



# Interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen Manual



Ein Projekt des Frauengesundheitszentrums FEM Süd,  
Institut für Frauen- und Männergesundheit





### **„Gesund arbeiten ohne Grenzen“**

ein Projekt des Frauengesundheitszentrums FEM Süd  
gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich,  
Wiener Programms für Frauengesundheit/Wiener Gesundheitsförderung  
und Wiener Gebietskrankenkasse

<b>Einleitung</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Ausgangslage</b> .....	<b>3</b>
1.1 Frauen und Arbeit – die Situation am Arbeitsmarkt .....	3
1.2 (Un-)Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Partnerschaft/Familie/Kindern .....	4
1.3 Migrantinnen und Niedriglohnbranchen .....	4
1.4 Arbeitsweise des Instituts für Frauen- und Männergesundheit (FEM, FEM Süd und MEN) .....	5
1.5 Das Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ .....	6
<b>2 Methode der „klassischen“ betrieblichen Gesundheitsförderung</b> .....	<b>7</b>
<b>3 Durchführung von interkultureller betrieblicher Gesundheitsförderung für Frauen</b> .....	<b>8</b>
3.1 Implementierungsphase .....	8
3.1.1 Projektvorstellung vor der Führungsebene .....	8
3.1.2 Implementierung der Steuerungsgruppe .....	8
3.1.3 Dokumentenanalyse/Vorgespräche .....	9
3.1.4 Projektvorstellung vor der Steuerungsgruppe .....	9
3.1.5 Zugang zur Zielgruppe .....	9
3.1.6 Kick Off als wesentlicher Projektanstoß .....	9
3.2 Diagnosephase .....	10
3.2.1 Vorerhebung .....	10
3.2.2 Methode der Fragebogen-Erhebung sowie der Einzelinterviews .....	10
3.2.3 Durchführung von interkulturellen sowie muttersprachlichen Gesundheitszirkeln für Frauen .....	11
3.2.4 Methode der Gesundheitszirkel .....	13
<b>Chronologische Vorgehensweise und Methoden im interkulturellen Gesundheitszirkel für Frauen</b> .....	<b>14</b>
3.3 Interventionsplanung .....	18
3.4 Umsetzung der Interventionen .....	18
3.5 Evaluation .....	19
<b>4 Handlungsempfehlungen für interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Fazit</b> .....	<b>22</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>23</b>

## Einleitung

Vorliegendes Manual soll interessierten ExpertInnen/ Institutionen eine Unterstützung bieten, betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte für Frauen in Niedriglohnbranchen (Reinigungskräfte, Wäschereimitarbeiterinnen etc.) unter Einbeziehung ihres Migrationshintergrundes durchzuführen. Es richtet sich an AkteurInnen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die ihre Aktivitäten um die Komponenten Gender und Diversity bereichern wollen.

Erfahrungen und Schlussfolgerungen, die Inhalt dieses Manuals sind, konnten im Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 1 und 2 des Frauengesundheitszentrums FEM Süd gewonnen werden und

haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Zielgruppe des Projekts waren vorwiegend Frauen aber auch Männer, die im Krankenhaus im Bereich Reinigung und Wäscherei tätig sind. Dabei wurden insbesondere MigrantInnen aus Bosnien, Kroatien und Serbien angesprochen. Aufgrund der Geschlechterverteilung in der Zielgruppe (80% bis 100% weiblich) wurde das Projekt v.a. frauenspezifisch ausgelegt – für die männliche Zielgruppe wurde mit dem Männergesundheitszentrum MEN kooperiert.

Es werden wesentliche Phasen des Projektablaufs berücksichtigt und mögliche „Stolpersteine“ bei der Durchführung beachtet. Die Konzentration des vorliegenden Manuals liegt auf der Arbeit mit der Zielgruppe im Gesundheitszirkel. V. a. im projektspezifischen Fragebogen findet die Gender-Komponente Berücksichtigung, die Erläuterungen zur Arbeit in den Gesundheitszirkeln basieren auf Frauengruppen und sind somit als Basis für frauenspezifische Gruppen zu sehen.

Für das vorliegende Manual war das Setting im Wiener Krankenanstaltenverbund Basis für die erworbenen Erkenntnisse, dennoch ist die Generalisierung auf Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Niedriglohnbranchen möglich. Der Wiener Krankenanstaltenverbund hat hier eine innovative VorreiterInnenrolle eingenommen. Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen – im vorliegenden Projekt für Hausarbeiterinnen – wird hier groß geschrieben.



## 1 Ausgangslage

Steigende Belastungen am Arbeitsmarkt und psychosoziale Stressoren sowie die damit verbundenen vermehrten Krankenstände führen dazu, dass betriebliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz immer breiteren Raum einnimmt und auch seitens der ArbeitgeberInnen unterstützt wird.

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU (1997) definiert betriebliche Gesundheitsförderung wie folgt: „Betriebliche Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen – einschließlich arbeitsbedingte Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress – Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern“.

Trotz zahlreicher Instrumente und Praxisansätze im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung werden frauenspezifische Themen selten angesprochen. Die betriebliche Gesundheitsförderung als „Männerrdomäne“ geht von eindeutig messbaren Größen wie Arbeitsdauer, Grad der körperlichen Belastung, ergonomischen Faktoren etc. aus. Psychosoziale Faktoren finden in der Praxis oft wenig Berücksichtigung. Doch ist es unter dem Gesichtspunkt der zunehmenden Diversität im Arbeitskontext wesentlich, gender- und kulturspezifische Aspekte in die betriebliche Gesundheitsförderung zu integrieren. Bislang gibt es kaum Projekte, die explizit die Bedürfnisse von Frauen unter Einbeziehung ihres Migrationshintergrundes adressieren. Bei herkömmlichen Gesundheitsförderungsprojekten haben viele Migrantinnen vor allem aufgrund von sprachlichen Barrieren keinen Zugang. Dies betrifft insbesondere Frauen in Niedriglohnbranchen.

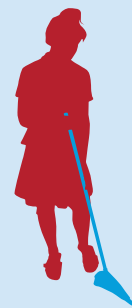
### 1.1 Frauen und Arbeit – die Situation am Arbeitsmarkt

Der Großteil der Frauen in Österreich, ob mit oder ohne Kinder, ist erwerbstätig. Laut Statistischem Zentralamt (2009) liegt die Beschäftigungsquote bei Frauen im erwerbsfähigen Alter derzeit bei 66,3%, die der Männer bei 75,4%. Der nähere Blick auf die geschlechtsspezifische Situation am Arbeitsmarkt macht deutliche Unterschiede sichtbar: Frauen sind besonders häufig teilzeit- oder atypisch beschäftigt, belegt der Bericht des Rechnungshofes (2008, S. 17): In den Jahren 2006 und 2007 waren in Österreich 39% aller erwerbstätigen Frauen (4% aller erwerbstätigen Männer) teilzeitbeschäftigt. Neun von zehn Teilzeitbeschäftigungen werden von Frauen ausgeführt.

Hamann und Linsinger (2008, S. 32) weisen darauf hin, dass sich Frauen in Österreich und Deutschland „stärker als im Durchschnitt der EU-Länder auf wenige Berufe konzentrieren“. Genannt werden hier Büroberufe, nichtärztliche Gesundheitsberufe wie Krankenpflege, Arzthelferinnen, weitere Tätigkeiten im Verkauf und im sozialen Bereich wie zum Beispiel Altenpflegerinnen sowie Berufe in der Reinigung und Entsorgung.

Wie hier bereits durchklingt, ist auch die vertikale Verteilung geschlechtsspezifisch geprägt. Frauen sind deutlich seltener in höheren Hierarchiestufen vertreten: Pirolt und Schauer (2005, S. 6) zeigen auf, dass in Österreich „56% aller Angestellten weiblich sind, der Frauenanteil bei führenden Tätigkeiten 25% beträgt, bei Hilfstätigkeiten jedoch 70%“. Diesbezüglich resümiert der aktuelle EU-Gleichstellungsbericht (2009): „Je höher die Position, desto seltener ist sie durch eine Frau besetzt“.

Die Geschlechtszugehörigkeit schlägt sich besonders deutlich im Verdienst nieder. Die plakative Initiative des „Equal pay day“ der Business and Professional Women Austria macht die Gehaltsschere klar erlebbar: Im Jahr 2008 hätte eine Frau in Österreich bis zum 16. April des Folgejahres arbeiten müssen, um den gleichen Jahresverdienst wie ein Mann zu erwerben. Laut aktuellem EU-Gleichstellungsbericht belegt Österreich unter den 27 EU-Ländern diesbezüglich den vorletzten Platz – lediglich in Estland ist die Einkommensschere größer.



## 1.2 (Un-)Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Partnerschaft/Familie/Kindern

„Wir leben nicht mehr in einer „entweder-oder“- sondern in einer „sowohl-als auch“-Welt“, äußert sich Marilyn Carlson Nelson, Chairman and Chief Executive Officer, Carlson Companies, Inc., am Women World Congress (Wien, Rathaus, 4. März 2009) in ihrem Vortrag pointiert über weibliche Lebensplanung. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zählt zu den zentralen Herausforderungen der weiblichen Biografie.

Nach wie vor wird die Zuständigkeit für Kindererziehung und den häuslichen Bereich sowie die – ebenfalls unbezahlte – Pflege Angehöriger Frauen zugeschrieben: Hamann und Linsinger (2008) machen ebenso deutlich wie schon Alfermann (1996), dass den Hauptanteil bei den kind- und haushaltsbezogenen Aufgaben nach wie vor Frauen tragen – unabhängig von der eigenen Berufstätigkeit.

Das „Unter-einen-Hut-Bringen“ beider Bereiche ist die „neue“ Rollenanforderung an Frauen – und erweist sich in der Realität oft als schwierig bis unmöglich. Erwerbs- und Reproduktionsarbeit, wie Haushalt im Gegensatz zur Erwerbsarbeit im Wirtschaftssektor genannt wird, sind zwei Tätigkeitsbereiche, die sich oftmals widersprechen und miteinander nur unter hoher Anstrengung vereinbar sind. Diesen Kraftakt übernehmen Frauen und interpretieren die reale Unvereinbarkeit oft als eigenes Versagen, was zu einer Abwertung der eigenen Leistungsfähigkeit und Person führt.

## 1.3 Migrantinnen und Niedriglohnbranchen

Ist klassische Frauenarbeit bereits stärker dem Niedriglohnsektor zuzuordnen, spitzt sich die Situation für Frauen mit Migrationshintergrund noch deutlich zu. Geringe Bildung, fehlende oder nicht anerkannte Ausbildungen sowie unzureichende Sprachkenntnisse führen zu schlecht bezahlter, körperlich oftmals sehr anstrengender Arbeit an der untersten Stufe der Hierarchie. Diese Kennzeichen der Arbeitssituation sind mit besonderen gesundheitlichen, auch psychischen Belastungen verbunden und können in Zusammenhang mit vermehrten Krankenständen gebracht werden.



