

Gemeinsam Gesundheit Gestalten

Ein Gesundheitsförderungsprojekt für Sozialeinrichtungen mit Beschäftigungs- und Beratungsschwerpunkt

Mag.a Alexandra Ertelthaler, MA, MA (ÖSB Consulting GmbH)

Mag.a Olga Kostoula

1 Einleitung

Das Projekt „Gemeinsam Gesundheit Gestalten“ entstand aus dem Bedarf von Sozialeinrichtungen in Oberösterreich nach Gesundheitsförderung für ihre MitarbeiterInnen und startete im September 2008. Die Finanzierung wird vom Fonds Gesundes Österreich, AMS OÖ und dem Land OÖ übernommen. Operativ wird das Projekt von ppm forschung+ beratung und ÖSB Consulting GmbH umgesetzt.

Die teilnehmenden Einrichtungen¹ sind entweder sozialökonomische Betriebe oder in der Beratung sowie Qualifizierung tätige Organisationen. Sie unterscheiden sich darüber hinaus in Ihrer Ausrichtung (z.B. Arbeitsloseninitiative, Arbeitskräfteüberlassung, Betrieb, Frauen, Jugendliche).

Intention dieses Artikels ist die Darstellung der Hintergründe des Projektes aus der Perspektive unterschiedlicher Zielgruppen, die Zielsetzungen, die Vorgehensweise sowie die Ergebnisse aus den bisherigen Projektaktivitäten.

Die Kernkompetenz sozialer Einrichtungen allgemein liegt in der Erbringung von Dienstleistungen für sozial schwächere Gruppen. Angesiedelt werden diese Dienstleistungen im Dritten- oder Nonprofit-Sektor (Simsa, 2006). Dieser ist geprägt durch ein Neben- und Miteinander von Marktmechanismen, staatlicher Steuerung und Leistungen sowie gemeinschaftlicher bzw. familiärer Arbeit (Heller, 2007, S.13).

Das Projekt „Gemeinsam Gesundheit Gestalten“ setzt an sektorenspezifischen Faktoren an und erhebt die Arbeitsbelastungen sowie Ressourcen der MitarbeiterInnen, um daraus gesundheitsfördernde Strategien abzuleiten. Es ist ein ganzheitlich ausgerichtetes Gesundheitsprojekt, welches aufgrund der Beteiligung mehrerer Einrichtungen und dem Vorhandensein zweier unterschiedlicher Zielgruppen eine komplexe Struktur aufweist. Diese zwei Zielgruppen sind einerseits das

¹ ALOM, B7, Exit sozial, FAB Reno und Proba, Frauenstiftung Steyr, Vehikel, Saum

Beratungs- und Betreuungspersonal der Einrichtungen, andererseits jene Personen, die in den Einrichtungen beschäftigt und betreut werden.

Das Wirkungsspektrum des Projektes umfasst zum einen eine betriebliche Ebene, im Rahmen derer einrichtungsinterne Gesundheitsförderungsprozesse initiiert werden, und zum anderen eine überbetriebliche Ebene, auf der Entwicklungs-, Koordinations- und Vernetzungsziele erreicht werden sollen.

2 Hintergründe zu den Zielgruppen des Projektes

Der Bedarf nach einem Gesundheitsprojekts ergibt sich einerseits aus den Arbeitsbedingungen des Beratungs- und Betreuungspersonals (=StammmitarbeiterInnen) sowie andererseits aus dem durch Arbeitslosigkeit geprägten negativen Gesundheitszustand der Personen, die in den Einrichtungen beschäftigt und betreut werden (=ProjektteilnehmerInnen).

2.1 StammmitarbeiterInnen

Diese arbeiten im sogenannten Dritten Sektor oder Non-Profitsektor. Die Arbeitsbedingungen der StammmitarbeiterInnen werden durch dessen Kennzeichen mit determiniert: Laut Tom Schmid (2005, S.11ff) sind dies beispielsweise:

- Verschwimmen der Grenzen zwischen DienstgeberIn und DienstnehmerIn
- Aufgaben und Ziele der Organisation sind größer als ihre Mittel
- Verständnis der Arbeit als „Arbeit mit Mission“, was bedeutet, dass der Arbeitsinhalt und die Verdiensterwartung zumindest gleich wichtig sind.

Darüber hinaus wird Soziale Arbeit zumeist als sozialer Kostenfaktor und nicht als Gewinn gesehen. Der Arbeit mit sozialen Randgruppen gebührt nicht die notwendige soziale Anerkennung, was sich auch in der Entlohnung des Personals widerspiegelt (Schacht, 2005).

Angesichts ihrer gesellschaftlichen Rolle und der aktuellen Trends werden MitarbeiterInnen sozialer Einrichtungen mit paradoxen Anforderungen in Hinblick auf das Selbstverständnis, ihre Zielsetzung und ihre Arbeitsweise konfrontiert (Simsa, 2002). Mehr denn je steht soziale Arbeit unter einem zunehmenden Kosten-, Qualitäts- und Rechtfertigungsdruck.

Gleichzeitig spricht man in der sozialen Arbeit von einem so genannten „doppelten Mandat“, das SozialarbeiterInnen in die Bedrängnis widersprüchlicher Rollenverständnisse versetzt. Einerseits wird von ihnen eine Helferrolle erwartet, andererseits müssen sie Kontroll- und Sanktionierungsfunktionen übernehmen, um den Erfolg sozialarbeiterischer Maßnahmen zu sichern (Dimmel, 2007; Ducki, 2001). Enzman und Kleiber (1989, zit. nach Ducki, 2001) fanden heraus, dass SozialarbeiterInnen stärker als Angehörige anderer helfender Berufsgruppen (PsychologInnen, ErzieherInnen, Pflege- und medizinisches Personal) von negativen Merkmalen der Einrichtung, von unklaren Erfolgskriterien, von starkem Erleben von Fremdkontrolle sowie von Zeit- und Verantwortungsdruck betroffen sind.

