

## **Gesundheit in sozialen Einrichtungen: Themen und Methoden der Gesundheitsförderung anhand des Projekts „GGG – Gemeinsam Gesundheit Gestalten“**

Olga Kostoula

### **Zusammenfassung**

Dieser Beitrag befasst sich mit den Besonderheiten von Gesundheitsförderungsprozessen in sozialen Einrichtungen. Ausgehend von einer Erörterung der Leistungen sozialer Einrichtungen wird die zweifache Bedeutung sozialer Einrichtungen analysiert, einerseits für NutzerInnen und andererseits auch für ProduzentInnen sozialer Dienstleistungen. Implikationen für die Gesundheit der NutzerInnen ergeben sich aus der sozialwissenschaftlichen Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit. Für Produzenten und Produzentinnen sozialer Dienstleistungen wird das Konzept der Emotionsarbeit als spezifische Quelle von potentiellen Anforderungen und Ressourcen in Betracht gezogen, sowie kontextuelle Faktoren, die für den sozialen Bereich charakteristisch sind. In Hinblick auf die Umsetzung von Gesundheitsförderungsprozessen liegt der Fokus auf Partizipations- und Nachhaltigkeitsaspekten. Nach einem kurzen Umriss des Projekts GGG werden die daraus entstandenen Methoden und Produkte für eine nachhaltige Kompetenzentwicklung zur Gesundheitsförderung in sozialen Einrichtungen mit Beschäftigungs- und Beratungsschwerpunkt vorgestellt.

### **Soziale Einrichtungen als dienstleistungserbringende Stellen mit spezifischen Merkmalen**

Soziale Einrichtungen erbringen soziale Dienstleistungen. Letztere werden definiert als *„jede einem anderen angebotene Tätigkeit oder Leistung, die im wesentlichen immaterieller Natur ist und keine direkten Besitz- oder Eigentumsveränderungen mit sich bringt.“* (Kottler & Bliemel in Simsa, Schober & Schober, 2004). Andere Definitionen heben den Aspekt der Gemeinnützigkeit hervor und sehen soziale Dienstleistungen als eine zwischenmenschliche Form von Hilfestellung definiert, die sich überwiegend auf Problemstellungen konzentrieren wie die Verbesserung der Handlungsfähigkeit, zu der Wiederherstellung von Gesundheit oder zu der Erhaltung der Arbeitskraft von Individuen (Heinze, 2011; Dunkel, 2011) zählen. Soziale Dienstleistungen gehören zu den personenbezogenen Dienstleistungen und haben bestimmte Gemeinsamkeiten mit ihnen. Eine solche Gemeinsamkeit stellt das sogenannte *uno actu* Prinzip dar, das sich auf das zeitliche Zusammentreffen der Leistungsproduktion mit dem Leistungskonsum bezieht, was die Anwesenheit der Leistungsadressaten im Moment der Leistungserbringung voraussetzt (Dunkel, 2011).

Darüber hinaus zeichnet sich die Leistungserbringung im sozialen Bereich durch spezifische Merkmale aus, durch die sie sich von anderen personenbezogenen Dienstleistungen unterscheiden. Ein zentraler Unterschied zu kommerziellen Dienstleistungen stellt die

Tatsache dar, dass an der Erbringung sozialer Dienstleistungen ein öffentliches Interesse besteht (Evers, Heinze & Olk, 2011; Bender & Graßl, 2004). Weitere Spezifika beziehen sich auf die Art der professionellen Beziehung, auf die Dienstleistung selbst sowie auf den institutionellen Rahmen (ebd.). In Hinblick auf die professionelle Beziehung lässt sich die Dauer als ein charakteristisches Kriterium feststellen. Soziale Dienstleistungen erfordern in der Regel länger andauernde Beziehungen und unterscheiden sich somit von Dienstleistungen, die auch bei einmaligen zwischenmenschlichen Begegnungen erfolgen.

Die professionelle Beziehung im Rahmen sozialer Dienstleistungen ist weiters durch Asymmetrien in mehrerer Hinsicht gekennzeichnet. Personen, die auf soziale Dienstleistungen angewiesen sind, befinden sich in einer mehr oder weniger akuten Notsituation und verfügen über einem geringeren situationsrelevanten Informationsstand als die ProduzentInnen der Dienstleistung, auf die sie angewiesen sind (vgl. Heinze, 2011; Simsa et al. 2004). Ein Machtungleichgewicht entsteht außerdem, wenn die Problemdeutung und die implizierten Handlungsoptionen durch die leistungs anbietende Seite erfolgen (vgl. Dunkel, 2011).

Diese Art von professioneller Beziehung und die Umstände ihrer Entstehung führen zu einem weiteren Unterschied zwischen Dienstleistungen und anderen personenbezogenen Dienstleistungen, der als eingeschränkte Kundensouveränität der LeistungsnutzerInnen bezeichnet wird (Simsa et al., 2004). Die Kundensouveränität bezieht sich auf die Entscheidungsfreiheit bezüglich der Inanspruchnahme der Leistung. Einschränkungen der Entscheidungsfreiheit ergeben sich aus der beeinträchtigten körperlichen, psychischen und/oder sozialen Lage, in der sich die Adressaten der Dienstleistungen befinden und aus der oft die Notwendigkeit für die Inanspruchnahme der Leistung hervorkommt.