Bei Beschäftigten mit Migrationshintergrund werden durchschnittlich mehr Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle und Arbeitsunfähigkeit beobachtet. Erklärungen für Unterschiede im Gesundheitszustand und im Inanspruchnahmeverhalten von in- und ausländischen Beschäftigten werden u. a. in verschiedenen beruflichen Belastungen, aber auch im Gesundheitsverhalten und -verständnis sowie in auf Kulturphänomene gründende betriebliche Kommunikationsprobleme gesehen (Bödeker, Harms & Salman, 2009).

Eine Nische für Erwerbstätigkeit für Frauen mit Migrationshintergrund ist der Reinigungssektor. Reinigungsarbeiten sowohl im informellen Sektor (Hausarbeit) als auch im formellen Sektor (Reinigungsfirmen, Krankenhäuser etc.) werden überwiegend von Frauen ausgeführt, besonders hoch ist hier der Anteil an Migrantinnen. Auffällig ist, dass oftmals Frauen mit qualifizierten Ausbildungen sowohl im formellen, allerdings wahrscheinlich auch im informellen Sektor Tätigkeiten wie zum Beispiel Reinigung oder Pflege nachgehen. Hamann und Linsinger (2008, zit. nach Lutz, 2007) beschreiben diese Tatsache wie folgt: „Die wichtigste Differenzkategorie zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen ist nicht die soziale Klasse, sondern die ethnische Herkunft“. Sind qualifizierte Studien über den formellen Sektor rar, existieren kaum Statistiken über den informellen Sektor.

## 1.4 Arbeitsweise des Instituts für Frauen- und Männergesundheit (FEM, FEM Süd und MEN)

... **die Entstehung:** Das Frauengesundheitszentrum FEM (kurz für die Zielgruppe: Frauen – Eltern – Mädchen) in der Ignaz Semmelweis Frauenklinik ist europaweit das erste Frauengesundheitszentrum, das direkt in einer Frauenklinik angesiedelt ist. Es wurde 1992 im Rahmen des WHO-Modellprojekts „Frauengesundheitsförderung an einer Frauenklinik“ ins Leben gerufen.

Aufgrund des großen Bedarfs fand mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd eine Erweiterung statt. Dieses wurde in einem Schwerpunktkrankenhaus, dem Kaiser Franz Josef-Spital im Mai 1999 implementiert und erhielt einen Arbeitsschwerpunkt in der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Frauen, insbesondere für Migrantinnen.

Das Männergesundheitszentrum MEN wurde im September 2002 gegründet und ist ebenfalls im Kaiser Franz Josef-Spital, SMZ Süd angesiedelt. Schwerpunkt sind alle jene Bereiche und Themen, in denen Männer von Gesundheitsrisiken betroffen sind, unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Gruppen (Armut, Migrationshintergrund, u. a. m.). FEM, FEM Süd und MEN bilden gemeinsam den Verein „Institut für Frauen- und Männergesundheit“.

... **die Grundsätze:** Als oberstes Prinzip des Instituts für Frauen- und Männergesundheit gilt ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis unter zentraler Berücksichtigung von Genderaspekten. Ein besonderes Anliegen der Einrichtungen und Angebote ist es, Frauen und Männern, Eltern, Mädchen und Burschen in allen Lebenslagen zur Verfügung zu stehen, unabhängig von Alter, Bildung, sexueller Orientierung oder kulturellem Hintergrund. Ein besonderes Augenmerk wird auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen und MigrantInnen gerichtet.

... **die Ziele:** Unsere Aufgabe ist es, gesundheitsbewusste Lebensstile von Frauen und Männern zu unterstützen und die Eigeninitiative hinsichtlich des psychischen und physischen Wohlbefindens zu fördern. Dabei werden die Maßnahmen vor dem Hintergrund genderrelevanter Gesichtspunkte geplant und umgesetzt.

### Der Zusammenhang von ...

- weiblicher/männlicher Sozialisation und gesundheitlichen Störungen,
  - frauen-/männerspezifischen Bewältigungsstrategien gesundheitlicher Probleme, sowie
  - weiblicher/männlicher Körperlichkeit
- ... werden als Ausgangs- und Bezugspunkt genommen.

... **die Themen:** Schwerpunktthemen in den Frauengesundheitszentren sind Lebenskrisen, psychische Probleme, Schwangerschaftskonflikt, Essstörungen, sowie Fragen im Zusammenhang mit Partnerschaft, Sexualität, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Elternschaft, Erziehung, Wechseljahre, Mehrfachbelastung, geringer Selbstwert und vieles mehr. Neben der Unterstützung in akuten Krisen kommt der Prävention in den genannten Themenbereichen wesentliche Bedeutung zu.

Schwerpunktthemen im MEN sind Vorsorge, sexuelle und organische Gesundheit, psychische Probleme, Familie, Beziehungen, Arbeitswelt, Süchte, Risikobereitschaft, Gewaltprävention, Konfliktlösung, Migration, Trauma, sexuelle Missbrauchserfahrungen, Ernährung, Bewegung, Entspannung, sexuelle Orientierung u. a. m.

### Das Angebot für NutzerInnen

- Service- und Beratungstelefon
- Persönliche Beratung durch Klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen und PädagogInnen, (deutsch, englisch, französisch, türkisch, bosnisch-kroatisch-serbisch, arabisch)
- Frauen- und männerspezifische Kurs- und Workshopangebote, Vorträge und Informationsveranstaltungen sowohl am Standort als auch im aufsuchenden Setting (Vereine, Moscheen, Schulen, Betriebe, öffentliche Plätze, soziale Einrichtungen usw.)
- Selbsthilfegruppen
- Online Beratung

### Vernetzung

Zahlreiche Aktivitäten zur regionalen, nationalen und internationalen Vernetzung werden gesetzt. Die Frauengesundheitszentren sind beispielsweise Mitinitiatorinnen des Netzwerkes Österreichischer Frauengesundheitszentren. Das Männergesundheitszentrum ist Mitglied des European Men's Health Forum (EMHF) sowie der International Society for Men's Health (ISMH).

## Programm- und Projektentwicklung

Durch die Erfahrungen aus dem direkten Austausch mit Frauen und Männern sowie den zahlreichen Vernetzungsaktivitäten werden wir auf aktuelle Versorgungslücken oder speziellen Bedarf aufmerksam.

Aus diesem Wissen entwickeln wir:

- neue Programmangebote,
- neue Projekte
- und stellen unser Know-How in Projektkooperationen zur Verfügung.

## Öffentlichkeitsarbeit

Wir informieren über Frauen- und Männergesundheit durch:

- Öffentliche Veranstaltungen und Aktionstage,
- Vorträge auf Kongressen und Tagungen,
- Erstellung von Informationsbroschüren,
- Medienbeiträge.

## 1.5 Das Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung „Gesund arbeiten ohne Grenzen“

Gezielte Gesundheitsförderungsaktivitäten für MitarbeiterInnen in Krankenhäusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes sind weit verbreitet, dennoch fand bisher die Berufsgruppe der Reinigungskräfte („Hausarbeiterinnen“) vor allem aufgrund von Sprachbarrieren kaum Zugang. Diese „multikulturelle“ Zielgruppe, oft mit geringer Bildung und sozial benachteiligt, ist von erheblichen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen betroffen. Reinprecht und Kienzl-Plochberger (2005) zeigen, dass im Wiener Krankenanstaltenverbund die größte Gruppe an weiblichem Personal mit Migrationshintergrund beim Betriebspersonal beschäftigt ist, wozu auch Reinigungskräfte zählen. Hier hat jede fünfte Mitarbeiterin (569 Frauen) eine Staatsbürgerschaft aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien. Die bereits „eingebürgerten“ Mitarbeiterinnen werden in diesen Zahlen nicht berücksichtigt.

Bei den bisherigen Erhebungen in Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes durch das Projektteam betrug der Migrantinnenanteil 65%. Die Herkunftsländer sind primär Bosnien, Kroatien, Serbien und Mazedonien (50%), 6% der Hausarbeiterinnen kommen von den Philippinen, 5% aus der Türkei, 4% aus weiteren Ländern.

Mit der Durchführung von „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ wird erstmals die Gesundheit der Hausarbeiterinnen in den Mittelpunkt gestellt. Der Wiener Krankenanstaltenverbund nimmt hier eine innovative VorreiterInnenrolle ein. Seit dem Jahr 2006 wird hier vom Frauengesundheitszentrum FEM Süd das erste interkulturelle und frauenspezifische Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich durchgeführt. Mittlerweile erfolgten Projektdurchgänge in vier Krankenhäusern sowie einem zuarbeitenden Betrieb. Grundlegendes Projektziel ist die (Weiter-)Entwicklung und Umsetzung gender- und kultursensibler betrieblicher Gesundheitsförderung für gering qualifizierte Mitarbeiterinnen. Bei allen



Vorhaben ist die Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung für Gesundheitsvorsorge, eine Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins und der Arbeitsplatzzufriedenheit sowie das Empowerment der Hausarbeiterinnen zu nennen. Ausgegangen wird von einem umfassenden Gesundheitsbegriff, der psychosoziale Aspekte sowie Wohlbefinden mit einbezieht. Innerbetriebliche Prozesse und Strukturen finden außerdem besondere Berücksichtigung.

Erfahrungen aus bereits durchgeführten Projektdurchgängen sind Basis des vorliegenden Manuals.

## 2 Methode der „klassischen“ betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Methode der „klassischen“ betrieblichen Gesundheitsförderung setzt sich aus vier grundlegenden Bausteinen zusammen, wodurch sich ein logischer Ablaufplan für die Projektdurchführung ergibt. Dieser Prozess wird vom Projektteam und der Steuerungsgruppe, die unter anderem aus der Führungsebene des jeweiligen Betriebes besteht (Mitglieder der Geschäftsführung, Betriebsrat, BetriebsärztInnen, Personalvertretung, GesundheitsförderungsexpertInnen usw.) vorangetrieben und begleitet.

In der **Diagnosephase** ist eine Ist-Analyse von zentraler Bedeutung, um belastende Faktoren sowie gesundheitsfördernde Ressourcen im Betrieb aufzuzeigen. Dabei kommen MitarbeiterInnenbefragungen und Krankenstandsanalysen zum Einsatz. Für eine gute Ausgangslage wird ein Gesundheitsbericht erstellt, um die nächsten Interventionen gut planen zu können.