Sozialarbeit ist zum Großteil Emotionsarbeit in dem Sinne, dass dabei die eigenen Gefühle der ProfessionistInnen als Arbeitsinstrument verwendet werden (Ducki, 2001). Im Unterschied zu anderen Dienstleistungsberufen, wo die Emotionsarbeit kommerzialisiert wird (Treibel 2006), teilen Beschäftigte des Sozialbereichs die inhaltlichen Ziele ihrer Einrichtungen im Sinne einer Missionsaufgabe persönlich (Schmid, 2005). Dementsprechend zeigen Untersuchungen, dass Emotionsarbeit sowohl negative als auch positive Auswirkungen auf die Befindlichkeit der MitarbeiterInnen hat (Zapf, 2000).

Als sozialbereichstypische arbeitsrelevante Belastung gilt der nicht einheitlich definierte Begriff „Burnout“, der ursprünglich auf helfende Berufe und auf Berufe, die eine ständige Zuwendung zu abhängigen Personen erfordern, bezogen wurde (Zapf 2000; Ulich und Wülser 2009). In seinem Erscheinungsbild von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduziertem Leistungsvermögen und Erfüllungserleben wurde Burnout als Beanspruchungsfolge von klassischen Stressoren wie Rollenüberlastung, Rollenambiguität und Rollenkonflikt untersucht. Wenig ist jedoch über die emotionalen Parameter bekannt, die mit Burnout im Zusammenhang stehen sowie über die positiven Auswirkungen von Emotionsarbeit.

Betreuungs- und Emotionsarbeit stellen in historischer und soziologischer Betrachtung traditionell verankerte weibliche Rollenkomponenten ohne monetäre Gegenleistung dar (Han, 2003). Die hohe Konzentration weiblicher Arbeitskräfte im Sozialbereich wird als eine Manifestation von Geschlechtersegregation auf dem

Arbeitsmarkt betrachtet (Gutknecht-Gmeiner & Wieser, 2007). Trotz ihrer überdurchschnittlichen Repräsentation im Sozialbereich haben Frauen weniger Aufstiegschancen als ihre männlichen Kollegen, was auf strukturelle Bedingungen des Sektors zurückgeführt wird (Fröschl, 2007). Weitere strukturelle Faktoren wie die hohe Anzahl an Teilzeitjobs, stellen Aspekte einer vertikalen Segregation dar (Kreimer, 2009). In Österreich sind vor allem Frauen von Teilzeitarbeit und atypischen Beschäftigungsformen betroffen (Gutknecht-Gmeiner & Wieser, 2007; Pochobradsky et al. 2002).

2.2 ProjektteilnehmerInnen

Bei den ProjektteilnehmerInnen in sozialökonomischen Betrieben handelt es sich um Arbeit suchende Personen mit einem im österreichischen Vergleich unterdurchschnittlichen Formalbildungsniveau (Steiner, Jelenko, Muralter, Kasper, 2009). Menschen mit begrenztem Bildungsstand, Menschen mit geringem Einkommensniveau sowie Langzeitarbeitslose gelten als sozial schwach (Pochobradsky, Habl, Schleicher, 2002). Die Erkrankungsrisiken, aber auch die Lebensdauer und die frühzeitige Mortalität erscheinen im internationalen Vergleich sozial ungleich verteilt (Bauer, Bittlingmayer, Richter, 2008). Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit gilt heute als wissenschaftlich evident (Hollederer, 2002). Epidemiologische Studien zeigen statusspezifische Unterschiede für Morbidität und Mortalität. Personen mit niedrigem sozialen Status haben einen schlechteren Gesundheitszustand und eine höhere Mortalitätsrate als Personen höherer sozialer Schichten (Mielck & Helmert, 2006). Der Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ weist auf den Einfluss soziökonomischer Unterschiede auf die Gesundheit hin. Unterschieden wird in vertikale und horizontale soziale Ungleichheit, wodurch die vertikale soziale Ungleichheit auf Basis der Faktoren Bildung, berufliche Stellung und Einkommen erfasst wird. Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand und Anzahl der Kinder sind Faktoren, die die horizontale soziale Ungleichheit definieren (Mielck & Helmert, 2006).

Die gesundheitliche Situation – insbesondere die psychische - von arbeitslosen Personen wurde bereits umfangreich erforscht (Hollederer, 2002). Eine Reihe von Studien auf internationaler Ebene belegt eine höhere psychische Morbidität arbeitsloser Personen im Vergleich zu beschäftigten (Hollederer, 2002; Stelzer-

Orthofer, Kranewitter, Kohlfürst, 2006). Durch repräsentative epidemiologische Daten werden aber auch Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und physischer Gesundheitsbeeinträchtigung nachgewiesen.

So fanden Rose und Jacobi (2006, zit. nach Holleder, 2008) bei arbeitslosen Männern neben einer 2,5-fach höheren Quote für psychische Störungen signifikant höhere Quoten für Asthma bronchiale und Diabetes mellitus. Kivelä, Lahelema & Valkonen (2000, zit. nach Pochobradsky et al., 2002) stellten bei zwei Drittel der befragten 50- bis 58jährigen Langzeitarbeitslosen eine körperliche Beeinträchtigung oder eine Langzeitkrankheit fest.