Die Abhängigkeitsbeziehung zwischen ProfessionistInnen einerseits und LeistungsnutzerInnen andererseits lässt sich im Rahmen der Erbringung sozialer Dienstleistungen zu einem Vertrauensverhältnis wandeln. Dazu ist die Anwendung von Fachwissen sowie die ausgeprägte interaktive Gestaltung der professionellen Tätigkeit notwendig. Insofern lässt sich das Merkmal der Koproduktion der Dienstleistung als wichtiges Differenzierungskriterium identifizieren. Die Koproduktion der Dienstleistung bezieht sich auf die Notwendigkeit der Beteiligung der leistungsempfangenden Personen am Gestaltungsprozess im Sinne einer aktiven Mitwirkung im Ergebnis.

Laut Dunkel (2011) ist das Dienstleistungsprodukt an der Person des Leistungsempfängers bzw. der Leistungsempfängerin selbst zu sehen. Diese Tatsache stellt nicht nur einen wesentlichen Unterschied zu kommerziellen Dienstleistungsprozessen dar sondern zieht ein intensives persönliches und emotional behaftetes Verhältnis zwischen ProduzentInnen und NutzerInnen der Dienstleistung mit sich (Simsa et al., 2004)

Zu den Charakteristika der Leistung selbst lässt sich weiters aus wirtschaftlicher Sicht die Notwendigkeit einer hohen Personalintensität feststellen, die mit einer geringen Preiselastizität der Nachfrage einhergeht. Das Kriterium der geringen Preiselastizität sagt aus, dass sich die Preisgestaltung als wenig oder kaum abhängig von etwaigen Nachfrageveränderungen erweist (Simsa et al., 2004).

Eine zunehmende Nachfrage nach sozialen Dienstleistungen verursacht durch demografische und soziokulturelle Veränderung wie die Alterung der Gesellschaft und die höhere Arbeitsmarktintegration von Frauen tragen seit einigen Jahrzehnten zur Expansion des sozialen Sektors bei (Evers, Heinze & Olk, 2011). Stellten vor einem Jahrhundert soziale Dienste Fürsorgemaßnahmen für Problemgruppen dar, so richtet sich aktuell das Angebotsspektrum an breitere Bevölkerungsgruppen mit vielfältigem Unterstützungsbedarf (Hartmann, 2011). Der soziale Bereich wird somit zu einem boomenden Wirtschaftszweig mit einem häufig unterschätztem Beschäftigungspotential (Hartmann, 2011; Heitzmann, 2001). Gleichzeitig zeichnen sich allgemeine Tendenzen wie eine erhöhte Ökonomisierung und Institutionalisierung ab, die strukturelle Veränderung in den Beschäftigungsverhältnissen mit sich ziehen (Heinze, 2011). Teile davon stellen die Ausdifferenzierung der damit verbundenen Professionen bei gleichzeitiger Polarisierung im Qualifikationsniveau dar. Eine Zunahme lässt sich auch in den Positionen auf Teilzeitbasis sowie in den teilweise prekären Dienstverhältnissen verzeichnen.

Die Ökonomisierungstendenz lässt sich überwiegend in der Auftragsvergabe und Übertragung von wirtschaftlichen Leistungs- und Qualitätskriterien in den dritten Sektor feststellen. Diese Entwicklung zeichnet sich gleichzeitig mit einer zunehmenden Konkurrenz durch gewinnorientierte Anbieter und Anbieterinnen sozialer Dienstleistungen ab (Simsa, 2006). Der Begriff der Sozialmanagements weist auf die Übernahme von unternehmensorientierten Führungskonzepten hin, die zunehmend an Bedeutung gewinnen (Heinze, 2011). Diese Entwicklungen haben Implikationen sowohl für AnbieterInnen als auch für NutzerInnen sozialer Dienstleistungen.

## **Relevanz von Gesundheit im Kontext sozialer Einrichtungen**

Als vielschichtiger Begriff war Gesundheit nie frei von normativen Komponenten (Ulich & Wülser, 2009). Im Zusammenhang aktueller Diskussionen insbesondere die betrieblichen Gesundheitsförderung betreffend stehen außerdem explizit die Leistungsaspekte von Gesundheit. Der Aspekt der Leistung erlangt in sozialen Einrichtungen mehrfache Relevanz, da er sich gleichzeitig auf die Leistung der Einrichtung respektive der MitarbeiterInnen bezieht sowie auf die Leistungsfähigkeit der AngebotsnutzerInnen. Insofern kommt die Gesundheitsdefinition der WHO, mit der die Gesundheitsförderung operiert, zur Geltung. Letztere berücksichtigt das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden.

### *Gesundheit als Leistung sozialer Einrichtungen*

Zum Auftrag vieler sozialer Einrichtungen gehören direkte gesundheitsbezogene Dienstleistungen wie Pflege, psychologische Betreuung, Krisenintervention usw. Andere wiederum werden mit gesundheitlichen Themen und Problemen ihrer Zielgruppe im Rahmen von Aufträgen wie die Arbeitsmarktintegration konfrontiert, so wie es für die Mehrzahl der im Projekt GGG teilnehmenden Einrichtungen zutrifft. Ein erster Fokus gebührt der Gesundheit der Zielgruppen sozialer Dienstleistungen. In den meisten Fällen kommt der umfassende Gesundheitsbegriff zur Geltung, der Gesundheit als einen Zustand körperlichen,

psychischen und sozialen Wohlbefindens betrachtet. In dieser Hinsicht stellen mehrfache gesundheitliche Beeinträchtigungen häufige Arbeitsschwerpunkte sozialer Einrichtungen dar.