In der Phase der **Interventionsplanung** wird eine Auswahl der zum Einsatz kommenden Instrumente und Maßnahmen getroffen. Der Gesundheitszirkel ist die Methode der Wahl, um Lösungsvorschläge für Belastungen partizipativ mit den MitarbeiterInnen des Betriebs zu entwickeln. TeilnehmerInnen werden in diesen Prozess als ExpertInnen ihrer jeweiligen Arbeits- und Lebenssituation eingebunden. Gesundheitszirkel sind innerbetriebliche Arbeitskreise, in deren Rahmen sich die Beschäftigten während einer

Anzahl von Treffen über belastende Arbeitssituationen austauschen, diese in der Gruppe analysieren und gemeinsam nach praxisnahen Lösungsmöglichkeiten suchen. Bei Gesundheitszirkeln nach dem Berliner Modell sind alle Beteiligten aus einer hierarchischen Stufe. Ein Vorteil dabei ist, dass ohne die Anwesenheit des/der Vorgesetzten Themen wie Gesundheit, psychosoziale und arbeitspezifische Belastungen besser angesprochen werden können.

Die erarbeiteten Lösungsvorschläge werden nach Abstimmung mit der Steuerungsgruppe in der **Interventionsphase** umgesetzt. Hier kommt es zu maßgeschneiderten Angeboten auf der Verhaltens- und Verhältnisebene. Verhaltensorientierte Maßnahmen setzen beim Lebensstil der MitarbeiterInnen an (z. B. Ernährung, Bewegung, seelische Gesundheit etc.). Unter verhältnisorientierten Maßnahmen sind jene Bereiche zu verstehen, die in den betrieblichen Prozessen und Strukturen verankert sind (z. B. Stress erzeugende Aufgabenverteilung, mangelnde Kommunikation, ergonomische Arbeitsplätze etc.). Hier steht das Projektteam unterstützend und beratend zur Seite und begleitet den innerbetrieblichen Veränderungsprozess.

Mit Hilfe einer **Evaluation** können die veränderten Strukturen sichtbar gemacht werden. Wichtig hierbei ist zu überprüfen, ob die gesteckten Ziele erreicht werden konnten, um eventuell Korrekturen im Rahmen des Projektmanagements vorzunehmen. Weitere Schritte im Betrieb werden geplant, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen.

Der gesamte Projektablauf ist in Abbildung 1 dargestellt:

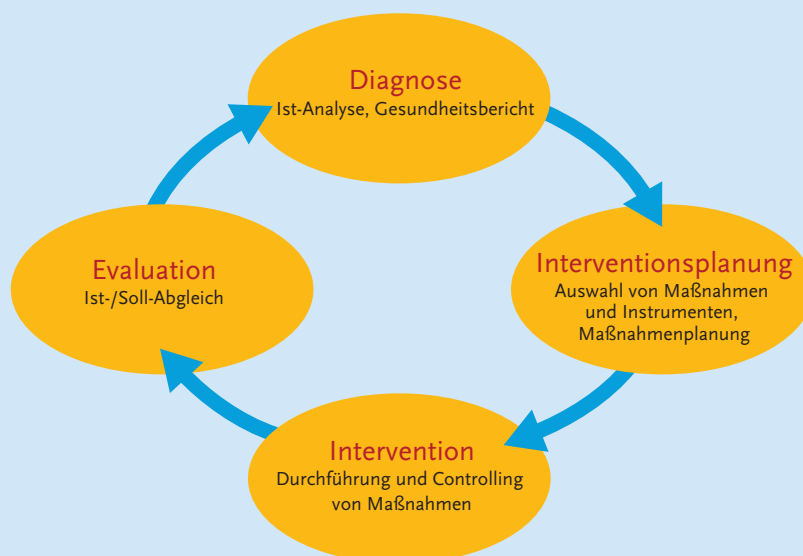


Abbildung 1 7

**Wie gesund ist unser Betrieb?**

**TeilnehmerInnen werden in diesen Prozess als ExpertInnen ihrer jeweiligen Arbeits- und Lebenssituation eingebunden**

**Verhaltens- und Verhältnisbezogene Maßnahmen sind wichtig**

**Haben wir unser Ziel erreicht?**

## 3 Durchführung von interkultureller betrieblicher Gesundheitsförderung für Frauen

Auf Basis der Methode der „klassischen“ betrieblichen Gesundheitsförderungen werden nun Methoden für die Durchführung von interkulturellen Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen abgeleitet.

### 3.1 Implementierungsphase

Um Projekte für Frauen der Zielgruppe, die sich oftmals am unteren Ende der innerbetrieblichen Hierarchie befinden, innerbetrieblich gut zu implementieren, empfiehlt sich die Einholung des Commitments nach dem Top-Down Ansatz. Die Information und Abstimmung über die einzelnen Projektschritte erfolgt in der Krankenhaushierarchie „von oben nach unten“ beginnend bei der Kollegialen Führung (diese besteht im Normalfall aus der ärztlichen Direktion, Verwaltungsdirektion, Pflegedirektion und Technischer Direktion). Diese Vorgehensweise empfiehlt sich generell für Betriebe, hier wird die obere sowie die mittlere Führungsebene miteingebunden.



#### Klärung der Erwartungen und auch Beseitigung der Befürchtungen

#### 3.1.1 Projektvorstellung vor der Führungsebene

Die Willenserklärung und Unterstützung der Führungsebene ist unbedingt notwendig, einerseits um das Projekt innerbetrieblich zu verankern, andererseits um einen guten (organisatorischen) Ablauf zu gewährleisten. Es sollte ein grundlegendes Interesse an der Fragebogenerhebung und den Ergebnissen der Gesundheitszirkel bestehen, um die gesundheitsfördernden Maßnahmen besser umsetzen zu können. Die Ergebnisse können der Führungsebene dabei helfen, gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Regelbetrieb zu integrieren.

Der Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung ist mit vielen Erwartungen und auch Befürchtungen verbunden. Auf Seiten der Leitungsebene kann dies sein: Angst vor Kritik am Führungsstil, Aufzeigen organisatorischer Mängel etc. Die Klärung der Erwartungen und auch Beseitigung der Befürchtungen sollten daher gleich zu Beginn breiten Raum einnehmen.

Hier empfiehlt sich bei der Projektvorstellung vor der Führungsebene diese Punkte zu berücksichtigen und aufzuzeigen. Das Projektteam von „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ arbeitete in die Präsentation zur Projektvorstellung die Punkte „Was kann durch das Projekt erreicht werden?“ sowie „Was kann NICHT erreicht werden?“ explizit mit ein.

#### Beispiel:

Zentrale Ziele, die durch das Projekt erreicht werden können, sind z. B. auf Seiten der Mitarbeiterinnen:

- Sensibilisierung für die eigene Gesundheit,
- Anstoß zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise,
- Selbständiges Erarbeiten von Lösungsschritten für existierende Problemstellungen,
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit, der Motivation und des Selbstbewusstseins.

Auf Seiten des Betriebs ist neben der Optimierung der Arbeitsstruktur durch Nutzung der Expertise der Mitarbeiterinnen und somit deren erhöhte Motivation auch die Möglichkeit der Sichtbarmachung des Projekts in der Öffentlichkeit zu nennen. Hier kann das Projektteam unterstützend wirken.

Um keine unrealistischen Erwartungen zu wecken, macht es Sinn, auch zu erklären, was durch ein Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung NICHT erreicht werden kann. Hier wären folgende Punkte anzuführen:

- Wunder bewirken,
- Krankenstandstage sofort zu reduzieren,
- Steigerung der Produktivität aller Teilnehmerinnen.

#### 3.1.2 Implementierung der Steuerungsgruppe

Nach der Projektpräsentation vor der Führungsebene werden gemeinsam die Mitglieder der Steuerungsgruppe bestimmt. Es empfiehlt sich für das Projektteam, die erste Sitzung von einer „betriebsinternen“ Person einberufen zu lassen. Nach der ersten Sitzung kann die Organisation der darauffolgenden Treffen vom Projektteam übernommen werden. Bei der Zusammensetzung der Steuerungsgruppe ist es empfehlenswert, alle Personen die das Projekt unterstützen können, einzuladen. Gleichbehandlungs- und Diversitätsbeauftragte/r sollten – soweit vorhanden – explizit eingeladen werden. Im Krankenhaus setzt sich die Steuerungsgruppe im Normalfall aus folgenden Personen zusammen:

- Verwaltungsdirektion,
- Leitung Abteilung Wirtschaft,

- Hausaufsicht (direkte Vorgesetzte der Reinigungskräfte),
- OberaufseherIn und VorarbeiterIn der Hausarbeiterinnen,
- ArbeitsmedizinerIn,
- PersonalmanagerIn,
- PersonalvertreterIn,
- QualitätsmanagerIn,
- Gleichbehandlungsbeauftragte/er,
- Diversitätsbeauftragte/er,
- Sicherheitsbeauftragte/er,
- interessierte MitarbeiterInnen.

### 3.1.3 Dokumentenanalyse/Vorgespräche

Mithilfe von Dokumenten und Gesprächen mit Mitgliedern der Steuerungsgruppe können folgende Punkte vorab geklärt werden:

- Wie viele Reinigungskräfte bzw. Personen aus der Zielgruppe arbeiten im Betrieb?
- Dienstabläufe (Schichtdienst, Gruppenaufteilung, Überschneidungszeiten der Dienstgruppen etc.)
- Herkunftsländer und Sprachen der Zielgruppe
- Krankenstandsdaten
- Bereits erfolgte Projekte oder MitarbeiterInnenbefragungen

### 3.1.4 Projektvorstellung vor der Steuerungsgruppe

Es erfolgt eine Projektvorstellung vor der Steuerungsgruppe in derselben Weise wie vor der Führungsebene. Hier gilt es, neben der Vorstellung des Projektablaufs, Verantwortlichkeiten der einzelnen Berufsgruppen sichtbar zu machen. Wichtig für die Umsetzung der Gesundheitszirkel sowie nachfolgender Interventionen ist die Mitarbeit und Unterstützung des/der direkten Vorgesetzten (Hausaufsicht, VorarbeiterInnen, AbteilungsleiterInnen etc.). Wesentlich ist, den/die Vorgesetzte/n davon zu überzeugen, dass auch für sie/ihn die Ergebnisse eine wertvolle Unterstützung sein können und durch den Prozess das Teamgefühl gestärkt werden kann.

Die Motivation der Steuerungsgruppe ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das gesamte Projekt, da diese den kompletten Prozess begleitet und innerbetriebliche Veränderungen durchführen kann. Erwartungen an die Projektdurchführung sollte breiter Raum gegeben werden – Befürchtungen empfiehlt es sich gegebenenfalls anzusprechen. Die Steuerungsgruppe trifft sich insgesamt drei Mal in voller Besetzung, mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten:

1. Projektvorstellung
2. Ergebnispräsentation

3. Nach erfolgtem Projektdurchgang – zur weiterführenden Implementierung im Betrieb

### 3.1.5 Zugang zur Zielgruppe

Sämtliche Aktionen, die im Rahmen des Projekts stattfinden, brauchen neben der wichtigen mündlichen Information auch eine schriftliche Ankündigung.