Die Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit haben außer psychischer soziale und ökonomische Konsequenzen für die Betroffenen: Einkommensverlust, soziale Ausgrenzung, Depression, Hoffnungslosigkeit, Angstzustände sind einige davon (Kivelä et al., 2000 zit. nach Pochobradsky et al., 2002). Laut einer Studie der Universität Linz geben die befragten arbeitslosen Personen eine Verringerung des Bekanntenkreises und der Anzahl der sozialen Kontakte an, die zum Teil als kostenbedingt erachtet wird. Weiters fühlen sie sich mit ihrer familiären und sozialen Situation weniger zufrieden als vor der Arbeitslosigkeit (Stelzer-Orthofer et al., 2002). Von dieser Tatsache sind Männer stärker betroffen als Frauen (ebd.).

Arbeitslose Personen weisen ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten auf und sind schwerer durch gesundheitsfördernde Angebote erreichbar. (Stelzer-Orthofer et al., 2006), Vor allem erhöhter Tabakkonsum aber auch intensiverer Alkoholkonsum bei schon vorhandenen Konsummustern wurde bei Arbeitslosen beobachtet (Hollederer 2002).

Das individuelle Risikoverhalten stellt einen von mehreren Erklärungsansätzen dar, anhand derer die schlechtere Gesundheitslage sozial benachteiligter Personen erklärt wird. (Bauer, Bittlingmayer, Richter, 2008). Die ungleiche Exposition gegenüber gesundheitsschädigender bzw. -förderlicher Umweltfaktoren einen weiteren. Der psychosoziale Ansatz beleuchtet ein Konglomerat von kontinuierlichen Belastungen, kritischen Lebensereignissen und individueller Disposition (ebd.).

Trotz der gut erforschten Korrelationen zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlicher Beeinträchtigung existieren über das zugrunde liegende Ursachen-

Wirkungsgefüge bis jetzt aufgrund des deskriptiven Querschnittsdesigns der meisten Studien nur Hypothesen (Hollederer, 2002). Nach der „social causation“-Hypothese führt der Arbeitslosenstatus an sich zu einem schlechteren Gesundheitszustand.

Im Rahmen der so genannten „drift-“, oder „Selektionshypothese“ werden schon im Erwerbsleben Selektionsprozesse angenommen, die dazu führen, dass Personen mit bereits vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leichter als andere aus dem Arbeitsprozess geraten (z.B. leichter entlassen werden oder schwerer angestellt werden). Neuere Längsschnittstudien, die Meta-Analyse Verfahren verwenden, liefern Belege für eine Kausalwirkung von Arbeitslosigkeit auf die seelische Gesundheit, was aber nicht zwangsläufig die Existenz von Selektionseffekten ausschließt. (ebd.)

Gesundheitliche Einschränkungen sind für viele Betroffene ein Hindernis für die aktive Arbeitssuche. Gleichzeitig stellen sie ein Vermittlungshindernis dar, was in Kombination mit den angenommenen Selektionsprozessen am Arbeitsmarkt zu einem „circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und beeinträchtigter Gesundheit führt. (Hollederer, 2008).

3 Die Zielsetzung

Ausgehend von diesen zielgruppenspezifischen Hintergründen werden folgende übergeordnete Zielsetzungen mit dem Projekt umgesetzt:

Ein interner Gesundheitsförderungsprozess in den jeweiligen Einrichtungen, die Entwicklung und Weiterentwicklung von gesundheitsfördernden Strukturen und Instrumenten und die Vernetzung der Piloteinrichtungen. (Ritter, 2008; Steiner et al. 2009).

In einer ersten Etappe soll in jedem Betrieb ein Gesundheitsförderungsprozess initiiert werden. Ausgehend von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff, der physische, psychische und soziale Komponenten integriert, sollen die klassischen Phasen der Gesundheitsförderung (Diagnose, Planung, Umsetzung, Evaluation) durchgegangen werden mit dem salutogenetischen Ziel, Belastungen zu reduzieren und Ressourcen zu stärken. Mit einer besonderen Berücksichtigung von geschlechtsbedingten Voraussetzungen soll insbesondere auf die Reduktion von betrieblichen und strukturellen Belastungen geachtet werden. Als weiteres Ziel gilt es, die individuellen Ressourcen der MitarbeiterInnen zu stärken. Dabei soll auf die Gesundheit des

Stammpersonals und auf die Bedürfnisse der ProjektteilnehmerInnen speziell eingegangen werden.

Weiters ist die Verankerung von Gesundheit in der Organisationskultur ein wesentliches Ziel. Den teilnehmenden Pilotbetrieben soll außerdem im Zuge von Vernetzungsaktivitäten das gemeinsame Lernen und Entwickeln ermöglicht werden. Dabei soll die Sozialplattform OÖ als Drehscheibe fungieren (Ritter, 2008).

4 Die Vorgangsweise

In der Projektumsetzung werden klassische Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung zielgruppenorientiert adaptiert und evaluiert. Der Ablauf der betriebsinternen Gesundheitsprojekte orientiert sich am klassischen BGF-Zyklus: Analyse – Planung – Umsetzung – Evaluation. Die Ergebnisse und Umsetzungsbeispiele in den Betrieben werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

4.1 Die Analyse der Arbeitsbedingungen

Die Analyse umfasst einerseits die Betriebsebene, andererseits die überbetriebliche Ebene von Beratungs- und Betreuungseinrichtungen in Oberösterreich. Dazu werden auf Betriebsebene Gesundheitszirkel und Gesundheitsworkshops zur Analyse eingesetzt. Auf überbetrieblicher Ebene wurde eine Fragebogenerhebung zur Arbeitssituation von StammmitarbeiterInnen durchgeführt. Im Kapitel 4.1.1 werden die Ist-Analyse, die Gesundheitszirkel und die Gesundheitsworkshops beschrieben.

Die Ergebnisse des Fragebogens werden durch jene aus den Gesundheitszirkeln ergänzt, um daraus Maßnahmen zur Gesundheitsförderung abzuleiten. Diese werden im Kapitel 4.1.2 dargestellt.

