

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Teilnahme von migrantischen Arbeitskräften der mobilen Pflege an betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen

Verfasserin

Nina Kern

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im Jänner 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A057122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	IDS Pflegewissenschaft
Betreuerin:	Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe.

Alle Stellen, die ich wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften übernommen habe, habe ich als solche kenntlich gemacht.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Vorwort und Dank

Im Laufe des Studiums begann die Thematik der Gesundheitsförderung mein Interesse zu wecken. Ich versuchte, im Rahmen des Studienplans möglichst viele Lehrveranstaltungen in diese Richtung zu absolvieren.

2005 besuchte ich einen Vortrag über betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung und wusste danach, dass ich meine Diplomarbeit darüber verfassen möchte. In diesem Vortrag wurde vor allem auf die belastenden Arbeitsbedingungen in der mobilen Pflege hingewiesen und wie wichtig es ist, die Gesundheit der MitarbeiterInnen in diesem Arbeitsfeld zu fördern.

Als Diplomarbeitsthemen zum Thema Gesundheit und Migration ausgeschrieben wurden, war mir schnell klar, dass sich meine Diplomarbeit mit betrieblicher Gesundheitsförderung von MigrantInnen auseinandersetzen soll, vor allem, weil facheinschlägige Literatur auf Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf Gesundheit hinweist und ein Großteil der Beschäftigten in der Hauskrankenpflege einen Migrationshintergrund haben.

Im Verlauf des Studiums und der Verfassung dieser Arbeit gab es viele Menschen, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen.

Deshalb möchte ich an dieser Stelle meiner Betreuerin Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer und Birgit Metzler, Bakk. phil. danken, die mir bei der Wahl und Entstehung dieser Arbeit halfen. Weiteren Dank möchte ich dem Roten Kreuz Wien aussprechen, vor allem PDL Dorothea Hadrigan und Mag. Cornelia Raymann, die mir bei der Suche nach passenden InterviewpartnerInnen eine große Hilfe waren und Räumlichkeiten zur Verfügung stellten. Dank gebührt auch den Personen, die sich für ein Interview zur Verfügung stellten und bereit waren, mir die nötige Information zukommen zu lassen.

Auch meiner Familie und meinen Freunden bin ich dankbar für die Geduld, Unterstützung und Motivation.

Insbesondere möchte ich meinen Eltern danken, die mich in jeglicher Hinsicht während des ganzen Studiums unterstützten.

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Durch die immer älter werdende Gesellschaft und dem Wunsch vieler Menschen, in ihrem eigenen Zuhause gepflegt zu werden, leiden die Arbeitskräfte in der mobilen Pflege unter vielfältigen Belastungen und hohen Arbeitsanforderungen. Deshalb ist es gerade in diesem Arbeitsfeld wichtig, die Gesundheit der MitarbeiterInnen durch verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen zu fördern.

Der Fokus meiner Arbeit liegt auf Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund, da diese einen großen Teil der Beschäftigten repräsentieren und sie sich von der einheimischen Bevölkerung im Bezug auf Gesundheitsverhalten und Zugang zum Gesundheitswesen unterscheiden. In der Literatur wird häufig erwähnt, dass Menschen mit Migrationshintergrund seltener an Präventions- und Vorsorgeangeboten teilnehmen.

Mit dieser Arbeit soll, basierend auf Interviews mit Arbeitskräften mit Migrationshintergrund in der mobilen Pflege, erhoben werden, ob das auf sie ebenso zutrifft.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, betriebliche Gesundheitsförderung aus der Sicht von Arbeitskräften mit Migrationshintergrund in der mobilen Pflege zu beleuchten. Es gilt herauszufinden, ob die Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund in der mobilen Pflege über die Gesundheitsförderungsmaßnahmen in ihrem Betrieb Bescheid wissen und ob sie an diesen teilnehmen oder nicht. Weiters sollen die Motive für die Teilnahme und Nichtteilnahme aufgezeigt werden.

Methodisches Vorgehen: Diese Arbeit besteht aus einer Analyse von nationaler und internationaler Literatur zum Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Migration und Gesundheit. Außerdem widmet sich ein Teil der Literaturlarbeit den Arbeitsanforderungen an die mobile Pflege.

Weiters wurden Interviews mit Arbeitskräften mit Migrationshintergrund beim Wiener Roten Kreuz durchgeführt, um Information über die Gründe für Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen zu erhalten.

Ergebnisse: Die zehn Befragten konnten nur wenige der angebotenen Maßnahmen nennen. Erklärungsansätze dafür sind, dass die Befragten noch nicht lange bei ihrer Organisation arbeiten, dass sie nicht ausreichend darüber informiert wurden und dass die Gesundheitsförderung im Betrieb für sie keine wichtige Rolle spielt.

Als Hauptgrund für die Nichtteilnahme an den angebotenen Maßnahmen wurde Zeit genannt. Dies wird als geringe Motivation interpretiert, wenn andere Aktivitäten stattdessen im Vordergrund stehen. Auch der niedrige Informationsstand über die Angebote ist ein Grund für die niedrige Relevanz und das Desinteresse an den Maßnahmen.

Die zwei Hauptmotive für die Teilnahme lauten Interesse an den Inhalten und die Verbesserung der sozialen Beziehungen unter den KollegInnen, da sich diese während der Arbeitszeit nicht austauschen können, sondern nur bei gemeinsamen Treffen wie zum Beispiel bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Bei der Frage nach dem Angebot an migrantInnenspezifischen Maßnahmen wurde nur auf Sprachkenntnisse und die damit verbundene Integration eingegangen. Es werden keine kultursensiblen Maßnahmen angeboten, diese werden vom Personal aber auch nicht gewünscht.

Schlussfolgerungen: Die Befragten sind nicht gut über die angebotenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung informiert, hier herrscht Aufholbedarf, um ihre Teilnahme daran zu fördern.

Die Auswertung der Interviews macht deutlich, dass die befragten Beschäftigten mit Migrationshintergrund gut integriert sind und spezifische Maßnahmen für sie nicht notwendig sind. Dies trifft auf die befragten Personen zu, aber möglicherweise nicht auf alle Beschäftigten mit Migrationshintergrund. Deshalb ist es trotzdem notwendig, für weniger integrierte Menschen mit Migrationshintergrund spezifische Angebote im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	9
1.1 Problemstellung	9
1.2 Forschungsfragen und Ziele der Arbeit	10
1.3. Vorgehensweise	
2. THEORETISCHER TEIL	12
2.1. Migration in Wien.....	12
2.1.1 Formen der Migration nach Österreich	13
2.1.2 Anzahl und Herkunft der MigrantInnen in Wien.....	16
2.1.3 MigrantInnen im Berufsfeld Pflege	17
2.1.4. Gesundheit und Migration	20
2.1.5 Gesundheitliche Lage von MigrantInnen	25
2.2 Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	31
2.2.1 Definition und Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	31
2.2.2 Kernprozesse der Betrieblichen Gesundheitsförderung:	33
2.2.3 Ebenen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	37
2.2.4 Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung	39
2.2.5 Wissenschaftlicher Hintergrund der betrieblichen Gesundheitsförderung	41
2.2.6 Gesundheit am Arbeitsplatz.....	44
2.2.7 Arbeitsplatz mobile Pflege.....	47
2.2.8 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis	54
2.2.8.1 Volkshilfe Wien - "Ich tu' was für mich".....	55
2.2.8.2 Wiener Rotes Kreuz - "Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung.....	65

3. EMPIRISCHER TEIL.....	76
3.1. Methodisches Vorgehe.....	77
3.2. Beschreibung der InterviewpartnerInnen.....	78
3.3. Datenauswertung.....	79
4. ERGEBNISDARSTELLUNG.....	79
4.1. Ergebnisse der Interviews.....	79
4.2. Zusammenfassung und Diskussion der theoretischen und empirischen Ergebnisse	83
4.3. Fazit und Empfehlungen für die weitere Forschung.....	88
5. QUELLEN- UND LITERATURVERZEICHNIS.....	90
ANHANG.....	96
Abbildungsverzeichnis.....	96
Interviewleitfaden.....	97
Anfrage Volkshilfe Wien und Rotes Kreuz Wien.....	98
Lebenslauf.....	99

1. EINLEITUNG

1.1. Problemstellung

Laut Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2005) werden rund 80% der Pflege in Österreich zu Hause verrichtet. Ein Großteil davon nimmt mobile Pflegedienste in Anspruch. Angesichts der demografischen Entwicklung werden steigende Beschäftigungszahlen im Sektor der Hauskrankenpflege erwartet.

Um eine gute Pflegequalität gewährleisten zu können, müssen die Beschäftigten gesund und motiviert sein. Doch gerade das Arbeitsfeld der mobilen Pflege ist gekennzeichnet durch hohe soziale und körperliche Belastungen (ÖBIG 1997). Deshalb ist es in diesem Arbeitsbereich wichtig, die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen zu fördern.

Die Luxemburger Deklaration (1997) des europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung definiert betriebliche Gesundheitsförderung als alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Unter Gesundheit wird körperliches, soziales und psychisches Wohlbefinden verstanden. Dieser ganzheitliche Ansatz bezieht auch Arbeitsbedingungen, -abläufe und -umwelt mit ein.

Da ein Teil der Beschäftigten in der mobilen Pflege Menschen mit Migrationshintergrund sind, ist es wichtig, auch die betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramme kultursensibel zu gestalten. Aus den Daten der Volkszählung 2001 (Reinprecht et al. 2005) geht hervor, dass rund 12% der Pflegekräfte in Hauskrankenpflege bzw. in Privathaushalten in Wien außerhalb Österreichs geboren wurden. MitarbeiterInnen mit österreichischer Staatsbürgerschaft und migrantischem Hintergrund wurden dabei nicht berücksichtigt, der Anteil dürfte deshalb noch höher liegen.

Studien (z.B. Spallek/Razum 2007) belegen allerdings, dass MigrantInnen seltener an Gesundheitsvorsorge und Präventionsangeboten teilnehmen.

Ziel meiner Arbeit ist es, herauszufinden, ob das bei den migrantischen Arbeitskräften in der mobilen Pflege ebenso der Fall ist und wenn ja, gilt es Gründe dafür herauszufinden, um in Zukunft bei diesen Barrieren anzusetzen.

Betriebliche Gesundheitsförderung wird in zwei verschiedene Gebiete unterteilt; verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen. Während sich erstere auf die Arbeitsorganisation und überbetriebliche Maßnahmen beschränken, wird bei letzterem durch Information, Instruktion, Motivation und praktisches Training das gesundheitsförderliche Verhalten gestärkt.

Dabei interessieren mich sowohl persönliche, sowie möglicherweise kulturelle Gründe, wegen denen die MitarbeiterInnen an den in ihrer Organisation angebotenen Gesundheitsförderungsprogrammen teilnehmen bzw. nicht teilnehmen, als auch eventuelle verhältnisbezogene Faktoren, wie zum Beispiel überbetriebliche Rahmenbedingungen, wegen denen sie verhindert sind, an den Programmen teilzunehmen.

Ich habe die Organisationen Volkshilfe Wien und das Wiener Rote Kreuz gewählt, da diese zu den größten Anbietern der mobilen Pflege in Wien zählen und demnach auch über eine hohe MitarbeiterInnenzahl verfügen.

Außerdem leben in Österreich die meisten Menschen mit Migrationshintergrund in Wien (Statistik Austria 2008a).

1.2. Forschungsfragen und Ziele der Arbeit

Was bestimmt über Teilnahme und Nichtteilnahme von Personen mit Migrationshintergrund, die in der mobilen Pflege arbeiten, an den Gesundheitsförderungsprogrammen, die in ihrer Organisation angeboten werden?

Zur Beantwortung der Frage wird zunächst Hintergrundinformation zu folgenden Fragen aufgearbeitet:

- Wie viele Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten in der mobilen Pflege bzw. leben in Wien?
- Wie ist der Gesundheitsstatus von MigrantInnen in Wien?
- Was ist betriebliche Gesundheitsförderung und wie kann sie in der mobilen Pflege und Betreuung umgesetzt werden? – Beschreibung von bestehenden Programmen der Volkshilfe Wien, des Wiener Roten Kreuzes und des Fonds Soziales Wien

Forschungsfragen im empirischen Teil der Arbeit:

- Wie viele Personen mit Migrationshintergrund gibt es in dem Betrieb (Wiener Rotes Kreuz, Volkshilfe Wien)?
- Wie viele davon nahmen an den gesundheitsfördernden Programmen teil, die in der Organisation, in der sie arbeiten, angeboten wurden?
- Welche Faktoren sind relevant für die Teilnahme/Nichtteilnahme an den Programmen?
- Gibt es migrantInnenspezifische Barrieren, die eine Teilnahme an den gesundheitsfördernden Maßnahmen verhindern?
- Wie sieht die persönliche Gesundheitsvorsorge der Befragten aus?

1.3. Vorgehensweise

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wird zu Beginn der Arbeit Literatur zum Thema „Migration in Wien“ zusammengetragen. Diese beinhaltet Motive für die Migration nach Österreich, die Anzahl und Herkunft der MigrantInnen in Wien und gibt einen kurzen Überblick über die Anzahl der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in Wien. Außerdem wird der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit erläutert.

In einem weiteren Abschnitt wird die betriebliche Gesundheitsförderung dargestellt. Es wird beschrieben, was betriebliche Gesundheitsförderung ist und wie sie erfolgreich umgesetzt werden kann. Vorgestellt werden die Projekte der Volkshilfe Wien und des Roten Kreuz Wien. Für die Beschreibung der Projekte wurden Evaluationsberichte herangezogen.

Im empirischen Teil der Arbeit (Kapitel 3) steht die Durchführung der Interviews mit den Beschäftigten mit Migrationshintergrund in der mobilen Pflege im Vordergrund.

Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturanalyse des theoretischen Teils zusammengefasst und die Interviewergebnisse dargestellt, um Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten geben zu können.

2. THEORETISCHER TEIL

Der theoretische Teil dieser Arbeit widmet sich Menschen mit Migrationshintergrund in Wien. Es werden die Migrationsmotive erläutert, sowie die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Wien und in der mobilen Pflege. Am Ende des Migrationskapitels stehen die gesundheitliche Lage der MigrantInnen in Österreich und die Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem.

Im zweiten Teil des theoretischen Kapitels steht die betriebliche Gesundheitsförderung im Mittelpunkt. Außerdem werden zwei Projekte zur Umsetzung von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen vorgestellt.

2.1. Migration in Wien

Definition

Der Begriff Migration leitet sich von dem lateinischen Wort „migratio“ bzw. „migrare“ ab und wird übersetzt mit „Wanderung“ bzw. „wandern“ (David/Borde 2001:57).

Migration bedeutet in der Sozialwissenschaft nach Lebhart und Marik-Lebeck (2007a:145) die dauerhafte oder vorübergehende Verlegung des Wohnsitzes von Personen. Je nach Dauer des Aufenthaltes wird von einer dauerhaften Migration (mehr als ein Jahr) oder einer kurzzeitigen Migration (zwischen drei Monaten und einem Jahr) gesprochen. Ist der Aufenthalt kürzer als drei Monate, wird nicht mehr von einer Wanderung, sondern einem vorübergehenden Aufenthalt gesprochen.

Da sich bei der kurzfristigen Migration die Zu- und Wegzüge ungefähr die Waage halten, macht die dauerhafte Migration rund 90% des österreichischen Wanderungssaldos aus.

Es ist schwierig, den Begriff „MigrantIn“ zu definieren. Oft wird er als Synonym für „AusländerIn“ gebraucht, manchmal über die Staatsbürgerschaft oder das Geburtsland definiert.

Der Wortlaut für die folgende Arbeit lautet „Menschen mit Migrationshintergrund“. Dazu gehören Personen, deren Eltern im Ausland geboren sind, unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft.

Die *erste MigrantInnengeneration* ist dabei die Beschreibung einer Personengruppe, die selbst im Ausland geboren wurden. Die *zweite MigrantInnengeneration* wurde bereits in Österreich geboren, hat aber zumindest einen Elternteil, der im Ausland geboren wurde (Österreichischer Integrationsfonds 2009:9).

Der Wortlaut „AusländerIn“ trifft auf jene Personen zu, die keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen (ebenda:8).

Aufgrund der zum Teil gravierenden Unterschiede zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen kann nicht von „den MigrantInnen“ als homogene Gruppe gesprochen werden, sondern es muss differenziert werden.

Dennoch kann die Mehrheit der MigrantInnen aufgrund ihrer sozialen Lage der unteren Gesellschaftsschicht zugeteilt werden (Amesberger et al. 2003:171). Sie sind eine schwächer gestellte sozio-ökonomische Gruppe mit einem durchschnittlich niedrigeren Einkommen und schlechterer beruflicher Stellung.

2.1.1 Formen der Migration nach Österreich

Es gibt verschiedene Arten der Migration nach Österreich, abhängig davon, welches Motiv und welche Gründe zur Wanderung geführt haben.

- EU-Binnenmigration

Mit 1.1.2008 stammten fast 40% der Einwohner mit ausländischer Staatsbürgerschaft aus einem Land der EU¹. Weitere 46% besaßen die Staatsbürgerschaft eines anderen europäischen Landes, vor allem aus Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. (Statistik Austria 2009:14)

¹ Länder der EU: Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowenien, Slowakei, Ungarn, Malta, Zypern, Belgien, Deutschland, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien, Rumänien, Bulgarien

- Asylzuwanderung

Die Anzahl der Asylanträge wird vom Bundesministerium verwaltet und von der Statistik Austria veröffentlicht (Statistik Austria/BMI 2009).

Wie viele Länder in Europa war auch Österreich Anfang der 90er Jahre mit einem Anstieg der Asylbewerberzahlen konfrontiert. Der Großteil der Anträge kam aus der Bundesrepublik Jugoslawien (15%), sowie Rumänien (13%).

Durch das 1992 in Kraft getretene Asylgesetz sanken diese Zahlen wieder und nahmen bis 1997 nur noch leicht zu. Die Jahre zwischen 1997 und 2002 waren, abgesehen von einem vorübergehenden Rückgang im Jahr 2000, durch einen erneuten Anstieg der Asylanträge gekennzeichnet.

Während 1997 6.719 Personen einen Asylantrag stellten, stieg die Zahl der Asylanträge im Jahr 2002 auf 39.354 Anträge, also fast sechs Mal so viele (ÖGPP 2008).

Danach sanken die Zahlen aufgrund der Asylgesetz-Novelle 2003 wieder, bis sie im Jahr 2008 bei 12.841 lagen. 3.435 davon kamen aus der Russischen Föderation, insbesondere Tschetschenien.

Von 1997 bis 1999 war das ehemalige Jugoslawien das wichtigste Einwanderungsland für Österreich. 2000 bis 2002 wurde es von dem Kriegsgebiet Afghanistan abgelöst. 2005 und 2006 rückten Serbien und Montenegro an die Spitze der Herkunftsländer (Kohlbacher 2007:164).

Österreich hat zwischen 2002 und 2006 insgesamt 16 AsylwerberInnen je 1000 Einwohner aufgenommen. Nur Zypern nimmt noch mehr Asylwerber auf (32 je 1.000 Einwohner) (Kohlbacher 2007:163).

- Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge

Seit Beginn der 90er Jahre bietet das Aufenthaltsgesetz in Österreich die Möglichkeit, Kriegsflüchtlingen einen vorübergehenden Aufenthalt zu gewähren (Currele 2004:265). Vor allem Staatsbürger aus Bosnien-Herzegowina nahmen diese Möglichkeit zu Beginn in Anspruch. Ein Teil von ihnen kehrte nach einigen Jahren in ihr Heimatland zurück, der andere Teil konnte in den Arbeitsmarkt integriert werden.

Auch vertriebene Kosovo-Albaner nahmen das Aufenthaltsrecht in Anspruch, Schätzungen gehen im Jahr 2000 von rund 10.000 Flüchtlingen aus dem Kosovo aus (Curre 2004:266).

Während 2007 in Österreich noch 3.627 Menschen den Flüchtlingsstatus und damit eine neue Heimat erhielten, waren es im Jahr 2008 2.715 Flüchtlinge. Der Großteil von ihnen kam aus den folgenden fünf Staaten: Russland (1094, zumeist Tschetschenen), Afghanistan (362), Türkei (204), Irak (173) und Iran (151) (DiePresse 16.10.2008).

- Ehegatten- und Familiennachzug

45% bis 49% aller Einbürgerungen zwischen 1998 und 2006 kamen durch die Miteinbürgerungen von Familienangehörigen zustande (Cinar 2007:42). Zählt man die Menschen dazu, die seit mehr als 10 Jahren in Österreich leben und dadurch die Staatsbürgerschaft verliehen bekommen haben, sowie deren Familien, belaufen sich diese Zahlen auf 60% (1998) bzw. 75% (2006).

- Arbeitsmigration

Seit Ende der 50er Jahre wurden in Österreich ausländische Arbeitskräfte angeworben. Ab diesem Zeitpunkt stieg die Zahl der ausländischen Arbeitskräfte stetig an, bis im Jahr 1973 8,7% aller Beschäftigten Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft waren (Fassmann/Münz 1990:16). Diese „Gastarbeiter“ sollten während einer befristeten Zeit den Arbeitskräftemangel senken und nach dieser Zeit in ihre Heimat zurückkehren.

Ab Mitte der 70er Jahre wurde die Konjunktur schwächer und aufgrund geburtenreicher Jahrgänge und der vermehrten Anzahl Arbeit suchender Frauen ging die Nachfrage an Arbeitskräften zurück.

Seit dieser Zeit hat sich die Anzahl der Gastarbeiter, die nach Österreich kamen und deren Herkunftsgebiete verändert.

SlowenInnen und KroatInnen wurden von SerbInnen und BosnierInnen (damals genannt: JugoslawInnen) abgelöst und es kamen allgemein mehr Türken und Staatsbürger anderen Nationen nach Österreich.

Obwohl ausreichend Asylwerber und Flüchtlinge nach Österreich kamen, wurden in den späten 80er Jahren immer noch Arbeitskräfte angeworben, vor allem aus der Türkei. In diesem Zeitraum wurden auch die Arbeitsgenehmigungen kontingentiert, was illegale Beschäftigung und Schwarzarbeit mit sich brachte.

Während die MigrantInnen der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und ihre Nachkommen vorwiegend gut integriert sind und die der 70er und 80er Jahre eine eigene Arbeitsschicht bilden, sind die Zuwanderer der 1990er Jahre keine homogene Gruppe, denn ihre Herkunftsländer und Beschäftigungen sind breit gefächert, wie auch ihre Bildung.