Schriftliche Ankündigungen sollten mehrsprachig erfolgen – um den Informationsgrad der Teilnehmerinnen zu erhöhen und auch, um den interkulturellen Aspekt des Projekts immer wieder sichtbar zu machen. Zu bedenken ist hier, dass die Zielgruppe der Frauen in Niedriglohnbranchen nicht unbedingt über Zugang zum Intra- oder Internet verfügt. Schriftliche Ankündigungen können über den/die Vorgesetzte/n an jede einzelne Frau ausgeteilt werden. Somit ist darauf zu achten Flugblätter mehrsprachig zu gestalten und Aushänge dort zu machen, wo sich die Mitarbeiterinnen aufhalten (z. B. in der Garderobe, im Sozialraum soweit vorhanden etc.). Mündliche Informationen gelangen am Besten über die/den direkte/n Vorgesetzte/n zu den Frauen.

### 3.1.6 Kick Off als wesentlicher Projektanstoß

Um Barrieren bei der Zielgruppe abzubauen, ist eine offizielle „Kick-Off“-Veranstaltung am Beginn der Projektphase unerlässlich. Alle Teilnehmerinnen kommen möglichst in einem großen Besprechungsraum oder Saal zusammen, die offizielle Eröffnung erfolgt optimalerweise von Seiten der höchsten Führungsebene. Direkte Vorgesetzte, der/die BetriebsärztIn und/oder weitere engagierte Personen aus der Steuerungsgruppe laden in kurzen Statements zur Projektteilnahme ein.

#### Das offizielle Kick Off:

- Zeigt, dass das Projekt gewünscht ist.
- Macht deutlich, dass eine Teilnahme mit keinen negativen Konsequenzen verbunden ist.
- Setzt ein Zeichen, dass die Gesundheit der Mitarbeiterinnen dem Betrieb wichtig ist.
- Gibt Raum für Lob über geleistete Arbeit.
- Stellt Vertrauen zwischen den Projektbeteiligten her.

Vom Projektteam wird v.a. die Zielgruppe über die Ziele und den Ablauf des Projekts informiert. Es können eventuelle Erwartungen und Befürchtungen der Mitarbeiterinnen vor Ort persönlich geklärt und Gesundheitszirkelgruppen gebildet werden.

**Ergebnisse als wertvolle Unterstützung und Prozess als Stärkung des Teamgefühls**

**Mündliche Ankündigungen und schriftliche Materialien in mehreren Sprachen**

**Die Durchführung eines offiziellen Kick Offs baut Hemmschwellen bei der Zielgruppe ab**

Wesentlicher Erfolgsfaktor für interkulturelle Projekte ist die Mehrsprachigkeit von Beginn an, damit alle Kulturen sich persönlich angesprochen fühlen und die Interkulturalität sichtbar wird.

## 3.2 Diagnosephase

In der Diagnosephase wird die gesundheitsbezogene Ausgangslage im Betrieb – unter Beteiligung der Mitarbeiterinnen – erhoben und untersucht. Im Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ wurden genderspezifische Instrumente erarbeitet und eingesetzt.

### 3.2.1 Vorerhebung

In der Phase der Ist-Analyse eines Projekts ist eine Fragebogenerhebung zu empfehlen, um einerseits einen besseren Einblick in die gesundheitlichen Belastungen und Arbeitsbedingungen der Zielgruppe zu bekommen und andererseits v. a. in großen Betrieben alle Mitarbeiterinnen zu erreichen. Zusätzliche Einzelinterviews in Muttersprache ermöglichen nähere Einblicke. Die Ergebnisse liefern wesentliche Vorinformationen für die Gesundheitszirkel.

Ein gender- und kultursensibler **Fragebogen** zur Erhebung der gesundheitlichen Situation wurde im Rahmen von „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ entwickelt und liegt in einer Version für Frauen und einer Version für Männer vor. Die Instrumente beinhalten folgende Skalen:

- Soziodemografische Daten (Alter, Geburtsland, Familienstand, Kinder, Schulbildung und abgeschlossene Berufsausbildung)
- Angaben zu körperlicher Gesundheit und Wohlbefinden (Frage nach gesundheitlichen Problemen, chronischen Erkrankungen und körperlicher Arbeit) – hier wurde in der Auswahl der vorgegebenen Antwortkategorien auf weibliche und männliche gesundheitliche Beeinträchtigungen besonderes Augenmerk gelegt. So finden sich neben Bluthochdruck, Gelenksbeschwerden etc. auch Menstruationsbeschwerden, Wechselbeschwerden oder Prostataerkrankungen.
- Angaben zu psychosozialen Belastungen bzw. zum seelischen Wohlbefinden. Diese Kategorie findet trotz erheblicher Relevanz in herkömmlichen Erhebungsinstrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung wenig Eingang. Erfragt werden hier seelische Belastungen wie Stress, Konflikte in der Familie, Konflikte am Arbeitsplatz, fehlende Möglichkeiten der Kinderbetreuung,

Doppel- bzw. Mehrfachbelastung, zu pflegende Angehörige etc.

- Angaben zum Lebensstil (geregeltes Mittagessen, Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Medikamenteneinnahme, Zigarettenkonsum und Zuständigkeiten im Haushalt). Im genderrelevanten Kontext ist hier v. a. die Zuständigkeit im Haushalt zu nennen, die erheblichen Einfluss hat. Hier werden einzelne Tätigkeiten wie Kochen, Saubermachen, Einkaufen, Anhören von Freuden und Problemen der Familienangehörigen etc. erfragt.
- Angaben zu gewünschten Gesundheits- und Beratungsangeboten. Hier finden sich ebenfalls unterschiedlichste Angebote, Tanz- und Entspannungsmöglichkeiten genauso wie Kampfsport und Fußball.

Es wird außerdem der IMPULS-Test<sup>1</sup> eingesetzt, um Stressfaktoren und Ressourcen bei der Arbeit sichtbar zu machen. Mit Hilfe des IMPULS-Tests kann gemessen werden, inwieweit gegebene Arbeitsbedingungen für die MitarbeiterInnen als gesundheitsförderlich oder stressauslösend erlebt werden. Diese Testbatterie wurde wegen ihrer Vollständigkeit und Verständlichkeit als für die Zielgruppe optimal ausgewählt. Auch die Konzentration auf den Faktor Stress, der sich immer wieder als Hauptbelastungsquelle bei der Zielgruppe herausstellte, kann durch diesen Test näher untersucht werden.

Bei der Zielgruppe mit Migrationshintergrund ist ein mehrsprachiger Fragebogen unerlässlich! Eine Übersetzung der gesamten Testbatterie erfolgte in den Sprachen Bosnisch, Kroatisch und Serbisch, Türkisch und Englisch.

### 3.2.2 Methode der Fragebogen-Erhebung sowie der Einzelinterviews

Es empfiehlt sich die Fragebogenerhebung gleich anschließend an die Kick-Off-Veranstaltung in einem Gruppensetting durchzuführen, um eventuell auftretende Fragen durch das anwesende Projektteam zu beantworten. Weiters können Boxen an einem zentralen Ort aufgestellt werden, um den Mitarbeiterinnen die anonyme Rückgabe der Fragebögen zu ermöglichen.

Ein weiteres zielführendes Erhebungsinstrument für diese Zielgruppe sind muttersprachliche qualitative Einzelinterviews. Diese Art von Erhebung eignet sich besonders bei Migrantinnen. Man bekommt schon vor Beginn der Gesundheitszirkel einen guten Eindruck über die beruflichen und privaten Belastun-

## Gendersensible Fragebögen erheben auch psychosoziale Belastungen

## Fragebögen und Einzelinterviews in Muttersprache geben ein umfassendes Bild



<sup>1</sup> HerausgeberInnen: AUVA, WKO, AK, IV, ÖGB; Redaktion: humanware, Institut für Gesundheit, Sicherheit und Ergonomie im Betrieb

gen der Mitarbeiterinnen. Weiters hilft es das Vertrauen zu den Frauen aufzubauen und eventuellen Befürchtungen entgegenzuwirken.

Da in diesem hauptsächlich frauenspezifischen Projekt davon ausgegangen wurde, dass sich die gesundheitlichen Belastungen nicht allein auf den Arbeitsbereich konzentrieren, sondern auch zu einem wesentlichen Teil im Privatleben in Form von Doppel- und Mehrfachbelastung auswirken, wurden beide Bereiche sowohl bei der Befragung als auch in den Gesundheitszirkeln beleuchtet.

### 3.2.3 Durchführung von interkulturellen sowie muttersprachlichen Gesundheitszirkeln für Frauen

**Rahmenbedingungen:** Die Gesundheitszirkel sollten nach Möglichkeit in der Arbeitszeit stattfinden. Als optimale Zeitspanne stellten sich sieben Zirkelsitzungen für 1,5 Stunden ein Mal pro Woche heraus. Die Möglichkeit der Durchführung während der Arbeitszeit zeigt das Commitment der ArbeitgeberInnenseite und bestärkt die Zielgruppe darin, dass die eigene Gesundheit von betrieblichem Interesse ist. Aus Frauenperspektive ist dies besonders relevant, da oftmals aufgrund der Mehrfachbelastungen wenig Zeit zur Verfügung steht.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Auswahl der GesundheitszirkelmoderatorInnen. Bei reinen Frauengruppen ist die Leitung durch eine weibliche Trainerin wesentlicher Erfolgsfaktor. Bei gemischtgeschlechtlichen Gruppen ist optimalerweise auf ein TrainerInnenpaar zurückzugreifen.

Nach Geschlechtern getrennte Gruppen machen Sinn, weil:

- das Redeverhalten von Frauen und Männern unterschiedlich ist,
- spezielle Thematiken besser angesprochen werden können,
- Frauen und Männer in unterschiedlichen Lebenswelten leben, die auf ihre Gesundheit wirken, z. B. Doppel- und Mehrfachbelastung von Frauen.

**Erfolgsfaktor multiprofessionelles und multikulturelles Projektteam:** Während der gesamten Projektdurchführung zeigte sich der Mehrwert eines multiprofessionellen Projektteams aus Psychologinnen und einer Pädagogin. Vor allem bei der Methodenentwicklung der Gesundheitszirkel ist der Austausch zwischen den Berufsgruppen sehr wertvoll. Als un-



bedingt notwendig für die Durchführung von interkulturellen betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten mit Frauen in Niedriglohnbranchen erweist sich das multikulturelle (Projekt-) Team. Somit können alle Bestandteile des Projekts auch in Muttersprache (v. a. Bosnisch, Kroatisch, Serbisch und Türkisch) durchgeführt werden bzw. wird der kulturelle Zugang zur Zielgruppe erleichtert.