4.1.1 Beschreibung der Instrumente und deren Durchführung

4.1.1.1 Fragebogenerhebung der Ist-Situation auf Netzwerkebene

Als Basis zu dem Projekt „Gemeinsam Gesundheit Gestalten“ wurde im Dezember 2008 eine Online-Erhebung zur Arbeitssituation in oberösterreichischen Sozialeinrichtungen durchgeführt, um darauf aufbauend entsprechende Aktivitäten und Angebote zur Gesundheitsförderung ins Leben zu rufen.

15² Einrichtungen wurden eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. In 13 Einrichtungen wurde die Erhebung ausgesendet.

Befragt wurden alle StammmitarbeiterInnen. Von insgesamt 648 Personen haben 283 den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Das ergibt eine Rücklaufquote von rund 44%.

Der Fragebogen wurde für die Erhebung entwickelt und enthält Teile:

- der MitarbeiterInnenbefragung des Projektes KMUvital, Gesundheitsförderung Schweiz: www.kmu-vital.ch
- des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (verkürzte deutsche Version): www.copsoq.de;

Wie empfinden Sie Ihren Arbeitsplatz in Bezug auf:	sehr schlecht ☹☹	ziemlich schlecht ☹	es geht so ☹☺	ziemlich gut ☺	sehr gut ☺☺	trifft nicht zu ☺☺
Körperliche Anstrengungen (z.B.: Tragen/Heben von schweren Gegenständen)**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichbleibende Körperhaltung (z.B.: lange stehen oder sitzen)**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (z.B.: Luftqualität, Geräuschpegel, Temperatur, Beleuchtung)**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbare oder funktionsfähige Arbeitsmittel (z.B.: Werkzeuge, Geräte, Computer)**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raum-/Platzverhältnisse am Arbeitsplatz**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefahren am Arbeitsplatz**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓

↓

A.2. Arbeitsaufgabe und Arbeitsanforderungen

↓

Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf folgende Merkmale:	sehr schlecht ☹☹	ziemlich schlecht ☹	es geht so ☹☺	ziemlich gut ☺	sehr gut ☺☺	trifft nicht zu ☺☺
Menge der zu erledigenden Arbeit**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die zur Erledigung der Arbeit zur Verfügung steht**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeit der Aufgabe(n)**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionale Beanspruchung (z.B. im Umgang mit KundInnen, KlientInnen)**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Beanspruchung (Anforderungen an Konzentrations- und Denkfähigkeit)**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfordernis Verantwortung zu tragen**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsorganisation (z.B. passende Abläufe, klare Zuständigkeiten)**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓

sozialplattform oberösterreich | ppm | Fonds Gesundes Österreich | LAND OBERÖSTERREICH | AMS

Abb.1. Ausschnitt aus dem Fragebogen der Ist-Erhebung auf Netzwerkebene

² ALOM, Basar GmbH, B7, Bildungszentrum Skgt, Exit sozial, FAB Reno und Proba, Frauenstiftung Steyr, Jugend am Werk, Restaurant-Cafe zur Brücke GmbH (Sozialzentrum Vöcklabruck), rifa, SAUM, Trödlerladen Wels, VABB, Vehikel VFQ, vsg;

4.1.1.2 Gesundheitszirkel mit StammmitarbeiterInnen

Aus StammmitarbeiterInnen der jeweiligen Einrichtungen wurden ein bzw. zwei Gesundheitszirkel eingerichtet, die pro Betrieb zwischen fünf und zehn Personen umfassten. Insgesamt nahmen 64 Personen aus allen Betrieben in den Gesundheitszirkeln teil.

Der Arbeitsauftrag der Gesundheitszirkel war die Erörterung von belastenden sowie von für die Gesundheit förderlichen Faktoren und die Erarbeitung von Änderungsvorschlägen. Die Gesundheitszirkel wurden in jedem Betrieb von einer externen und einer internen Person moderiert. Letztere wurde speziell für diesen Zweck ausgebildet. Die Ausbildung wurde speziell für die Anforderungen der Branche konzipiert und trägt den bisherigen relevanten Erfahrungen dieser Zielgruppe, die bereits über ein gewisses Basiswissen über Kommunikation und Moderation verfügt, Rechnung. Auf diese Weise konnten unter anderem die branchenspezifischen Kenntnisse der Moderatorinnen in die Durchführung der Gesundheitszirkel einfließen (Ritter, 2008; Steiner et al. 2009)

Durch einige methodische Veränderungen in Richtung Zukunfts- und Ressourcenorientierung wurde der klassische Ablauf von Gesundheitszirkeln weiterentwickelt.

