnahmen und Mütter-Treffen-Bogen erfüllen einen Mehrfachnutzen. Sie dienen der laufenden Dokumentation und Qualitätssicherung sowie der Kontrolle und Nachvollziehbarkeit der Tätigkeit der Gesundheitstutorinnen und als Grundlage für die externe Evaluation.

- Die **Wirtschaftlichkeit** kann von der Evaluation nicht direkt überprüft werden. Nach Auskunft der Projektleitung wird u.a. durch straffe Planung und Dienstpläne oder auch die Nutzung von kostengünstigen Gruppenangeboten und Infrastruktur die Einhaltung dieses Kriteriums durchgängig gewährleistet und über ein kontinuierliches Controlling überwacht. Aus volkswirtschaftlicher und monetärer Sicht kann vermutet werden, dass durch den präventiven Impetus und die nachhaltige Auswirkung des Projektes sich Projektkosten längerfristig refinanzieren. Dies etwa durch die Behandlungseinleitungen infolge der Diabetesbefunde in der Vorsorgeuntersuchung.
- **Empowerment** ist eine zentrale Zielsetzung des Programms.

Lernwille und Motivation der Teilnehmerinnen sollten gezielt unterstützt werden

Anders als das in der Öffentlichkeit häufig bemühte Stereotyp der lern- und integrationsunwilligen Migrantin zeigen sich die Teilnehmerinnen durchaus als neugierig, offen und lernwillig. Dies betrifft auch die älteren Teilnehmerinnen. Nachdem sie jahrelang in Österreich lebten, wollen diese Teilnehmerinnen nun schreiben, lesen und Deutsch lernen.

Entwicklung maßgeschneiderter Deutsch- und Alphabetisierungsangebote

Einige junge Teilnehmerinnen berichten, dass sie schon mehrere Deutschkurse besucht haben. Dennoch ist ein Gespräch mit ihnen ohne Dolmetschunterstützung nicht möglich und es drängt sich die Frage nach der Adäquatheit und Effektivität des gängigen Kursangebotes auf. Um die Motivation der Zielgruppe zu nutzen und sie nachhaltig zu erreichen, bräuchte es Bildungsangebote, die an der Betroffenheit und der Lebenswelt der Zielgruppe anknüpfen. Innovativ und erfolgversprechend wäre eine aufsuchende Methodik, wie sie von beratungsgruppe.at angeboten wird. (beratungsgruppe.at bietet im Jahr 2012 das aufsuchende Programm „Alfa-Party“ an. Gemeinsam mit professionellen Alphabetisierungs- und DaZ-Trainerinnen werden die Migrantinnen in Kleingruppen im Wohnumfeld betreut.)²⁰

Potenzial für Weiterführung des Programms

Der Vergleich der beiden Durchläufe zeigt eine Zunahme der niederösterreichischen Gemeinden im 2. Durchlauf. Dazu kommt, dass interessierte Gemeinden aus Kapazitätsgründen oder weil die Entfernung zu Wien zu groß war, nicht einbezogen werden konnten. Letztendlich konnten nicht alle interessierten Frauen in die laufenden Programme aufgenommen werden. Die Nachfrage und das Interesse sowohl von potenziellen Teilnehmerinnen als auch von AkteurInnen im In-

²⁰ Das Programm „Alfa-Party“ arbeitet aufsuchend mit Kleingruppen von fünf bis acht Teilnehmerinnen. 34 Wochen lang finden zwei Mal wöchentlich Einheiten zu jeweils drei Stunden statt, die anfangs neben den Alphabetisierungs- und Sprachtrainerinnen von muttersprachlichen Tutorinnen begleitet werden.

tegrationsbereich sprechen - neben den beschriebenen Wirkungen - für eine Fortführung und regionale Übertragung des Angebots.