**Freiwilligkeit, Verschwiegenheit und Kontinuität der Anwesenheit:** Eine freiwillige Teilnahme an den Gesundheitszirkeln ist Grundvoraussetzung. Die Bearbeitung der Befürchtungen und Erwartungen an die Gesundheitszirkel erfolgt schon in der ersten Sitzung. Im Prozess gilt Verschwiegenheit für alle Beteiligten. Wichtig ist die Bekräftigung, dass nur gemeinsam abgesprochene Inhalte vor der Steuerungsgruppe präsentiert werden. Die regelmäßige Anwesenheit in den Gesundheitszirkeln ist wesentlich, da bei dieser Methode ein fortlaufender Arbeitsprozess über alle Zirkelsitzungen stattfindet und immer wieder bereits angesprochene Themen aufgegriffen und (weiter)bearbeitet werden.

**Ganzheitlicher Gesundheitsbegriff:** In den Gesundheitszirkeln wird von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgegangen, der psychosoziale Aspekte wie Wohlbefinden mit einbezieht. Mehrfachbelastung ist eines der gesundheitlichen Risiken von Frauen. Explizite Berücksichtigung müssen in einem frauenspezifischen Projekt berufliche und außerberufliche Verpflichtungen und Belastungen finden, da sich diese Bereiche oft überschneiden (Krankheit eines Kindes, Spitalsaufenthalt eines/r pflegenden Angehörigen etc.).

Insofern eignet sich eine möglichst offen gehaltene, in keine Richtung eingeschränkte Einstiegsfrage im Rahmen der Gesundheitszirkel, wie z. B. „Was hält Sie gesund bzw. macht Sie krank?“. Es war zu beobachten, dass ein erheblicher Teil der Belastungen im

**Durchführung der Gesundheitszirkel wenn möglich in Muttersprache**

**Mehrfachbelastung ist eines der gesundheitlichen Risiken von Frauen**

## Sprachliche Zuteilung muss freiwillig erfolgen!

## Die Möglichkeit, in den Zirkeln gemeinsam Lösungsschritte für Probleme zu überlegen, erweist sich als wesentlicher Erfolgsfaktor

familiären Bereich zu finden war – allerdings galten dieselben Bereiche auch als gesunderhaltend („Zwei Seiten einer Medaille“).

**Erfolgsfaktor Muttersprache:** Wesentlich für den Erfolg eines Projekts mit Frauen mit hohem Migrantenanteil ist die Durchführung der Gesundheitszirkel in Muttersprache. Im Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ fanden sich bei der Zielgruppe der Reinigungskräfte sehr häufig Mitarbeiterinnen aus Bosnien, Kroatien oder Serbien, zusätzlich konnten Gesundheitszirkel in den Sprachen Türkisch oder Englisch angeboten werden. Somit entfallen sprachliche Barrieren und es entsteht eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der viele Problematiken besser angesprochen werden können.

Nach Sprache getrennte Gruppen machen Sinn, weil:

- leichter Vertrauen hergestellt werden kann,
- Probleme in der Muttersprache besser ansprechbar sind,
- unterschiedliche Kulturen oftmals unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsbegriffe haben.

Die Gruppeneinteilung in die mehrsprachigen Gesundheitszirkel sollte freiwillig erfolgen. Mehrsprachige Teilnehmerinnen sollen die Möglichkeit haben, selbst zu entscheiden, ob sie lieber einen deutschsprachigen Gesundheitszirkel oder einen in Mutter-

sprache besuchen möchten. Wesentlich ist hier, die verschiedenen Sprachgruppen wertfrei und gleichrangig zu behandeln.

### Beispiel:

Sozial benachteiligte Frauen mit und ohne Migrationshintergrund verstehen oftmals die Abwesenheit von Schmerzen bzw. Krankheiten als Gesundheit. Bei psychischen Erkrankungen ist eine deutliche Schamgrenze festzustellen („Ich bin nicht verrückt.“). Bei sozialen Problemstellungen wird immer wieder die Tendenz zur eigenständigen Lösung beobachtet – „je mehr Probleme ich habe, die ich selbst löse, desto stärker bin ich“. Mitunter führt dies zu einer Hemmschwelle, Schwäche zu zeigen und Hilfe anzunehmen. Deshalb sind zu Beginn vertrauensbildende Maßnahmen von besonderer Bedeutung.

**Partizipation:** Innerbetrieblich finden Frauen in Niedriglohnbranchen oft wenig Beachtung. Im Sinne des Empowerments der Zielgruppe eignet sich der partizipative Ansatz der Gesundheitszirkel besonders gut, um Frauen, die bisher wenig Mitspracherecht hatten, den erforderlichen Raum zu ermöglichen, selbst über Lösungsschritte eigener Probleme nachzudenken. Die Möglichkeit, in den Zirkeln gemeinsam Lösungsschritte für Probleme zu überlegen, erweist sich als wesentlicher Erfolgsfaktor. Sie erleben, dass sie im Gespräch selbst auf mögliche Lösungen kommen



können, die dann auch in der Umsetzung realisierbar sind (organisatorischen Änderungen, Kommunikation, offen über Probleme reden etc.), was wiederum das Selbstbewusstsein stärkt.

### **Integration durch Zusammenführung der Gruppen:**

Bei Gesundheitszirkeln in verschiedenen Sprachen (oder nach Geschlechtern) empfiehlt sich die Zusammenführung der Gruppen am Ende: Die ersten Sitzungen erfolgen muttersprachlich, die letzten interkulturell, wobei auf Mehrsprachigkeit zu achten ist – optimalerweise mit beiden Trainerinnen. Die gemeinsame Abstimmung über gewünschte gesundheitsförderliche Maßnahmen soll in der interkulturellen Großgruppe erfolgen, um alle in den Entscheidungsprozess mit einzubinden. Da die Themen zumeist gruppen- bzw. sprachübergreifend ähnlich sind, machen die Mitarbeiterinnen auch die Erfahrung, dass es mehr Gemeinsamkeiten als Trennendes gibt.

### **3.2.4 Methode der Gesundheitszirkel**

In einem interkulturellen betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekt für Frauen in Niedriglohnbranchen ist auch auf die angewandten Methoden bei den Gesundheitszirkeln zu achten. Im Folgenden werden einige genauer ausgeführt und Erfahrungsansätze aufgezeigt.

**Angenehme Atmosphäre:** Um eine vertrauensvolle Atmosphäre jenseits des Arbeitsalltags zu schaffen ist es hilfreich, den Raum (so gut als möglich) gemütlich vorzubereiten. Hier arbeitet das Projektteam z. B. mit Duftkerzen, Blumen, Bereitstellung von Kaffee, Tee und eventuell Obst. Eine Möglichkeit, den Arbeitsalltag rituell hinter sich zu lassen, ist folgende:

#### **Beispiel:**

An der Eingangstüre wird ein Papiersack aufgehängt, in den die Frauen beim Eintreten in den Raum ihren (Arbeits-)Ballast mit einer symbolischen Armbewegung hineinwerfen können.

#### **Methodenwechsel zur Haltung der Konzentration:**

Es erwies sich als schwierig, die Konzentration für 1,5 Stunden zu halten, weil dies die Frauen der Zielgruppe nicht gewohnt waren. Wichtig sind einerseits immer wieder kurze Pausen und andererseits Wiederherstellen der Motivation durch Entspannungsübungen (Progressive Muskelentspannung), Zeichnungen, kurze Spiele, usw.

#### **Beispiel:**

Bei jedem Zirkel zeichneten die Frauen ihre momentane Stimmung auf ein Blatt Papier. Es wurde zu unterschiedlichen Themengruppen wie die Arbeit, die Familie, die Kinder, der Hausbau etc. gemalt. Diese Auflockerung führte zu einer erhöhten Konzentration. Die Zeichnungen wurden in der gemeinsamen Küche aufgehängt.

#### **Ermöglichung von themenfokussiertem Arbeiten:**

Um Missverständnissen vorzubeugen, empfiehlt sich die Vermeidung „hochschwelliger“ Sprache in der Moderation. Viele Teilnehmerinnen waren außerdem themenfokussiertes Arbeiten in der Gruppe anfangs nicht gewohnt – hier erwiesen sich die Gruppenregeln (siehe 1. Sitzung) als besonders hilfreich (gegenseitiges Ausreden-Lassen, Zuhören etc.).

Die Erhebung der Gesunderhalter und Krankmacher in den Gesundheitszirkeln erfolgt mithilfe der Kärtchenmethode, da die Arbeit mit visuellen Methoden von Vorteil ist. Bei der Zielgruppe ist darauf zu achten, ob die schriftliche Ausführung problemlos möglich ist. Ist dies nicht der Fall, sollten die Moderatorinnen auf Zuruf die Kärtchen selbst beschriften.

#### **Beispiel** für eine Assoziationsübung mit Frauen:

Ziel ist die Frauen emotional tiefer und kreativer in den theoretischen Diskurs über Gesundheit zu involvieren. Auf ein Plakat werden Worte in der Muttersprache aufgeschrieben, die emotional besetzt sind (Gesundheit, Kinder, Streit, Krieg, Arbeit, Freundin etc.). Die Frauen können dazu frei assoziieren und miteinander diskutieren. Von der Moderatorin wird immer wieder auf die emotionalen Aspekte gelenkt („Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie mit Ihrem Mann gestritten haben?“ etc.).

#### **Steigerung der Motivation:**

Der Gesundheitszirkel als reines Erhebungsinstrument kann sich für die Zielgruppe als demotivierend erweisen – es empfiehlt sich, den Output für die Teilnehmerinnen bereits in der Zirkelphase zu berücksichtigen.

#### **Beispiel:**

Ein wichtiger Gesunderhalter für Frauen ist die Fähigkeit, sich zwischendurch kurz zu entspannen – hier wurde die Progressive Muskelentspannung allen Teilnehmerinnen näher gebracht. Weiters können bereits im Zirkel gesundheitlich relevante Inhalte wie Tipps zur gesunden Ernährung eingebaut werden, um den Lerneffekt der Teilnehmerinnen zu erhöhen.

**Bei Gesundheitszirkeln in verschiedenen Sprachen empfiehlt sich die Zusammenführung der Gruppen**

**Einfache Sprache, Pausen und gesundheitsförderliche Aktionen wie Entspannungsübungen sind wichtige Faktoren**



## Chronologische Vorgehensweise und Methoden im interkulturellen Gesundheitszirkel für Frauen

Folgende Grafik soll einen Überblick über die chronologische Vorgehensweise im Gesundheitszirkel ge-

ben. Im Weiteren werden die wichtigsten eingesetzten Methoden und Übungen der einzelnen Zirkelsitzungen genauer beschrieben.