Von besonderer Relevanz ist in diesem Zusammenhang die sozialwissenschaftliche Forschung zur sozialen Benachteiligung und gesundheitlichen Ungleichheit, wodurch Auswirkungen sozial bedingter Benachteiligung auf die Gesundheit von Individuen und sozialen Gruppen beleuchtet werden. Der Begriff der sozialen Benachteiligung steht für gesellschaftlich bedingte Unterschiede beim Zugang zu normativen Gütern und allgemein anerkannten Lebenszielen (vgl. Sachweh, 2010). Dieses Konzept betont den Einfluss struktureller Elemente des sozialen Umfelds auf individuelle Unterschiede.

Dementsprechend werden unter gesundheitlicher Ungleichheit sozialstatusabhängige Unterschiede im Gesundheitszustand von Individuen verstanden. Unterschieden wird in vertikale und horizontale soziale Ungleichheit, wobei die vertikale soziale Ungleichheit auf Basis der Faktoren Bildung, berufliche Stellung und Einkommen erfasst wird. Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand und Anzahl der Kinder sind Faktoren, die die horizontale soziale Ungleichheit definieren (Mielck & Helmert, 2006).

Empirische Untermauerung erlangen diese Ansätze durch epidemiologische Forschungsarbeiten zu Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken, die auf internationaler Ebene Zusammenhänge zur sozialen Lage verdeutlichen (vgl. Bauer, Bittlingmayer, Richter, 2008; Mielck & Helmert, 2006). Demnach weisen Menschen mit niedrigem sozialen Status einen schlechteren Gesundheitszustand gemessen an unterschiedlichen Erkrankungen auf und sterben früher als Menschen mit höherem sozialen Status. Der soziale Status wird anhand von Indikatoren wie Einkommen, Bildung oder beruflicher Tätigkeit definiert und erklärt stärker als alle anderen untersuchten Parameter Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens von Erkrankungen und vorzeitigem Tod (Richter, 2008).

Die Annahme einer sozialwissenschaftlichen Perspektive in der Forschung über gesundheitlicher Ungleichheit bedeutet die Betrachtung der ungleichen Verteilung von individuellen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken als ein soziales Phänomen (Bauer et al. 2008). Erklärungsansätze beziehen eine Reihe von individuellen (z.B. Gesundheits- oder Vorsorgeverhalten) und Umweltfaktoren (Wohn- und Arbeitsbedingungen, Gesundheitsversorgung) ein und lassen sich in diese Hauptkategorien unterteilen. Der psychosoziale Ansatz fokussiert als dritte Erklärungsschiene aus der Perspektive der Stressforschung auf die Wirkung von Stressoren auf die Gesundheit. Die Kausalitätsrichtung, also die Frage, ob der soziale Status auf Gesundheit prägend wirkt oder umgekehrt, ist nicht geklärt (Mielck & Helmert, 2006). Als aktuelle Herausforderung sehen viele Autoren die Integration der bestehenden erklärenden Faktoren und Ansätze, die sich bis dato eher nur additiv verstehen lassen, in einem dynamischen Modell, das die einzelnen existierenden Perspektiven in einer dynamischen Wechselwirkung erfasst (Bauer et al., 2008; Mielck & Helmert, 2006).

In Österreich kommt trotz einer Anzahl positiver Faktoren wie ein ausgeprägtes Gesundheitssystem, Schutzbestimmungen am Arbeitsplatz und zunehmenden Stellenwert

von Prävention und Gesundheitsförderung soziale Ungleichheit hervor, die sich insbesondere im subjektiven Gesundheitszustand und in bestimmten chronischen Erkrankungen wie Wirbelsäulenbeschwerden, Arthritis, Arthrose, Angstzustände und Depression widerspiegelt (Klimontet al. 2008).

### **Gesundheit als Grundlage der Leistungsfähigkeit in sozialen Einrichtungen**

Die Relevanz von Gesundheit in sozialen Einrichtungen wird aus einer zusätzlichen Perspektive deutlich, die die Gesundheit der LeistungsanbieterInnen selbst beleuchtet. Diese steht im Zusammenhang mit den spezifischen Merkmalen der Arbeitsaufgabe sowie mit kontextuellen und organisationalen Aspekten der Tätigkeitsausübung. Arbeitspsychologisch lassen sich diese Faktoren unter den Begriffen der (Fehl)Belastung und der Ressourcen analysieren.