2.1.2 Anzahl und Herkunft der MigrantInnen in Wien

In Österreich leben von insgesamt 8,233 Mio. Menschen 1,427 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, das sind 17,4% der Gesamtbevölkerung (Statistik Austria 2008a).

Mehr als ein Drittel (36%) der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich leben in Wien.

In Wien lebten am 1.1.2008 1.677.867 Menschen, davon 32,1% Personen ausländischer Herkunft. 27% der Bevölkerung in Privathaushalten sind MigrantInnen der ersten Generation, 8,6% der zweiten Generation.

52,6% stammen aus einem Staat der EU (20,4% davon stammen aus einem EU-Beitrittsstaat, der nach 2004² zu der EU gekommen ist). 31,9% davon stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien, 13,1% aus der Türkei. (Statistik Austria 2009:93)

² Osterweiterung 2004: Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowenien, Slowakei, Ungarn, Malta, Zypern

2.1.3 MigrantInnen im Berufsfeld Pflege

Migration von Pflegekräften

Die Philippinen galten und gelten immer noch als eines der häufigsten Herkunftsländer von Pflegekräften. Dort unterstützt die Regierung aktiv die Migration ihrer gelernten Pflegekräfte.

Vor allem seit der Erweiterung der Europäischen Union 2004 ist Österreich ein beliebtes Zielland von Pflegekräften aus dem Ausland geworden. (Lenhart 2009:14)

In Österreich sind rund 14,5% des Pflegepersonals Menschen mit Migrationshintergrund (ebenda: 15), Tendenz steigend.

Nach Simoens et al. (2005:35) waren im Jahr 2001 6,75% der diplomierten Pflegekräfte solche mit ausländischer Staatsbürgerschaft. Fast 30% von ihnen stammten aus Bosnien-Herzegowina, gefolgt von Rumänien und Kroatien. Weitere wichtige Herkunftsländer sind Deutschland, die Philippinen und die Slowakische Republik. (Lenhart 2008:28).

Eine weitere Datenquelle zur Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflegearbeit ist der Mikrozensus der Statistik Austria aus dem Jahr 2001 (Statistik Austria 2005:158ff). Demnach sind rund 6,2% der Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte aus dem Ausland. Davon stammen rund 33% aus den Staaten der EU, die 2004 beigetreten sind und 24% aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Dennoch gibt es kaum Information darüber, in welchen Bereichen der Pflege diese arbeiten, oder darüber, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund in der *mobilen* Pflege und Betreuung arbeiten.

Aus den Daten der Volkszählung 2001 (in: Reinprecht 2005) geht hervor, dass rund 12% der Pflegekräfte in Hauskrankenpflege bzw. in Privathaushalten in Wien außerhalb Österreichs geboren wurden, die meisten davon im ehemaligen Jugoslawien. MitarbeiterInnen mit österreichischer Staatsbürgerschaft und migrantischem Hintergrund wurden dabei nicht berücksichtigt, der Anteil dürfte wesentlich höher liegen.

Laut einem Artikel haben rund 20% der Pflegekräfte in Österreich ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen. Die Presse (9.12.2008) spricht laut Information des Instituts für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien von rund 20% der Pflegekräfte in Österreich, die ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen haben. Weiters steht in dem Artikel, dass bei der mobilen Pflegehilfe der Caritas mehr als zwei Drittel der MitarbeiterInnen einen Migrationshintergrund aufweisen können.

Lenhart (2008:127) stellte in ihrer Arbeit fest, dass von den rund 85.000 Pflegekräften, die in Alten- und Pflegeheimen, sowie Krankenhäusern arbeiten, rund 7.500 Personen, also 8,9%, nicht in Österreich ausgebildet wurden. Die wichtigsten Ausbildungsländer waren Ende 2006 Deutschland, die Philippinen, die Slowakei, Polen, die Tschechische Republik, Bosnien und Herzegowina, Indien und Kroatien. Die Wanderung innerhalb Europas hat demnach für Österreich einen besonderen Stellenwert, besonders seit der EU-Erweiterung in den Jahren 2004 und 2007.

Daten für die mobile Pflege und Betreuung wurden nicht erwähnt.

Die prozentualen Angaben über die Anzahl der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund variieren also je nach Informationsquelle.

Motive für die Migration von Pflegekräften nach Österreich

Die fünf wichtigsten Gründe permanent nach Österreich migrierender Pflegekräfte sind laut einer Erhebung durch 295 Fragebögen in Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern von Lenhart (2008:187)

- die Möglichkeit, eine Fremdsprache zu lernen;
- die besseren Verdienstmöglichkeiten; der höhere Lebensstandard;
- die Möglichkeit, eine Arbeitserlaubnis zu bekommen und
- die besseren Arbeitsmöglichkeiten in Österreich.

Weitere wichtige Faktoren sind die politische und persönliche Sicherheit in Österreich, sowie das soziale und familiäre Netzwerk.

Bedarf an MigrantInnen in der Pflegearbeit

Die demographische Entwicklung und die im höheren Alter immer häufiger auftretenden chronischen Erkrankungen stellen eine große Herausforderung für die Gesundheits- und Pflegesysteme dar. Die Pflege älterer und alter Menschen wird zu einem Versorgungsproblem in den entwickelten Ländern werden. Ein Großteil der Pflegebedürftigen wird zwar von der Familie und dort größtenteils von den Frauen versorgt, doch auch deren Belastbarkeit ist begrenzt, vor allem, weil viele der Frauen einer außerhäuslichen Erwerbsarbeit nachgehen möchten. Deshalb wird zumindest zusätzlich in vielen Fällen eine professionelle Pflegekraft angestellt.

Immer wieder wurde in den österreichischen Medien der „Pflegenotstand“ thematisiert, sowie die Thematik der „illegalen“ Pflegekräfte vor allem aus den osteuropäischen Ländern in Privathaushalten, doch nun wird der Blick auch auf MigrantInnen mit Beschäftigungsverhältnis in der Pflege und Betreuung gerichtet (Kondratowitz 2005).

Ein Bedarf an Pflegekräften entsteht auch dadurch, dass junge Menschen nicht im Pflegebereich arbeiten möchten.

Außerdem steigen die Erwartungen und professionelle Standards in dem Beruf und durch technologische Entwicklungen wachsen die medizinischen Möglichkeiten.

Bedarfsschätzungen gehen von einem Ausbaubedarf bis 2010 von insgesamt 1.080 vollbeschäftigten Personen (diplomierte Pflegekräfte und PflegehelferInnen) aus (ÖBIG 2006: 29).

Um den quantitativen Pflegenotstand auszugleichen, werden seit Jahrzehnten ausländische Pflegekräfte „importiert“, wie die Migrationsbeauftragte des Roten Kreuzes, Eulamie Esclamada, in einem Artikel der Presse bestätigt. (DiePresse 9.12.2008)

Die erste Generation der MigrantInnen, die als "Gastarbeiter" in den 1960ern nach Österreich kam, scheidet nun nach und nach aufgrund des Alters aus dem Erwerbsleben aus und geht in den Ruhestand. Ein Großteil von ihnen möchte ihre Pension in Österreich verbringen und nicht in die Herkunftsländer zurückwandern (Reinprecht 2006:6).

Aus diesem Grund muss sich das Gesundheitssystem auch auf die Pflege von älteren MigrantInnen einstellen. Beschäftigte im Arbeitsbereich der Pflege müssen kulturelle Sensibilität aufbringen, um auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe eingehen zu können.

Die Kompetenzen der MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund könnten dafür genutzt werden, die Pflegeangebote kultursensibler zu gestalten.

Auch Nowak et. al. (2003:26) stellten in einigen Bereichen der Pflege einen Personalmangel fest. Deshalb wird gefordert, mehr Pflegekräfte aus dem Ausland zu holen und die Anerkennung ihrer Ausbildung zu erleichtern und zu beschleunigen.

Aufgrund des demographischen Wandels, der steigenden Lebenserwartung und der sinkenden Geburtenzahlen wird es zu einem weiteren Personalbedarf kommen.

Laut Kondratowitz (2005) ist eine intensive Qualifizierung jüngerer MigrantInnenkohorten im Gesundheits- und Sozialwesen notwendig, um ihre sozialen Benachteiligungen und die im Bereich der Bildung zu kompensieren.

Ein beispielhaftes Projekt um den Zugang von MigrantInnen zum Berufsfeld der mobilen Pflege und Betreuung zu erleichtern war Diversity@care (Volkshilfe Wien-Diversity@care). Die größten Trägerorganisationen der mobilen Pflege und Betreuung nahmen daran von Juli 2005 bis Juni 2007 teil.

Während diesem Zeitraum wurden Modelle entwickelt, die MigrantInnen den Einstieg in diesen Beruf erleichtern sollten, wie zum Beispiel mehrsprachige Informationskampagnen. Auch wurden KlientInnen zu ihren Bedürfnissen und Vorbehalten befragt und aus den Ergebnissen wurden praktische Instrumente für den Einsatz in der interkulturellen Pflegearbeit erarbeitet.

Dazu zählt unter Anderem ein Ratgeber über das Älterwerden in unterschiedlichen Kulturen.

2.1.4. Gesundheit und Migration

Natürlich ist Migration per se kein Gesundheitsrisiko. Dennoch sind Personen mit Migrationshintergrund häufig mehrfach belastet. Neben gesellschaftlichen Benachteiligungen und Schwierigkeiten im Berufsleben ist oftmals auch eine schwierige rechtliche und soziale Lage gegeben. Durch Migration entstehen oft soziale Isolation, ungewisse Zukunftssituation und Trennung von Familienangehörigen, die nicht migrieren (Stadt Wien 2004:377).

Razum und Spallek (2007) fassen drei Aspekte zusammen, durch die die Gesundheit von MigrantInnen beeinflusst wird:

- Zum einen durch die *Bedingungen im Herkunftsland* vor der Migration wie z.B. anderes Ernährungsverhalten, schlechtere Gesundheitsversorgung, Gewalt, Krieg, höhere Vorkommen bestimmter Infektionskrankheiten.
- Zweitens wird der Gesundheitszustand durch die *Bedingungen während des Migrationsprozesses* beeinflusst. Darunter fallen psychosoziale Belastungen, Stress, Trennung von der Familie und Gewalt.
- Der dritte Aspekt beschäftigt sich mit den *Bedingungen im Zielland* der Migration. Diese können Fremdheitsgefühl verursachen, viele werden mit Rassismus oder Sprach- und Verständigungsproblemen konfrontiert. Auch längerfristig betrachtet treffen die MigrantInnen auf eine fremde Kultur, eine schlechtere soziale Lage als die Einheimischen, sowie auf schlechtere Arbeits-, Wohn- und Bildungsbedingungen.

Faktoren, die zu einer ungleichen gesundheitlichen Situation zwischen MigrantInnen und Menschen ohne Migrationshintergrund führen können

Unterschiede gesundheitsrelevanter Bedingungen in Herkunfts- und Aufnahmeland wie zum Beispiel die gesundheitliche Versorgung oder der Lebensstil, aber auch die Umstände, die eine Migration veranlassen, können zu Ungleichheiten führen. Diese Bedingungen können mit Vorteilen gegenüber den Einheimischen, aber auch mit Nachteilen verbunden sein, abhängig von genetischer Disposition oder unterschiedlichen Risiko- und Mortalitätsprofilen (Razum/Spallek 2007).

- Das Migrationsereignis selbst stellt vor allem für die erste Generation der MigrantInnen ein kritisches Lebensereignis dar, das Orientierungs- und Anpassungsschwierigkeiten mit sich bringen kann.

- Die besondere soziale Lage aufgrund von Unterschichtung, schlechten Wohnverhältnissen und möglichen Abstiegs- und Deklassierungsprozessen ist ein weiterer Faktor für den ungleichen Gesundheitsstatus.
- Die rechtliche Lage von MigrantInnen im Aufnahmeland kann durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus charakterisiert sein
- Die ethnische Zugehörigkeit und damit verbundene Ethnisierungsprozesse können negativ sein, etwa in Folge von Diskriminierungsprozessen.
- Trotz der Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung kann diese im Zielland besser sein als im Herkunftsland.

Diese Faktoren können sich gegenseitig beeinflussen und unterschiedlich stark wirken.

Erklärungsansätze zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit

Liane Schenk (2007) versuchte, die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit mit folgenden Modellen zu erklären:

- Healthy migrant effect

Diese Theorie geht davon aus, dass nur junge und gesunde Menschen auswandern, also eine positive Selbstselektion zustande kommt. Dieser Gesundheitsvorteil ist allerdings nur vorübergehend und geht durch Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem und die schlechtere soziale Lage wieder verloren, denn diese beiden Faktoren führen zu einer schnellen Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Schenk weist weiters auf den „gesundheitlichen Übergang“ hin. Dieser besagt, dass Menschen mit Migrationshintergrund je nach Herkunftsland Mortalitätsvorteile gegenüber der einheimischen Bevölkerung haben, was nicht übertragbare, chronische Erkrankungen betrifft. Dieser Vorteil kann über einen längeren Zeitraum beibehalten werden. Erst nach mehreren Generation und durch die Anpassung an den Lebensstil der einheimischen Bevölkerung gleicht sich die Mortalität und Morbidität an die restliche Bevölkerung an. Somit ist der Migrationsprozess selbst der gesundheitliche Übergang.

- Migrations-Stress-Hypothesen

Psychische und physische Erkrankungen stehen häufig in Zusammenhang mit belastenden Ereignissen. Der Migrationsprozess wird als kritisches Lebensereignis betrachtet, der mit einer Veränderung in allen Lebensbereichen und einer sozialen und kulturellen Neuorientierung einhergeht und die bis dahin erworbenen Anpassungsfähigkeiten, Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien überlasten kann. Es gibt verschiedene Faktoren, die dazu beitragen, dieses Lebensereignis positiv zu bewältigen. Dazu zählen günstige Umstände und eine positive subjektive Bewertung der Migration, vorhandene Bewältigungsstrategien und die Fähigkeit, sich in Anpassung auf die veränderten Bedingungen neue Strategien anzueignen, aber auch Persönlichkeitsmerkmale wie zum Beispiel Kontrollüberzeugung und Optimismus, sowie materielle und soziale Ressourcen. Weiters wird die Bedeutung von sozialen Kontakten zu Einheimischen betont (Schenk 2007).

Stress, der mit Migration in Verbindung steht, entsteht oft durch Entfremdung, Trennung von der Familie, die im Herkunftsland zurückbleibt, unsichere Zukunft, mangelnde Sprachkenntnisse, Ausländerfeindlichkeit, soziale Isolation und veränderter familiärer Situation, durch kulturelle Unterschiede.

- Unerfüllte Statusaspiration

Die Theorie der unerfüllten Statusaspiration geht davon aus, dass psychische und psychosomatische Beschwerden entstehen, wenn man sich durch die Migration einen sozialen Aufstieg erhofft und dieses Ziel aber nicht erreicht werden kann (Schenk 2007).

- Theorie der sozialen Unterprivilegierung

Hier werden gesundheitliche Risiken von MigrantInnen als Resultat von sozialer Benachteiligung verstanden. Diese entsteht durch soziale und berufliche Abstiegsprozesse, gesundheitsschädigende Wohn- und Arbeitsbedingungen, sowie durch gesundheitsgefährdendes Verhalten. Migration kann allerdings auch je nach Herkunftsland zu einer verbesserten sozialen Situation führen (ebenda).

- Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung

Es gibt sowohl Barrieren von Seiten der Aufnahmegesellschaft, als auch von den MigrantInnen selbst. Zu Ersteren gehören gesetzliche Regelungen wie z.B. das Asylgesetz oder ein illegaler Aufenthalt im Land, eine ethnozentristische Ausrichtung der Angebote und fehlende interkulturelle Kompetenz des medizinischen Personals, der Mangel an muttersprachlichen Angeboten und Dolmetschern im Gesundheitswesen, sowie Ethnisierungs- und Ausgrenzungsprozesse.

Zu den Barrieren auf Seiten der MigrantInnen zählen mangelnde Deutschkenntnisse für den medizinischen Bereich, mangelnde Informationen über Versorgungsangebote, sowie wenig Vertrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen. Darüber hinaus haben Menschen mit Migrationshintergrund oft ein anderes Verständnis von Krankheit und Gesundheit oder haben hemmende Schamgefühle (ebenda).

Oft bestehen strukturelle, sprachliche und/oder kulturelle Barrieren, die zu Problemen beim Erreichen im Gesundheitswesen führen. Unter sprachliche Barrieren fällt unter anderem der fehlende Wortschatz im Bereich Körper und Gesundheit, der zu Missverständnissen beim Beschreiben der Symptome führen kann. Dies hat zur Folge, dass die Patienten oft den Arzt wechseln, sogenannten „doctor-hopping“. Nur selten werden in Spitälern oder in Arztpraxen Dolmetscher zur Verfügung gestellt oder muttersprachliche Broschüren bereitgestellt (Stadt Wien 2004).

Pöchhacker (1997) zeigte in der Studie „Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“, dass in nur sechs Häusern des Krankenanstaltenverbundes muttersprachliche Betreuung angeboten wird, und dass in diesem Bereich ein großer Handlungsbedarf besteht. Fast die Hälfte (47%) der Befragten in Krankenhäusern befanden die derzeitige Situation bei der Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen als nicht zufriedenstellend.

Aufgrund der erschwerten Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen bedient man sich auch oft der Bildersprache, was allerdings leicht zu Fehlinterpretationen führen kann. Aus diesem Grund werden MigrantInnen auch schneller in Krankenhausambulanzen überwiesen. Oft müssen auch die Kinder, die besser Deutsch sprechen als ihre Eltern, dolmetschen. Diese verfügen aber oft nicht über das notwendige medizinische Vokabular (Akbal 1999:211).

- Biologische Erklärungen

Aufgrund von Umweltanpassungen kommt es bei MigrantInnen aus bestimmten geographischen Regionen zu einer genetischen Disposition, die aber nicht von großer Bedeutung für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheitsstatus sind (Schenk 2007).

2.1.5 Gesundheitliche Lage von MigrantInnen

Es gibt nur wenige Studien zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Wien oder Österreich. Die vorhandene Literatur hat meist geringe Fallzahlen und eine hohe Diversität in den Gruppen und ist daher mit Vorsicht zu interpretieren.

- Inanspruchnahme von Präventions- und Vorsorgeangeboten

Präventions- und Vorsorgeangebote werden von Menschen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen (Razum/Spallek 2007). Ein möglicher Grund dafür ist das unterschiedliche Gesundheitssystem im Herkunfts- und Zielland, wodurch die MigrantInnen den Überblick verlieren, wohin sie sich wenden können. Des Weiteren fehlt ihnen ein Ansprechpartner, der über den Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen aufklärt. Weitere Ursachen für die Nichtteilnahme können bereits erwähnte Sprachbarrieren und das andere Verständnis von Gesundheit sein. Durch den niedrigeren gesellschaftlichen Status können sich Menschen mit Migrationshintergrund die teilweise kostenpflichtigen Untersuchungen auch nicht leisten. Um eine gerechtere Versorgung zu gewährleisten, müssten migrantInnenspezifische Angebote zur Verfügung gestellt werden.

In zwei Studien (LBI für Frauengesundheitsforschung 1998, Wimmer-Puchinger/Baldaszi 2001) wird aufgezeigt, dass Frauen mit Migrationshintergrund eher die kurativen als die präventiven Gesundheitsangebote in Anspruch nehmen. Während ein Jahr vor der Befragung 1998 rund 90% der Österreicherinnen einen Krebsabstrich und 78% eine Brustuntersuchung durchführen ließen, waren es bei den Frauen mit Geburtsland Ex-Jugoslawien nur rund ein Drittel bzw. bei Brustuntersuchungen ca. die

Hälfte. Rund ein Drittel der befragten Frauen mit Geburtsland Türkei ließen eine Brustuntersuchung oder einen Krebsabstrich vornehmen.

Ein weiterer Indikator für die Inanspruchnahme präventiver Angebote ist die Teilnahme an Schutzimpfungen. In der Gesundheitsbefragung (Statistik Austria 2008b:91) wurden Personen über Schutzimpfungen wie Grippe, Tetanus, FSME, Diphtherie, Hepatitis A, Hepatitis B und Polio befragt. Das Ergebnis war, dass Menschen ohne Migrationshintergrund häufiger einen aufrechten Impfschutz hatten als MigrantInnen.

Die Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Während knapp die Hälfte der Männer ohne Migrationshintergrund ab 40 in den letzten drei Jahren vor der Befragung bei einer Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung war, war es bei der Gruppe der männlichen Migranten nur ein Fünftel.

Auch die allgemeine Gesundenuntersuchung wird von MigrantInnen seltener in Anspruch genommen (bezogen auf das letzte Jahr vor der Befragung: Männer: 23% bzw. 11%; Frauen: 21% bzw. 16%) (ebenda:93).

- Subjektiver Gesundheitszustand

Am schlechtesten beurteilen Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei ihren Gesundheitszustand:

67% der Männer und 62% der Frauen fühlen sich gesundheitlich sehr gut oder gut, 13% der Männer bzw. 14% der Frauen geben einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand an, während dies nur etwa 5% der Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund bzw. aus den EU 27 tun. (Statistik Austria 2008b:82)

Es liegt aufgrund der vermehrt beruflichen körperlichen Belastungen von MigrantInnen nahe, dass das subjektive Gesundheitsgefühl negativ mit dem Alter korreliert (Amesberger et al. 2003:173).

Auch die Mikrozensusbefragung 1999 (Stadt Wien 2002b) beinhaltet Fragen zur Gesundheit und zeigte, dass türkische Frauen ihren Gesundheitsstatus schlechter beurteilen als Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft oder Frauen mit Staatsbürgerschaft aus einem der ex-jugoslawischen Ländern.

Auch Reinprecht (Reinprecht 1999:8ff) kommt in der Studie zu dem Ergebnis, dass sich MigrantInnen über 60 Jahre deutlich weniger gesund fühlen als die österreichische Vergleichsgruppe. 13% der Zugewanderten und 24% der Nichtzugewanderten gaben an, sich gesund zu fühlen. Weiters stellte er fest, dass sich die MigrantInnen oft älter fühlen als sie tatsächlich sind, was auch mit ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden korreliert.

Reinprecht (ebenda:62f) geht auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim subjektiven Gesundheitsbefinden ein und kommt zu dem Schluss, dass sich 44% der türkischen Frauen, aber nur 24% der türkischen Männer gesundheitlich belastet fühlen. Nur 19% der Tüorkinnen und 29% der türkischen Männer gaben an, sich „rundum wohl und gesund“ zu fühlen. Bei den Serben gaben dies 22% bzw. 34% der befragten Frauen und Männer an. Alleinstehende ältere MigrantInnen beurteilen ihren Zustand negativer als in einer Familie lebende MigrantInnen.