I. Sprachlich getrennte Gesundheitszirkel <sup>2</sup>		
Inhalte der Zirkelsitzungen	1. Termin	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Begrüßung</li> <li>b. Erklärung des Projekts</li> <li>c. Organisatorisches</li> <li>d. Befindlichkeitsrunde</li> <li>e. Gruppenregeln</li> <li>f. Vorstellungsrunde</li> <li>g. Erhebung von Befürchtungen, Ängsten, Erwartungen</li> <li>h. Gesundheitsbegriff erklären</li> <li>i. Themensammlung der Gesunderhalter</li> <li>j. Stundenevaluation</li> </ul>
	2. Termin	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Befindlichkeitsrunde</li> <li>b. Organisatorisches</li> <li>c. Wiederholung und Ergänzung</li> <li>d. Wiederholung und Ergänzung der Gruppenregeln</li> <li>e. Aufstellung im Raum</li> <li>f. Themensammlung der Krankmacher</li> <li>g. Stundenevaluation</li> </ul>
	3. Termin	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Befindlichkeitsrunde</li> <li>b. Wiederholung und Ergänzung</li> <li>c. Bearbeitung der ersten Themengruppe</li> <li>d. Stundenevaluation</li> </ul>
	4. Termin	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Befindlichkeitsrunde</li> <li>b. Organisatorisches</li> <li>c. Wiederholung und Ergänzung</li> <li>d. Bearbeitung weiterer Themengruppen</li> <li>e. Stundenevaluation</li> </ul>
	5. Termin	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Befindlichkeitsrunde</li> <li>b. Organisatorisches</li> <li>c. Wiederholung und Ergänzung</li> <li>d. Bearbeitung weiterer Themengruppe</li> <li>e. Stundenevaluation</li> </ul>
II. Interkulturelle Gesundheitszirkel		
Inhalte der Zirkelsitzung	6. + 7. Termin	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Begrüßung</li> <li>b. Befindlichkeitsrunde</li> <li>c. Assoziationsübung mit Musik</li> <li>d. Gemeinsame Themen der Krankmacher finden</li> <li>e. Erarbeitete Lösungsvorschläge vergleichen</li> <li>f. Rangreihung der gesundheitsfördernden Maßnahmen</li> <li>g. Wiederholung der Gesunderhalter</li> <li>h. Abschied</li> <li>i. Stundenevaluation</li> </ul>

*Sensibilisierung für subjektive Gesundheit!*

*Kennenlernen & Vertrauen aufbauen!*

*Eigene Lösungsstrategien entwickeln!*

*Zusammenführung der Gruppen!*

<sup>2</sup> In den Sprachen Deutsch, Bosnisch, Kroatisch und Serbisch

## 1. Sitzung – Kennenlernen und „Was hält mich gesund?“

In der ersten Einheit liegt der Schwerpunkt auf dem gegenseitigen Kennenlernen, dem Vermitteln von Basisinformationen über das Projekt, der Wiederholung von Informationen des Kick Offs, dem Organisatorischen sowie dem Vorstellen der Moderatorin.

Es erweist sich als sinnvoll, den gesamten betrieblichen Gesundheitsförderungskreislauf anhand einer Grafik am Flipchart zu erklären (siehe Abbildung 2). Den Teilnehmerinnen der Gesundheitszirkel ist oft der Zusammenhang zwischen der Fragebogen-Erhebung, des Kick Offs, der Gesundheitszirkel, der Steuerungsgruppe und der gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht bewusst. Diese Schritte sind wesentlich für den gesamten Prozess der Gesundheitszirkel und brauchen genügend Zeit, da gerade am Anfang viele Unklarheiten und Ängste bestehen.

### Befindlichkeitsrunde

Die Befindlichkeitsrunde dient dazu, einen Überblick über die aktuelle Stimmungslage der Teilnehmerinnen zu bekommen. Dazu wurde ein „Blitzball“ verwendet, den jede Teilnehmerin in die Hand bekommt und kurz ihr momentanes Befinden beschreibt. Eine nach Bedarf eingesetzte zweite Befindlichkeitsrunde am Ende der Zirkelsitzung lässt die Veränderung der Stimmung erkennen. Frauen der Zielgruppe sind es oft nicht gewohnt, über ihre Befindlichkeit zu reflektieren. Die Antworten sind oftmals sehr kurz, wie „mir geht es gut“ oder „ich bin müde“. Es ist wichtig, jedes Mal am Anfang der Sitzung eine Befindlich-

Abb. 2



keitsrunde zu machen, um die Frauen zu unterstützen, ihre Stimmung zu erkennen und diese zu verbalisieren. Weiters ist es ein geeignetes Ritual, um die Sitzung zu beginnen.

Folgende **Alternativen** können verwendet werden:

- Frauen erklären anhand einer Postkarte mit unterschiedlichen Motiven ihre momentane Stimmung.
- Die Befindlichkeit wird mit Hilfe einer Farbe zum Ausdruck gebracht. Frauen wählen sich einen bunten Filzstift und beginnen zu zeichnen.

Es empfiehlt sich ein spielerisches Medium für die Reflexion der Befindlichkeit zu wählen, dabei sind der Kreativität keine Grenzen gesetzt.

### Gruppenregeln

Von den Moderatorinnen werden Gruppenregeln vorgeschlagen, die mit den Teilnehmerinnen besprochen und ergänzt werden. Diese werden bei jedem Treffen sichtbar platziert. Wichtig ist, auch Zeit für die Bearbeitung von Befürchtungen der Teilnehmerinnen einzuplanen. Folgende Gruppenregeln wurden mit den Teilnehmerinnen vereinbart:

- ⊙ **Alles, was hier besprochen wird, wird vertraulich behandelt!**
- ⊙ **Wir sind Expertinnen unserer eigenen Arbeits- und Lebenssituation!**
- ⊙ **Die Themen werden von der Gruppe vorgegeben!**
- ⊙ **Wir arbeiten aktiv mit!**
- ⊙ **Wir haben das Recht auf freie Meinungsäußerung!**
- ⊙ **Wir lassen einander ausreden!**
- ⊙ **Wenn etwas unverständlich war, fragen wir nach.**
- ⊙ **Wir bleiben beim Thema!**
- ⊙ **Regelmäßige Teilnahme ist wichtig!**
- ⊙ **Wir schalten die Handys ab!**

### Vorstellungsrunde

Mit Hilfe der Vorstellungsrunde bekommen die Moderatorinnen einen Eindruck von den Teilnehmerinnen. Folgende Fragen werden von den Moderatorinnen gestellt und auf einem Flipchart festgehalten:

- ⊙ Wer bin ich?
- ⊙ Was mache ich?
- ⊙ Was möchte ich lernen?
- ⊙ Wann fühle ich mich gesund?

Die Teilnehmerinnen denken oft zum ersten Mal in der Gruppe der Kolleginnen nach, wann sie sich gesund fühlen. So lernen sie sich auch gegenseitig besser kennen und der Gruppenzusammenhalt wird gefördert.

**Rituale zu Beginn der Sitzung überlegen – der Kreativität sind keine Grenzen gesetzt!**

**Gemeinsame Regeln ermöglichen vertrautes Arbeiten**

**„Wann fühle ich mich gesund?“ Diese Frage ist oft neu für die Teilnehmerinnen**





deratorin ist es wichtig, immer wieder den Blickwinkel zu ändern mit zum Beispiel folgenden Sätzen: „Was ist Ihr Beitrag?“ oder „Was können Sie an der Situation verändern?“. Gerade bei den Krankmachern ist es sinnvoll, die Frauen darauf aufmerksam zu machen, was sie selbst zur Lösung des Problems beitragen können. Diese Sichtweise ist Frauen in Niedriglohnbranchen oftmals nicht bekannt und sie sehen wenig Handlungsspielraum in ihrem Tun bzw. Leben. Dies kann eine Chance für die Frauen sein einmal eine aktive Rolle einzunehmen. Hier in die Tiefe zu gehen kann sehr zeitintensiv sein.

#### **Beispiel:**

Eine Methode, um Fehler als Lernmöglichkeit zu sehen oder um das Veränderungspotenzial bei Konflikten zu erkennen, ist mit den Frauen Sprichwörter aus verschiedenen Kulturen zu diskutieren. Weiters haben die Migrantinnen die Möglichkeit eine andere Kultur mit anderen Werten und Denkmustern kennenzulernen. Beispiele sind:

- ⊙ „Fehler sind für Menschen da.“
- ⊙ „Fehler haben Kultur und aus der Kultur kann man lernen.“
- ⊙ „Ich kann keinen ändern, nur mich.“
- ⊙ „Nicht jede/r kann mein/e Freund/in sein, aber jede/r ist von nun an mein/e Lehrer/in.“
- ⊙ „Das Leben heißt nicht, kein Problem zu haben. Das Leben heißt Probleme zu lösen.“

### **3., 4. und 5. Sitzung – Lösungen finden**

Es werden die ersten Themengruppen nach dem „**Belastungs-Analyse-Schema**“ bearbeitet. Zuerst folgt eine kurze Beschreibung des Problems und deren mögliche Ursachen. Es wird ein Wunsch bzw. eine Anregung formuliert, die realistisch für die spätere Umsetzung sein soll und dies mündet letztendlich in einen konkreten Lösungsvorschlag durch die Gruppe. Hier ist es wichtig, dass die Frauen dazu ermutigt werden selbst Lösungsschritte für die (v. a. arbeits-spezifischen) Belastungen zu erarbeiten. Bei der Bearbeitung der Krankmacher ist es hilfreich immer wieder die vorhandenen Ressourcen jeder einzelnen Frau durch die Frage: „Was kann ich selbst zur Lösung des Problems beitragen?“ hervorzuheben.

### **6. und 7. Sitzung – Zusammenführung der Gruppen**

In der interkulturellen Gruppe werden die Krankmacher beider Gruppen miteinander verglichen und die Teilnehmerinnen erarbeiten Obergriffe. Dabei ist ein vorrangiges Ziel die Bewusstmachung der ähnlichen Themen in dieser Gesamtgruppe. Frauen unterschiedlicher Kulturen erleben oftmals ähnliche Belastungen.

Es werden die erarbeiteten Lösungsvorschläge beider Gruppen miteinander verglichen, um so zu erkennen, ob die jeweils andere Gruppe zu ähnlichen konkreten Lösungen des Problems gekommen ist oder ob sie vielleicht einen ganz anderen Zugang zur Problemstellung erarbeitet haben. Zum Schluss werden die erarbeiteten und gewünschten gesundheitsfördernden Maßnahmen von den Teilnehmerinnen gerangreicht, um so einen Überblick über die gewünschten Interventionen zu bekommen.

Bevor es zur Verabschiedung kommt, werden nochmals die Gesunderhalter und somit die vielen Ressourcen der Frauen aufgegriffen. Im Sinne des Empowerments zeigt die Trainerin nochmals auf, wie vielfältig die Aktivitäten zur Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit sind. Durch das gemeinsame Erarbeiten von konkreten Lösungsschritten leisteten die Frauen einen weiteren wesentlichen Beitrag zur Förderung ihrer Kompetenz und Gesundheit.