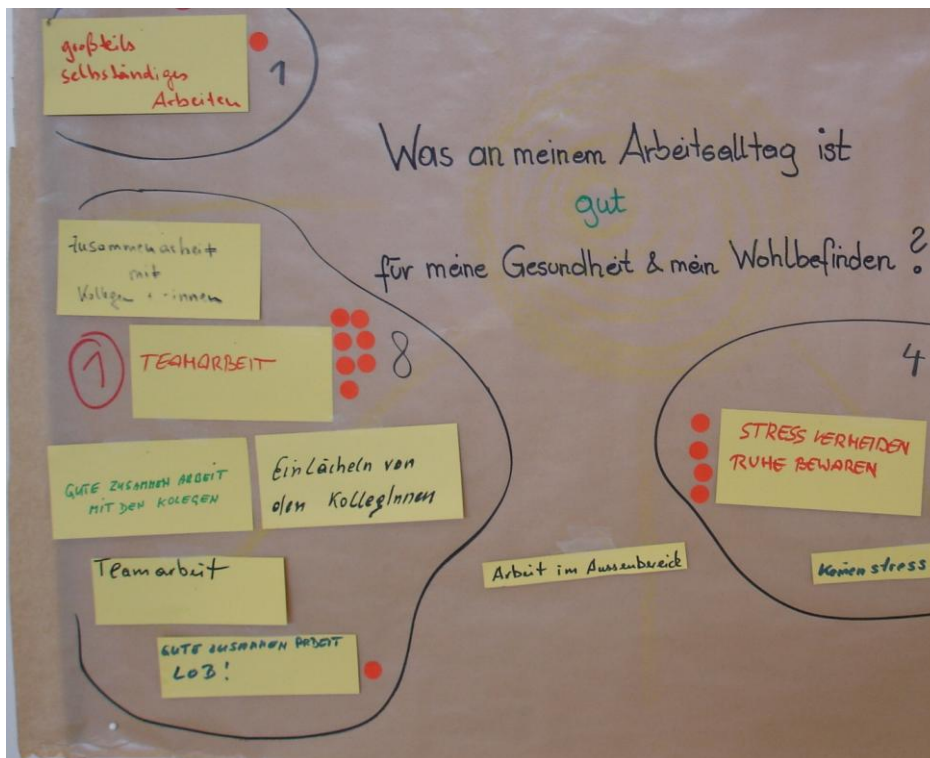


Abb.2. Flipchart aus einem Gesundheitszirkel

4.1.1.3 Gesundheitsworkshops mit ProjektteilnehmerInnen

Als zielgruppensensible Instrumente wurden Gesundheitsworkshops mit interaktivem und kreativem Design entwickelt. Dafür wurden Kernthemen identifiziert, die für die Gesundheit der ProjektteilnehmerInnen als besonders relevant erachtet werden.

Zu jedem Thema wurde ein Workshopdesign erstellt. Zwei von diesen Designs wurden als Basismodule angeboten: „Gesundheit allgemein“ und „Arbeitsumfeld“. Fünf weitere Workshops standen als Wahlmodule zur Verfügung. Dabei handelte es sich um die Themen „Selbstwert stärken“, „Körper, Seele, Lebensstil“, „Freizeitgestaltung“, „Stressbewältigung“ und „Älter werden“. Durchgeführt wurden die Gesundheitsworkshops in vier Betrieben in Tandems von internen und externen ModeratorInnen.

4.1.1.4 Workshops für Führungskräfte

Für die Zielgruppe der Führungskräfte wurden zwei betriebsübergreifende Workshopdesigns entwickelt, die einerseits die Reflexion der eigenen Gesundheit als Führungskraft und andererseits die Auseinandersetzung mit gesundheitsfördernden Aspekten der Führung als Gegenstand hatten.

4.2.2 Ergebnisse

4.2.2.1 Ergebnisse der Onlinebefragung (Ritter, Veichtlbauer, Belschan, 2009)

Die an der Befragung **teilnehmenden Personen** stellen sich als zu zwei Dritteln weibliche, zu 60% über 40-Jährige, zu einem hohen Anteil teilzeitbeschäftigte und zu drei Vierteln unmittelbar mit KlientInnen arbeitende Gruppe dar.

Die MitarbeiterInnen zeigen eine sehr hohe Arbeitsmotivation (83%) und Zufriedenheit mit der Arbeit (76% sehr und eher gut). Überdies auffällig ist die sehr hohe Identifikation und Verbundenheit mit dem Unternehmen (76% sehr und eher gut).

72% **fühlen sich gesundheitlich** recht gut, aber immerhin 28% ordnen sich auf einer Skala von 1 bis 10 in der unteren Hälfte ein. Bezüglich Arbeitsfähigkeit sehen die Werte besser aus, 89% ordnen sich in der oberen Hälfte ein, 11% in der unteren, wobei sich nur 67% vorstellen können, ausgehend vom heutigen Gesundheitszustand, die aktuelle Tätigkeit in 10 Jahren noch durchführen zu können.

Manifeste **körperliche Beschwerden**, die bei einem Drittel der Befragten „oft“ und „immer“ auftreten, sind Nacken, Schulter- und Rückenbeschwerden. Ein Fünftel der Befragten kann häufig nach der Arbeit nicht abschalten (23%) und fühlt sich energie- und kraftlos (22%), was doch auf eine erhebliche Burnout-Gefährdung hinweist.

Im **Gesundheitsverhalten** nehmen die MitarbeiterInnen selbst Verbesserungsbedarf vor allem in den Bereichen Bewegung (30%), Rauchen und Entspannung (je 20% genügend und nicht genügend) wahr.

Besonders **positiv am Arbeitsrahmen**³ bewerten die MitarbeiterInnen die Möglichkeiten ihr Wissen und Können einzubringen (81% sehr und eher gut), das Arbeitsklima (78%) sowie die gegenseitige Unterstützung unter ArbeitskollegInnen (77%). Wesentliche Faktoren für das Wohlbefinden sind überdies die Arbeitsinhalte in Hinblick auf Interesse, Sinnhaftigkeit und Abwechslung (74%), der gute Rahmen zur Vereinbarkeit von Arbeit und Freizeit (73%) in Zusammenhang mit guter Möglichkeit zur flexiblen und selbstständigen Einteilung der Arbeitszeiten (70%), sowie der große Handlungs- und Gestaltungsspielraum (72%). 72% der Befragten bewerten auch die zur Verfügung stehenden Arbeitsmittel als sehr und eher gut. Die Antworten aus den Fragebatterien rund um den Arbeitsrahmen stimmen gut mit den Antworten auf die Frage nach den wichtigsten Motivationen diese Arbeit zu machen, überein.