Der Mikrozensus hingegen zeigt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen den subjektiven Gesundheitszustand betreffend.

- Chronische Erkrankungen

Chronische Krankheiten treten bei Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei kaum häufiger auf als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Männer: 66% bzw. 59%; Frauen 69% bzw. 63%).

Die Wahrscheinlichkeit an Migräne und häufigen Kopfschmerzen, chronischen Angstzuständen und Depression sowie an Wirbelsäulenbeschwerden zu leiden ist bei Männern mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Männern österreichischer Herkunft signifikant höher. Frauen mit Migrationshintergrund leiden im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund deutlich häufiger an Diabetes (3,4-fach erhöhtes Risiko), gefolgt von Bluthochdruck, Depression und chronischen Angstzuständen, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus. Dagegen ist das Risiko an Allergien zu erkranken bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung nur halb so hoch (Statistik Austria 2008b:87).

- Schmerzprävalenz

Männer und Frauen mit Migrationshintergrund berichten deutlich häufiger von erheblichen Schmerzen während des letzten Jahres vor der Befragung als Personen ohne Migrationshintergrund (Männer: 41% bzw. 34% und Frauen: 44% bzw. 39%).

Im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund treten bei Migranten die Schmerzen signifikant häufiger in den Regionen Oberschenkel, Knie und Unterschenkel auf, sowie bei Schultern und am Rücken. Für weibliche MigrantInnen besteht im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund ein doppelt so hohes Risiko an Migräne und Kopfschmerzen oder an Schmerzen in der Schulter zu leiden. Auch Schmerzen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule sowie in Oberschenkel, Knie und Unterschenkel treten bei Frauen mit Migrationshintergrund signifikant häufiger auf (Statistik Austria 2008b:88).

- Psychische Gesundheit

Die Lebensqualität wird von den MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei generell schlechter beurteilt als von Personen ohne Migrationshintergrund. Menschen ohne Migrationshintergrund beurteilen vor allem die Bereiche Umwelt und allgemeine Lebensqualität besser, aber auch die Vitalität und das psychische Wohlbefinden. Die Beurteilung der sozialen Beziehungen wird von beiden Gruppen ähnlich beurteilt (Statistik Austria 2008b:89).

1998 führte das Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (1998) eine Untersuchung im 10. Wiener Gemeindebezirk durch, die zu folgenden Ergebnissen führte: Das psychische Wohlbefinden wurde bei österreichischen Frauen am besten eingeschätzt und bei türkischen Frauen am schlechtesten (ebenda:78).

In einer weiteren Wiener Befragung (Wimmer-Puchinger/Baldaszi, 2001) zeigte sich ebenfalls, dass Frauen mit Migrationshintergrund ein schlechteres psychisches Wohlbefinden angeben. Hier gaben jedoch Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien das schlechteste subjektive Wohlbefinden an.

Zu den größten Sorgen älterer MigrantInnen zählen Gesundheit, Wohlergehen der Kinder und die finanzielle Situation (Reinprecht 1999:45). Zudem fühlen sie sich in den zentralen Lebensbereichen Gesundheit, Beruf, finanzielle Situation, Familie stärker belastet als die ÖsterreicherInnen.

Die Studie zu Lebens- und Gesundheitssituation von Frauen im 10. Bezirk in Wien kommt zu dem Schluss, dass Belastungen von MigrantInnen und in Österreich Geborenen stark unterschiedlich sind. Die dominierenden Belastungen sind Schlafstörungen, die finanzielle Situation, Doppelbelastungen und Einsamkeit (LBI für Frauengesundheitsforschung 1998: 82f). Vor allem weibliche Migrantinnen mit niedrigerem Bildungsgrad leiden demnach häufig an Einsamkeit.

Laut der Mikrozensus Befragung zum Thema Gesundheit (Statistik Austria 2008b) leiden mehr österreichische Männer unter Zeitdruck als männliche Migranten (24,9% bzw. 17,3%). Bei den Frauen ließ sich kein Unterschied feststellen. Unter physisch schwerer Arbeit fühlen sich 7,1% der ÖsterreicherInnen, aber 19,1% der Migrantinnen belastet.

- Gesundheitsverhalten

Regionale Zugehörigkeiten, unterschiedliche Schichtzugehörigkeiten und das Milieu, sowie geschlechts- und altersspezifische Merkmale bestimmen das Gesundheitsverhalten (Akbal 1999:213).

Vergleicht man mit den Daten des Mikrozensus 1999 die gesundheitliche Lage von MigrantInnen nach Wohnbezirken in Wien, kommt man zu dem Ergebnis, dass die durchschnittliche Zahl der jährlichen Erkrankungen in ArbeiterInnenbezirken mit hohem MigrantInnenanteil bei 0,81 Fällen liegt, in ArbeiterInnenbezirken mit niedrigerem MigrantInnenanteil nur bei 0,67 Erkrankungen pro Jahr. Das Durchschnittsalter in den Bezirken liegt bei 39,3 bzw 38 Jahren. Der Unterschied zwischen der Erkrankungsrate lässt sich vermutlich auf migrationsbedingte Risiken zurückführen (Stadt Wien 2004:377).

Frauen mit Migrationshintergrund sind signifikant häufiger adipös als Frauen ohne Migrationshintergrund (23% bzw. 11%).

Frauen aus Ex-Jugoslawien schätzen sich als weniger körperlich aktiv, weniger ernährungsbewusst und häufiger übergewichtig (BMI 27 bis unter 30) ein als Frauen mit türkische und österreichische Staatsbürgerinnen (ebenda).

Nicht so stark ausgeprägt sind die Unterschiede bei den Männern (17% mit Migrationshintergrund bzw. 11% ohne Migrationshintergrund).

Auch bezüglich der körperlichen Aktivität lassen sich Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund feststellen. Personen ohne Migrationshintergrund betreiben laut diesem Bericht mindestens dreimal in der Woche Sport, also häufiger als Personen mit Migrationshintergrund (Männer: 32% bzw. 28%; Frauen: 24% bzw. 15%). Bei der jungen männlichen Bevölkerung (15 bis 34 Jahre) lassen sich keine Unterschiede nach Migrationshintergrund erkennen. 40% beider Gruppen betreiben Sport. (Stadt Wien 2002).

Größere Unterschiede zeigen sich im Rauchverhalten. MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei rauchen im Vergleich zu Frauen und Männern ohne Migrationshintergrund signifikant öfter täglich (Männer: 41% bzw. 26%; Frauen: 29% bzw. 21%), wobei Frauen aus der Türkei am öftesten rauchen im Vergleich zu den österreichischen Frauen und denen aus dem ehemaligen Jugoslawien (Statistik Austria 2008b:91).

Bei Wimmer-Puchinger und Baldaszi (2001) gaben allerdings Frauen aus Ex-Jugoslawien öfter an, Raucherinnen zu sein, als Frauen aus Österreich oder der Türkei. Die befragten Türkinnen gaben seltener an, Sport zu treiben, als die Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich.

Epidemien, die in Mitteleuropa kaum noch auftauchen, kommen teilweise bei Zuwanderern im Zusammenhang mit sozialen Faktoren noch häufiger vor. Gründe dafür sind spezielle Migrationsbedingungen wie zum Beispiel Wohnsituation, soziohygienische Rahmenbedingungen, Informationsdefizite oder Trennung von der Familie (Akbal 1999:213).

Ein Vergleich zwischen der Aufenthaltsdauer von MigrantInnen lässt ebenfalls drauf schließen, dass Migration aufgrund des niedrigen sozioökonomischen Status gesundheitliche Risiken birgt.

Im Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001 (Stadt Wien 2001) wird berichtet, dass rund 11,2% der MigrantInnen, die sich maximal 10 Jahre in Österreich befinden, an einer aktuellen Erkrankung leiden. MigrantInnen, die sich länger als 10 Jahre in Österreich aufhalten, waren zum Zeitpunkt der Befragung zu 6,9% erkrankt.

Erklären lässt sich dieses Phänomen dadurch, dass soziale Integration, die sich nach längerem Aufenthalt verstärkt, die gesundheitlichen Risiken des MigrantInnenstatus verringert und dadurch zu niedrigeren Erkrankungsraten führt.

- Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen

Vier Fünftel aller Nichtösterreicher in Wiener Krankenhäusern sind Frauen. Der Hauptgrund für den Krankenhausaufenthalt ist eine Geburt. Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei werden im Spital häufig in der gynäkologischen Abteilung behandelt. Ein Grund dafür ist, dass diese Bevölkerungsgruppen mehr Kinder bekommen. Ein weiterer Grund für die häufigeren Aufenthalte sind möglicherweise Komplikationen, was auf mangelnde Vorsorge in der Migrantinnengruppe hinweist (Schmidt et al. 1992:3f).

Die am häufigst frequentierten Fachbereiche nichtdeutschsprachiger PatientInnen sind Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Hals-Nasen-Ohren, Interne, Chirurgie und Psychiatrie (Akbal 1999:211).

2.2 Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Um herauszufinden, ob Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund an Gesundheitsförderungsmaßnahmen in ihrem Betrieb teilnehmen, werden im nächsten Schritt das Konzept und die Abläufe der betrieblichen Gesundheitsförderung vorgestellt, sowie zwei durchgeführte Projekte für Beschäftigte in der mobilen Pflege.

2.2.1 Definition und Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung beinhaltet Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Sie hat zum Ziel, gesundheitlichen Belastungen vorzubeugen, Gesundheitspotenziale zu stärken, sowie das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der MitarbeiterInnen zu verbessern (Luxemburger Deklaration 1997).

Dies kann durch drei wesentliche Aspekte erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Teilnahme aller MitarbeiterInnen
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.

Betriebliche Gesundheitsförderung hat demnach eine positive Wirkung auf die Gesundheit und Motivation der Beschäftigten und führt zu einer Steigerung der Qualität der erbrachten Dienstleistungen. Im Falle der vorliegenden Diplomarbeit ist das die Pflege und Betreuung der KlientInnen.

Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung ist eine „gesunde Organisation“, von der sowohl die MitarbeiterInnen, die Führungskräfte, als auch die KlientInnen profitieren (Spicker/Schopf 2007:37).

Abgrenzung Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung

Oft wird der Arbeitsschutz mit betrieblicher Gesundheitsförderung verwechselt, es gibt allerdings wesentliche Unterschiede, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Der konventionelle betriebliche Arbeitsschutz (AschG 2006) beschäftigt sich mit der Vermeidung bzw. Verringerung von gesundheitsbelastenden und gefährdenden Arbeitsbedingungen, sowie Unfallrisiken. Hierbei sollen Belastungen und gefährliche Situationen zum Schutz der Beschäftigten reduziert werden (Steffgen 2004:37).

Betriebliche Gesundheitsförderung basiert hingegen auf Freiwilligkeit und nicht auf gesetzlichen Regelungen und ist demnach eine Erweiterung des Arbeitsschutzes. Gesundheitsförderung in Betrieben orientiert sich nicht nur an Krankheit, sondern an Gesundheitspotentialen.

Neben dem Schutz der Gesundheit und der Reduzierung der Risikofaktoren haben die Beschäftigten eine Eigenverantwortung beim Erhalt und der Förderung ihrer Gesundheit. Sie selbst können ihre Gesundheit aktiv fördern und über ihre Gesundheit selbst bestimmen; ihre Kompetenzen werden erweitert.

Außerdem betrifft betriebliche Gesundheitsförderung alle Beschäftigten eines Unternehmens und nicht nur Risikogruppen.

	Traditioneller Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Ziele	■ Einhaltung von Vorschriften ■ Vermeidung von Arbeitsunfällen (Gefahrverhütung, Regelung des Einsatzes von gefährlichen Maschinen und Werkzeugen, Umgang mit Chemikalien etc.)	■ Verminderung psychosozialer Belastungen ■ Verbesserung von Motivation, Arbeitszufriedenheit, Identifikation mit dem Betrieb und der Arbeit, etc.
Grundverständnis	pathogenetisch	salutogenetisch
Perspektive	Schutzperspektive, Prävention	Entwicklungsperspektive, Gesundheitsförderung
Beweggründe	verpflichtend	freiwillig
Zugang	■ ExpertInnen-orientiert ■ hauptsächlich medizinisch und sicherheitstechnisch	■ partizipativ orientiert ■ interdisziplinär, arbeitspsychologisch, organisationsentwickelnd

Abbildung 1: Spicker/Schopf 2007:56, Traditioneller Arbeitsschutz/Betriebliche Gesundheitsförderung

2.2.2 Kernprozesse der Betrieblichen Gesundheitsförderung:

Betriebliche Gesundheitsförderung wird im Rahmen eines Projekts im Unternehmen durchgeführt.

Im Verlauf des Prozesses der betrieblichen Gesundheitsförderung wird die Gesundheit der MitarbeiterInnen erhoben und dadurch werden Maßnahmen geplant, umgesetzt und ausgewertet.

Ein ganzheitliches, langfristig angelegtes betriebliches Gesundheitsförderungs-Projekt folgt laut Walter (2003) vier Kernprozessen:

- Ist- Analyse

Zu Beginn des Projekts steht die Ist-Analyse. Die Gesundheit und Ressourcen der Mitarbeiter werden systematisch erhoben und die Einflussfaktoren auf die Gesundheit erfasst. Als Instrument zur Erfassung der relevanten Daten und Information ist es sinnvoll, das Wissen und die Sichtweise der Beschäftigten mit einzubeziehen. Je nach Größe des Unternehmens und Anzahl der Beschäftigten werden unterschiedliche Methoden gewählt. Bei kleineren Organisationen kann eine kleine betriebliche Gesundheitskonferenz ausreichen, in größeren Unternehmen wird oft ein Fragebogen herangezogen oder sowohl qualitative als auch quantitative Methoden kombiniert, um die gesundheitliche Situation zu erheben. Krankenstandsauswertungen und schriftliche Gesundheitsbefragungen eignen sich aus Anonymitätsgründen nur für Unternehmen mit über 50 Beschäftigten.

Je sorgfältiger die Ist-Analyse durchgeführt wird, desto einfacher sind die nächsten drei Schritte durchzuführen.

- Planung

Hier werden auf Grundlage der Ergebnisse aus der Ist-Analyse weitere Schritte für die Intervention erarbeitet. Mögliche Maßnahmen werden auf Sinn, Kosten und Nutzen analysiert. Für diesen Prozess muss genügend Zeit einberechnet werden, vor allem im Bereich der Planung von verhältnisbezogenen Maßnahmen.

- Intervention

Als Intervention bzw. Umsetzung wird die Durchführung von den geplanten gesundheitsbezogenen Maßnahmen bezeichnet. In dieser Phase ist vor allem wichtig, dass die Zuständigkeiten klar verteilt sind und dass die Zielgruppe die geplanten Maßnahmen akzeptiert. Weiters müssen alle Beteiligten bereit sein, Aufgaben und Verantwortung zu übernehmen.

- Auswertung und Evaluation

Unter Evaluation versteht man die Bewertung der umgesetzten Strukturen und Prozesse sowie der erzielten Ergebnisse. Dabei geht es nicht nur um die Erreichung des Ziels, sondern auch um die Qualität des Prozesses.

Wiederholungsanalysen können durchgeführt werden, wie zum Beispiel eine erneute Befragung der MitarbeiterInnen, um zu erheben, was sich verändert hat. Weiters können Krankenstandserhebungen durchgeführt werden, um die Unterschiede vor und nach dem betrieblichen Gesundheitsförderungs-Projekt anschaulich zu machen. (Ducki 1998:142) Aufbauend auf diesen Ergebnissen werden die Interventionen für weitere Projekte modifiziert und gegebenenfalls verbessert. Bei der Beurteilung sollten alle mittel- und unmittelbar Betroffenen miteinbezogen werden.

Vier Leitlinien der betrieblichen Gesundheitsförderung

Um in einem „gesunden“ Betrieb nachhaltig und wirksam gesunde MitarbeiterInnen zu führen, müssen laut Luxemburger Deklaration vier Leitlinien beachtet werden (Luxemburger Deklaration 1997).

1. Partizipation

Die ganze Belegschaft und alle hierarchischen Ebenen beteiligen sich am betrieblichen Gesundheitsförderungs-Prozess, um das Wissen und die Erfahrung Aller einzubringen. Gleichzeitig werden dadurch die Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen und die Akzeptanz der betrieblichen Gesundheitsförderung gestärkt.

Nach Grossmann (1993:56) müssen für eine erfolgreiche Projektarbeit gewisse Kriterien für die Zusammensetzung eines Teams gegeben sein. Dazu zählen unterschiedliche Ressourcen:

Wissenskapital: An dem Projekt müssen Personen mit unterschiedlichem Wissen arbeiten, um die Aufgaben des Projekts lösen zu können.

Beziehungskapital: Ein Projekt benötigt MitarbeiterInnen, die gute Kontakte und hohe Akzeptanz innerhalb der Organisation haben.

Betroffene: Genauso wichtig sind Personen, die das Problem aus eigener Betroffenheit kennen und an der Lösung des Problems persönliches Interesse haben.

Entscheidungskapital: Bei einem Projekt müssen außerdem Personen mitarbeiten, die in der Organisation Einfluss oder zumindest Zugang zu den relevanten EntscheidungsträgerInnen haben.

2. Integration

Betriebliche Gesundheitsförderung wird in allen Bereichen berücksichtigt und alle Hierarchieebenen werden mit einbezogen.

3. Projektmanagement

Jeder der vier Kernprozesse wird dokumentiert und systematisch ausgeführt. Dies erleichtert die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Durchführung.

4. Ganzheitlichkeit

Betriebliche Gesundheitsförderung richtet sich sowohl an die einzelnen Beschäftigten, als auch an die gesamte Organisation. Sowohl verhaltens-, als auch verhältnisbezogene Maßnahmen werden durchgeführt.

2.2.3 Ebenen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Interventionsstrategien

Welche Art der Intervention von einem Betrieb gewählt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dazu zählen die Größe des Betriebs, die technologischen Standards, die vorhandenen Strukturen des Arbeitsschutzes, die Zielgruppe, die Struktur der Arbeitstätigkeiten, sowie die vorhandenen gesundheitlichen Risiken und Ressourcen (Ducki 1998:135).

Es wird zwischen zwei Formen der Interventionen unterschieden; der *verhältnis- und verhaltensbezogenen*, bzw. *bedingungs- und personenbezogenen*.

Während sich Erstere auf die Arbeitsorganisation und überbetriebliche Maßnahmen beschränken, wird bei Letzterem durch Information, Instruktion, Motivation und praktisches Training das gesundheitsförderliche Verhalten gestärkt (Steffgen 2004:64).

Betriebliche Gesundheitsförderung		
	Personbezogene Interventionen = verhaltensorientiert	Bedingungsbezogene Interventionen = verhältnisorientiert
bezogen auf	einzelne Personen -> individuumorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen ->strukturorientiert
Beispiele für Massnahmen	Rückenschule, Stress-immunisierungstraining	vollständige Aufgaben, Gruppenarbeit, Arbeitszeitgestaltung
Wirkungsebene	individuelles Verhalten	organisationales, soziales und individuelles Verhalten
personenbezogene Effekte	Gesundheit, Leistungsfähigkeit	positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, Internale Kontrolle, Gesundheit, Motivation, Leistungsfähigkeit
wirtschaftliche Effekte	Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten	Verbesserung von Produktivität, Qualität, Flexibilität und Innovationsfähigkeit, geringere Fehlzeiten und Fluktuation
Effektdauer	kurz- bis mittelfristig	mittel- bis langfristig

Abbildung 2: Ulich 2005:529, Ebenen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Obwohl immer wieder betont wird, wie wichtig eine gesundheitsfördernde Arbeitsumwelt ist, dominieren in den meisten Betrieben lediglich die Umsetzung der personenbezogenen Maßnahmen (Busch/Huber/Themessl 1998).

Oft können die Begriffe aber nicht ganz klar abgegrenzt werden. Für personenbezogene Interventionen wie zum Beispiel Fitnesstrainings, müssen zuerst Rahmenbedingungen durch die Organisation geschaffen werden. Oder wenn das Angebot an alkoholischen Getränken in einer Firma reduziert wird, um den individuellen Alkoholkonsum zu verändern.

Es erscheint sinnvoll, Interventionen hinsichtlich ihres Wirkungsgrades und Ziels zu unterscheiden. Neben verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen wird nach Ulich (1994:146) auch zwischen korrektiven, präventiven und prospektiven Strategien unterschieden.

Korrektive Maßnahmen korrigieren erkannte Mängel, präventive Maßnahmen versuchen, gesundheitliche und psychosoziale Beeinträchtigungen gar nicht erst entstehen zu lassen. Prospektive Maßnahmen schließen präventive und kurative Maßnahmen mit ein und schaffen Möglichkeiten zur Persönlichkeitsentwicklung.

Die einzelnen Maßnahmen können allerdings auch miteinander verbunden werden, wenn beispielsweise im Laufe eines Gesundheitsförderungsprojekts aus einer Rückenschule für MitarbeiterInnen mit vorhandenen Rückenschmerzen (kurative Intervention) Ideen entstehen, wie mittels Hebehilfen die körperliche Belastung reduziert werden kann. (Ducki 1998:138).

Nach Spicker und Schopf (2007:42) gibt es vier Ebenen der Intervention in einem Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Neben der Einteilung in verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen kann auch unterschieden werden, welche Maßnahmen Belastungen reduzieren und welche Ressourcen aufbauen (Abbildung 3).

	Reduktion von Belastungen	Aufbau von Ressourcen
Organisation (verhältnisorientiert)	■ ergonomische Veränderungen ■ Anschaffung von Hebehilfen ■ (Neu-)Gestaltung von Arbeits- und Pausenräumen ■ Einrichtung von rauchfreien Zonen ■ bessere Pausenregelung u. a.	■ Gestaltung von Teambesprechungen ■ autonome Gestaltung von Dienstplänen ■ Arbeitsaufgaben mit hohen Entscheidungsspielräumen ■ Beteiligungsmöglichkeiten ■ Erhalt von Arbeitsplätzen für ältere MitarbeiterInnen u. a.
Person (verhaltensorientiert)	■ Rückenschule ■ Bewegungs- und Ernährungsprogramm ■ Haut- und Infektionsschutz ■ Rauchentwöhnung ■ Sucht-Prävention u. a.	■ Seminare zu Stress- oder Konfliktmanagement ■ Führungskräfte-Trainings ■ Willkommensfeier für neue MitarbeiterInnen ■ Job-Rotation u. a.