Die spezifischen Merkmale der Arbeitsaufgaben im Kontext von sozialen Einrichtungen führe zur ihrer Bezeichnung als dialogisch-interaktive Tätigkeit (Hacker, 2009). Konsequenterweise erfordert die Tätigkeitsausübung im Rahmen sozialer Dienstleistungen den systematischen Einsatz von Emotionen durch die MitarbeiterInnen. Emotionen werden in diesem Zusammenhang als wichtiges Arbeitsmittel betrachtet und sind für die Bewertung arbeitsbedingter Belastungen und Ressourcen von besonderer Bedeutung. Mögliche Quellen arbeitsbedingter Belastungen können in dieser Hinsicht die Häufigkeit und Intensität der erforderlichen Emotionsarbeit sowie die hohen Sensitivitätsanforderungen sein, die die professionelle Tätigkeitsausübung voraussetzt. Die Sensitivitätsanforderungen entstehen durch die Notwendigkeit, die Gefühle der jeweiligen Interaktionspartner bzw. der Klienten und Klientinnen wahrzunehmen. Die emotionalen Sensitivitätsanforderungen sind für die wenig standardisierte Arbeit im sozialen Bereich von entscheidender Bedeutung. Ebenso wichtig ist andererseits das Management der eigenen Emotionen, das je nach angewandter Strategie mehr oder weniger belastend sein kann. Ein dritter Belastungs- bzw. Ressourcenaspekt in Zusammenhang mit Emotionsarbeit sind die zur Verfügung gestellten Mittel im Sinne von Arbeitsorganisation bzw. Arbeitsprozessen usw., die Belastung reduzieren oder aufrechterhalten können. Ein Beispiel dafür ist die Option, administrative Arbeit nach intensiver Emotionsarbeit zu erledigen.

Der Einsatz von Emotionen für die Erfüllung professioneller Aufgaben in Dienstleistungsbereichen wurde in der Vergangenheit mit einem erhöhten Burnout-Risiko in Zusammenhang gebracht. Neuere Arbeiten (vgl. Zapf et al., 2003) bringen ein differenzierteres Bild zum Vorschein. Demnach kann Emotionsarbeit sowohl Quelle von Belastungen als auch von Ressourcen sein, abhängig davon, welche emotionalen Arbeitsbewältigungsstrategien angewandt werden (Zapf et al., 2003). Die berufliche Anforderung, positive Emotionen zu zeigen, weist an sich positive Effekte auf das Gefühl der Leistungserfüllung auf. Das Gleiche gilt für die Sensitivitätsanforderung, also die Notwendigkeit von Gefühlen der jeweiligen Interaktionspartner wahrzunehmen. Einen negativen gesundheitlichen Effekt hat das Auftreten von emotionaler Dissonanz im Interaktionsprozess. Emotionale Dissonanz tritt auf, wenn die erwartete Emotion weder automatisch noch durch den Einsatz professioneller Techniken erlebt werden kann. Gründe dafür können z.B. die Häufigkeit der emotionalen Anforderungen oder Zeitdruck sein.

Weiters scheint die Wirkung von Emotionsarbeit von weiteren in der Stressforschung bekannten Faktoren wie Handlungsspielraum und sozialer Unterstützung beeinflusst zu werden (ebd.).

Neben den Merkmalen der Tätigkeit selbst wird die Gesundheit von MitarbeiterInnen in sozialen Einrichtungen von psychosozialen und organisationalen Faktoren beeinflusst (vgl. Ulich und Wülser, 2009; Kernen, 2005). Zu den psychosozialen zählen z.B. Arbeitsklima, soziale Unterstützung durch Kollegen, Kolleginnen und Vorgesetzten.

Ein Teil der organisationalen Prozesse wie beispielsweise Faktoren, die die Zusammenarbeit in Teams betreffen weist Ähnlichkeiten mit anderen Arbeitsbereichen im gewinnorientierten oder öffentlichen Sektor auf. Unterschiede ergeben sich auf der Ebene der Organisation aufgrund der besonderen Positionierung sozialer Einrichtungen im dritten Sektor, also zwischen Markt und Staat. Während im Markt duale Beziehungen zwischen LeistungskonsumentInnen einerseits und leistungserbringender Stellen andererseits üblich ist, stellt die überwiegende oder ganzheitliche Übernahme der Kosten für die soziale Dienstleistungen durch öffentliche Kostenträger einen entscheidenden Unterschied dar (Simsa et al, 2004). Andererseits werden die Beziehungen zwischen dem Nonprofit-Sektor und dem Staat als durchaus von Kooperation geprägt gesehen (Bender & Graßl, 2004; Heitzmann, 2001). Dunkel (2011: 192) spricht in diesem Zusammenhang von einem „sozialleistungsrechtlichen Dreiecksverhältnis“. Daraus ergeben sich weitreichende Implikationen für Prozesssteuerung sowie für die Bewertung sozialer Dienstleistungen in Hinblick auf Qualität, Wirtschaftlichkeit und Nutzen, die je nach Blickwinkel der Betrachtung unterschiedlich ausgehen können.

Die zwingende Einbeziehung des oben erwähnten Koproduktionskriteriums in dieser Problematik, also der Mitwirkung der NutzerInnen, resultiert auf institutioneller Ebene in einem Spagat zwischen fachlicher Qualität einerseits und ökonomischer Effizienz andererseits. Aus ökonomischer Sicht führen die Erfordernisse der Konsumentenmitwirkung und der hohen Interaktion zu einer begrenzt möglichen Produktivitätssteigerung (Evers, Heinze & Olk, 2011). Aus der Sicht der Akteurinnen lässt sich das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis als doppeltes Mandat interpretieren, das sowohl die Interessen von LeistungsnutzerInnen als auch externe Vorgaben umfasst (Dunkel, 2011).