**Gemeinsam Lösungen  
finden nach dem  
Belastungs-Analyse-  
Schema!**

**Die interkulturellen  
Gruppen kamen oft zu  
denselben Problemen**

**Alle gesundheitsförderlichen Aktivitäten soweit wie möglich in der Arbeitszeit planen!**

### 3.3. Interventionsplanung

Vorschläge für Interventionen für ihre Belastungen werden im Rahmen der Gesundheitszirkel partizipativ von der Zielgruppe erarbeitet. Wesentlich bei einem frauenspezifischen Projekt ist die explizite Berücksichtigung psychosozialer Interventionen. Die Ergebnisse werden der Steuerungsgruppe des Betriebs/Spitals im Rahmen der **Ergebnispräsentation** vorgetragen.

Vorrangiges Ziel bei der Ergebnispräsentation vor der Steuerungsgruppe ist, den Betrieb über die Mitarbeiterinnenbefragung sowie die im Prozess der Gesundheitszirkel erkannten Probleme und Lösungsvorschläge zu informieren. Damit einhergehend hat die Leitung bzw. die Personalvertretung die Möglichkeit, sich konstruktiv mit den Themen auseinanderzusetzen. Wichtig dabei ist die konkrete Unterstützung bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen sowie struktureller Veränderungen (z. B. Räume im Haus zur Verfügung stellen, Festsetzung, ob die Maßnahmen innerhalb oder außerhalb der Arbeitszeit stattfinden etc.). Es sollte darauf geachtet werden, dass realistische Ziele und Prioritäten in der Sitzung der Steuerungsgruppe festgelegt werden, um somit Entscheidungen herbeizuführen. Im Sinne des Empowerments ist die Präsentation der Ergebnisse aus den Gesundheitszirkeln durch eine Zirkel-

teilnehmerin wertvoll. Die Moderatorin der Sitzung (eine Person aus dem Projektteam) achtet auf die Beachtung und (schriftliche) Festsetzung folgender Punkte:

- Achtung auf eine respektvolle, konstruktive Atmosphäre.
- Welche Lösungsvorschläge werden aufgegriffen?
- Wer ist für die Umsetzung der Lösungsschritte zuständig? Hier sollte auf jeden Fall mindestens eine Person aus der Steuerungsgruppe angeführt sein.
- Gibt es Räumlichkeiten für Kurse, sind Materialien (z. B. Matten etc.) vorhanden?
- Können die gesundheitsförderlichen Angebote und Kurse in der Arbeitszeit stattfinden?

### 3.4. Umsetzung der Interventionen

Für die Entwicklung und Umsetzung maßgeschneiderter Angebote für den jeweiligen Betrieb sind das Projektteam sowie die Steuerungsgruppe verantwortlich. Wichtig ist es, mehrere gesundheitsförderliche Angebote auf der Verhaltens- und Verhältnisebene anzubieten.

Auf der Verhaltensebene konnte aus mehreren gesundheitsförderlichen Angeboten, deren Inhalte par-

**Interventionen müssen auf Verhaltens- und Verhältnisebene erfolgen**



tizipativ entwickelt wurden, gewählt werden wie zum Beispiel Ernährungs- und Bewegungskurse, Erziehungsberatung, psychologische Beratung, Sozialberatung. Körperliche Beschwerden wie Wirbelsäulenprobleme, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc. sind wesentliche Belastungen – die Hauptbelastungsquellen von Frauen sind allerdings häufig psychosoziale wie Stress, Arbeiten am unteren Ende der Hierarchie, mangelnde Abgrenzung und Konfliktfähigkeit. Hier erweist sich psychologisches Know-How des Projektteams immer wieder als essentiell. Die Inhalte der Angebote können mit den Frauen gemeinsam entwickelt werden, wodurch sich die Motivation an der Teilnahme erhöht.

Mit Hilfe der Steuerungsgruppe des jeweiligen Betriebes werden strukturelle Veränderungen im Arbeitsprozess umgesetzt, wie zum Beispiel Teambesprechungen, Mitarbeiter(innen)gespräche, Optimierung des Informationsflusses, (Mit)Entscheidungsmöglichkeit bei der Wahl der Arbeitsgeräte (Mobstange) etc.

So es der betriebliche Ablauf zulässt, finden die ausgewählten gesundheitsfördernden Maßnahmen optimalerweise innerhalb der Arbeitszeit statt.

### 3.5. Evaluation

Bei betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten empfiehlt sich die Durchführung externer oder interner Evaluation. Das vorliegende Projekt wurde laufend sowohl einer Prozess- als auch Ergebnisevaluation unterzogen.

Als Erhebungsinstrumente sind Fragebögen und Einzelinterviews möglich. Fragebögen können vor dem Kick Off als Status Quo eingesetzt werden, um einen Eindruck über die gesundheitlichen Belastungen der Zielgruppe zu bekommen. Sie dienen außerdem für die Nacherhebung, um Effekte bei der Zielgruppe messen zu können. Qualitative Einzelinterviews mit den Teilnehmerinnen und der ArbeitgeberInnenseite sind nach Beendigung des Projekts zu empfehlen, um Feedback zu erhalten.

Die Fragebögen bzw. Feedbackbögen sollten kurz und sprachlich einfach gestaltet sein. Kurze, prägnante und einfach formulierte Fragen mit „Smilies“ als Antwortkategorien haben sich besonders bewährt.

#### Beispiel:

Ich war mit der **Kursleiterin** zufrieden.



ja



eher ja



eher nein



nein

Interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung erfordert die Übersetzung der Fragebögen in die häufigsten Muttersprachen der Zielgruppe.

**Feedbackbögen** geben den Teilnehmerinnen die Möglichkeit, aktiv in den Prozess einzugreifen – sie sollten nach jeder Gesundheitszirkelrunde bzw. nach Abhaltung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen ausgegeben werden. Hier kann nach der Zufriedenheit, Bedürfnisadäquatheit der Aktivitäten und Änderungsvorschläge der Teilnehmerinnen gefragt werden.

#### Beispiel:

Sind Sie mit dem **heutigen Gesundheitstreff** zufrieden?



ja



eher ja



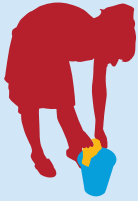
eher nein



nein

**Kurze, prägnante und einfach formulierte Fragen mit „Smilies“ als Antwortkategorien haben sich besonders bewährt**

## 4 Handlungsempfehlungen für interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung



Basierend auf den Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurden im Frauengesundheitszentrum FEM Süd Handlungsempfehlungen für Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Frauen entwickelt, die hier auf betriebliche Gesundheitsförderung zugeschnitten sind:

### ■ Frauengerechte Planung:

Bei allen gesundheitsfördernden Aktivitäten wie Ernährungs- und Bewegungskursen, Erziehungsberatung, psychologische Beratung, Sozialberatung soll auf die Möglichkeit der Abhaltung während der Arbeitszeit geachtet werden. Zeitmangel ist aufgrund der Doppel- und Mehrfachbelastung in der Gesundheitsförderung ein zentraler Faktor bei Frauen. Sämtliche Angebote sollten nach Möglichkeit kostenlos sein. Die Trainerinnen, die mit Frauengruppen arbeiten, sind weiblich und zum Großteil mehrsprachig (v. a. Bosnisch, Kroatisch, Serbisch).

### ■ Einbettung in den Alltag (kein zusätzlicher Stressfaktor):

Neben der Abhaltung sämtlicher Aktivitäten, – soweit wie möglich – innerhalb der Arbeitszeit wird ein Fokus der Kurse darauf gelegt den Frauen „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu ermöglichen. Übungen werden so erklärt, dass sie zu Hause einfach geübt werden können. Im Projekt wurden Rezepte aus den Ernährungsvorträgen der Zielgruppe angepasst: Diese entsprachen unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten und wurden danach ausgewählt, möglichst kostengünstig und einfach zu besorgen zu sein. Da Frauen oftmals für die Ernährung der gesamten Familie zuständig sind, wurden Schwierigkeiten mit den Angehörigen bei der Veränderung des Speiseplans zum Thema gemacht.

### ■ Vertrauenspersonen als Vermittlerinnen nützen:

Miteinbeziehung der Führungsebene sowie „Ins-Boot-Holen“ von Vertrauenspersonen der Zielgruppe erweisen sich als zentrale Faktoren. Um Frauen in Niedriglohnbranchen zu erreichen, ist die Einladung zur Teilnahme durch die direkte Führungsebene unabdingbar. Ängste und Befürchtungen können weiters durch Miteinbeziehung von Vertrauenspersonen abgebaut werden – engagierte Teilnehmerinnen werden gebeten, den Informationstransfer zur Zielgruppe zu unterstützen und auch als Präsentatorinnen der Ergebnisse vor der Führungsebene zu fungieren.

### ■ Ganzheitliche, integrierte Programme:

Neben Wissensvermittlung und körperlicher Bewegung ist der Austausch in der (interkulturellen) Gruppe ein wesentlicher Erfolgsfaktor des Projekts. Es wird von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgegangen, der psychosoziale Aspekte wie Wohlbefinden mit einbezieht. Mehrfachbelastung ist eines der gesundheitlichen Risiken von Frauen und muss in einem frauenspezifischen Projekt explizite Berücksichtigung finden.

### ■ Ansetzen am Wissensstand:

Die Frau wird als Expertin ihrer eigenen Arbeits- und Lebenssituation angesprochen. Hier besteht die Schwierigkeit, dass Angehörige von Berufsgruppen in Niedriglohnbranchen oftmals per se als „Nicht-ExpertInnen“ gesehen werden. Die Umkehr des Blickwinkels gilt als zentraler Erfolgsparameter. Auch in den Gesundheitszirkeln wird auf den Wissensstand der Teilnehmerinnen eingegangen: neben verständlicher Sprache (Muttersprache, Vermeiden von Fremdworten etc.) werden auch die Begrifflichkeiten wie Gesundheit oder Krankheit diskutiert. Hier erfolgt Lernen auf beiden Seiten: die Trainerin lernt unterschiedliche kulturelle Zugangswege zu Gesundheit und Krankheit kennen und die Gruppe einigt sich auf gemeinsame Begrifflichkeiten.

### ■ Partizipativ:

Der partizipative Ansatz der Gesundheitszirkel eignet sich besonders gut, um Frauen, die bisher wenig Mitspracherecht hatten, den erforderlichen Raum zu ermöglichen, selbst über Problemlösungen nachzudenken. Die mehrsprachige Arbeitsweise des Frauengesundheitszentrums FEM Süd ermöglicht, muttersprachliche und in Kooperation mit dem Männergesundheitszentrum MEN nach Geschlechtern ge-

trennte Gesundheitszirkel und -maßnahmen durchzuführen. Somit entfallen sprachliche Barrieren und es entsteht eine vertrauensvolle Atmosphäre. Zusätzlich werden teilnehmende Frauen bei allen Angeboten laufend und kontinuierlich nach ihrer Zufriedenheit im Gesundheitszirkel bzw. bei den gesundheitsfördernden Maßnahmen auf der Verhaltensebene gefragt. So war gegebenenfalls das Projektteam bzw. die Trainerin in der Lage, ihre Angebote zu optimieren.