Abbildung 3: Spicker/Schopf 2007:42, 4 Ebenen der Intervention

2.2.4 Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Der Nutzen einer Maßnahme erklärt sich durch die Summe all ihrer positiven Wirkungen (Spicker/Schopf 2007:53).

Betriebliche Gesundheitsförderung wirkt sich nicht nur positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten aus, ein Nutzen entsteht auch für das Unternehmen und die Unfallversicherungsträger und auf gesellschaftlicher Ebene (vgl. auch Abbildung 2).

- Positive Auswirkungen für Unternehmen und Beschäftigte

Oft ist die hohe Zahl der Krankenstände der Grund für ein Unternehmen, sich mit betrieblicher Gesundheitsförderung auseinanderzusetzen. Der Verlust an Arbeitskraft durch Krankenstände lässt sich leicht berechnen, die Bezifferung des Gewinnes durch Gesundheit ist schwieriger in Zahlen zu fassen.

Bamberg, Ducki und Metz (1998:25) berichten von einer Untersuchung bei DuPont, bei der sich herausstellte, dass jeder Dollar, der in die Gesundheitsförderung investiert wird, durch die Reduzierung der Krankenstände mit 1,42 Dollar belohnt wird. Die Kostenersparnis lässt sich vor allem durch die sinkenden Krankenstände und den verringerten Abwesenheitszeiten erklären.

Gesundheit schlägt sich außerdem in einer erhöhten Arbeitsmotivation nieder, und in einer verbesserten Identifizierung mit dem Unternehmen. Weiters wird die Produktivität der Beschäftigten gesteigert, die innerbetriebliche Kommunikation gestärkt und dadurch die Beziehungen der Beschäftigten untereinander verbessert (AOK Bundesverband 2005).

Aus der Sicht der ArbeitnehmerInnen wird außerdem die Lebensqualität erhöht und das Wissen, dass dem Unternehmen etwas am Erhalt der Arbeitskraft und Gesundheit liegt (Bamberg/Ducki/Metz 1998:25), wodurch auch das Image des Unternehmens verbessert wird.

- Positive Auswirkungen auf gesellschaftlicher Ebene

Auf gesellschaftlicher Ebene werden, langfristig gesehen, die Versicherungssysteme durch niedrigere Krankenstände entlastet (Bamberg/Ducki/Metz 1998:25) und die Ausgaben für Krankenbehandlungen gesenkt.

Badura und Hehlmann (2003:4) konstatieren, dass sich die Investition in Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sehr lohnt und die Reduzierung von Fehlzeiten zur Folge hat.

Der positive Nutzen von solchen Projekten ist von Unternehmen zu Unternehmen unterschiedlich und hängt von Zielen, der Gestaltung und den Durchführungsbedingungen ab.

2.2.5 Wissenschaftlicher Hintergrund der betrieblichen Gesundheitsförderung

Das salutogenetische Modell nach Aaron Antonovsky

Wenn man von Gesundheitsförderung spricht, drängt sich die Frage auf, was die Ursachen für Gesundheit und Krankheit sind. Diese Frage kann aus pathogener und salutogener Sichtweise beantwortet werden. Die pathogenetische Ausrichtung versucht, die Ursachen einer Erkrankung zu identifizieren und auszulöschen. Die salutogenetische Ausrichtung hingegen hat es sich zum Ziel gemacht, die Ursachen für Gesundheit herauszufinden und diese zu verbessern.

Das Wort Salutogenese stammt aus dem lateinischen Wort „salus“ (Unverletzbarkeit, Heil, Glück) und dem griechischen Wort „Genese“ (Entstehung) und bedeutet so viel wie „Entstehung der Gesundheit“ (Schambortski 2008:31).

Der Soziologe Antonovsky (Antonovsky/Franke 1997) hat diesen Begriff geprägt und erklärt eine Erkrankung als Störung der Balance zwischen Belastungen und vorhandenen Ressourcen eines Menschen. Er geht der Frage nach, welche Faktoren dafür verantwortlich sind, dass manche Menschen trotz Belastungen gesund bleiben können.

Ein wichtiger Baustein zur Beantwortung dieser Frage ist das *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum*. Darunter versteht er den Bereich zwischen Gesundheit und Krankheit. Ein Mensch kann demnach weder komplett gesund, noch komplett krank sein.

Es gibt vier Einflussgrößen, die bestimmen, an welcher Stelle sich ein Mensch auf diesem Kontinuum befindet. Dazu zählen Stressoren, Bewältigung („coping“), Widerstandsressourcen und das Kohärenzgefühl.

Stressoren spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Krankheiten. Sie wirken unterschiedlich belastend, je nachdem wieviel Bedeutung sie für einen Menschen haben. Beim krankmachenden Distress, wie zum Beispiel bei lang anhaltenden Belastungen, werden alle verfügbaren Ressourcen und *Bewältigungskompetenzen* des Menschen aktiviert. Je mehr Ressourcen und Bewältigungsstrategien vorhanden sind, umso leichter lässt sich die Balance wiederherstellen.

Wichtig für das Salutogenese-Modell sind demnach auch die *Ressourcen* (Antonovsky/Franke 1997).

Ressourcen sind laut Duden (Ressourcen in: Duden 2005:903) Hilfsmittel, Hilfsquellen oder Reserven.

„Der Begriff der Ressourcen beinhaltet Komponenten, die es erlauben, die eigenen Ziele anzustreben und unangenehme Einflüsse zu reduzieren.“ (zit. aus Richter/Hacker 1998:25)

Gesundheitsressourcen sind individuelle, physische und psychische Bewältigungsmöglichkeiten von Belastungen und Anforderungen. Ressourcen erleichtern dem Menschen, den Stressoren, denen er ausgesetzt ist, etwas entgegenzusetzen. In der Stressforschung gelten Ressourcen als „Puffer“, die den Stress abschwächen (Höppner 2004:50).

Arten von Gesundheitsressourcen

In den Gesundheitswissenschaften werden Ressourcen in zwei Gruppen eingeteilt. (z.B. Udris et al. 1992:14):

- Innere (innere, individuelle, subjektive, personale) Ressourcen: Bei dieser Gruppe steht der Mensch bzw. das Individuum und seine persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten im Vordergrund.

Darunter versteht man kognitive, soziale und emotionale Potentiale, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen sowie Voraussetzungen schaffen, um gesundheitliche (Alltags-)Belastungen besser zu bewältigen. Dazu zählen beispielsweise der Aufbau eines positiven Selbstkonzepts, Vermittlung von Selbstvertrauen bei schwierigen Aufgaben und Umgang mit Erfolgen und Niederlagen und Problemlösungskompetenzen.

- Äußere (externe, objektive) Ressourcen: Dies sind Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen, die ihm von der Umgebung angeboten werden.

Äußere *psychosoziale* Ressourcen sind nach Becker (1992:103) beispielsweise günstige familiäre Bedingungen wie Wärme, Rücksichtnahme und Unterstützung der Familienmitglieder; günstige Bedingungen am Arbeitsplatz wie ein positives Betriebsklima und der Gelegenheit zur Entfaltung eigener Fähigkeiten; intakte nachbarschaftliche Beziehungen; günstige materielle Bedingungen wie Wohnung und Einkommen; ein gut ausgebautes Netz von Gesundheitsdiensten und sozialen, kulturellen und pädagogischen Einrichtungen, sowie demokratische und rechtsstaatliche politische Rahmenbedingungen.

Zu den externen *physischen* Ressourcen zählt er u.a. eine gesunde Umwelt; ein Angebot an preiswerter, gesunder Nahrung, Medikamenten sowie Schutzeinrichtungen vor gesundheitlichen Gefährdungen an Arbeitsplätzen, im Wohnbereich und im Straßenverkehr.

Auf die *arbeitsbezogenen* Ressourcen wird im Kapitel 2.2.6. „Gesundheit am Arbeitsplatz“ näher eingegangen.

Beide Gruppen von Ressourcen stehen in Wechselwirkung, je höher beispielsweise der Bildungsgrad ist, desto höher auch das Selbstwertgefühl (Vogt 2006:155).

Männer haben zwar mehr Gesundheitsressourcen, Frauen dafür besser funktionierende soziale Netzwerke, was für die Bewältigung von Distress eine entscheidende Rolle spielt (ebenda:155).

Kohärenzgefühl

Entscheidend für das subjektive Gesundheitserleben ist laut Antonovsky das Kohärenzgefühl (Sense of coherence). Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls sind das

- Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility): Die Fähigkeit, Reize und Situationen als Information zu verarbeiten
- Gefühl von Bewältigbarkeit (sense of manageability): Die Überzeugung, dass Probleme gelöst und Belastungen reduziert werden können
- Gefühl von Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness): Das Leben wird als sinnvoll empfunden.

Demnach aktivieren Menschen mit hohem Kohärenzgefühl ihre Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten bei belastenden Situationen, während die Menschen mit niedrigerem Kohärenzgefühl eher resignieren und glauben, die Belastungen nicht bewältigen zu können (Vogt 2006:156).

2.2.6 Gesundheit am Arbeitsplatz

Auf der einen Seite birgt die Arbeit gesundheitliche Risiken wie zum Beispiel Stress, Lärm oder gefährliche Arbeitsstoffe, aber auf der anderen Seite kann Arbeit auch zur Steigerung des Wohlbefindens, zur Selbstentfaltung oder Entwicklung der Persönlichkeit führen.

Betriebe werden in einer modernen Auffassung als soziale Organisationen verstanden, die die Gesundheit der Mitarbeiter sowohl positiv als auch negativ beeinflussen kann.

Ressourcen am Arbeitsplatz

Wie in allen Bereichen des Lebens gibt es auch am Arbeitsplatz Ressourcen.

Die folgenden drei Unterteilungen geben einen Überblick über arbeitsbezogene Ressourcen (AUVA 2009: 15):

- Handlungs-Ressourcen

Handlungsspielraum und Mitgestaltungsmöglichkeiten sind wichtig bei der Arbeit. Das beinhaltet die Möglichkeit, Arbeitsschritte selbst zu bestimmen, die Arbeitsmittel eigenständig auszuwählen, über freie Zeiteinteilung zu verfügen, genügend Zeit für die Aufgabenerledigung zur Verfügung zu haben, bestehende Probleme anzusprechen und die Arbeitsbedingungen mitzugestalten (AUVA 2009:15).

- Beziehungs-Ressourcen

Durch Beziehungs-Ressourcen können Belastungen am Arbeitsplatz vermindert werden.

Soziale Unterstützung von KollegInnen und funktionierende private Beziehungen erleichtern den Umgang mit Belastungen oder Stress in der Arbeit.

- Zufriedenheits-Ressourcen

Dazu zählen Faktoren, die zu Freude, Glück und Zufriedenheit beitragen, sowohl beruflich als auch privat, wie zum Beispiel interessante Tätigkeiten, Stolz auf die eigene Arbeit, Anerkennung durch KollegInnen und Vorgesetzte, abwechslungsreiche, durchschaubare und planbare Tätigkeit, angenehme Arbeitsumgebung oder gerechte Bezahlung.

Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen nach Becker u. Minsal (1986) sind solche, die eine Balance zwischen positiven u. negativen emotionalen Befindlichkeiten herbeiführen und Voraussetzungen für optimale Aktiviertheit schaffen. Außerdem bieten sie Gelegenheit zur Selbstverwirklichung und ermöglichen die Entfaltung von Kompetenzen und produktivem Verhalten. Außerdem lassen sie die eigene Tätigkeit sinnvoll erscheinen und motivieren zum persönlichen Engagement.

Ein weiteres Merkmal gesunder Arbeit, das in der Literatur vorkommt, ist die Situationskontrolle (Brieskorn-Zinke 2004:66f). Darunter versteht sie die Möglichkeit, eine belastende Arbeitssituation zu beeinflussen. Dies begründet sich durch das Grundbedürfnis des Menschen, Ereignisse zu durchschauen, zu verstehen und zu beherrschen.

Stressoren am Arbeitsplatz

So wie Ressourcen gibt es auch unterschiedliche Stressoren in der Arbeitswelt (Brieskorn-Zinke 2004:66f):

- soziale und arbeitsbezogene Stressoren wie Mobbing, wenig soziale Unterstützung, sowie belastendes Verhalten von Vorgesetzten

- arbeitsbezogene Stressoren wie Über- oder Unterforderung, störende Unterbrechungen während der Durchführung einer Arbeit, wenig Handlungsspielraum, wenig Entwicklungsmöglichkeiten
- zeitliche Stressoren wie Nachtdienste oder Schichtarbeit, Bereitschaftsdienste und Zeitdruck
- physikalische Stressoren wie Lärm, Hitze, Kälte, Schmutz

Badura et al. (1999:31) definieren außerdem noch folgende Merkmale einer pathogenen Organisationskultur:

- Autoritärer Führungsstil
- steile Hierarchie
- Misstrauenskultur
- keine Transparenz bei Entscheidungen
- hohe Arbeitsteilung

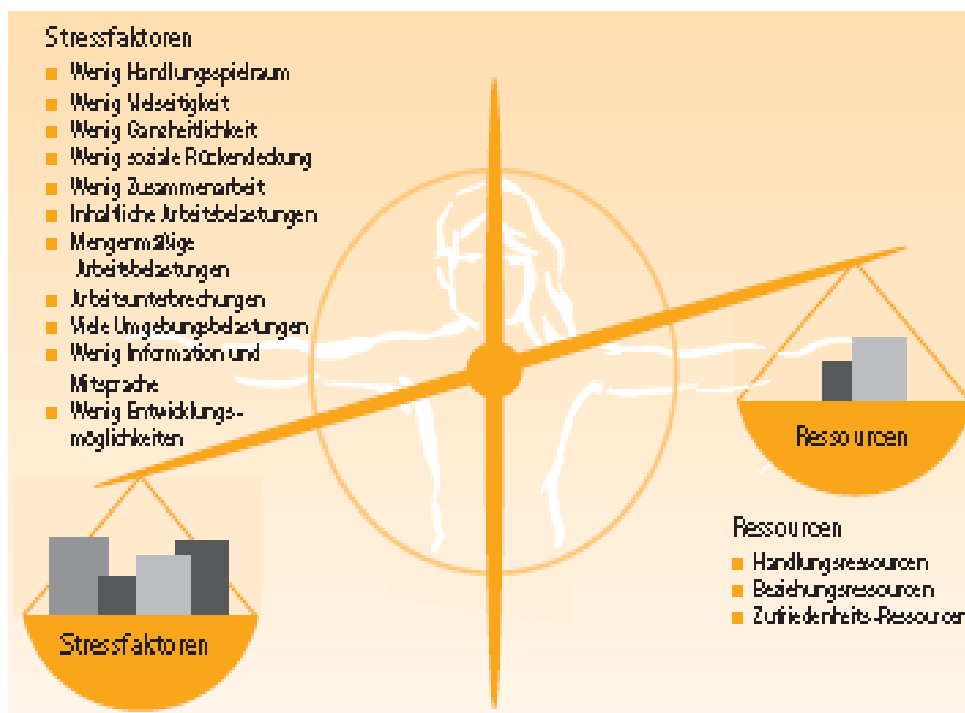


Abbildung 4: AUVA 2009:16, Stressfaktoren und Ressourcen

2.2.7 Arbeitsplatz mobile Pflege

Die betriebliche Gesundheitsförderung hat aufgrund der Besonderheiten in der Arbeit der mobilen Pflege einen hohen Stellenwert.

Es gibt verschiedene Definitionen zum Begriff „mobile Pflege“, je nach Perspektive des Betrachters. Fest steht jedoch, dass darunter die „Pflege und Betreuung von Menschen zu Hause“ verstanden wird. (Ertl/Katzer 2007:13).

Da die vorliegende Arbeit von Arbeitskräften in der mobilen Pflege handelt, werden im Folgenden kurz die Arbeitstätigkeiten der PflegehelferInnen sowie des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals erläutert, die die Pflegetätigkeiten in den Haushalten der KlientInnen verrichten.

Im Vordergrund steht „[...] eine ganzheitliche Betreuung nach dem Prinzip der aktivierenden und reaktivierenden Pflege, sowie Erhalt und Förderung der Selbständigkeit [...]“ (zit. aus Fonds Soziales Wien 2009³)

Zu den zentralen Aufgaben zählen laut Fonds Soziales Wien (ebenda) zum Beispiel:

- Durchführung von Grundtechniken der Pflege und der Mobilisation
- vorbeugende Pflegemaßnahmen
- Beratung und Pflegeanleitung für Patient/innen, Angehörigen und Helfer/innen
- Wundversorgung
- Verabreichung von Injektionen
- Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten
- Sondenernährung
- Mobilisation

Laut Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2005) werden rund 80% der Pflege in Österreich zu Hause verrichtet. Ein Großteil davon nimmt mobile Pflegedienste in Anspruch. Angesichts der demografischen Entwicklung werden steigende Beschäftigungszahlen im Sektor der Hauskrankenpflege erwartet. Um eine gute Pflegequalität gewährleisten zu können, müssen die Beschäftigten gesund und motiviert

³ <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/hauskrankenpflege.html> (30.12.2009)

sein. Doch gerade das Arbeitsfeld der mobilen Pflege ist gekennzeichnet durch vielfältige Belastungen(ÖBIG 1997). Diese können körperlicher, psychosozialer, aber auch organisatorisch-struktureller Natur sein.

Die Anforderungen

- der Gesundheitspolitik (Qualitätssteigerung)
- des Berufs selbst (Professionalisierung)
- von PatientInnen und Angehörigen (personalisierte Versorgung)

steigt bei gleichzeitig immer knapper werdenden Ressourcen und führt zu einem erhöhten Arbeitsaufwand bei den Beschäftigten. Aus diesen veränderten Arbeitsbedingungen resultieren gesundheitliche Belastungen. Die Folge davon sind sinkende Motivation, innere Kündigung, eine allgemeine Verschlechterung des Betriebsklimas, Fluktuation (und damit ein Verlust von Erfahrungswissen und Sozialkapital) und steigende Krankenstandszahlen, was nicht nur für die MitarbeiterInnen selbst ein Problem darstellt, sondern auch wirtschaftliche Kosten verursacht. Deshalb ist es von besonderer Bedeutung, dass sich Führungskräfte diesem Problem öffnen und die Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich gestalten. Eine zentrale Strategie dafür ist die Betriebliche Gesundheitsförderung (Spicker/Schopf 2007:1).

Um eine passende Maßnahme für die betriebliche Gesundheitsförderung zu finden, müssen im Vorfeld die Arbeitsmerkmale, die die Gesundheit der Beschäftigten beeinflussen, bekannt sein.

Arbeitsanforderungen in der mobilen Pflege

Die mobile Pflege ist eine der am meisten unterschätzten Arbeitsfelder in der heutigen Zeit. Auf der einen Seite entstehen für die Arbeitskräfte vielfältige Belastungen, auf der anderen Seite fehlt die gesellschaftliche Anerkennung.

Hohe Arbeitsanforderungen entstehen in der mobilen Pflege durch das große Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum, das in diesem Beruf zu bewältigen ist.

Da es im Bereich der mobilen Pflege im Gegensatz zur Pflegearbeit in Krankenhäusern kein spezifisches Fachgebiet gibt, kann dies zu Problemsituationen führen, mit denen die Pflegekraft umgehen muss (Krenn/Papouschek 2003).

Im Folgenden werden die unterschiedlich ausgeprägten Belastungen von Arbeitskräften in der mobilen Pflege erläutert. Wenn nicht anders angegeben, stammen die Angaben aus dem Forschungsbericht „Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen“ im Auftrag des Wiener Roten Kreuzes (Krenn/Papouschek 2003).

- Arbeitsort

Beschäftigte in der mobilen Pflege und Betreuung arbeiten bei den KlientInnen daheim, im sozialen und häuslichen Umfeld der Betreuten. Dies hat zur Folge, dass die Arbeit sowohl mit den KlientInnen als auch mit deren Angehörigen abgestimmt werden muss. Die KlientInnen haben außerdem mehr Selbstvertrauen in ihren eigenen vier Wänden und stellen leichter Forderungen.

Die Verwendung des Begriffes PatientIn/KlientIn zeigt die besondere Stellung der gepflegten Personen. Sie sind gleichzeitig DienstleistungsnehmerIn und Kunde/in der/die für sein/ihr Geld auch eine entsprechende Gegenleistung erwartet.

Die Pflegekräfte arbeiten selbständig und müssen mit den häuslichen Bedingungen der Pflegebedürftigen zurechtkommen, wie zum Beispiel ein kleines Badezimmer oder wenige Pflegemittel.

Hierbei zeigt sich, dass ein standardisiertes Vorgehen bei der Pflege nicht möglich ist. Die Arbeit ist ein „subjektivierendes Arbeitshandeln“, das nur durch wechselseitige Anerkennung (Pflegekraft – KlientIn) zustande kommen kann.

Waschen beispielsweise dauert nicht immer genau 10 Minuten oder wird nach einem bestimmten System durchgeführt, sondern ist an die individuellen Bedürfnisse der KlientInnen angepasst.

In solchen Situationen haben die KlientInnen eine Doppelfunktion: Einerseits erhält der pflegebedürftige Mensch eine Dienstleistung, andererseits ist er aktiv mit eingebunden.

Um eine hochwertige Pflegequalität gewährleisten zu können, muss die Arbeit gegenseitig abgestimmt werden.

Eine weitere Besonderheit des Sektors der mobilen Pflege und Betreuung ist es, dass sich am Arbeitsplatz berufliche und persönliche Bereiche von Personen überschneiden und der Umgang mit Gefühlen bei der Arbeit mit KlientInnen und deren Angehörigen von Bedeutung ist. Es ist schwierig, eine Grenze zwischen persönlicher Involviertheit und professioneller Pflegearbeit zu ziehen (Krenn/Papouschek 2003:5f).

- Selbständigkeit

Beschäftigte in der mobilen Pflege führen die Arbeit größtenteils alleine durch und müssen daher auch Notfallsituationen richtig einschätzen können.

Soziale Unterstützung unter KollegInnen ist bei Beschäftigten in der mobilen Pflege nicht ausreichend vorhanden, da sie alleine arbeiten. Diese ist allerdings wichtig für das subjektive Gesundheitserleben, für das Gesundsein und -bleiben. Belastungen werden durch gute soziale Unterstützung als weniger schlimm empfunden, denn sie können durch andere Menschen besser bewältigt werden. Außerdem wirken die Menschen, denen man sich anvertraut, emotional stabilisierend (Höppner 2004:46f).