Auf der Ebene der professionellen Praxis äußert sich die intermediäre Rolle sozialer Dienste als eine Gratwanderung zwischen Eigenverantwortung und Kontrolle. Einerseits zielt die soziale Arbeit auf die Stärkung der Eigenverantwortung ab, andererseits kann dieses gleiche Ziel der Eigenverantwortung zu einem Bruch in die Professionelle Praxis führen, wenn es als eine von außen aufgezwungene Verpflichtung aufgefasst wird (Hartmann, 2011). Bezogen auf die Handlungsmöglichkeiten der ProfessionistInnen ist diese Situation eine mögliche Quelle von emotionaler Dissonanz bzw. von Hindernissen der Arbeitsregulation, die es zu bewältigen gilt.

Die Rolle prekärer Arbeitsverhältnisse ist Gegenstand weniger Studien. Seifert, Messing, Riel, Chatigny (2007) finden in einer Untersuchung in zwei verschiedenen Bereichen sozialer Dienstleistungen wie Trainings für MigrantInnen und telefonische Beratung für Frauen, die

von Gewalt betroffen sind, negative Effekte von prekären Arbeitsbedingungen auf das subjektive Gefühl der Arbeitsbewältigung sowie auf das Ergebnis der erbrachten Dienstleistung. Weitere negative Auswirkungen auf das Arbeitsklima, die Zusammenarbeit und die zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz kommen in dieser Untersuchung zum Vorschein.

### **Gesundheitsförderung in sozialen Einrichtungen**

Das Fehlen eines integrativen Modells für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit auf die spiegelt sich in der Interventionsplanung wider (Mielck & Helmert 2006). Mielck (2010) konstatiert eine einseitige Fokussierung auf verhaltensbezogene Interventionen und sieht den Grund dafür darin, dass mit Verhaltensorientierung ein höherer Einfachheitsgrad verbunden sei. Dennoch besteht Einigkeit über die Vorzüge einer Kombination von verhaltensorientierten mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (vgl. Mielck, 2010; Ulich & Wülser, 2009).

Die verstärkte Verschränkung verhaltenspräventiven Angeboten mit sozialen Dienstleistungen erlangt unter dem Aspekt des Gesundheitsverhaltens sozial benachteiligter Menschen eine besondere Relevanz. Während es wie oben erwähnt einen von mehreren Erklärungsansätzen darstellt, gilt das Gesundheitsverhalten als Gradient gesundheitlicher Ungleichheit. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status rauchen mehr, ernähren sich häufiger ungesund und gehen körperlichen Aktivitäten seltener nach als Menschen mit höherem sozioökonomischen Hintergrund (Weyers, 2008). Die Herangehensweisen an die Erklärung dieses Phänomens sind derzeit eher punktuell. Sie betonen einerseits soziokulturelle Einflussfaktoren wie Einkommen oder Bildung und andererseits psychosoziale Ursachen wie Zukunftsperspektive oder Kontrollüberzeugung (d.h. die Einschätzung der Einflussnahme auf äußere Umstände) (ebd.).

Einen Punkt in der Gestaltung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen stellt die Erhöhung von Kontrolle über die Arbeitstätigkeit und die kontextuellen Bedingungen dar (vgl. Siegrist & Marmot, 2004). Die berufliche Kontrolle bezieht sich auf den Entscheidungsspielraum, der im Kontext der beruflichen Tätigkeitsausübung vorhanden ist. Geringe Kontrolle ist nachgewiesenermaßen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen wie kardiovaskulären Erkrankungen und vermindertem psychischen Wohlbefinden (Ulich & Wülser, 2009) verbunden. Ein weiteres Ziel kann die Erweiterung immaterieller Anerkennung sein, die stärker als finanzielle Anreize mit Gesundheit assoziiert wird (Siegrist & Marmot, 2004).

Eine weit anerkannte Herausforderung in der Gesundheitsförderung ist es, sozial benachteiligte Zielgruppe zu erreichen und auf ihre Akzeptanz zu stoßen (vgl. Holleederer, 2010; Wright et al., 2010). In der Regel profitieren von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten gerade jene Bevölkerungsgruppen am wenigsten, die erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen (Wright et al, 2010). Das Setting sozialer Einrichtungen kann als Gelegenheit zur Überwindung dieser Herausforderung fungieren, da es für alle Beteiligten einen zentralen Lebensraum bzw. Arbeitsplatz darstellt. Weiters ist in sozialen Einrichtungen ein breites Wissen über die Lebenswelten der AngebotsnutzerInnen

sowie Fachwissen vorhanden, das zur Vermeidung der Gefahr dienen kann, zur Kolonialisierung von Lebenswelten zu werden. Damit wird die Vorgabe von normativen Werten und Verhaltensweisen gemeint, die unter der Prämisse der Förderung von Selbstverantwortung stattfinden kann (vgl. Hartmann, 2011). Im Falle der Gesundheitsförderung wird Selbstverantwortung anhand des Wissens und der Erfahrungen der TeilnehmerInnen partizipativ mobilisiert.