- Wissen, Kompetenzen einbringen können
- Arbeitsklima, gegenseitige Unterstützung
- Arbeitsinhalte
- Zeitrahmen: Vereinbarkeit, flexible Einteilung
- Freiraum um zu gestalten und im Handeln
- gute Arbeitsmittel

Dies sind wesentliche Faktoren zur Aufrechterhaltung eines gesunden Gleichgewichts. Im Sinne von Gesundheitsförderung soll überlegt werden, wie diese Faktoren gesichert oder sogar noch weiter verstärkt werden können.

³ Prozentangaben beziehen sich auf die Bewertungskategorien sehr und eher gut addiert.

Kritisch am Arbeitsrahmen⁴ werden mit sehr starkem Gewicht die Möglichkeiten zur beruflichen Entwicklung innerhalb des Unternehmens (49%) und innerhalb der Sozialbranche (33% sehr und eher schlecht) bewertet. Ebenfalls kritisch bewertet werden die Möglichkeiten zur Mitsprache bei betrieblichen Entscheidungen (41%), die Information über wichtige Dinge und Vorgänge im Unternehmen (29%), sowie die Einflussmöglichkeiten bei Problemen am Arbeitsplatz (21%).

Der Konflikt zwischen sozialpädagogischen und wirtschaftlichen Zielen ist für 36% der Befragten sehr und eher belastend. Eher und sehr schlecht wird überdies das Image von Sozialeinrichtungen in der Gesellschaft (31%) eingeschätzt. Weitere Faktoren mit vergleichsweise negativer Bewertung sind die Entlohnung/Bezahlung (29%) und die Sicherheit, den Arbeitsplatz zu behalten (27%). In Hinblick auf den Führungsstil der Vorgesetzten wird Verbesserungspotential wahrgenommen, im Umgang mit Spannungen (27%), in der Rückmeldung und der Anerkennung für die geleistete Arbeit (22%), sowie in der Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden (20% eher und sehr schlecht). Überdies sind Zeitdruck und die Arbeitsorganisation ein Thema mit Verbesserungspotential (22%). 70% erleben ihre Arbeit als emotional sehr fordernd (trifft sehr und eher zu), 20% stufen die emotionale Belastung als sehr und eher schlecht ein.

→ Möglichkeiten zur beruflichen Entwicklung

→ Mitsprachemöglichkeiten, Einflussmöglichkeiten, Infos über wichtige Vorgänge im Unternehmen

→ Zielkonflikt

→ Image von Sozialeinrichtungen

→ Entlohnung und Arbeitsplatzsicherheit

→ Führungsstil: Umgang mit Spannungen, Kommunikation, Feedback

→ Zeitdruck und Arbeitsorganisation

→ Emotionale Beanspruchung

Dies sind wesentliche Faktoren, die Gesundheit und Wohlbefinden der MitarbeiterInnen beeinträchtigen. Immerhin 60% der Befragten denken zumindest einige Male im Jahr darüber nach, die aktuelle berufliche Tätigkeit aufzugeben. Im Sinne von Gesundheitsförderung soll überlegt werden, wie diese Bereiche positiv beeinflusst werden und Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen werden können.

⁴ Prozentangaben beziehen sich auf die Bewertungen sehr und eher schlecht zusammengerechnet.

Die befragten MitarbeiterInnen selbst schlagen zur Gesundheitsförderung Maßnahmen in folgenden Bereichen vor⁵:

- Fitness, Ernährung, Ergonomie (89 Nennungen)
- Verbesserung des Supervisionsangebots (42)
- Verbesserung der Arbeitsorganisation (23)
- Entlohnung, Arbeitsplatzsicherheit, gesellschaftspolitische Positionierung (19)
- Stressreduktion (18)
- Weiterbildung (14)
- Verbesserung Büroausstattung (8)

Interesse an Weiterbildungsangeboten und Vorträgen zur Stärkung der Arbeits- und Gesundheitssituation gibt es vor allem zu den Themen⁶:

- Umgang mit Konflikten (59%)
- Umgang mit Stress (55%)
- Burnout-Prävention (49%)
- Beziehungsarbeit mit KlientInnen (45%)
- Bewegung (40%)
- Ernährung (35%)
- Interkulturelle Kompetenzen (35%)
- Ältere ArbeitnehmerInnen (32%)

In den einzelnen, am Projekt „Gemeinsam Gesundheit Gestalten“ beteiligten Unternehmen werden schwerpunktmäßig in den Gesundheitszirkeln konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erarbeitet.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass jene Personen, die in Sozialeinrichtungen die wachsende Zahl an gesellschaftlich marginalisierten „Zielgruppen“ betreuen, häufig selbst, bei wachsenden Anforderungen, in zunehmend prekäreren Beschäftigungsverhältnissen agieren müssen. Es ist daher zu überlegen, wie aktuelle gesellschaftspolitische Entwicklungen und Umbrüche im Arbeitsrahmen, Ressourcen

⁵ Hier wird Bezug genommen auf die Antworten der offenen Frage C.2. „Mit welchen Maßnahmen/Unterstützungsangeboten könnte aus Ihrer Sicht die Gesundheit der StammmitarbeiterInnen am besten gefördert werden?“.

⁶ Die Frage nach dem Interesse an Vortrags- und Fortbildungsthemen konnte mit Mehrfachnennungen beantwortet werden, die Prozentangabe bezieht sich auf den Anteil jener Personen, welcher die Kategorie gewählt hat in Relation zur Gesamtanzahl der Befragten.

der Sozialarbeit schwächen und Belastungen verschärfen und welche Wege es zur Stärkung von Ressourcen und Milderung von Belastungen gibt.