Die MitarbeiterInnen haben nur selten Möglichkeit zum kollegialen Austausch und sind auch während der Arbeitszeit auf sich alleine gestellt.

- Fehlende Anerkennung

Heimhilfen klagen auch über die fehlende Anerkennung im eigenen Betrieb, da sie zwar die KlientInnen am öftesten besuchen, aber innerbetrieblich den geringsten sozialen Status haben. Die Kompetenz aus der langjährigen Berufserfahrung wird oftmals unterschätzt oder ignoriert.

Die niedrige gesellschaftliche Anerkennung hat zum einen damit zu tun, dass es sich dabei um einen Frauenarbeitsbereich handelt, der in vielen Köpfen fälschlicherweise aus „Nächstenliebe“ und somit freiwillig durchgeführt wird. Dieser Gedanke ergibt sich durch fehlendes Wissen über die Tätigkeiten in der mobilen Pflege.

Fehlende Anerkennung ergibt sich auch durch den niedrigen gesellschaftlichen Status, den alte Menschen haben, und die Arbeit mit ihnen. Des Weiteren hat die Geriatrie einen niedrigen Stellenwert in der Medizin (Krenn/Papuschek 2003:93).

- Unerwartete Situationen

Ein weiteres Kennzeichen der Arbeit in der mobilen Pflege ist die Unwägbarkeit von Ereignissen. Jederzeit kann eine unerwartete Situation entstehen, auf die die Pflegekraft eingehen muss. Bei älteren KlientInnen kann es durchaus vorkommen, dass Sie die Tür nicht aufmachen können weil sie vergessen, dass sie jemanden erwarten, oder weil etwas passiert ist und sie nicht zur Tür kommen. Außerdem kann der Zustand von einem Tag zum anderen stark verschlechtert sein, aber auch die psychische Tagesverfassung der KlientInnen unterscheidet jeden Besuch der Pflegekraft. Dies alles sind Situationen, die in der stationären Versorgung in dieser Form nicht auftreten.

Die Arbeit muss stets an die wechselnde körperliche Verfassung sowie emotionale Stimmungslage der KlientInnen angepasst werden (Krenn/Papuschek 2003:24).

- Emotionale Belastungen

Menschen, die im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung arbeiten, müssen zwar empathisch und einfühlsam sein, aber nach der Arbeit auch abschalten und sich abgrenzen können. Die Heimhilfen, die die größte Bindung zu den KlientInnen haben, werden durch Emotionen am meisten belastet, erhalten aber über ihre Ausbildung am wenigsten Ressourcen zur Bewältigung.

Es wird zwar Supervision angeboten, aber nicht immer bei einem akuten Ereignis wie z.B. einem unerwarteten Todesfall von einem Klienten/ einer Klientin. Einige Arbeitskräfte möchten die Supervision erst gar nicht in Anspruch nehmen aufgrund des vorherrschenden Bildes von Pflegekräften als EinzelkämpferInnen, die stark sind und keine Hilfe von außen benötigen. Die Supervision wird innerbetrieblich als Schwäche dargestellt.

Emotionale Belastungen können auch durch das Verhalten von KlientInnen wie zum Beispiel Aggressivität auftreten, aber auch durch einschneidende Erlebnisse wie der Tod von KlientInnen. Oft fällt es den Pflegekräften schwer, sich emotional abzugrenzen, denn bestimmte Ereignisse und Situationen lassen sie auch nach Arbeitsende nicht los.

Im Rahmen einer Befragung von Simsa et al. (o.J.) wird Zeitdruck als größte Belastung angegeben: 62% der Befragten fühlen sich dadurch „stark belastet“ bzw. „belastet“.

Dahinter folgen „seelisch belastende und aufreibende Arbeit“ (45%) und „Umgang mit schwierigen KlientInnen und Angehörigen“ mit 41% (ebenda:56).

- Angehörige der KlientInnen

Angehörige mischen sich oft in den Pflegeprozess ein und stellen Forderungen an die Pflegekraft, für die sie gar nicht zuständig ist. Oft kommt es zum Beispiel vor, dass sich die diplomierten Pflegekräfte rechtfertigen müssen, warum sie nicht in der Wohnung der KlientInnen Staub gewischt haben.

Viele Verwandte der Gepflegten stellen außerdem keine adäquaten Mittel zur Verfügung wie zum Beispiel Geld, um für die KlientInnen einzukaufen.

Vieles muss mit den Angehörigen abgestimmt werden, insbesondere wenn die Person stark pflegebedürftig ist.

- Rahmenbedingungen

ÄrztInnen und andere Institutionen können nur zu bestimmten Zeiten erreicht werden, vieles muss im Voraus bedacht und geplant werden. Dies erfordert in vielen Situationen ein Mobiltelefon, das aber nicht zur Verfügung gestellt werden kann, was einen erhöhten Arbeitsaufwand mit sich bringt.

Der erhöhte Arbeitsaufwand lässt sich aber auch auf die immer pflegebedürftigeren Personen und auf die administrative Arbeit zurückführen.

Es entstehen auch Belastungen durch organisatorische Belange wie Zeitdruck wegen der Wegzeitenregelung von 15 Minuten, die nicht immer eingehalten werden können.

Wenn der Zeitplan nicht eingehalten werden kann, sind auch die Pflegebedürftigen über die Verspätung verärgert. Wenn Personal durch Urlaub oder Krankenstände ausfällt, spitzt sich die Lage noch mehr zu.

Belastungen können auch durch Regeln und Vorschriften entstehen. Diese sind zwar primär zum Schutz der Pflegekräfte da, können aber auch bei der Arbeit behindern. Ein Beispiel dafür ist, wenn eine Klientin wünscht, dass die Pflegende eine Glühbirne austauscht, ist das zwar gegen die Unfallverhütungsvorschrift, aber die Klientin sitzt sonst eventuell einige Tage ohne Licht in ihrer Wohnung.

Es gibt keine Rückzugsmöglichkeit für eine Pause wie im stationären Bereich. Es gibt dafür keine Räumlichkeiten, gegessen oder telefoniert wird oft am Weg zwischen den KlientInnen (Krenn/Papouschek 2003:43).

- Überforderung durch mangelnde Ausbildung

Oft werden HeimhelferInnen bewusst und ohne entsprechende Ausbildung zu psychisch kranken KlientInnen geschickt, was zu fachlicher und emotionaler Überforderung führen kann, insbesondere bei Arbeitskräften, die noch nicht lange in diesem Sektor arbeiten. Erschwert werden die Arbeitsabläufe dann auch noch dadurch, dass die Pflegenden nichts gegen den Willen der erkrankten Person durchführen können (ebenda:49).

- Körperliche Belastungen

Vor allem ältere Pflegekräfte leiden unter den Folgen der körperlichen Beanspruchung ihres Berufes. Das Heben und Tragen ohne die richtigen Hilfsmittel, die in den Haushalten der KlientInnen kaum zur Verfügung stehen, führt zu Problemen vor allem im Bereich der Wirbelsäule.

Mangelnde Ressourcen bei immer stärker werdender Belastung und Arbeitsanforderung.

Diese Faktoren können zu emotionaler Erschöpfung und Burnout führen und dadurch zu hohen Fluktuationsraten.

Die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK-BGW 2006) hat eine Untersuchung zu Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten in Deutschland durchgeführt. Die Ergebnisse lauten kurz zusammengefasst, dass sich die meisten (ca. 57%) der mobilen Pflegekräfte durch „Heben und Tragen“ belastet fühlen, die Hälfte durch „Arbeiten in unangenehmer Haltung“, 39% durch „Bücken“ und 36% durch „langes Arbeiten in derselben Haltung“. Fast die Hälfte der Befragten leiden „ziemlich“ bzw. „sehr stark“ unter Kreuzschmerzen, während nur 19% nie von Beschwerden in diesem Bereich betroffen sind. Doppelnennungen waren bei dieser Befragung möglich.

Rund ein Drittel der Befragten klagt über „ziemliche“ Muskelschmerzen, 54% der Befragten fühlen sich am Ende des Tages sehr erschöpft.

2.2.8 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis

Es gibt bereits Organisationen in Wien, die diese Belastungen erkannt haben und für die Beschäftigten in der mobilen Pflege betriebliche Gesundheitsförderung anbieten.

Die Umsetzung solcher Projekte wird im Folgenden beschrieben.

2.2.8.1.Volkshilfe Wien – Ich tu' was für mich

Alle folgenden Daten und Ergebnisse stammen aus dem Abschlussbericht des Projekts (Volkshilfe Wien 2007). Die Einteilung und Unterpunkte dieses Kapitels wurden zu einem großen Teil übernommen, aber in eigene Worte gefasst, wenn nicht anders gekennzeichnet.

Die Volkshilfe Wien beschäftigt 1.076 MitarbeiterInnen (Stand 30.06.07), 913 davon in der mobilen Pflege und Betreuung, die rund 3500 KlientInnen versorgen. Der Bereich mobile Pflege und Betreuung umfasst

- Hauskrankenpflege
- medizinische Hauskrankenpflege
- Heimhilfedienst
- Besuchsdienst
- Reinigungsdienst
- Essen auf Rädern
- Entlassungsmanagement
- INDIBET (= individuelle Betreuung für demente und psychisch kranke Personen)

Wie bereits erwähnt, treten vor allem beim Personal in der mobilen Pflege (Hauskrankenpflege, Heimhilfedienst) körperliche und seelische Belastungen auf. Nachdem die Nichtleistungstage insbesondere bei ArbeitnehmerInnen im letzten Drittel ihrer Erwerbsarbeit angestiegen sind, beschloss die Volkshilfe Wien, durch ein umfassendes Projekt die Arbeitsfähigkeit ihrer MitarbeiterInnen zu erhalten.

Die Zielgruppe des Projekts umfasste 913 Beschäftigte, 410 davon waren bei der Kick-Off Veranstaltung im Oktober 2004. Zur Information der MitarbeiterInnen wurden während des Projekts Vorträge über Gesundheitsförderung gehalten, auch SMS, Newsletter und Infoblätter wurden verschickt.

Bei dem Projekt wurden insgesamt 30 Maßnahmen umgesetzt.

Die zwei wichtigsten Ziele waren dabei

- körperliches Wohlbefinden/Wellness und
- Arbeitszufriedenheit

zu verbessern.

Projektablauf

Das Projekt gliederte sich in folgende Unterpunkte:

1. Implementierung und Analyse
2. Umsetzungsplanung
3. Umsetzung
4. Evaluierung

Die Antragstellung für das Projekt erfolgte im März 2004.

1. Implementierung und Analyse

Diese Phase lief von Juli 2004 bis Februar 2005. Währenddessen wurden alle MitarbeiterInnen über das Projekt informiert, es gab eine Kick-Off Veranstaltung. Für die Analyse wurden Beschwerdefragebögen evaluiert, Unternehmensdaten herangezogen, Begehungen und Interviews durchgeführt. Mit Hilfe von sechs Gesundheitszirkeln wurden Lösungsansätze erarbeitet.

Die wichtigsten Ergebnisse der Analyse bildeten die Grundlage für den Gesundheitsbericht 2004. Die Ergebnisse lauten kurz zusammengefasst:

- Organisationskultur: Die Befragten fühlen sich kaum in Unternehmensentwicklungsprozesse mit eingebunden und kritisieren die mangelnde Information über Veränderungen. Strukturen sind unklar und dadurch auch Zuständigkeiten.

Die Zusammenarbeit in der Volkshilfe Wien ist mittelmäßig und zeigt Verbesserungspotenzial.

Auch der Kommunikationsfluss könnte besser sein. Die Möglichkeit zum informellen Austausch fehlt, weil Teamsitzungen oft nur für organisatorische Belange genutzt werden.

Die Nachhaltigkeit von qualifizierten und professionellen Arbeitskräften wurde in der Volkshilfe Wien ebenso wenig thematisiert wie die ethnische Diversität der KlientInnen und MitarbeiterInnen.

Weiterbildungen werden angeboten, aber nicht auf die Wünsche der Beteiligten abgestimmt.

- **Fluktuation:** Den MitarbeiterInnen fehlen Aufstiegsmöglichkeiten. Im Jahr 2003 haben von 950 MitarbeiterInnen 117 Personen unter 55 Jahren die Volkshilfe Wien verlassen.

Zwei Drittel der MitarbeiterInnen der Volkshilfe Wien sind über 40 Jahre alt. Vor allem Jüngere denken oft darüber nach, den Betrieb zu wechseln.

- **Arbeitsbewältigung:** 30% der Beschäftigten sind überfordert. Es zeigte sich, dass die Arbeitsbewältigung mit höherem Alter abnimmt.

Die meisten der Befragten finden den Sinn der Arbeit im Kontakt zu den KlientInnen.

- **Belastungen:** Mehr als ein Drittel der MitarbeiterInnen verspürt häufig oder ständig Zeitdruck, unabhängig davon, ob Mehrstunden geleistet werden oder nicht.

Etwa 75% klagen über Nacken- und Schulternbeschwerden sowie Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule.

Durch psychische Belastungen und Überforderung treten vermehrt Müdigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen und Kopfschmerzen auf.

- **Gesundheitsverhalten:** Jede fünfte befragte Person berichtet von Bluthochdruck und erhöhten Cholesterinwerten. 56% der MitarbeiterInnen sind übergewichtig.

Die Befragten bevorzugen die Sportarten Schwimmen, Gymnastik, Aerobic, Entspannungstechniken und Aqua-Fitness.

Rund die Hälfte der Befragten sind mit ihrer Fitness unzufrieden. Viele der MitarbeiterInnen (60%) sind mit ihrer Ernährung mittel bis gar nicht zufrieden.

2. Umsetzungsplanung

Nach Auswertung der Ergebnisse wurden die Ziele des Projekts bestimmt.

Die Umsetzung der Maßnahmen begann in kleinen Teams. Diese Teams überarbeiteten die Vorschläge für Maßnahmen ein zweites Mal auf Zielsetzung und Umsetzbarkeit. Dadurch wurde gewährleistet, dass sich möglichst viele MitarbeiterInnen an dem Projekt beteiligen.

3. Umsetzung

Umgesetzt wurden die zwei Maßnahmen „Verbesserung der Arbeitszufriedenheit“ und „Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens“.

Zielklärung - Projektziele		
Zielformulierung i.S.v. Zielvorstellung	Mess- / Bewertungsgröße	Zielebene oder Zielgröße Vorschlag an STG
Verbesserung der Arbeitszufriedenheit 	Human Work Index: ■ Arbeitsbewältigung ■ Arbeitsinteresse ■ Zusammenarbeit	+2 % +2 % +5 %
Verbesserung der Wellness 	Beschwerde-FB ■ Körperliche Beschwerden und Risikofaktoren ■ Bewegungs- und Sportverhalten ■ Ernährungsverhalten	→ Aufhalten des Trends zur Zunahme an Rückenbeschwerden → Halbierung des Anteiles derjenigen, die über ihre Gesundheit (RF) nicht Bescheid wissen → Senkung des Anteils der mit dem Bewegungs- und Sportverhalten unzufriedenen MAInnen um 5 % → Senkung des Anteils der mit dem Ernährungsverhalten unzufriedenen MAInnen um 2 %

Projekt: ICH tu' was für MICH -

Abbildung 5: Volkshilfe Wien 2007:16, Projektziele

Maßnahme 1: Verbesserung der Arbeitszufriedenheit:

Für die Durchführung von *Gesundheitszirkeln* im Betrieb wurden zehn MitarbeiterInnen im Zuge einer Schulung zu GesundheitsmoderatorInnen ausgebildet. Diese sollen für die Nachhaltigkeit des Projektes zuständig sein und darauf achten, immer wieder neue Gesundheitsthemen zu behandeln. Die Gesundheitsmoderatorinnen

- erhoben arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme,
- entwickelten Lösungsmöglichkeiten für erhobene Problembereiche und
- erarbeiteten Vorschläge für Maßnahmen und die Möglichkeit der Evaluation.

Zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit wurden einige kleinere Maßnahmen umgesetzt:

Das *Handbuch* „Tipps und Tricks“ beinhaltet Kontaktdaten offizieller Stellen, Anregungen, sowie Fragen und Antworten für den beruflichen Alltag in der Arbeit.

TeamleiterInnen wurden in ihrer Freizeit wegen klientInnenspezifischen *Anfragen* angerufen. Um die TeamleiterInnen etwas zu entlasten, wurden Lösungsansätze erarbeitet. Die MitarbeiterInnen wurden gebeten, nur noch in wirklich dringenden Fällen anzurufen. Weiters wurden einige Situationen in Teamsitzungen besprochen, um bei ähnlichen Fällen die gleiche Vorgehensweise anzuwenden.

Bei *Schnuppertagen* lernten die MitarbeiterInnen der mobilen Pflege die Arbeitsabläufe im Innendienst kennen. Dadurch sollten sie verstehen lernen, dass Stresssituationen im Innendienst zu Stress und Ärger im Außendienst führen, z.B. wenn längere Wartezeiten für Auskünfte entstehen oder knappe Antworten kommen. Der Innendienst ist verantwortlich für die Aufnahme von KlientInnen und für die Verwaltung.

Aufgrund von Zeitdruck und fehlender sichtbarer Mimik kamen bei Telefonaten oft Missverständnisse zustande. Deshalb wurde eine *Schulung* zum Thema Telefonkommunikation angeboten, die sich großer Beliebtheit erfreute.

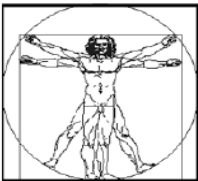
Ein *Briefkasten* wurde installiert, um Verbesserungsmöglichkeiten und Beschwerden anonym abgeben zu können.

Durch standardisierte *Teamgespräche* wurde die Kommunikation erleichtert und eine gute Zusammenarbeit im Team gefördert. Außerdem konnte dadurch berufliche Informationen leichter ausgetauscht werden.

Es wurden *interdisziplinäre Workshops* zu den Themen Bereitschaftsdienste, funktionsgruppen-übergreifender Austausch von Information über KlientInnen und Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit in der täglichen Arbeit angeboten. Dadurch konnten Verbesserungspotenziale erhoben und genutzt werden. Sinn dieser Workshops war es, allen das gleiche Verständnis von Interdisziplinarität zu vermitteln und sowie deren Nutzen für Wohlbefinden bei der Arbeit klar zu machen.

Maßnahme 2: Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens (Wellness):

In diesem Bereich wurden 21 Maßnahmen und drei Handlungsfelder umgesetzt und entwickelt.

Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens Maßnahmen	
Aufhalten des Trends zur Zunahme an Rückenbeschwerden ✓✓ Erreicht: 5% 	•Maßnahmenkatalog für Essen auf Rädern •Rückenschulung Reinigungsdienst •Rückenschule für ältere MitarbeiterInnen •Rückenschule - Pilates •Individuelle Beratung durch die AMED •Headsets nutzen •Maßnahmenkatalog zur rückschonenden Arbeitshaltung •Zivildienerschulung •Messebesuche für Hilfsmittel – Infoweitergabe
Halbierung des Anteiles derjenigen, die über ihre Gesundheit nicht Bescheid wissen ✓✓ Erreicht für Ältere: 50%	•Gesundenuntersuchung •Seminar Körpererfahrung •Infotage •Gesundheitspass 

Projekt: ICH tu' was für MICH -

Gesundheitsvorsorge
in Wien

Abbildung 6: Volkshilfe Wien 2007:23, Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens 1

Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens Maßnahmen	
Senkung des Anteiles der mit dem Bewegungs- und Sportverhalten unzufriedenen MitarbeiterInnen um 5%. ✓✓ Erreicht: 7% 	•Aktivprogramm •Seminar Körpererfahrung •Seminar Body&Mind
Senkung des Anteiles der mit dem Ernährungsverhalten unzufriedenen MitarbeiterInnen um 2%. ✓✓ Erreicht: 6% 	•Schlankschlemmer-Programm •Aktivprogramm – Schwerpunkt Fettverbrennung •Ernährungsvorträge – Gesunde Jause •Gesundes Frühstück •Ernährungsratgeber •Kalorienangaben auf den Speiseplänen

Projekt: ICH tu' was für MICH -

Abbildung 7: Volkshilfe Wien 2007:24, Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens 2

1. Handlungsfeld: Körperliche Beschwerden – Rücken

Es wurden Maßnahmen für alle Bereiche der mobilen Pflege und Betreuung umgesetzt. Aufgrund des Fokus dieser Arbeit auf die direkte Pflegearbeit werden im Folgenden aber nur die für diesen Bereich relevanten Maßnahmen beschrieben.

- Rückenschule für ältere MitarbeiterInnen

Der Altersdurchschnitt in der Volkshilfe Wien liegt bei 43,74 Jahren. Es gab ein Aktivprogramm mit rückenspezifischem Programm und Schulungen für ein rückenschonendes Arbeiten. Weiters wurde auf ein niederschwelliges Angebot geachtet und das Programm richtete sich vorrangig an die älteren MitarbeiterInnen. Der Großteil der TeilnehmerInnen an diesem Programm war zwischen 47 und 51 Jahren alt.

- Rückenschule Pilates

Ab Anfang 2005 wurden verschiedene Rückeneinheiten im Rahmen des Aktivprogramms angeboten. Im Sommer fand einmal in der Woche eine „Gesunder Rücken“-Einheit statt, ab Herbst mehrmals wöchentlich Pilates-Einheiten. Dies war ein Aufbauprogramm für den Rücken und war sowohl für EinsteigerInnen als auch für Fortgeschrittene geeignet und bestand aus Kräftigungs-, Dehnungs- und Mobilisationsübungen, die zur Verbesserung des Körperbewusstseins und zur Linderung der Rückenbeschwerden beitrugen.

- Maßnahmenkatalog zur rückschonenden Arbeitshaltung

Um Nachhaltigkeit zu gewährleisten, wurden die Konzepte der Rückenmaßnahmen in einem Katalog festgehalten, um jederzeit nachschlagen zu können. Die Maßnahmen im Katalog wurden nach Zielgruppen kategorisiert.

- Zivildienerschulung

Auch den Zivildienern wurden richtige Heb- und Tragetechniken beigebracht, um diese im Außendienst einzusetzen. Nach einigen Theoriestunden folgte eine Praxisschulung zum Thema Rollstuhltraining, Transfer von KlientInnen zwischen Rollstuhl und Bett, sowie Tragen und Heben im Haushalt.