Die Effekte von Gesundheitsförderungsprozessen sollten in einer langfristigen Perspektive betrachtet werden. Die empirisch nachgewiesenen Wirkungen von Arbeitsumständen auf das gesundheitsbezogene Freiheitsverhalten können sich in langfristiger Sicht bemerkbar machen. Als Voraussetzung für nachhaltige Wirkung sollten Gesundheitsförderungsinitiativen zeitliche und strukturelle Einschränkungen überschreiten, die sich aus der Durchführung von einzelnen Projekten ergeben (Wright et al., 2010). Trojan & Legewie (in Göpel, 2010: 12) definieren Handlungsprinzipien für eine nachhaltige Gesundheitsförderung wie folgt:

1. Strukturelle Determinanten von Gesundheit beeinflussen und zwar
  - aus salutogenetischer Perspektive
  - durch Information und Kompetenzvermittlung
  - durch materielle und ideelle Anreize sowie Regelungen
2. Strukturen schaffen und Prozesse einleiten
  - durch systematische Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung stabilisieren
  - sozialraumbezogene Systemlösungen statt Einzelproblemlösungen
3. Innovationen kontinuierlich anstoßen und umsetzen durch
  - partizipatives Planen
  - ressortübergreifende, problemfeldbezogene Ansätze im Rahmen komplexer Gesundheitsförderungsprogramme

### **Projekt „Gemeinsam Gesundheit Gestalten“**

Das Projekt „Gemeinsam Gesundheit Gestalten“, fand von September 2008 bis Oktober 2011 auf Auftrag der Sozialplattform Oberösterreich und mit Förderung vom Fonds Gesundes Österreich, vom Arbeitsmarktservice und vom Land Oberösterreich statt. Am Projekt nahmen acht oberösterreichische soziale Einrichtungen als Pilotbetriebe teil<sup>1</sup>. Die Mehrzahl der Einrichtungen haben Beschäftigungsschwerpunkte für verschiedene Zielgruppen. Darunter befindet sich eine Einrichtung, die zusätzlich auf psychosoziale Beratung und Krisenintervention spezialisiert ist.

Zu den Zielen des Projekts zählt die Durchführung eines betriebsinternen Gesundheitsförderungsprozesses, die Konzeption gesundheitsfördernder Maßnahmen für AngebotsnutzerInnen und darüber hinaus die überbetriebliche Vernetzung und die Entwicklung von spezifischen Instrumenten und Strukturen für die Gesundheitsförderung in

---

<sup>1</sup> Es handelt sich um die Einrichtungen ALOM, Exit Sozial, FAB Proba, FAB Reno, Frauenstiftung Steyr, B7, SAUM, Vehikel



sozialen Einrichtungen (Steiner et al., 2009). Die methodische Vorgehensweise umfasste den Einsatz klassischer Instrumente der Gesundheitsförderung wie die Errichtung von Steuerungsgruppen auf betrieblicher sowie auf überbetrieblicher Ebene, Ist-Analyse, Gesundheitszirkel usw. sowie die Konzeption neuer Methoden für die Arbeit mit den AngebotsnutzerInnen der Einrichtungen.

Eine detaillierte Beschreibung des Projektverlaufs ist in Ertelthalner und Kostoula (2010) zu lesen. Eine Evaluation des Projekts liegt ebenfalls vor (Steiner et al. 2011) und gehört nicht zu den Zielen dieses Beitrags. An dieser Stelle wird auf die Beschreibung jener Aspekte eingegangen, die sich für die Partizipation als tauglich erwiesen und für eine nachhaltige Wirkung des Projekts relevant sind. Dazu gehören betriebliche und überbetriebliche Strukturen unter gegebenenfalls der Einbeziehung weiterer regionaler Akteure sowie methodische Verfahren, die erneut wiederverwendet werden können. Im Folgenden werden einzelne Methoden und Instrumente, die zu einer nachhaltigen Vernetzung und Kompetenzentwicklung dienen sollen beschrieben.

### **Vernetzung**

Im Rahmen des Projekts GGG wurden Vernetzungsaktivitäten initiiert. Diese Netzwerkveranstaltungen dienten zum Erfahrungsaustausch zwischen den oberösterreichischen sozioökonomischen Betrieben und weiteren sozialen Einrichtungen. Zusätzlich boten sie Raum für externe Inputs und die Vorstellung anderer Projekte. Die wichtigsten Elemente dieser Vernetzungsplattform werden beibehalten und werden unter der Koordination von Sozialplattform Oberösterreich weitergeführt. Dabei wird wie bis jetzt ein breites Spektrum von interessierten sozialen Einrichtungen angesprochen.

### **Gesundheitsbeauftragte**

Aus den Erkenntnissen, die während des Projektverlaufs überbetrieblich gewonnen wurden, ist die Idee der Etablierung einer Position in jedem interessierten Unternehmen, die für das nachhaltige Aufgreifen von Gesundheitsthemen zuständig sein kann und der Qualifizierung von Personen, diese Aufgabe übernehmen. Bereits in die Wege geleitet wurde die Entwicklung eines Curriculums für Gesundheitsbeauftragte. Die Funktion des Gesundheitsbeauftragten können interessierte Personen im Rahmen des Unternehmens übernehmen.