So fordern BefragungsteilnehmerInnen: *„Die soziale Arbeit nicht von ÖkonomInnen neu ausrichten lassen.“* oder *„Ein Vortrag oder ein Seminar fördert keine Gesundheit - nur strukturelle Maßnahmen.“* oder *„insgesamt gute Arbeitsbedingungen statt kosmetischer Einzelangebote“.*

Das Projekt „Gemeinsam Gesundheit Gestalten“ kann dazu beitragen, in dem es Ausgangsbedingungen und deren Auswirkungen verdeutlicht, Entwicklungsprozesse in den Betrieben anstößt, Vernetzungen unter Einrichtungen fördert und Kommunikationsräume u.a. mit FördergeberInnen schafft.

4.2.2.2 Zusammenfassende Ergebnisse aus den Gesundheitszirkeln

Die Ergebnisse der Onlinebefragung werden durch jene aus den Gesundheitszirkeln bestätigt.

Die Arbeit mit den KlientInnen und ProjektteilnehmerInnen an sich wird vom Stammpersonal als sinnvoll, abwechslungsreich und erfüllend gesehen. Als wichtigste Belastungsfaktoren stellen sich das Arbeitstempo und der Leistungsdruck dar, die von den StammmitarbeiterInnen als kontinuierlich zunehmend empfunden werden. Der Betreuungsschlüssel wird höher und die ProjektteilnehmerInnen verbringen im Vergleich zu den letzten Jahren weniger Zeit im Betrieb. Dies hat negative Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation und die Abstimmung der Einschulungsphasen mit den auftragsdichten Phasen. Auf der psychosozialen Ebene wirkt sich die kürzere Verweildauer negativ auf die Motivation der TeilnehmerInnen, ihre Bereitschaft, sich auf das Projekt einzulassen und ihre Fähigkeit, die anfallende Arbeit zu bewältigen aus. Für die StammmitarbeiterInnen bedeutet die kurze Verweildauer erhöhte Anforderungen an emotionale Arbeit, Flexibilität und persönlichen Einsatz, was den Spagat zwischen wirtschaftlichen Zielen und individueller Förderung der TeilnehmerInnen vergrößert. Weitere Herausforderungen in Bezug auf die ProjektteilnehmerInnen stellen der Gesundheitszustand und ihr Verhalten hinsichtlich Gesundheit und Arbeitssicherheit dar.

Eine wichtige Ressource bei der Arbeit ist die Zusammenarbeit im Team, die zum Großteil als sehr positiv erlebt wird. Gefährdet wird die kollegiale Zusammenarbeit

Zum überwiegenden Teil wurden Maßnahmenvorschläge, wie Verbesserung der Sicherheitsunterweisungen, der Pausengestaltung, der Besprechungsstruktur sowie Vorschläge zur Optimierung der Arbeitsumgebung (Beschattung, Lärmreduktion, Belüftung) umgesetzt. Zusammenfassende Ergebnisse liegen zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vor, da sich die Betriebe in unterschiedlichen Umsetzungsstadien befinden. Es wird angenommen, dass die Ziele „Reduzierung von Belastungen“ bzw. „Stärkung von Ressourcen“ auf Organisationsebene durch folgende Maßnahmen gut erreicht werden (Steiner et al, 2009):

- In Bezug auf das Prozessziel „Reduzierung von Belastungen“ bzw. „Stärkung von Ressourcen“ auf Organisationsebene:
 - Anbieten eines günstigen und warmen Mittagmenüs in der Kantine, Obstkörbe und Trinkwasserspender einrichten.
 - Erstellung eines neuen Putzplans für den Umkleide- und Duschbereich, da diese oft unzureichend sauber sind.
 - Kontinuierliche Erneuerung der EDV-Ausstattung
 - Umwidmung des Büros über der Durchfahrt in einen Lagerraum (aufgrund der hohen Lärmbelastung).
 - Vorhänge bzw. Außenjalousie zur Abminderung der Sonneneinstrahlung installieren.
 - Vergrößerung des KundInnenbüros, damit Kundschaft dort auch warten kann und nicht den Werkstattbereich betritt, was wiederum die Arbeitsabläufe behindert.

- In Bezug auf das Prozessziel „Stärkung der Ressourcen sowie Gesundheitskompetenzen“ auf Personalebene:
 - Einstellung eines/r zusätzlichen Kolleg/in und somit Entlastung der MitarbeiterInnen
 - Organisation eines Sommerfests für MitarbeiterInnen
 - Lob aussprechen und Leistungen auch nach außen präsentieren.
 - Einrichten eines Jour fixe: Führungskräfte nehmen sich Zeit für MitarbeiterInnen und informieren sie über größere Projekte / Vorhaben.

- Unterstützung der MitarbeiterInnen durch die Führungskräfte im Kundenkontakt, vor allem bei Problemen (z.B. bei Auftragsverzögerungen) – Stichwort „Rückenstärkung“.
- Standardisierte Einschulung für alle neuen MitarbeiterInnen ausarbeiten.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der überbetrieblichen Ist-Erhebung und den Gesundheitszirkeln im Rahmen des Projekts „Gemeinsam Gesundheit Gestalten“ lassen Gemeinsamkeiten der beteiligten Einrichtungen erkennen, die über das individuelle Gesundheitsverhalten und die Spezifika der jeweiligen Einrichtung hinausgehen. Diese gemeinsamen Belastungen und Ressourcen, die mit den bisherigen theoretischen Informationen über den sozialen Bereich und die Zielgruppen des Projekts einhergehen, bieten Hinweise für die Förderung des vorhandenen Gesundheitspotentials. Zusätzlich zu strukturellen, konditionsbezogenen und individuellen, mitarbeiterbezogenen Ansatzpunkten wird auf die Förderung des einrichtungsinternen Sozialkapitals und der erlebten sozialen Unterstützung hingewiesen. Einen weiteren Schritt des Projekts stellt die Erarbeitung von Strukturen und Instrumenten, die eine kontinuierliche und vertrauensbildende Kommunikation einerseits auf der Mitarbeiterebene und andererseits zwischen Führungs- und Mitarbeiterebene ermöglichen. Durch den weiteren Bestand der überbetrieblichen Vernetzung kann das kreative Potenzial und die Handlungskompetenz der Einrichtungen in diesem Sinne erhöht werden.