Nachhaltigkeit des Programms bedeutet nicht nur eine längerdauernde Auswirkung auf die teilnehmenden Mütter und ihre Kinder und Familien, sondern die Fortführung des Programms. Im Sinne einer weiteren Zielgruppenerreichung und der Erhöhung der Chancengleichheit in dieser benachteiligten Bevölkerungsgruppe ist das Steuerungsteam sehr darum bemüht, nicht nur aus den Lernerfahrungen des Modellprojektes Standards für die Übertragbarkeit des Programms für möglicherweise interessierte Träger abzuleiten, sondern arbeitet auch laufend und intensiv an der Bekanntmachung des Programms und der Vernetzung, um eine regionale Verbreitung und Programmfortsetzung zu ermöglichen.

Da die umfassende Dokumentation von gekona ergab, dass ein großer Bedarf der Zielgruppe im Bereich Mental Health Literacy besteht, wurde vom Projektträger beratungsguppe.at das Projekt „Aktion Gesunde Seele“ (kurz: agese) entwickelt. Dieses wird, hauptgefördert von FGÖ, NÖGUS und BMASK, im Jahr 2012 umgesetzt.



- Die TNinnen organisieren ein Opferfest. Die GT hat angeregt, dass die TNinnen auch die österreichischen DorfbewohnerInnen dazu einladen. (Bisher lebte die zugewanderte türkischstämmige Community völlig getrennt von den Einheimischen. Auf beiden Seiten gab es trotz häufigen Vermittlungsversuchen von Gemeindeverantwortlichen Misstrauen und Ablehnung).
 - Der Mann einer TNin war im Krankenstand und hat gefragt, ob er ausnahmsweise bei einem Müttertreffen teilnehmen darf. Da alle TNinnen einverstanden waren, blieb er. Er war sehr angetan und bedauerte, dass er beim nächsten Treffen nicht teilnehmen kann, weil er wieder arbeiten muss.
 - Eine TNin betreibt ein kleines Geschäft im Ort. Dort bietet sie jetzt umweltfreundliche Reinigungsmittel an und leistet allgemein bezüglich gesundheitsförderndem (Konsum-)Verhalten Überzeugungsarbeit.
- Auch die Gruppen aus Wien sind generell aktiver und unternehmen aus eigenem Antrieb viel gemeinsam:
- Am 8.10. war eine Gruppe im Wiener Rathaus bei den Frauengesundheitstagen.
 - Eine Gesundheitsbotschafterin, die als Putzfrau in einem Jugendzentrum arbeitet, macht in Absprache mit der Leitung des JZ wöchentlich Gymnastikstunden für gekona-TNinnen und andere interessierte Frauen.
- Wie nachhaltig und ganzheitlich gekona, wirkt zeigt sich u.a. an Folgendem:
- Eine Gruppe von Großmüttern aus dem 1. gekona-Durchlauf 2011 hat im Oktober mit einem Deutschkurs begonnen.
 - Eine TNinnen-Gruppe aus dem 1. Durchlauf hat im Oktober eine gemeinsame Reise nach Venedig gemacht.
 - 2 TNinnen aus dem 1. Durchlauf haben zu arbeiten begonnen.
 - TNinnen aus mehreren Gruppen des 1. Durchlaufs, und zwar solche aus NÖ und verschiedenen Wiener Bezirken treffen einander weiterhin regelmäßig. Es entstanden neue Freundschaften und die Frauen unternehmen viel gemeinsam.
- **Es zeigt sich, dass eine große gesundheitsfördernde Wirkung des Programms im veränderten Sozialverhalten der TNinnen liegt. Dadurch verbessern sich auch die Lebensverhältnisse der Frauen, und zwar sowohl bezüglich ihrer innerfamiliären Beziehungen, etwa zu den Kindern und Männern, wie auch nach außen.**
- Viele TNinnen berichten darüber, dass das Verständnis für die Entwicklung ihrer Kinder maßgeblich gestiegen ist. Dies gilt ganz besonders für die Pubertät.