### **Curriculum zum Gesundheitsbeauftragten bzw. zur Gesundheitsbeauftragten**

Die Durchführung des Ausbildungscurriculums wurde bereits in die Wege geleitet. Das zweitägige Grundmodul des Curriculums beinhaltet inhaltliches und methodisches Wissen sowie die Bearbeitung vom Rollenverständnis und Sozialkompetenz. Das Grundmodul wird durch zusätzliche Module ergänzt, die aus Themen wie Burnout-Prophylaxe, Umgang mit Stress und Belastung, Methoden der Bedarfserhebung frei gewählt werden können.

### **Praxisleitfaden**

Im Sinne einer nachhaltigen Wirkung des Projekts ist es ein Ziel, die daraus gewonnenen Erkenntnisse einer breiteren Öffentlichkeit und speziell weiteren interessierten Einrichtungen zugänglich zu machen. Ein Praxisleitfaden mit lokalem Bezug soll diesem Zweck dienlich sein, indem er Hinweise über die wichtigsten Themenstellungen in der

Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten gibt. Dazu gehören potenzielle Ziele, Umsetzungsmöglichkeiten, regionale Akteure bzw. Unterstützungsmöglichkeiten.

### **Pool an Gesundheitszirkelmoderatoren und –moderatorinnen für Sozial- und Betreuungseinrichtungen**

Weitere Produkte aus dem Projekt ist die Zusammenstellung eines Pools aus ModeratorInnen für die ressourcenorientierte Durchführung von Gesundheitszirkeln. Die Administrations dieses Pools wird von der Sozialplattform OÖ übernommen. Geplant ist weiters eine Vertiefung der Schwerpunkte durch ein Follow-up der Grundausbildung der ModeratorInnen

### **Tools für Workshops**

Für die Arbeit mit der Zielgruppe der ProjektteilnehmerInnen in den Piloteinrichtungen wurden spezifische Instrumente entwickelt, die auch nach dem Projektende interessierten Einrichtungen und Personen zur Verfügung stehen. Dabei handelt es sich um Designs und Arbeitsblätter, die für eine ressourcenorientiert ausgerichtete Workshopführung taugen und flexibel im Arbeitsalltag einsetzbar sind.

Diese Materialien werden durch ein Trainingsmanual und ein Praxisleitfaden für die Projektumsetzung im sozialen Bereich ergänzt. Das Trainingsmanual und die weiteren Arbeitsmaterialien richten sich an TrainerInnen sowie an weitere Angehörige sozialer Berufe, die mit Transitarbeitskräften und sozial benachteiligten Menschen arbeiten.

### **Gesundheitsbericht**

Der Gesundheitsbericht, der auf Basis der Ist-Befragung in allen Piloteinrichtungen entstanden ist, steht ebenfalls unter der gleichen Adresse zur Verfügung. Er gibt Auskunft über spezifische Belastungen und Ressourcen in sozialen Einrichtungen.

### **Gesunde Führung**

Die entscheidende Bedeutung der Führung für das Gelingen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen wurde während der Projektdauer thematisiert. Aus diesem Grund wurden spezielle Workshopdesigns entwickelt, die für die Bearbeitung von Gesundheitsthemen mit Führungskräften eignen, insbesondere was Umgang mit der eigenen Gesundheit und Ansätze für gesundheitsförderliches Führen anbelangt. Es bestehen Bestrebungen, die gewonnenen Erfahrungen im Sinne eines Trainingskonzepts weiterhin umzusetzen.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Gesundheitsförderung stellt einen langfristigen Prozess dar und sollte nicht Projektgrenzen unterliegen. Das Projekt „Gemeinsam Gesundheit Gestalten“ zeichnet sich unter anderem durch die Mobilisierung eines hohen Vernetzungs- und Kooperationspotentials und damit einhergehenden Nachhaltigkeitsbestrebungen (vgl. Abif, 2011) aus. Die fortlaufende Entwicklung der entstandenen Kompetenzen und Strukturen in projektgrenzen überschreitenden Initiativen zählt zu den zukünftigen Herausforderungen für die

Gesundheitsförderung in sozialen Einrichtungen. Durch zukünftige Projekte könnten weitere Themen im Kontext sozialer Dienstleistungen beleuchtet werden und die entsprechende Methodenkompetenz erweitert werden. Als solche Aspekte sind Phänomene horizontaler Ungleichheit in Hinblick auf Gender, Alter, Geschlecht, ethnische Identität usw. zu erwähnen. Von Interesse wäre außerdem die Einbeziehung von sozialen Einrichtungen mit differenzierten Leistungsschwerpunkten.

## Literatur

Bauer Ullrich., Uwe H. Bittlingmayer, Matthias Richter. (2008), Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit – Herausforderungen einer erklärenden Perspektive. In: Ullrich Bauer., Uwe H. Bittlingmayer, Matthias Richter (Hrsg.) Health Inequalities– Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Bender Christiane und Hans Graßl (2004), Arbeiten und Leben in der Dienstleistungsgesellschaft, UVK, Konstanz

Dunkel Wolfgang (2011), Arbeit in sozialen Dienstleistungsorganisationen: die Interaktion mit dem Klienten. In: Evers Adalbert, Rolf G. Heinze und Thomas Olk (Hrsg.), Handbuch Soziale Dienste, Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