Kooperationsbetriebe

	<p>Verein für Arbeit und Lernen oberes Mühlviertel</p>
	<p>Verein Arbeitsloseninitiative B7</p>
	<p>Verein zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung</p>
	<p>Verein für psychosoziale Dienste</p>
	<p>Beratungs- und Qualifizierungsangebote für Frauen in Vernetzung mit dem regionalen Arbeitsmarkt</p>
	<p>Verein zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung</p>
	<p>Verein zur Förderung der beruflichen Integration arbeitsloser Jugendlicher</p>
	<p>Sozial- und Ausbildungsinitiative unteres Mühlviertel</p>

Literatur

- Bauer U., Bittlingmayer U., Richter M. (2008), Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit – Herausforderungen einer erklärenden Perspektive In: Bauer U., Bittlingmayer U., Richter M. Health Inequalities (Hrsg.) – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Behr B. und Pantucek G., (2007), Vorwort und Einleitung In: EntwicklungspartnerInnenschaft Donau – Quality in Inclusion (Hg.) Soziale Sektor im Wandel – Zur Qualitätsdebatte und Beauftragung von sozialer Arbeit
- Dimmel N. (2007), Ökonomisierung und Sozialbedarfsmärkte, Faktoren des Strukturwandels Sozialer Arbeit, In: EntwicklungspartnerInnenschaft Donau – Quality in Inclusion (Hg.) Soziale Sektor im Wandel – Zur Qualitätsdebatte und Beauftragung von sozialer Arbeit
- Ducki A. (2001), Belastungs- und Ressourcenkonstellationen in beispielhaften frauentypischen Berufsgruppen: Sozialpflegerische Berufe. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Kapitel 7: arbeit und Gesundheit, Kohlhammer Verlag, Berlin, S. 418-426
- Fröschl E. (2007), Erweiterte Horizonte – Qualität aus Gender-Perspektive In: EntwicklungspartnerInnenschaft Donau – Quality in Inclusion (Hg.) Soziale Sektor im Wandel – Zur Qualitätsdebatte und Beauftragung von sozialer Arbeit
- Gutknecht-Gmeiner, Maria/Wieser, Regine (2007): Erwerbstätigkeit von Frauen in ausgewählten Berufsbereichen. Eine Kurzexpertise. AMS info 94, hrsg. vom AMS Österreich, Wien
- Han (2003), Frauen und Migration, Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart
- Heller, B. (2007). Dokumentation Fachkonferenz. Transnationale Zusammenarbeit zwischen Thüringen und Kleinpolen – Entwicklung von gemeinsamen ESF Projekt ein der Sozialarbeit. http://www.ligathueringen.de/uploads/media/Dokumentation_FK_Kleinpolen_100708_03.pdf
- Kreimer M. (2009), Ökonomie der Geschlechterdifferenz: Zur Persistenz von Gendergaps, VS Verlag, Wiesbaden
- Lechner, Rainer, Mitterbauer, Reiter, Riesenfelder, (2000)

- Mielck A. und Helmert U. (2006), Soziale Ungleichheit und Gesundheit, In: Hurrelmann K., Laaser U. und Razum O.; Handbuch Gesundheitswissenschaften, Juventa Verlag, Weinheim und München
- Pochobradsky E., Habl C, Schleicher B., (2002), Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ritter M. (2008) Projekthandbuch zur Gesundheitsförderung in Sozialeinrichtungen mit Ausbildungs- und Beschäftigungsschwerpunkt, Linz
- Ritter, M; Veichtlbauer, J. & Belschan, A (2009). Bericht zur Erhebung der Gesundheits- und Arbeitssituation in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in Oberösterreich, Linz
- Schacht S, (2005), Gute Arbeit braucht gute Bedingungen! Künftige Herausforderungen gewerkschaftlichen Engagements in der Sozialarbeit, In: Mosberger B., Sturm R. (Hg.), Wer hilft den HelferInnen? Beiträge zur Fachtagung „Kompetenz, Berufsfelder und Arbeitsbedingungen von SozialarbeiterInnen“ vom 23. Mai 2005, AMS report 47, Wien
- Schmid T. (2005), Arbeit mit Mission, Dienstleistung oder politischer Auftrag? In: Mosberger B., Sturm R. (Hg.), Wer hilft den HelferInnen? Beiträge zur Fachtagung „Kompetenz, Berufsfelder und Arbeitsbedingungen von SozialarbeiterInnen“ vom 23. Mai 2005, AMS report 47, Wien
- Steiner, Jelenko, Muralter, Kasper, (2009), Evaluierung des Gesundheitsprojekts „Gesundheitsförderung in Sozialeinrichtungen mit Ausbildungs- und Beschäftigungsschwerpunkt-Gemeinsam Gesundheit Gestalten“ Erster Zwischenbericht, Abif, Wien
- Ulich E. und Wülser M. (2009), Gesundheitsmanagement im Unternehmen, Arbeitspsychologische Perspektiven, Gabler, GWV Verlage GmbH, Wiesbaden
- Stelzer-Orthofer C., Kranewitter , Kohlfürst I. (2006), Lebens- und Problemlagen arbeitsloser Menschen in Oberösterreich, Endbericht, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Universität Linz
- Treibel A. (2006), Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart, Lehrbuch, VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden.
- Virtanen P., Liukkonen V., Vahtera J., Kivimäki M, and Koskenvuo M (2003), Health inequalities in the workforce: the labor market core-periphery structure, Intern. Journal of Epidemiology, 32 (6): 1015-1021