- Das Interesse der TNinnen an Gruppentreffen und vor allem auch an den Exkursionen ist sehr groß. Folgende Aktivitäten fanden im Oktober statt:

16.10.2011	Wien, Wilhelminenspital	<i>Exkursion:</i> "Brustkrebsvorsorge - Türkisch sprachige Informationsveranstaltung im Wilhelminenspital"
21.10.2011 *)	Wien, Landstraße	<i>Exkursion:</i> "Figurentheater Lilarum - Der kleine Vogel Tikidu"
24.10.2011	Wien, Praxis Dr. Sokol	„Arztbesuch - einander besser verstehen 1“, Blutabnahme (Dr. Günter Sokol, Internist)
25.10.2011	Wien, Meidling Stadtteilzentrum Bassena	<i>Exkursion:</i> "Kennenlernen der Angebote des Stadtteilzentrums Bassena"
31.10.2011	Wien, Praxis Dr. Sokol	„Arztbesuch - einander besser verstehen 2“, Befundung (Dr. Günter Sokol, Internist)

*) Da mehr Mütter mit ihren Kindern die Vorstellung am 21.10. besuchen wollten, als im Theater Plätze frei waren, fanden an 3 Tagen Exkursion in Begleitung der Gesundheitstutorinnen statt.

- Die Gruppentreffen und Exkursionen für die kommenden beiden Programm-Monate wurden fixiert. Zwei der geplanten Gruppentreffen mit 2 verschiedenen Trainerinnen werden sowohl in NÖ wie auch in Wien abgehalten.
- An der Vorsorgeuntersuchung nahmen 43 Frauen aus Wien und NÖ teil, wobei auch TNinnen aus dem Programmdurchlauf 2010 dabei waren. Bei 12 TNinnen wurde Behandlungsbedarf festgestellt.
- „Der Kurier“ berichtete im Zusammenhang mit dem Vorsorgepreis ausführlich über gekona.

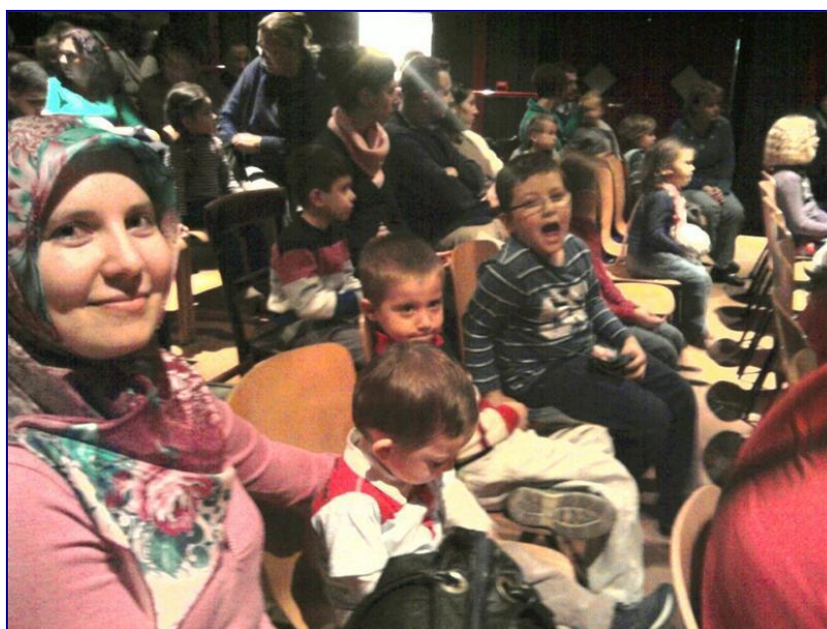


Müttertreffen im Oktober 2011;

Teilnehmende Großmütter „studieren“ Sani-Buch



Im Kindertheater Lilarum:



Vorsorgeuntersuchung im Oktober 2011: Anmeldung Dr. Sokol bei der Befundung





7. Projektstandsbericht der beratungsgruppe.at vom 30.11.2011

- In Wien und NÖ nahmen insgesamt 107 Mütter/Großmütter durchgängig an den 14-tägigen gekona-Müttertreffen teil. Davon sind 43 Frauen aus NÖ (Ebreichsdorf, Hainburg, Leopoldsdorf, Schwechat, Mannersdorf/Wasenbruck, Deutschwagram, Wampersdorf)
- Gemäß Projektablaufplan haben die GT im November 2011 (5. Monat des 2. Programmdurchlaufs) mit den abschließenden 3. Bestandaufnahmen begonnen. Bis Mitte Dezember werden alle erstellt und EDV-mäßig erfasst sein.
- Mag.a Andrea Reiter führte im November die ersten Interviews für die externe Evaluation des 2. Programmdurchlaufs mit einer Gruppe von Frauen in NÖ durch.
- Die Gemeinde Mannersdorf hat im November beschlossen, sich an den Fahrtkosten für die GT zu beteiligen, die die Migrantinnen im Ortsteil Wasenbruck betreut. Durch das Vertrauen zur Tutorin ist es dort erstmals gelungen, die ansässige türkische Community (auch die sehr konservativen Männer!) für Bildungs- und Förderaktivitäten zu mobilisieren. Die Gemeinde hatte sich die Jahre zuvor erfolglos darum gekümmert und ist jetzt froh, dass sich die Migrantinnen für die Teilnahme an weiteren Projekten sehr interessieren.
- In Wien und NÖ wurden - animiert durch das Projekt und die GTinnen - folgende Aktivitäten gesetzt:
 - Die GT wurde in Wasenbruck von einer Frau zum Essen eingeladen, die sich dafür entschuldigen wollte, dass sie zu Beginn sehr ablehnend war und andere Frauen überreden wollte, nicht an gekona teilzunehmen. Heute würde sie selbst gerne teilnehmen und hat auch noch 12 weitere Interessentinnen.
 - Eine GT hat eine Facebook-Gruppe für gekona-TNinnen gegründet. Die Gruppe hat bereits 56 Mitglieder. Die GT lädt dort Fotos und Berichte von Gruppentreffen und Exkursionen hoch.
 - Einige TNinnen aus dem ersten Durchlauf 2011 waren mit „ihrer“ GT am Christkindlmarkt im Stift Klosterneuburg.
 - TNinnen gehen nun selbstständig zu Veranstaltungen und Festen.
 - TNinnen ersten Durchlauf 2011 aus unterschiedlichen Wiener Bezirken besuchen einander regelmäßig.
- Im November fanden 2 Gruppentreffen zum Thema "Spielerisch lernen: Bewegung, Entspannung, Ernährung" mit der Ernährungswissenschaftlerin und Bewegungsspezialistin Maga. Nicole Seiler als Referentin statt: Am 21.11.2011 in Wien, in der VHS Meidling, und am 22.11.2011 im Alten Rathaus von Ebreichsdorf für die TNinnen aus NÖ. Insgesamt haben 30 Frauen teilgenommen, in Wien auch mit Kindern. Maga. Nicole Seiler hat die Gruppenszusammensetzung berücksichtigt. In Wien waren Bewegungs- und Entspannungsübungen Schwerpunkt, in Ebreichsdorf war es vor allem die richtige Ernährung, da sich bei der gekona-Vorsorgeuntersuchung im Oktober herausgestellt hatte, dass viele Frauen Diabetikerinnen sind.



Gruppentreffen in Wien im November 2011:



I.i.B.: Mag.a Seiler

Gruppentreffen in Ebreichsdorf im November 2011:



r.i.B.: Mag.a Seiler
gibt Erklärungen
zum
Zuckergehalt von
Lebensmitteln.

2 GTinnen erläu-
tern
die Erklärungen der
Referentin in der
Muttersprache der
TNinnen.