Ertlthaler Alexandra und Olga Kostoula (2010), Gemeinsam Gesundheit Gestalten, Ein Gesundheitsförderungsprojekt für soziale Einrichtungen mit Beschäftigungs- und Beratungsschwerpunkt <http://www.ggg.or.at/typo3/index.php?id=31> (12.12.2011)

Evers Adalbert, Rolf G. Heinze und Thomas Olk (2011), Einleitung: Soziale Dienste, Arenen und Impulsgeber sozialen Wandels. In: Evers Adalbert, Rolf G. Heinze und Thomas Olk (Hrsg.), Handbuch Soziale Dienste, Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

Hacker, Winfried (2009), Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit, Pabst, Lengerich

Hartmann Anja (2011), Soziale Dienste: Merkmale, Aufgaben und Entwicklungstrends aus der Perspektive soziologischer Theorien. In: Evers Adalbert, Rolf G. Heinze und Thomas Olk (Hrsg.), Handbuch Soziale Dienste, Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

Heinze Rolf (2011), Soziale Dienste und Beschäftigung. In: Evers Adalbert, Rolf G. Heinze und Thomas Olk, Handbuch Soziale Dienste, Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

Heitzmann Karin (2001), Dimensionen, Strukturen und Bedeutung des Nonprofit Sektors, Eine theoretisch-konzeptionelle und empirische Analyse für Österreich, Facultas, Wien

Holleder Alfons (2010), ...und die, die draußen sind? Gesundheitsförderung für Arbeitslose. In: Faller Gudrun (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Hans-Huber, Bern

Kernen Hans (2005), Arbeit als Ressource, Gesund und leistungsfähig dank persönlichem und betrieblichem Gesundheitsmanagement, Haupt, Bern

Klimont Jeannette, Petra Ihle, Erica Baldaszi, Josef Kytir (2008) Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, Statistik Austria, Wien

Mielck, Andreas, (2010) Konzepte sozialer Gerechtigkeit im Kontext nachhaltiger Gesundheitsförderung. In: Göpel Eberhard, GesundheitsAkademie eV. (Hrsg) (2010) Nachhaltige Gesundheitsförderung, Gesundheit gemeinsam gestalten-Band 4, Mabuse, Frankfurt

Mielck Andreas. und Uwe Helmert. (2006), Soziale Ungleichheit und Gesundheit, In: Hurrelmann Klaus, Ulrich Laaser und Oliver Razum (Hrsg.); Handbuch Gesundheitswissenschaften, Juventa Verlag, Weinheim und München

Richter Matthias (2008), Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Der WHO-Jugendgesundheitsurvey. In: Richter Matthias, Klaus Hurrelmann, Andreas Klocke, Wolfgang Melzer und Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.), Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten, Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO,

Sachweh Patrick (2010), Deutungsmuster sozialer Ungleichheit: Wahrnehmung und Legitimation Gesellschaftlicher Privilegierung und Benachteiligung, Campus Verlag, Frankfurt am Main

Seifert Ana Maria, Karen Messing, Jessica Riel, Céline Chatigny (2007), Precarious work conditions affect work content in education and social work: Results of work analyses, International Journal of Law and Psychiatry, 30, 299-310

Siegrist Johannes and Michael Marmot (2004), Health Inequalities and the psychosocial environment- two scientific challenges, Social Sciences and Medicine, 58, 1463-1473

Simsa Ruth (2006), Navigation auf rauer See- gegenwärtige Veränderungen und Herausforderungen an NPOs. In: Sprengseis Gabriele und Gert Lang (Hg.) Vom Wissen zu Können, Forschung für NPOs im Gesundheits- und Sozialbereich, Facultas, Wien

Simsa Ruth, Christian Schober und Doris Schober (2004), Nonprofit Organisationen im Sozialen Dienstleistungsbereich-Bedeutung, Rahmenbedingungen, Perspektiven, Studie im Auftrag der BAG „Freie Wohlfahrt“, NPO Institut, Wirtschaftsuniversität Wien

Steiner Karin, Andrea Poschalko, Marie Jelenko, Doris Muralter und Ruth Karner (2011), Evaluierung des Gesundheitsprojekts „Gesundheitsförderung in Sozialeinrichtungen mit Ausbildungs- und Beschäftigungsschwerpunkt-Gemeinsam Gesundheit Gestalten“. Endbericht, Abif, Wien

Weyers Simone(2008), Soziale Ungleichheit, Soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten. In: Ullrich Bauer., Uwe H. Bittlingmayer, Matthias Richter (Hrsg.) Health Inequalities– Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Ulich Eberhardt und Marc Wülser . (2009), Gesundheitsmanagement im Unternehmen, Arbeitspsychologische Perspektiven, Gabler, GWV Verlage GmbH, Wiesbaden

Zapf Dieter, Amela Isic, Andrea Fischbach und Christian Dormann (2003), Emotionsarbeit in Dienstleistungsberufen, Das Konzept und seine Implikationen für die Personal- und Organisationsentwicklung, In: Hamborg Kai-Christoph und Heinz Holling (Hrsg.) Innovative Personal- und Organisationsentwicklung, Hogrefe, Göttingen

Wright, Michael T, Hella von Unger, Martina Block (2010) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Göpel Eberhard, GesundheitsAkademie eV. (Hrsg) Nachhaltige Gesundheitsförderung, Gesundheit gemeinsam gestalten-Band 4, Mabuse, Frankfurt