## ■ Empowerment:

Stärkung des Selbstbewusstseins und „Hilfe zur Selbsthilfe“ sind weitere zentrale Faktoren, auf denen das Projekt aufbaute. Frauen werden in die Lage versetzt, selbstbestimmt ihr Leben in gesundheitsförderlicher Weise privat wie am Arbeitsplatz zu gestalten. Eine wesentliche Empowerment-Komponente für einige Teilnehmerinnen stellt die Ergebnispräsentation vor der Steuerungsgruppe dar, wo sie die Anliegen ihrer Berufsgruppe vor der Führungsebene vorbringen können. Im Projekt wurden mehrere Mitarbeiterinnen zur „Gesundheitsbeauftragten“ ausgebildet und befähigt, den gesundheitsförderlichen Gedanken im jeweiligen Betrieb weiterzutragen. Mit einem Zertifikat vom Frauengesundheitszentrum FEM Süd wurde die Zusatzqualifikation sichtbar gemacht.

## ■ Kontinuität sichern:

Betriebliche Gesundheitsförderung findet zumeist im Projektsetting statt und ist somit zeitlich begrenzt. Da aber gerade der Transfer in den Alltag generell und bei Frauen in Niedriglohnbranchen im Besonderen sich oft als sehr schwierig gestaltet, legte „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ auf Nachhaltigkeit großen Wert:

- In den Gesundheitszirkeln erarbeitete, selbstinitiierte Gruppen (wie z. B. Laufgruppen) werden organisatorisch unterstützt.
- In den gesundheitsförderlichen Maßnahmen wird Anleitung zur „Hilfe zur Selbsthilfe“ gegeben.
- Weiters lernen Projektteilnehmerinnen das Frauengesundheitszentrum FEM Süd kennen und können somit auch das fortlaufende Kurs- und Beratungsprogramm nutzen. Somit kann eine Fortführung der Betreuung der Zielgruppe gewährleistet werden.
- Nach Beendigung der Maßnahmen sollen die während der Projektlaufzeit ausgebildeten „Gesundheitsbeauftragten“ auf eine Weiterführung gesundheitsfördernder Angebote achten und deren Kontinuität sichern.

## ■ Realistische Zielsetzung:

Bereits bei Projektbeginn im jeweiligen Betrieb wird in der Präsentation vor der Steuerungsgruppe darauf geachtet, realistische Zielsetzungen zu nennen. Somit ist auch ein wichtiger Punkt, was durch das Projekt nicht erreicht werden kann – wie zum Beispiel Krankenstandstage der Mitarbeiterinnen sofort zu reduzieren, bedeutende gesundheitsgefährdende Bedingungen (z. B. Rauchen) grundsätzlich abzubauen, Rückfälle in frühere gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu verhindern sowie Steigerung der Produktivität aller Teilnehmerinnen des Programms. Realistisch ist vielmehr, dass sich die Mitarbeiterinnen im Betrieb wohler fühlen, ihren Gesundheitsbegriff erweitern und v. a. konkret über Lösungen eigener Probleme nachdenken. Eine Optimierung des Arbeitsablaufs kann somit als realistisches Ziel genannt werden.

## ■ Realistische Ressourcenplanung:

Sowohl auf Seite der Projektbeteiligten als auch auf Seite der Teilnehmerinnen wird auf diesen Punkt Rücksicht genommen. Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Frauen erweist sich allerdings als personalintensiv, da die persönliche Kontaktaufnahme und Bekanntheit mit den Projektverantwortlichen von entscheidender Bedeutung ist. Kontinuierliche persönliche Kontakte dienen als vertrauensbildende Maßnahmen, die für eine Teilnahme dieser Zielgruppe zentral sind. Die Aufrechterhaltung des persönlichen Kontakts ist für die Sicherung der Kontinuität der Teilnahme wesentlich.

## ■ Sozialer Charakter (Gruppenangebote):

Fast alle Angebote finden im Gruppensetting statt. Die Gruppen haben starken sozialen Charakter, den die Teilnehmerinnen auch zum privaten Austausch nutzen und ein wesentliches Erfolgskriterium sind. Vor allem die Zusammenführung der Gesundheitszirkel zu einer interkulturellen Großgruppe erweist sich als Erfolgsfaktor. Teilnehmerinnen beider Zirkelgruppen erkennen die ähnlichen arbeitsspezifischen Belastungsfaktoren und erfahren gerade in großen Betrieben über die Probleme und Lösungsvorschläge anderer Abteilungen. Auch der Austausch zwischen Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichen Dienstzeiten oder Schichten wird gefördert.



## 5 Fazit

Dass geschlechtssensible und interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen möglich ist, ist an der Zielgruppe der Reinigungskräfte deutlich erkennbar. Galt diese Gruppe bisher als für Gesundheitsförderungsprojekte schwierig zu erreichen, konnte mit „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ ein Weg aufgezeigt werden.

Für das Frauengesundheitszentrum FEM Süd ist betriebliche Gesundheitsförderung eine der Möglichkeiten, Angebote der Gesundheitsförderung für Frauen mit Mehrfachbelastungen zu öffnen. Gerade für Frauen in Niedriglohnbranchen, die aufgrund zeitlicher und finanzieller Barrieren oftmals ihrer eigenen Gesundheit kaum Platz in ihrem Leben einräumen (können), erwies sich diese Zugangsweise als zielführend.

Hier können wir ansetzen und in Kooperation mit den Betrieben unseren Beitrag leisten, um das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen zu steigern. Der Optimalfall ist eine „win-win-Situation“ für alle Beteiligten: die Frauen in Niedriglohnbranchen wie hier Reinigungskräfte sind im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und haben die Möglichkeit, eigene Lösungsschritte

für ihr Wohlbefinden im Betrieb zu erarbeiten. Auf der Seite des Betriebs zeigt sich der Gewinn durch motivierte MitarbeiterInnen, die konstruktiv über Problemlösungen nachdenken. Nicht zuletzt führt der Blickwinkel der Frauen, ihre Bereitschaft zu Kooperation und Partizipation zu einer Ausweitung des „Sichtfeldes“ der betrieblichen Gesundheitsförderung und ist eine Bereicherung für die hier tätigen AkteurInnen.

Als wesentlich erscheint den Autorinnen, dass betriebliche Gesundheitsförderung oftmals von solchen ArbeitgeberInnen durchgeführt wird, die per se eine Bereitschaft für positive Veränderungen der betrieblichen Strukturen aufweisen.

Die Motivation aller Beteiligten, das große Interesse, das dieses Projekt auf Kongressen und Tagungen immer wieder weckt sowie der Gesundheitspreis der Stadt Wien (2. Platz in der Kategorie „Gesundheitsförderung und Prävention“) zeigen uns, dass wir am richtigen Weg sind – und geben uns die Motivation, weiterhin in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem Fokus Gender und Diversity tätig zu sein.

Die Nachfrage nach dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ hat schließlich gezeigt, dass es in Wien Bedarf an niederschweligen, auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Frauen zugeschnittenen Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt. Das Gesundheitsbewusstsein und Interesse der Frauen ist vorhanden – jetzt liegt es an den AkteurInnen, hier Unterstützung anzubieten.

Wir hoffen, Sie mit diesem Manual angeregt zu haben, Ihre Projekte um die Kategorien Gender und Diversity zu erweitern und wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Umsetzung Ihrer Aktivitäten!

## Literaturverzeichnis

- Alfermann, D. (1996). Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Bödeker, W., Harms, M. & Salman, R. (2009). Interkulturelles Betriebliches Gesundheitsmanagement. BZgA Infodienst Migration, 1/2009, 30.
- Haider, H., Korn, K. & Blagojevic, S. (2009). Women at work – interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen. In: Frauen – Gesundheit – soziale Lage (Hrsg.). fakultas: Wien. In Druck, erscheint im Herbst 2009.
- Hamann, S. & Linsinger, E. (2008). Weißbuch Frauen, Schwarzbuch Männer, Wien: Deuticke.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2009). Bericht der Kommission an den Rat, das europäische Parlament, den europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen zur Gleichstellung von Frauen und Männern [www Dokument]. Verfügbar unter [http://www.gleichstellungsbeauftragte-rlp.de/19263/19389/EU%20Gleichstellungsbericht%202009\\_21780.pdf](http://www.gleichstellungsbeauftragte-rlp.de/19263/19389/EU%20Gleichstellungsbericht%202009_21780.pdf) [Datum des Zugriffs: 10.07.09].
- Nelson, M. C., Chairman and Chief Executive Officer, Carlson Companies (2009). Women and career [Vortrag am Women's World Congress Perspektiven der Gleichstellung, Wien, Rathaus, 4. und 5. März].
- Pirolt, E. & Schauer, G. (2005). Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung.ppm forschung + beratung: Linz
- Rechnungshof (2008). Bericht des Rechnungshofes über die durchschnittlichen Einkommen der gesamten Bevölkerung gemäß Art. 1 § 8 abs. 4 des Bezügebegrenzungs-gesetzes, BGBl. I Nr. 64/1997, für die Jahre 2006 und 2007 [www Dokument]. Verfügbar unter: [http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/III/III\\_00013/imfname\\_146584.pdf](http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/III/III_00013/imfname_146584.pdf) [Datum des Zugriffs: 16.07.09]
- Reinprecht, C. & Kienzl-Plochberger, K. (2005). IIS – IntegrationsInfoService von MigrantInnen für MigrantInnen, S. 11ff.
- Statistisches Zentralamt (2009). Erwerbstätige [www Dokument]. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/arbeitsmarkt/erwerbstaetige/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/erwerbstaetige/index.html) [Datum des Zugriffs: 08.07.09]

**Impressum:**

Ein Produkt des Frauengesundheitszentrums FEM Süd, entstanden im Rahmen der Projekte „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 1 & 2.

Autorinnen: Mag<sup>a</sup> Karin Korn, Mag<sup>a</sup> Huberta Haider, Slavica Blagojević

Gestaltung: Mag<sup>a</sup> Gisela Scheubmayr/subgrafik

Fotos: Dreamstime S. 2, 12; FEM Süd 15, 16; iStockphoto S. 4, 6, 11, 17, 18

Druck: digiDruck GmbH

Wien, Juli 2009



Ein Projekt des Frauengesundheitszentrums FEM Süd,  
Institut für Frauen- und Männergesundheit