2. Handlungsfeld: Müdigkeit, Erschöpfung, Zeitdruck

- Körpererfahrung – Bewusstseinsbildung

In Seminaren wurde auf die eigenen Ressourcen aufmerksam gemacht. Den Beschäftigten wurden Methoden zum „abschalten“ und Möglichkeiten zur Selbsthilfe beigebracht. Ziel war es, die Leistungsfähigkeit zu steigern und die körperlichen Beschwerden zu mindern. Nicht nur beruflicher Stress und Zeitdruck, sondern auch geringes Körperbewusstsein und Körpererfahrungen können Auslöser für körperliche Beschwerden sein.

- Seminar Body and Mind

Den MitarbeiterInnen wurde in einem Seminar erklärt, wie sie Selbsthilfekräfte aktivieren, Schmerzen lindern und Entspannung herbeiführen können. Das Seminar handelte vom Zusammenspiel zwischen Körper und Geist.

- Gesundheitspass

Die TeilnehmerInnen wurden untersucht und es wurde ein individuelles Coachingprogramm erstellt, um die einzelnen Probleme (z.B. Rückenschmerzen durch Physiotherapeuten) zu lösen. Das Ziel war vor allem, auch die Personen zu erreichen, die bislang wenig für ihr körperliches Wohlbefinden und ihre Gesundheit taten.

Dadurch konnte der subjektive Gesundheitszustand verbessert werden, das Personal wurde zu mehr Bewegung animiert und die Maßnahmen wurden auch privat umgesetzt.

3. Handlungsfeld: Risikofaktoren – Übergewicht:

- Gesundenuntersuchung

Gesundenuntersuchungen wurden angeboten, da die meisten Pflegekräfte nicht über ihren Gesundheitszustand Bescheid wussten. Ziel war, das Gesundheitsbewusstsein zu stärken und sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen.

- Schlankschlemmer-Programm

Ein spezielles Abnehmprogramm wurde entwickelt, das den Bedürfnissen der Außendienst-MitarbeiterInnen entsprach und langfristig die Ernährung umstellen sollte.

- Aktivprogramm – Schwerpunkt Fettverbrennung

In Kombination mit dem Schlankschlemmer-Programm wurde Fett verbrannt durch Ausdauertraining wie zum Beispiel Nordic Walking.

- Ernährungsvorträge – Gesunde Jause

Die MitarbeiterInnen im Außendienst ernähren sich oft einseitig und falsch, was zu gesundheitlichen Risiken führen kann. Aus diesem Grund wurden sie im Zuge von Vorträgen darüber aufgeklärt und lernten Alternativen zu ungesundem Essen kennen sowie einfache Rezepte zur schnellen Zubereitung.

- Gesundes Frühstück

Die MitarbeiterInnen sollten möglichst viel Information zum Thema “gesunde Ernährung” bekommen und wurden über die Wichtigkeit des ausgewogenen Frühstücks aufgeklärt.

- Ernährungsratgeber

Alle bisher ausgegebenen Rezepte wurden gesammelt, übersichtlich eingeteilt und allen TeilnehmerInnen des Schlankschlemmer-Programms am Ende ausgehändigt.

4. Evaluierung

Nach drei Jahren wurden im Jahr 2007 noch einmal MitarbeiterInnenbefragungen und Gesundheitszirkel durchgeführt, bei denen folgende Ergebnisse erreicht wurden:

Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens:

Bei den *körperlichen Beschwerden*, die im Gesundheitsbericht genannt wurden, konnte eine Verbesserung um bis zu 12% festgestellt werden.

Im Bereich der *Risikofaktoren* (Cholesterinwerte, Blutdruck) wurden ebenfalls Verbesserungen erzielt und der Anteil der Personen, die nicht über ihren Gesundheitszustand und Risikofaktoren Bescheid wussten, konnte halbiert werden. Weiters wurde die Anzahl der Übergewichtigen reduziert und das Ernährungsverhalten bei vielen (44% der Befragten) zum Positiven geändert.

Auch das *Bewegungsverhalten* hat sich in diesen drei Jahren verbessert, vor allem bei der Gruppe der 40 bis 49jährigen.

Verbesserung der Arbeitszufriedenheit:

Die *Arbeitsbewältigung* (Abstimmung von persönlicher Arbeitsfähigkeit und Arbeitsanforderungen) verbesserte sich um 2%, das *Arbeitsinteresse* sogar um 3% und die *Zusammenarbeit* um 3,5%. Nur noch 9% der Belegschaft gibt an, das Unternehmen in den nächsten Jahren verlassen zu wollen.

Auch die *Zusammenarbeit* wurde im Vergleich zu 2004 um 3,5% verbessert (Human Work Index).

Nachhaltigkeit

Die Implementierung von Gesundheitsbeauftragten sollen die Nachhaltigkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung gewährleisten.

Regelmäßige Newsletter an die MitarbeiterInnen weisen auf neue Maßnahmen hin, ein Großteil der umgesetzten Maßnahmen wird auch weiterhin beibehalten.

2.2.8.2. Wiener Rotes Kreuz - „Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung“

Alle folgenden Daten und Ergebnisse stammen aus dem Projektabschlussbericht des Wiener Roten Kreuzes (Rotes Kreuz Wien 2005). Die Einteilung und Unterpunkte dieses Kapitels wurden zu einem großen Teil übernommen, aber in eigene Worte gefasst, wenn nicht anders gekennzeichnet.

Das Modellprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung“ wurde zum einen Teil in den Gesundheits- und Sozialen Diensten des Wiener Roten Kreuzes und zum anderen Teil im Fachbereich Pflege des Fonds Soziales Wien durchgeführt.

Das Projekt richtete sich an 140 Gesundheits- und Krankenpflegepersonen des Fonds Soziales Wien, die im Außendienst tätig waren und an 360 MitarbeiterInnen des Wiener Roten Kreuzes. Von diesen waren ca. 300 HeimehelferInnen, die übrigen 60 arbeiteten als

PflegehelferInnen oder diplomierte Pflegekräfte. Von diesen insgesamt 500 Beschäftigten waren nur 4% männlich. Die HeimhelferInnen waren im Schnitt 45 Jahre alt, die diplomierten Pflegekräfte und die PflegehelferInnen waren durchschnittlich 40 Jahre alt.

Zur Information der MitarbeiterInnen wurden Präsentationen gestaltet, eine quartalsmäßig erscheinende Projektzeitung initiiert, persönliche Gespräche geführt, vorhandene Strukturen genutzt (Intranet, schwarzes Brett, Teambesprechungen, Betriebsversammlungen, etc.), es wurden Projekt-Info-Tage veranstaltet und die Ergebnisse der Gesundheits- und Gesundheitszirkelberichte verbreitet. Beide Organisationen veranstalteten ein Abschlussevent.

Die *Zielsetzungen* des durchgeführten Projekts:

- Belastungen, Anforderungen, aber auch Ressourcen der MitarbeiterInnen erkennen und das Verständnis für die besondere Arbeitsumgebung erhöhen,
- die Ressourcen stärken und die Belastungen im täglichen Arbeitsfeld reduzieren,
- ArbeitgeberInnen und Entscheidungsträger auf politischer Ebene für das Thema sensibilisieren und
- Erfahrungen aus dem Projekt mit anderen Organisationen teilen und Nachhaltigkeit sichern.

Projektablauf

Sowohl beim Fonds Soziales Wien als auch beim Wiener Roten Kreuz gliederte sich das Projekt in folgende Unterpunkte:

- Ist-Analyse
- Gesundheitszirkel
- Gesundheitsbericht
- Lösungsentwicklung
- Umsetzung der gesundheitsfördernden Maßnahmen
- Externe Prozess- und Ergebnisevaluation

1. Ist-Analyse

In dieser Phase, die von September 2002 bis Februar 2003 andauerte, wurde die gesundheitliche Situation, Belastungen und Ressourcen der Beschäftigten erhoben. Zu den Erhebungsmethoden zählten Interviews und Befragungen, Beobachtungen der Situation in den Wohnungen und der Einsatzwege, schriftliche Befragungen, Sichtung betrieblicher Daten und Dokumente zu Fehlzeiten, Fluktuation, Organisationsabläufen, berufsspezifischen Leitfäden, etc.

Die Ergebnisse lauten kurz zusammengefasst:

- Belastungen resultieren aus der Art der Tätigkeit (z.B. Heben oder Tragen), aus den organisatorischen Rahmenbedingungen der Arbeit (z.B. steigende Anforderungen und gleichzeitiger Personalmangel) und der fehlenden Anerkennung.

Die Berufsgruppe der HeimhelferInnen ist den meisten emotionalen Belastungen ausgesetzt durch die sozial-kommunikative Betreuung der KlientInnen. Dennoch erhalten sie über ihre Ausbildung kaum Ressourcen zur Bewältigung. Weiters beklagen sie die mangelnde Anerkennung am meisten. Fehlende Anerkennung kann zu chronischen Gesundheitsproblemen führen. Gerade deshalb ist es wichtig, dieses Problem auf gesellschaftlicher und innerbetrieblicher Ebene zu lösen.

Durch das Bild der „starken Einzelkämpferin“ werden Belastungen kaum angesprochen, da das oftmals als Schwäche gewertet wird.

Diese Belastungen können schnell zu körperlicher und emotionaler Überbeanspruchung führen und Burnout auslösen.

- Die Anzahl der Krankenstände war überdurchschnittlich hoch, vor allem bei den HeimhelferInnen.
- Strukturelle Defizite wurden kaum sichtbar, da die MitarbeiterInnen diese oftmals durch überdurchschnittlichen Einsatz kompensierten.

- In einer Organisation traten gesundheitliche Belastungen vermehrt bei Beschäftigten auf, die länger als 12 Jahre dort arbeiten, familiäre Verpflichtungen haben und über 40 Jahre alt waren. In der anderen Organisation verhielt es sich umgekehrt: Jüngere und jene, die nicht länger als 12 Jahre diesen Beruf ausübten, fühlen sich dort besonders belastet.
- Ressourcen der Beschäftigten waren vor allem die hohe Identität mit der Tätigkeit und dem Unternehmen, die positiv wahrgenommene Beziehungen zu den KlientInnen, die eigene Problemlösekompetenz und das hohe Erfahrungswissen.

2. Gesundheitszirkelarbeit

Im Zuge der Gesundheitszirkel konnten sich die Beschäftigten kritisch mit ihrer Arbeitssituation auseinandersetzen, gesundheitsbelastende Ereignisse analysieren und dazu Lösungsvorschläge erarbeiten. Vorhergegangene Analyseergebnisse flossen nicht in die Gesundheitszirkelarbeit mit ein. Zwei externe Moderatorinnen leiteten die Gesundheitszirkel, die im Fonds Soziales Wien von September bis November 2003 durchgeführt wurden und beim Wiener Roten Kreuz zwischen März und Mai 2003. Die Ergebnisse ähnelten denen der Befragungen und Interviews und beinhalteten sowohl räumliche, technische und arbeitsorganisatorische Probleme, als auch körperliche und psychosoziale Belastungen. Die Auswertung wurde der Steuerungsgruppe vorgelegt.

3. Gesundheitsbericht

Die Ergebnisse der IST-Analyse und die der Gesundheitszirkelarbeit wurden zusammengefasst und allen MitarbeiterInnen zugänglich gemacht. Sie dienten der Steuerungsgruppe als Grundlage zur weiteren Arbeit.

4. Entwicklung von Lösungen

Diese Phase dauerte von Juli 2003 bis Februar 2004. Ziel war es, konkrete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu erarbeiten. Die beiden Organisationen bestimmten unterschiedliche Maßnahmen, die auf das jeweilige Unternehmen zugeschnitten waren, es gab jedoch ständigen Austausch untereinander.

Es war ein Anliegen beider Organisationen, dass verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen in einem Gleichgewicht stehen.

Bereits im Juli 2003 wurden beim Wiener Roten Kreuz kleinere, leicht zu ermöglichende Maßnahmen umgesetzt, wie z.B. persönliche Postfächer oder neue Information im Heimhilfe-Leitfaden.

Das Wiener Rote Kreuz definierte daraufhin thematische Subprojekte, konkrete betriebliche Gesundheitsförderungs-Maßnahmen, Zielgruppen und Ziele. Diese wurden der Steuerungsgruppe als „Maßnahmenpapier“ vorgelegt. Anfang 2004 wurden die Details und Umsetzung geplant.

Beim Fonds Soziales Wien wurden 46 Problemfelder erkannt und nach Abschluss der Reihung der Priorität wurden zwei Workshops geplant. Daraus resultierend wurden „Arbeitspakete“ benannt und Subprojekte geschaffen.

5. Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen

Diese Subprojekte des Fonds Soziales Wien und des Wiener Roten Kreuz lauteten:

- Gesundheitsangebote
- Arbeitsorganisation und Kommunikation
- Gesund führen
- Direkte Pflege- und Betreuungsarbeit

Die Umsetzung der insgesamt 44 Maßnahmen der vier Subprojekte erfolgte von September 2003 bis Juni 2005.

	Umgesetzte Maßnahmen	Organisation
GESUNDHEITSANGEBOTE	Seminarreihe „In der Balance“ Unterstützung von Frauen in der Berufswelt; Work-Life-Balance, Stressabbau, Abgrenzung, Lebensgestaltung. Ein Angebot der „Humanen Arbeitswelt“ (AUVA) im Rahmen von AEIOU	organisations- übergreifend
	Beratung und Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz – für ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen Ein Angebot des „Service Arbeit und Gesundheit“ (BBRZ) im Rahmen von AEIOU	
	„G'sunde Abrechnungstage“ Durchführung von sieben 2-tägigen „Gesundheitsaktionen“ in zielgruppen- gerechter, kompakter Form; Gesunder Rücken und Nacken, Gesunde Ernährung im mobilen Arbeitsalltag, In der Balance – Ausgeglichenheit und seelisches Wohlbefinden, Qi Gong, Gesundheits-Check, rückschonend und sicher arbeiten, kinästhetischer Transfer, Angebot einer Kurzmassage.	WRK-GSD
	Forum Gesundheit 2-tägiger Workshop; interaktive Befragung der Zielgruppe durch KollegInnen aus der Projektgruppe mit dem Ziel, die persönlichen Gesundheitsstrategien zu sammeln und sie für alle nutzbar zu machen; Bündelung der Ergebnisse in einer Broschüre	
	Broschüre „Das hält mich gesund! Was hält dich gesund?“ HeimhelferInnen, PflegehelferInnen und diplomierte Pflegekräfte im Gespräch über ihre Gesundheit	
	G'sunder Samstag Halbtägig; Entspannungstechniken, Gesundheits-Check, Clever heben und tragen – Praxisschulung, Kinästhetik – Transfer gar nicht so schwer!	
	Durchführung einer „Gesundheitsstraße“ in jedem GSZ Gesundheits-Checks, Lebensstilberatung, Sehtest, arbeitsmedizinische Beratung	FSW
	Fortbildung „Ist Stressreduktion möglich?“ Workshop, theoretischer Input, Demonstration Computer-Biofeedback	
	Fortbildung „Gesund leben mit alternativen Gesundheitsangeboten“ Workshop, Einführung Ayurveda, Kinesiologie	

Abbildung 8: Rotes Kreuz Wien 2005:32, Beispiele von Maßnahmen im Subprojekt „Gesundheitsangebote“

	Umgesetzte Maßnahmen	Organisation
ARBEITSORGANISATION und KOMMUNIKATION	Einrichtung von persönlichen Postfächern für alle MitarbeiterInnen Jede/r Mitarbeiter/in bekommt dauerhaft ein eigenes Postfach in der Zentrale eingerichtet	WRK-GSD
	Neue Infos im Heimhilfe-Leitfaden Ergänzungen im Heimhilfe-Leitfaden zu Unterstützungsangeboten, Umgang mit Wegzeit bei Doppelauftrag, GSD-Bereitschaft	
	Aufnahme der Kategorie „Kommunikation“ in die Heimhilfe-Dokumentation Kategorie „Kommunikation“ bekommt einen eigenen Platz in der Dokumentation	
	Einsatz von zwei Case-ManagerInnen (DGKP) Konkrete Unterstützung von HeimhelferInnen bei „schwierigen Fällen“	
	Teamentwicklung „Pfleger“ Teamentwicklungsprozess mit diplomierten Pflegekräften und PflegehelferInnen; in zwei Gruppen zu jeweils ca. 20 Personen	
	Einbringen von Ergebnissen in GSD-Projekt „Arbeitszeitmodelle“ Ergebnisse aus der IST-Analyse zu Arbeitszeiten, Dienstplänen und Einsatzplanung wurden dem laufenden GSD-Projekt zur Verfügung gestellt	
	Seminar für TeamleiterInnen Optimierung der EDV-Tourenplanung	
	Workshop „Betriebliche Gesundheitsförderung – gemeinsam aktiv“ Hierarchieübergreifende Zusammensetzung; Interpretation der Fragebogenergebnisse zur Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses	FSW
	Workshop „Gemeinsam das Ziel erreichen“ Erarbeitung verbindlicher Kommunikationsstrukturen zwischen den Gremien des Projekts und den Teamleitungen	
	Info-Blatt „Mobile Datenerfassung“ Informationen über den Projektstand „Mobile Datenerfassung“ und Schulungen für MitarbeiterInnen, die im Umgang mit PC noch wenig versiert sind	
	Konzepterstellung „Übernahme von KlientInnen nach Urlaub/Krankenstand am ersten Arbeitstag in regulärer Dienstzeit“ Neuregelung der PatientInnen-Übernahme in der regulären Dienstzeit	
	Info-Blatt der Gleichbehandlungsbeauftragten Beiblatt in der Projektzeitung; Information über Unterstützungsangebote der Gleichbehandlungsbeauftragten und Kontaktfrauen	
	Durchführung eines Gewinnspiels mit gesundheitsbezogenen Preisen (über Projektzeitung) gesundheitsbezogene Fragen; zu gewinnen waren zwei Drei-Monats-Pässe für Health-Club und ein Massagegutschein (von Sponsor zur Verfügung gestellt)	

Abbildung 9: Rotes Kreuz Wien 2005:33, Beispiele von Maßnahmen im Subprojekt „Arbeitsorganisation und Kommunikation“

	Umgesetzte Maßnahmen	Organisation
GESUND FÜHREN	Führungskräfteseminar „BGF als Managementinstrument“ Möglichkeiten der Verankerung von BGF in den Organisationsalltag, Aspekte eines salutogenen Führungsverhaltens, Selbstmanagement als Kernkompetenz gesunder Führung	organisationsübergreifend
	Coaching für Führungskräfte Reflexion der Zusammenarbeit, Finden neuer Wege bzw. Lösungsstrategien	WRK-GSD
	Coaching für Teamleiterinnen Gruppen-Coaching; ein Angebot der „Humanen Arbeitswelt“ (AUVA) im Rahmen von AEIOU	
	Seminar für Teamleiterinnen Grundlagen der Führung und Gesprächsführung	
	Integration von BGF-Grundsätzen in Qualitätspolitik und Leitbild Aufnahme von BGF-Grundsätzen im QM-Handbuch	
	Coaching für Teamleiterinnen Gruppen-Coaching; ein Angebot der „Humanen Arbeitswelt“ (AUVA) im Rahmen von AEIOU	FSW
	Interviews mit Teamleiterinnen zur Erfassung der speziellen Belastungsbereiche leitfadengestützte Gruppeninterviews mit Teamleiterinnen des Case- und Care-Managementbereichs	
	Teilnahme des Projektteams in beratender Funktion im Qualitätszirkel „Unternehmenskultur“ Einbringen der Projekt-Erfahrungen in den laufenden Qualitätszirkel „Unternehmenskultur“	

Abbildung 10: Rotes Kreuz Wien 2005:34, Beispiele von Maßnahmen im Subprojekt „Gesund führen“

	Umgesetzte Maßnahmen	Organisation
DIREKTE PFLEGE- und BETREUUNGSARBEIT	Supervision Reflexion über die Arbeit, Finden von Lösungen und Strategien im Umgang mit Problemen	WRK-GSD
	Heimhilfe-Fortbildung 2004 „Umgang mit schwierigen Situationen bei KlientInnen“ Umgang mit psychisch Kranken, Alkoholkranken, Dementen	
	Heimhilfe-Fortbildung 2005 (Wahlmöglichkeiten) Schaffung von Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Themen: „Umgang mit Sterbenden“, „Grundzüge der Validation“, „Burn-out“ und „Zeitmanagement“	
	Info-Blatt „Information zur Beschaffung von Hebehilfen“ Praktische Information über den Beschaffungsweg von Hebehilfen	
	Einbezug von erfahrenen HeimhelferInnen in Ergonomieschulungen Praxisnahe Gestaltung der Übungssituationen	
	Info-Blatt „Ressourcen zur Unterstützung in schwierigen Betreuungssituationen“ Auflistung hilfreicher Telefonnummern und möglicher Vorgehensweisen	FSW

Abbildung 11: Rotes Kreuz Wien 2005:34: Beispiele von Maßnahmen im Subprojekt „Direkte Pflege- und Betreuungsarbeit“

Drei Beispiele haben sich aus Sicht des Projektteams besonders bewährt und werden im Folgenden beschrieben.

- Der Workshop „Betriebliche Gesundheitsförderung: gemeinsam aktiv“ stellt ein gutes Beispiel für hierarchieübergreifende Lösungsfindung dar.

Bei der Interpretation der Ergebnisse von der MitarbeiterInnen-Befragung konnten alle Hierarchieebenen ihre Sichtweise des jeweiligen Problems einbringen. Ziel des Workshops, der von externen ModeratorInnen geleitet wurde, war es, ein gemeinsames Verständnis und Akzeptanz für die Resultate der Befragung zu schaffen, um die richtigen Maßnahmen zu planen. Zuerst wurden die Ergebnisse präsentiert und danach versucht, Hintergründe und mögliche Erklärungsansätze zu finden. Des Weiteren wurden Handlungsfelder und Ressourcen bestimmt, um diese zu fördern. Ergebnisse des Workshops waren Lösungsvorschläge und einige konkrete Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit.

- Bei den „g'sunden Abrechnungstagen“ im Wiener Roten Kreuz zeigte sich, dass eine betriebliche Gesundheitsförderungs-Maßnahme nicht kostspielig sein muss und leicht in die bestehenden Strukturen eingebaut werden kann. An zwei Tagen im Monat konnten die ca. 300 HeimhelferInnen ihre erbrachten Stunden mit den TeamleiterInnen abrechnen. In diesen eineinhalb Stunden bezahlter Arbeitszeit inklusive Wegzeit wurden arbeitsnahe „Gesundheitseinheiten“ vermittelt. Dies stieß auf positive Resonanz bei den Beschäftigten und wurde als Anerkennung wahrgenommen. Die KollegInnen konnten sich während dieser Zeit austauschen und der Kontakt zu Führungskräften war ebenfalls gegeben. Die Präventivkräfte konnten die HeimhelferInnen an diesen Tagen besonders gut erreichen um das Angebot, das arbeitspsychologische, -medizinische und sicherheitstechnische Maßnahmen beinhaltete, vorzustellen. Seit Anfang 2005 werden die „g'sunden Abrechnungstage“ quartalsweise durchgeführt.
- Das dritte Beispiel zeigt die Umsetzung der zentralen Punkte der betrieblichen Gesundheitsförderung: Partizipation, Ressourcenorientierung und Nachhaltigkeit. Die Beschäftigten im Außendienst haben kaum Möglichkeit zum kollegialen Austausch und erhalten dadurch wenig soziale Unterstützung. Im Rahmen der Abrechnungstage wurde dieser kollegiale Austausch allerdings ermöglicht und die KollegInnen konnten Erfahrungen austauschen, wie sie mit schwierigen KlientInnen umgehen und tauschten andere Strategien zur Förderung der eigenen Gesundheit, wie beispielsweise in Stresssituationen, aus. All diese Tipps und Tricks flossen in die Broschüre „*Das hält mich gesund! Was hält dich gesund?*“, die auch anderen Trägerorganisationen zugänglich gemacht wurde.

Doch nicht alle Maßnahmen waren so erfolgreich und beliebt wie diese drei. Die „G'sunden Samstage“, an denen halbtags eine Gesundheitsstraße stattfand, war für die Beschäftigten nicht attraktiv genug bzw. konnte nicht wahrgenommen werden. Aus finanziellen bzw. organisatorischen Gründen konnten z.B. die Anschaffung von Diensthandys für die Heimhilfe oder die Schaffung einer Parkscheinregelung nicht umgesetzt werden.

Einige Maßnahmen landeten auf der To-Do-Liste, da sie zwar schon geplant, aber noch nicht umgesetzt werden konnten. Dazu zählte z.B. die Aufrüstung der PC-Ausstattung in den Gesundheits- und Sozialzentren des Fonds Soziales Wien.

6. Externe Prozess- und Ergebnisevaluation

Evaluiert wurde von April 2003 bis Mai 2005 anhand von systematisch erhobenen Daten. Dadurch konnten Aussagen zu Plausibilität, Akzeptanz, Machbarkeit, Qualität, Output und Impact des Projekts gemacht werden. Die angewandten prozessorientierten Methoden waren beispielsweise Besprechungen mit Projektverantwortlichen, Auswertung von Protokollen und Berichten, schriftliche Befragungen und Interviews. Evaluiert wurden nur die Wirkungen während des Projekts und keine langfristigen Ergebnisse. Evaluiert wurde zu Beginn, während des Modellprojekts und die Ergebnisevaluation lief von Februar bis Mai 2005.

Die Ergebnisse zeigten, dass das Modellprojekt für MitarbeiterInnen und Führungskräfte ein geeignetes und akzeptiertes Projekt ist, um verhaltens- und organisationsbezogene gesundheitsförderliche Veränderungen umsetzen und entwickeln zu können.

Nachhaltigkeit

Während des Projekts wurde darauf geachtet, dass die entwickelten Strukturen beibehalten werden können, um die Nachhaltigkeit zu sichern. Natürlich müssen auch die Beteiligten bereit sein, die gesammelten Erfahrungen und die Ergebnisse weiterhin zu nutzen.

3. EMPIRISCHER TEIL

Im vorigen Kapitel (2.2.) wurde aufgezählt, welche Maßnahmen die Volkshilfe Wien und das Wiener Rote Kreuz zusammen mit dem Fonds Soziales Wien anbieten, um die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen zu fördern.

Durch die Befragung von Beschäftigten des Roten Kreuz Wien soll nun die betriebliche Gesundheitsförderung aus der Sicht von Menschen mit Migrationshintergrund beleuchtet werden.

Welche der vorgestellten Maßnahmen sind den MitarbeiterInnen bekannt, wo liegen ihre Interessen und warum nehmen sie an einigen Maßnahmen teil, an anderen aber nicht?

Gibt es kultursensible Angebote für Beschäftigte mit Migrationshintergrund, bzw. was verstehen die Betroffenen unter kultursensiblen Angeboten?

Wird solch eine migrantInnenspezifische Behandlung überhaupt gewünscht?

Auf diese Fragen wird im folgenden Kapitel eingegangen.

Zu Beginn wird das methodische Vorgehen beschrieben. Wie werden welche Daten erhoben, wer waren die InterviewpartnerInnen und wie werden die gewonnenen Ergebnisse der Interviews ausgewertet?

Danach werden die Ergebnisse beschrieben, interpretiert und diskutiert.

Am Schluss stehen das Fazit des empirischen Teiles sowie Empfehlungen für weitere Forschung zu diesem Themenbereich.

3.1. *Methodisches Vorgehen*

Methode der Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte durch halbstandardisierte Interviews. Bei dieser Vorgehensweise wird ein Interviewleitfaden vorbereitet, der dabei hilft, eine Übersicht über das Thema zu bekommen (Mayer 2002:124).

Der Interviewleitfaden, der bei den Gesprächen verwendet wurde (siehe Anhang), bestand aus Fragen, die in Anlehnung an die Forschungsfragen ausgesucht wurden. Die Reihenfolge und Formulierung der Fragen wurden an die Situation angepasst. Manchmal wurde nachgefragt, um klare Antworten zu erhalten. Die meisten Gespräche wurden auf einem Tonträger aufgenommen, zwei Personen wollten das nicht, weshalb Stichworte notiert wurden.

Folgende Themenbereiche wurden vorbereitet und der Interviewsituation passend gefragt:

- bekannte Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung
- Teilnahme ja/nein sowie Gründe dafür bzw. dagegen
- kultursensible Angebote in der Organisation

Rekrutierung der InterviewpartnerInnen

Um meine Interviews durchführen zu können, war ich auf der Suche nach Personen, die folgende Kriterien erfüllen sollten:

- beschäftigt in der Hauskrankenpflege,
- diplomiertes Gesundheits- und Pflegepersonal oder Pflegehilfe,
- Beschäftigung in einem Betrieb, der betriebliche Gesundheitsförderung anbietet,
- Personen mit Migrationshintergrund

Zuerst wurden die Volkshilfe Wien und das Rote Kreuz Wien in einer E-Mail über mein Anliegen informiert. Beide Organisationen bekamen das Gütesiegel zur betrieblichen Gesundheitsförderung von 2005-2008 aufgrund von „vorbildlichen gesundheitsförderlichen Maßnahmen bei mobilen Diensten“ verliehen. (<http://www.wgkk.at> Zugriff am 31.10.2009)

Ich durfte mich bei der Volkshilfe Wien persönlich vorstellen und mein Anliegen vertreten, mir wurde danach allerdings leider abgesagt mit der Begründung, dass es den MitarbeiterInnen momentan zu viel wäre, da sie derzeit auf mobile PDA umgestellt werden.

Das Rote Kreuz Wien war wesentlich kooperativer, unterstützte mich bei der Suche nach passenden InterviewpartnerInnen und organisierte Termine und Räumlichkeiten für mich.

3.2. Beschreibung der InterviewpartnerInnen

Insgesamt fanden zehn Einzelinterviews beim Roten Kreuz Wien im 3. Bezirk statt.

Acht der zehn InterviewpartnerInnen waren Frauen, was auch den hohen Frauenanteil in der Hauskrankenpflege widerspiegelt.

Vier der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund wurden im ehemaligen Jugoslawien (Bosnien-Herzegowina und Serbien) geboren, zwei auf den Philippinen, zwei in Rumänien, jeweils eineR in Österreich (die Eltern stammen aus Persien) und Polen.

Die Hälfte der InterviewpartnerInnen hatte zum Zeitpunkt der Befragung die österreichische Staatsbürgerschaft.

Die Frage, welcher Berufsgruppe die Interviewten zugeordnet werden können, beantworteten sieben mit „PflegehelferInnen“ und drei mit „diplomiertes Gesundheits- und Pflegepersonal“.

Fünf der zehn Befragten arbeiten erst seit 2008 oder 2009 beim Roten Kreuz in Wien, die andere Hälfte arbeitet bereits zwischen fünf und acht Jahren in der Organisation.

Zwei Personen waren unter 30 Jahre alt, vier zwischen 31 und 40 Jahren und weitere vier zwischen 41 und 50 Jahren.

3.3. Datenauswertung

Bei der Auswertung der Interviews habe ich mich für ein interpretativ-reduktives Verfahren entschieden (Mayer 2002:166f). Bei dieser Methode bleibt man bei dem Offensichtlichen, was gesagt wurde. Die Interviews werden auf das wesentliche reduziert, umschrieben und kategorisiert. Danach wird das Datenmaterial miteinander verknüpft und interpretiert.

Die zentralen Aspekte bei diesem Verfahren sind Kodierung, Kategorisierung und Synthesisierung.

In einem ersten Schritt wird versucht, die Daten, die im Zusammenhang mit der Forschungsfrage stehen, zu erkennen. Danach werden die Inhalte kodiert, also in Überbegriffe zusammengefasst, und in Kategorien eingeteilt. Nachdem das Datenmaterial einzeln verkodet wurde, entwickelt man ein Categoriesystem, indem die einzelnen Kodierungen zusammengefasst werden. In einem letzten Schritt werden Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kategorien hergestellt (Mayer 2002: 166f).

4. ERGEBNISDARSTELLUNG

4.1. Ergebnisse der Interviews

- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Zum Einstieg in das Interview wurden die Arbeitskräfte gefragt, welche Maßnahmen ihnen einfallen, die das Rote Kreuz anbietet, um die Gesundheit der MitarbeiterInnen zu fördern.

Diese Frage sollte mir einen Überblick verschaffen, über welche gesundheitsfördernden Maßnahmen die Beschäftigten Bescheid wissen.

Acht der befragten nannten auf Anhieb Fortbildungen. Bei näherem nachfragen stellte sich jedoch heraus, dass damit in den meisten Fällen die vorgeschriebenen Fortbildungen gemeint waren, die mehr dem Wohle der KlientInnen dienen als der eigenen Gesundheit.

Aber auch Auffrischkurse wie zum Beispiel Erste Hilfe gehörten zu dieser Kategorie.

Drei Personen nannten Impfungen, die in der Arbeit angeboten werden, und weitere drei Personen nannten Vorträge und Information zu richtiger Ernährung. Die Vermittlung dieses Wissens ist auch Teil der Ausbildung beim Roten Kreuz Wien.

Zwei Mal wurde Supervision genannt, die angeboten wird, wenn die Beschäftigten über Probleme oder Belastungen sprechen möchten. In diesem Zusammenhang wurde auch der Betriebsarzt genannt, der jederzeit konsultiert werden kann.

Einer der Befragten erwähnte Schutzmaßnahmen wie den Gebrauch von Handschuhen, die in unbegrenzter Zahl zur Verfügung stehen.

Zwei Mal wurde positiv erwähnt, dass während den wöchentlichen Besprechungen Obst bereitgestellt wird. Zu diesen Besprechungen wurde außerdem erwähnt, dass dort die Möglichkeit für kollegialen Austausch und Unterstützung besteht.

„[...] das ist wie Entspannung, das tut uns gut.“ (zit. aus Interview 10)

Eine befragte Person konnte sich noch an das Projekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung“ (siehe Kapitel 2.1.7.) erinnern und erwähnte in diesem Zusammenhang die gesunden Abrechnungstage.

Von den insgesamt 23 verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen, die beim Wiener Roten Kreuz im Zuge des Projekts durchgeführt worden sind, konnten die befragten MitarbeiterInnen nur sehr wenige nennen. Dazu zählten die „g'sunden Abrechnungstage“, die Supervision und die beiden Fortbildungen für die Beschäftigten in der Heimhilfe.

Es muss allerdings auch erwähnt werden, dass sich einige der 23 Maßnahmen – zum Beispiel im Subprojekt „Gesundes Führen“ - nicht an die Pflegenden selbst richten, sondern hauptsächlich an TeamleiterInnen und Beschäftigte in Führungspositionen.

Mögliche weitere Gründe werden bei der Interpretation im Abschnitt „Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse“ angeführt.

Alle befragten Personen waren mit dem Angebot der Gesundheitsförderung zufrieden. Eine Person würde sich ein Sportprogramm einmal monatlich wünschen, ist aber der Meinung, dass kein Termin zustande kommen würde, an dem viele KollegInnen Zeit haben.

Nach Angaben mehrerer Pflegepersonen werden die Beschäftigten regelmäßig nach ihren Wünschen gefragt, auch bezüglich der Gesundheitsförderungsmaßnahmen, und diese werden dann nach Möglichkeit umgesetzt.

- Teilnahme an den Maßnahmen

Fünf der Befragten nehmen an den Maßnahmen teil, die ihnen zum Thema Gesundheitsförderung eingefallen sind. Als häufigster Grund wird Interesse genannt, gefolgt von Zusammentreffen mit KollegInnen.

„[...] weil ich mich informieren möchte.“ (zit. aus Interview 7)

„[...] das is auch gut für uns, gut für Kommunikation [...]“ (zit. aus Interview 9)

Der Hauptgrund für die Nichtteilnahme ist nach Angabe der Befragten der Faktor Zeit.

Einerseits gehen sich manche Maßnahmen durch die unterschiedlichen Arbeitszeiten nicht aus, andererseits möchten viele der Befragten ihre Freizeit lieber mit ihrer Familie verbringen, da diese sonst oft zu kurz kommt.

„Es dreht sich alles um die Familie, Haushalt, da bleibt wenig Zeit.“ (zit. aus Interview 4)

„[...] also ich mache jetzt grundsätzlich nur die Kurse auf die ich auch gehen muss, aus dem Grund, dass ich eine 25-Stunden Kraft bin, das bedeutet, ich bin ständig beschäftigt.“ (zit. aus Interview 1)

Eine Arbeitskraft möchte nicht mehr Zeit in der Arbeit verbringen als nötig, eine weitere Pflegeperson sprach vor allem die Impfungen an, zu denen sie aus persönlichen Gründen nicht gehen möchte.

Eine weitere interviewte Person meidet die Supervision, da sie diese nicht für notwendig hält.

„Ich nehm' alles sehr locker, mach mir keinen Stress und daher brauch ich das nicht.“ (zit. aus Interview 7)

- Gewünschte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Die Befragten sind mit der angebotenen Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb zufrieden, vor allem, da sie einen Teil davon selbst mitbestimmen können (siehe oben). Ein Mann würde gerne einmal im Monat mit den KollegInnen Sport betreiben, was aufgrund der unterschiedlichen Arbeitszeiten aber leider sehr schwierig zu organisieren ist.

- Kultursensible Angebote

Es gibt für die MitarbeiterInnen des Roten Kreuz Wien keine migrantInnenspezifischen Angebote. Allerdings werden diese auch von keinem der zehn Befragten gewünscht.

„[...] ich hab keine Ahnung ob es sowas gibt, weil ich brauche sowas nicht ehrlich gesagt. [...] weil wenn man neue Sachen lernt is gut, dass man das auf Deutsch lernt, weil das sind diese speziellen Ausdrücke oder sowas wenn sie hören das auf Muttersprache, Sie können das nicht so weiterleiten.“ (zit. aus Interview 1)

„Solange wir gleich behandelt werden wie die Inländer, dann sind wir schon zufrieden, das ist schon so richtig.“ (zit. aus Interview 2)

„Ich mein, wenn man schon hier arbeitet, sollte man auch die Sprache gut können.“ (zit. aus Interview 4)

- Persönliche Gesundheitsförderung

Acht der zehn Befragten gaben an, für eine bessere Gesundheit in ihrer Freizeit gelegentlich Sport zu treiben, einer trainiert auf ärztliche Verordnung regelmäßig am Hometrainer. Nur eine Person gibt an, gar keine sportliche Aktivität auszuführen. Drei Personen achten auf gesunde Ernährung bzw. haben einen Ehepartner, der gesund und vitaminreich kocht.

4.2. Zusammenfassung und Diskussion der theoretischen und empirischen Ergebnisse

Im Literaturteil dieser Arbeit wurde Information über betriebliche Gesundheitsförderung, den Arbeitsplatz mobile Pflege und den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit zusammengestellt.

Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Vorbeugung von Krankheiten am Arbeitsplatz, die Stärkung von Gesundheitspotentialen und die Verbesserung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz.

Gerade in einem Arbeitsumfeld wie der mobilen Pflege, wo die Fluktuationsrate hoch ist und die Arbeitskräfte unter starken psychischen und physischen Belastungen stehen ist es wichtig, die Beschwerden der Beschäftigten zu verringern und ihre Ressourcen zu fördern.

Im Bereich der mobilen Pflege arbeiten auch Menschen mit Migrationshintergrund. Aufgrund der in der Literatur beschriebenen Unterschiede im Gesundheitsverhalten wird in dieser Arbeit ein besonderes Augenmerk auf die Gesundheitsförderung von Arbeitskräften mit Migrationshintergrund gelegt.

Einschlägige Literatur geht davon aus, dass Menschen mit Migrationshintergrund seltener an Präventionsprogrammen teilnehmen als die einheimische Bevölkerung.

Im empirischen Teil der Arbeit wurde auf Basis von zehn Einzelinterviews mit Beschäftigten mit Migrationshintergrund in der mobilen Pflege im Wiener Roten Kreuz versucht zu klären, ob das auch auf betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme zutrifft und was die möglichen Gründe dafür sind. Außerdem sollte erhoben werden, ob es in diesem Betrieb migrantInnenspezifische, gesundheitsfördernde Angebote für die Belegschaft gibt oder nicht.

Weiters wurde der Versuch unternommen herauszufinden, wie viele Beschäftigte mit Migrationshintergrund bei der Volkshilfe Wien und dem Roten Kreuz Wien arbeiten.

Außerdem werden in diesem Unterkapitel die Antworten aus den Interviews interpretiert und Schlüsse daraus gezogen.

- „Wie viele Personen mit Migrationshintergrund gibt es in dem Betrieb?“

Sowohl das Wiener Rote Kreuz als auch die Volkshilfe Wien konnten mir diese Frage nicht beantworten. Nach eigenen Angaben der Organisationen werden diese Daten nicht erhoben. Das Wiener Rote Kreuz wollte mir lediglich anbieten, herauszufinden, wie viele ihrer MitarbeiterInnen einen Nachnamen mit der Endung „-ic“ haben. Beide Organisationen gaben allerdings an, dass der Großteil der Beschäftigten einen Migrationshintergrund hat.

- „Wie viele davon nahmen an den gesundheitsfördernden Programmen teil, die in der Organisation, in der sie arbeiten, angeboten werden?“

Diese Frage kann leider nicht beantwortet werden, da wie oben bereits erwähnt, die Information über die Anzahl der MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund fehlt. Laut Angaben des Wiener Roten Kreuzes gibt es bei der Teilnahme allerdings keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Auch die Volkshilfe Wien teilt laut telefonischer Auskunft des Leiters des Projektes „Ich tu' was für mich“ diese Meinung.

- Motive für die Teilnahme an den Maßnahmen

Fünf der zehn Befragten gaben an, an den ihnen bekannten Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Gründe dafür waren:

1. soziale Beziehungen

Beschäftigte im Außendienst haben während der Arbeitszeit keinen Kontakt zu KollegInnen und keine Möglichkeit zum Austausch. Bei gemeinsamen Aktivitäten wie der Beteiligung an Gesundheitsförderungsmaßnahmen bietet sich allerdings die Möglichkeit eines Zusammentreffens und des kollegialen Austauschs.

Eine Form der Verarbeitung von einschneidenden Erlebnissen im Beruf ist es, sich darüber mit KollegInnen zu unterhalten, die vielleicht schon in einer ähnlichen Situation gewesen sind und Hilfe anbieten können, oder einfach nur zuhören und dadurch die Belastungen reduzieren.

2. Interesse an den Inhalten

Die Thematik der Gesundheit und Gesundheitsförderung weckt Interesse bei einigen Befragten. Sie möchten sowohl über ihre eigene Gesundheit mehr erfahren, als auch über die ihrer PatientInnen, weshalb sie an Weiterbildungen teilnehmen.

- Motive für die Nichtteilnahme an den Maßnahmen

Doch nicht alle befragten Pflegekräfte können und möchten an betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen teilnehmen. Die entscheidenden Faktoren dafür waren:

1. Zeit

Vier Personen gaben als einzige Begründung für die Nichtteilnahme den Faktor Zeit an.

Zeitmangel kann unterschiedlich interpretiert werden.

Diese Begründung weist darauf hin, dass sie andere Prioritäten setzen und sich für Gesundheitsförderung keine Zeit nehmen möchten. Diese gewonnene Zeit wird dann mit anderen, zum Beispiel familiären, Aktivitäten gefüllt.

Auch überbetriebliche Rahmenbedingungen lassen eine Teilnahme nicht immer zu. Manche Termine gehen sich auch aufgrund der unterschiedlichen Arbeitszeiten trotz Interesse nicht aus.

2. Interesse an den Inhalten

Wie bereits erwähnt wussten die Befragten nur wenig über die in der Arbeit angebotenen Gesundheitsförderungsprogramme Bescheid. Dieser niedrige Informationsstand hängt möglicherweise mit dem geringen Interesse zusammen.

3. Image

Gerade bei psychischen Belastungen fällt es vielen Menschen schwer, darüber zu sprechen. Vor allem in der mobilen Pflege gibt es in unserer Gesellschaft ein Bild von EinzelkämpferInnen, die keine Hilfe benötigen. Oft wird es auch unter KollegInnen als Schwäche dargestellt, die Supervision bei belastenden Ereignissen in Anspruch zu nehmen.

4. persönliche Gründe

Beim Wiener Roten Kreuz werden regelmäßig Impfungen als Gesundheitsvorsorge angeboten. Eine Person lässt sich aus persönlichen Gründen nicht in ihrer Organisation impfen, weil sie dem Impfen kritisch gegenübersteht.

- Kultursensible Angebote

Laut Antworten der InterviewpartnerInnen gibt es keine speziellen Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung für Beschäftigte mit Migrationshintergrund, diese werden aber nach eigenen Angaben auch nicht gewünscht.

Viele bezogen die Kultursensibilität auf die deutsche Sprache, nicht auf kulturelle oder religiöse Ansichten. Während der Interviews gab es keine Verständigungsprobleme. Eine Person mit schlechteren Deutschkenntnissen möchte die Arbeit nutzen, um ihre sprachlichen Fähigkeiten weiter auszubauen.

Die Befragten fühlen sich sehr gut in die österreichische Gesellschaft integriert und möchten deshalb auch nicht besonders behandelt werden.

Eine Pflegerin fordert sogar ein gewisses Maß an Integration von Nichtdeutschsprachigen, um in Österreich arbeiten zu können.

- Barrieren beim Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu Gesundheit und Prävention

Es kann aufgrund der vorgehenden Ergebnisse der Interviews nicht pauschal von migrantInnenspezifischen Barrieren gesprochen werden, da die vier genannten Gründe der Nichtteilnahme nicht als spezifische Barriere für Menschen mit Migrationshintergrund angesehen werden können.

Dazu muss allerdings erwähnt werden, dass die Befragten nicht viele der Maßnahmen nennen konnten. Ein möglicher Grund dafür ist, dass derzeit kaum Maßnahmen angeboten werden. Eine weitere mögliche Erklärung ist, dass einige Maßnahmen so sehr in den Berufsalltag integriert sind, dass sie diese als selbstverständlich ansehen und deshalb nicht bei der Befragung erwähnt haben.

Sofern Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nicht regelmäßig

durchgeführt werden, wissen die neuen MitarbeiterInnen auch nicht darüber Bescheid. Fünf der Befragten waren noch nicht einmal 10 Monate beim Roten Kreuz angestellt und haben selbst angegeben, dass es vielleicht gesundheitsfördernde Maßnahmen gibt, sie aber noch nicht darüber in Kenntnis gesetzt wurden. In letzterem Fall ist es Sache der Organisation, diese Information weiterzuleiten. Da die Teilnahme an den Interviews auf Freiwilligkeit basierte, haben sich womöglich auch nur jene Personen gemeldet, die der Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber aufgeschlossener sind. Weiters ist zu beachten, dass die Interviews nur mit einem kleinen Teil der MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und in nur einer Organisation durchgeführt werden konnten.

Auch ist es möglich, dass die Befragten so gut integriert sind, dass sie bezüglich des Gesundheitsverhaltens keine Unterschiede im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung mehr aufweisen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass dieses Verhalten auf alle Pflegekräfte mit Migrationshintergrund zutrifft.

- persönliche Gesundheitsförderung der Befragten

Obwohl nicht alle Befragten an den Gesundheitsförderungsmaßnahmen in ihrer Organisation teilnehmen, achtet ein Großteil (acht Personen) in ihrer Freizeit auf die Gesundheit. Dies geschieht durch sportliche Aktivitäten und gesunde Ernährung.

4.3. *Fazit und Empfehlungen für die weitere Forschung*

Durch die demographische Entwicklung und dem erwarteten Anstieg der pflegebedürftigen Menschen die sich wünschen, möglichst lange in ihrem eigenen Haushalt verbleiben zu können, wird der Sektor der mobilen Pflege in Zukunft noch stärker ausgebaut werden müssen.

Aufgrund des Personalmangels müssen auch vermehrt Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund ausgebildet werden. Diversity@care ist hierbei ein vorbildliches Beispiel, um Menschen mit Migrationshintergrund den Einstieg in den Pflegeberuf zu erleichtern. Auch in Hinblick auf die immer älter werdenden MigrantInnen, die in den 1960ern als „GastarbeiterInnen“ angeworben wurden und bald in ein Alter kommen, in dem der Pflegebedarf aktuell werden kann, stellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eine wichtige Ressource transkultureller Pflege dar. Die sprachliche und kulturelle Kompetenz kann in der Pflegepraxis durchaus von Vorteil sein.

Durch die hohe Fluktuationsrate und den vielfältigen Belastungen in diesem Berufsfeld ist es eine Herausforderung, qualitativ hochwertige Pflege bereitzustellen.

Um die Motivation und Gesundheit der Beschäftigten mit und ohne Migrationshintergrund sicherzustellen, eignen sich Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

In der Literatur wird zwar erwähnt, dass Personen mit Migrationshintergrund seltener an Gesundheitsvorsorgemaßnahmen und Präventionsangeboten teilnehmen, dies lässt sich allerdings aufgrund der Ergebnisse der Untersuchung in dieser Arbeit nicht bestätigen.

Dass es sich aus unterschiedlichen Zeitgründen nicht immer ausgeht, ist keine kulturspezifische Barriere und kann nicht auf den Migrationshintergrund zurückgeführt werden.

Bei einer zukünftigen Forschung über betriebliche Gesundheitsförderung von Menschen mit Migrationshintergrund wäre es interessant, eine Vergleichsgruppe mit Menschen ohne Migrationshintergrund zu befragen.

Außerdem ist diese Arbeit nur auf einer sehr kleinen Stichprobe aufgebaut und die Interviews wurden mit Personen durchgeführt, die sehr gut integriert sind und auch keine Kommunikationsprobleme haben.

Auch wäre es wichtig, mehr Menschen in solch eine Studie mit einzubeziehen, um die

Ergebnisse vergleichbar zu machen.

Wichtig ist vor allem, die Personengruppe zu erreichen, die schlechter integriert ist und über keine guten Deutschkenntnisse verfügt.

Es ist notwendig, diesen Personen migrantInnenspezifische Maßnahmen anzubieten, um ihnen den Zugang zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu erleichtern.

Nur durch solche Angebote kann der gleiche Zugang sowohl für Menschen mit als auch ohne Migrationshintergrund gewährleistet und die Ungleichheit im Gesundheitssystem abgebaut werden.

5. QUELLEN- UND LITERATURVERZEICHNIS:

Akbal, S. (1999): Nichtdeutschsprachige bzw. ArbeitsmigrantInnen als Kundinnen des Wiener Gesundheitswesens. In: David M., Borde T., Kentenich H. (Hg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse, 209-216

Amesberger H./ Halbmayr B./ Liegl B. (2003): Gesundheit und medizinische Versorgung von Immigrant/innen. In: Fassmann H./ Stacher I. (Hgg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Demografische Entwicklungen- sozioökonomische Strukturen- rechtliche Rahmenbedingungen. Klagenfurt: Drava, 171-194.

Amesberger H./ Auer, K./ Halbmayr, B. (2001): Zugewanderte PatientInnen im Wiener Gesundheitssystem. Unveröffentlichter Forschungsbericht im Auftrag der Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II und des Wiener Krankenanstalten Verbundes. Wien.

Antonovsky A./ Franke A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.

AOK Bundesverband (Hg.) (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung. Das macht sich bezahlt! Fakten, Firmen, Erfolge. Bonn.

AschG – ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (2006): Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit. Wien.

AUVA (2009): Impuls Broschüre – Erkennen von Stressfaktoren und optimieren von Ressourcen im Betrieb. Wien: Reumiller & Reumiller

Bachinger E./ Csitkovics M./ Wais K. (2005): Gesundheitsbericht Wien 2004. Wien: Stadt Wien.

Badura, B./Hehlmann T. (Hg.) (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Baldaszi, E. (2006): Stand der Forschung zur Migration in Österreich. Eine kurze Übersicht. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz. Bd. 49/9. Stadt Wien: Springer, 861-865.

Bamberg E./ Ducki A./ Metz A. (Hgg.) (1998): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Schriftenreihe Psychologie und innovatives Management. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Becker P. (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung- Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Peter Paulus (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektive für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG, 81-107.

Becker R./ Minsel B. (1986). Psychologie der seelischen Gesundheit. Bd. 2, Göttingen: Hogrefe.

BMGF (2005): Public Health in Austria. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.

Brieskorn-Zinke M. (2004): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und

Lernbuch zur Gesundheit. 2. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Busch C./Huber E./ Themessl M. (1998): Zum Stand betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich. In: Bamberg E./ Ducki A./ Metz A. (Hgg.): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Schriftenreihe Psychologie und innovatives Management. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Cinar D. (2007): Integration vor Einbürgerung: die Staatsbürgerschaftsrechtsnovelle 2005. In: Fassmann H. (Hg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt-Celovec, 41-47

Currle E. (2004): Migration in Europa – Daten und Hintergründe. Stuttgart: Lucius & Lucius

Csitkovics M. et al (1997): Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien. MA 15/ Dezernat für Gesundheitsplanung.

DAK-BGW (Hg.) (2006): DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege. Hamburg: Deutsche Angestellten-Krankenkasse und Bundesgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

David M./ Borde T. (2001): Kranksein in der Fremde? – Türkische Migrantinnen im Krankenhaus, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

DiePresse (16.10.2008): Asyl-Barometer – Weniger Flüchtlinge in Österreich. <http://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/423036/index.do> (Zugriff am 30.10.2009)

DiePresse (9.12.2008): Gesundheit: Kollaps ohne Migranten. <http://diepresse.com/home/panorama/integration/436423/index.do> (Zugriff am 14.11.2009)

Ducki A. (1998): Allgemeine Prozessmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Bamberg E./ Ducki A./ Metz A. (Hgg.): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Schriftenreihe Psychologie und innovatives Management. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 135 -145

Ertl R./Katzer U. (2007): Hauskrankenpflege. Wissen – planen – umsetzen, 2. Aufl., Wien: Facultas

Fassmann H./ Mürz R. (1990): Einwanderungsland Österreich? In: Demographische Information. Wien: ÖAW, 85-91.

Fassmann H./ Stacher I (Hgg.) (2003): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Demographische Entwicklungen- sozioökonomische Strukturen- rechtliche Rahmenbedingungen. Klagenfurt: Drava.

Fassmann H. (Hg.) (2007): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt-Celovec

Fonds Soziales Wien (2009): Hauskrankenpflege. <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/hauskrankenpflege.html> (Zugriff am 11.9.2009)

Fritz S. (2006): Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen. (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit. Zürich: vdf Hochschulverlag.

Gasser S. (2003): Was hält Rettungskräfte gesund? Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Kohärenzgefühl, sekundäre traumatischem Stress und Flow- Erleben bei Mitarbeitern des Rettungsdienstes in Südtirol. Diplomarbeit Innsbruck.

Grossmann R. (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung- Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In: Jürgen M. Pelikan/ Hildegard Demmer/ Klaus Hurrelmann (Hgg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa, 43-60.

Höppner H. (2004): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Reihe Wissenschaft, Bd. 60. Frankfurt/ Main: Mabuse Verlag.

Hurrelmann K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4. überarb. Aufl. v. Sozialisation und Gesundheit. Weinheim: Juventa,

Kohlbacher J. (2007): Entwicklung der Asylanträge 1997-2006. In: Fassmann H. (Hg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt-Celovec, 163-165

Kohn M.L. (1990): Arbeit und Persönlichkeit- ungelöste Probleme der Forschung. [Work and personality- unresolved problems of research. 1985, p. 41-73]. In: Ernst- H. Hoff/ Lothar Lappe/ Wolfgang Lempert (Hgg.): Arbeitsbiographie und Persönlichkeitsentwicklung. Bern: Hans Huber Verlag.

Kondratowitz H.-J. (2005): Die Beschäftigung von Migranten/innen in der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Bd. 38/6. Heidelberg: Steinkopff, 417-424.

Krenn M./ Papouschek U. (2003): Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen. Qualitative Studie im Auftrag des Forschungsinstitutes des Wiener Roten Kreuzes im Rahmen des Moduls 6 „Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung“. FORBA-Forschungsbericht 3/2003. Wien: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt.

Lebhart G./ Marik-Lebeck S. (2007): Zuwanderung nach Österreich: aktuelle Trends. In: Fassmann/ Heinz (Hgg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006: Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen. Klagenfurt- Celovec, 145-162.

Lebhart G./ Marik-Lebeck S. (2007): Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In: Fassmann/ Heinz (Hgg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006: Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen. Klagenfurt-Celovec, 165-182.

Lenhart M. B. (2009): Pflegekräftemigration nach Österreich. Eine empirische Analyse des mittel- und südosteuropäischen Raumes. Wien: Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung (Hg.) (1998): Die Lebens- und Gesundheitssituation von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk. Wien.

Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau (Hg.) (1996): Wiener Frauengesundheitsbericht 1996. MA 15- Gesundheitswesen, Referat III/1- Gesundheitsberichterstattung. Wien.

Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (1997): http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/MMDB123866_Luxemburg%20Deklaration%20deutsch.pdf (Zugriff am 24.02.2009)

Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas

Mohr G./ Udris I. (1997): Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: Ralf Schwarzer (Hg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 53-573.

National Report Austria (2003): Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung. Internationale Organisation für Migration. Wien.

Nowak P/ Krajic K./ Vyslouzil M. et al. (November 2003): Pflegenotstand in Österreich. Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien.

ÖBIG (1997): Arbeitssituation ambulante Pflege- und Sozialdienste Wiens. Im Auftrag des Dachverbandes Wiener Pflege- und Sozialdienste. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

ÖBIG (2006): Österreichischer Pflegebericht. Wien. ÖBIG.

ÖGPP (2008): Zuwanderung nach Österreich. http://www.politikberatung.or.at/typo3/fileadmin/02_Studien/8_Migration/zuwanderung_achoesterreich.pdf (Zugriff am 22.8.2009)

Österreichischer Integrationsfonds (Hg.) (2009): Migration und Integration. Zahlen, Daten, Fakten 2009. Wien

Pammer Ch. (2000): Was macht MigrantInnen krank? www.zebra.or.at/zebratl/2k/3/gesundheit.htm (Zugriff am 13.09.2009)

Pelikan Jürgen M./ Demmer H./ Hurrelmann K. (Hgg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa.

Pöchlhacker F. (1997): Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. In: Dezernat für Gesundheitsplanung der Stadt Wien (Hg.) MA 15.

Razum O./ Spallek J. (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. In: Medizinische Klinik Bd. 102 Nr.6, München, 451-456.

Razum O./ Twardella D. (2002). Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. Trop Med Int Health 7: 4–10.

Reinprecht Ch. (1999): Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studien zur Lebensplanung, sozialen Integration und Altersplanung. Senior-Plus-Projekt. Wien.

Reinprecht Ch. (2000): Ältere MigrantInnen und einheimische SeniorInnen. Zur Lebenssituation der älteren ausländischen und einheimischen Wohnbevölkerung in Wien. In: SWS-Rundschau Bd. 40/1, 63-80.

Reinprecht Ch. et al. (2005): MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich und zur Situation älterer MigrantInnen in Wien. EQUAL Entwicklungspartnerschaft IIS. Wien.

Ressourcen: In: Duden. Das Fremdwörterbuch. Mannheim, Bibliographisches Institut &

F.A. Brockhaus AG

Richter P./ Hacker W. (1998): Belastung und Beanspruchung. Heidelberg: Asanger-Verlag

Rotes Kreuz Wien (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung – Projektabschlussbericht.
http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderteprojekte/FgoeProject_142171/87072
(Zugriff am 23.8.2009)

Schaffenberger E./ Juraszovich B./ Pochobradsky E. (1999): Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Schambortski H. (Hg.) (2008): Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz – Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe. München: Elsevier, Urban & Fischer

Schmidt G./ Giorgi L./ Pohoryles R./ Pohoryles-Drexel S. (1992): Ausländer und Gesundheit. Eine handlungsorientierte Studie zur adäquaten Nutzung präventiver und kurativer Gesundheitseinrichtungen durch in Wien ansässige ausländische Populationen. Forschungsbericht. Wien: Interdisziplinäres Forschungszentrum Sozialwissenschaften.

Schenk L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: Int J Public Health 52 (2007) 87–96

Schwartz W. (Hg.) (2003): Das Public Health Buch- Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München: Elsevier.

Simoens S./ Villeneuve M./ Hurst J. (2005): Tackling Nurse Shortages in OECD-Countries. OECD Health Working Paper Nr. 19. Paris.

Simsa R./ Schober Ch./ Schober D. (o.J.): Personalmanagement und Arbeitszufriedenheit in Organisationen der Altenbetreuung- und Pflege. (keine weiteren Angaben gefunden)

Spicker I./ Schopf A. (2007): Gesund arbeiten im Außendienst. Informationen und Tipps für MitarbeiterInnen und Betriebe in der mobilen Pflege und Betreuung. Broschüre. 1. Aufl. Wien: Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes.

Stadt Wien (2001): Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (AutorInnen: Freidl W. et al.). Wien

Stadt Wien (2002): Gesundheitsbericht Wien 2002. (Autorin: Bachinger E.), Wien.

Stadt Wien (2002b): Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien (Autorin: Urbas E.), Wien

Stadt Wien (2004): Wiener Gesundheitsbericht 2004 (AutorInnen: Bachinger E. et al.), Wien

Statistik Austria (2005): Volkszählung. Erwerbspersonen nach beruflichen und wirtschaftlichen Merkmalen. Wien: Österreich GmbH.

Statistik Austria (2008a): Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Wohnbevölkerung in Privathaushalten. 1. Quartal 2008. Wien.
http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/032181 Zugriff am 10.9.2009

Statistik Austria (2008b): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien.

Statistik Austria (2009): Statistisches Jahrbuch für Migration und Integration. Österreichischer Integrationsfonds. Wien.

Statistik Austria/BMI (2009): Asylanträge seit 1999 nach Staatsangehörigkeit. http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_asylantraege_022914.pdf (Zugriff am 30.10.2009)

Steffgen G. (Hg.) (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung – problembezogene psychologische Interventionen. Hogrefe: Göttingen

Udris I./ Kraft U./ Mussmann C./ Rimann M. (1992): Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben. Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In: Psychosozial, Jg. 15, Heft IV, 9-23.

Ulich E. (1994): Arbeitspsychologie. 3. überarb. u. erw. Aufl. Zürich, Stuttgart: vdf, Hochschulverlag a. d. ETH Zürich.

Urbas E. (2002): Mikrozensus 1999- Ergebnisse zur Gesundheit in Wien. Wien: Stadt Wien.

Vogt I. (2006): Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K./Laaser U./Razum O. (Hgg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa

Volkshilfe Wien (2007): Abschlussbericht Ich tu´ was für mich – Arbeitsbewältigung und langfristiger Verbleib am Arbeitsplatz mobile Pflege und Betreuung. http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderteprojekte/FgoeProject_197174/792990 (Zugriff am 28.8.2009)

Volkshilfe Wien - Diversity@care <http://www.volkshilfe.at/diversitycare> (Zugriff am 10.8.2009)

Walter U. (2003): Vorgehensweisen und Erfolgsfaktoren. In: Badura B. und Hehlmann T.(Hg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.S. 73-109.

WHO- World Health Organization (1986): Ottawa Charta. Genf: WHO.

Wimmer-Puchinger B. et al. (2000): Frauengesundheitsförderung. Strategien zur zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Frauen, Migrantinnen und schwangeren Frauen. BM für Soziale Sicherheit und Generationen. (Reihe: Originalarbeiten- Studien- Forschungsberichte) Bd. 3. Wien.

Wimmer-Puchinger B./ Baldaszi E. (2001): Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Wiener Klinische Wochenschrift, Bd. 113/13, 516-526. (http://www.springer.at/periodicals/fulltxt/00435325/full_2001_113_13_516.pdf)

ANHANG

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Traditioneller Arbeitsschutz/Betriebliche Gesundheitsförderung..	33
Abbildung 2: Ebenen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	37
Abbildung 3: Ebenen der Intervention.....	39
Abbildung 4: Stressfaktoren und Ressourcen.....	46
Abbildung 5: Projektziele.....	58
Abbildung 6: Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens 1.....	60
Abbildung 7: Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens 2.....	61
Abbildung 8: Beispiele von Maßnahmen im Subprojekt „Gesundheitsangebote“.....	70
Abbildung 9: Beispiele von Maßnahmen im Subprojekt „Arbeitsorganisation und Kommunikation“.....	71
Abbildung 10: Beispiele für Maßnahmen im Subprojekt „Gesund führen“.....	72
Abbildung 11: Beispiele von Maßnahmen im Subprojekt „Direkte Pflege- und Betreuungsarbeit“.....	73

Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden bestand aus Fragen, die in Anlehnung an die Forschungsfragen ausgesucht wurden. Sowohl Reihenfolge als auch Formulierung der Fragen wurde an die Situation angepasst.

Welche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der MitarbeiterInnen fallen Ihnen in Ihrem Betrieb ein?

Bei welchen Maßnahmen haben Sie aktiv teilgenommen?

Warum haben Sie dort teilgenommen?

Gibt es Maßnahmen oder Angebote, die Sie nicht interessiert haben? Welche?

Welche Gründe gibt es dafür?

Gibt es Angebote speziell für MigrantInnen in Ihrem Betrieb?

Sind Sie mit diesem Angebot zufrieden?/ Würden Sie sich solche Angebote wünschen?

Außerdem wurde abgefragt:

Geburtsland, Staatsbürgerschaft, Muttersprache, Dauer des Aufenthalts in Österreich, Berufsgruppe (Pflegehilfe, Heimhilfe oder diplomiertes Gesundheits- und Pflegepersonal), Altersgruppe, sowie die Dauer der Beschäftigung im Betrieb.

Anfrage Volkshilfe Wien und Rotes Kreuz Wien

Nina Kern

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

E-Mail: nina.kern@gmx.at

Juli 2009

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich schreibe derzeit im Rahmen des Studiums Pflegewissenschaft an meiner Diplomarbeit zum Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung von migrantischen Arbeitskräften in der mobilen Pflege“.

Mich interessiert dabei vor allem, an welchen Maßnahmen zur BGF die Beschäftigten mit Migrationshintergrund teilnehmen oder nicht teilnehmen, sowie die Gründe dafür. Um dies in Erfahrung zu bringen habe ich vor, Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund, die in der mobilen Pflege arbeiten, zu den BGF-Maßnahmen in ihrer Organisation zu befragen.

Falls Ihr Betrieb Gesundheitsförderung von MitarbeiterInnen durchführt, bitte Sie, mich bei der Suche nach möglichen InterviewpartnerInnen zu unterstützen.

Für eine Antwort und eventuelle Rückfragen stehe ich gerne per e-mail (nina.kern@gmx.at) zur Verfügung.

Vielen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen,

Nina Kern

Lebenslauf

Angaben zur Person

Name	Nina Kern
Geburtsdatum	14.10.1986
Geburtsort	Wien
Staatszugehörigkeit	Österreich

Ausbildung

09/1992-06/1996	Volksschule Groß-Enzersdorf
09/1996–04/2004	Bundesgymnasium Gänserndorf/ Neusprachlicher Zweig
10/2004–01/2010	Universität Wien – Studium Pflegewissenschaft

Berufserfahrung im Pflegebereich

August 2005	Praktikum im Pensionisten- und Pflegeheim Wolkersdorf
Mai 2007	3-wöchiges Praktikum am Landekrankenhaus Graz auf der Station Orthopädie